



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ELEOMAR VILELA DE MORAES

**Prevalência de sintomas depressivos na gestação e fatores
associados**

Goiânia

2016

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ Dissertação ☐ Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação

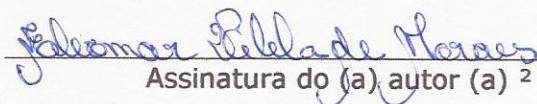
Nome completo do autor: Eleomar Vilela de Moraes

Título do trabalho: Prevalência de sintomas depressivos na gestação e fatores associados

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do (a) autor (a) ²

Data: 07/08/2019

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

² A assinatura deve ser escaneada.

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ Dissertação ☐ Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autora:	Eleomar Vilela de Moraes		
E-mail:	veleomar@gmail.com		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?	☒ Sim ☐ Não		
Vínculo empregatício do autor			
Agência de fomento:	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior	Sigla:	CAPES
País:	Brasil	UF:GO	CNPJ:
Título:	Prevalência de sintomas depressivos na gestação e fatores associados		
Palavras-chave:	Descritores: Depressão pré-natal; Gravidez; Prevalência; Estudos transversais; Saúde mental.		
Título em outra língua:	Depression prevalence on pregnancy and associated factors		
Palavras-chave em outra língua:	Keywords: Antenatal depression; Pregnancy; Prevalence; Cross-sectional studies; Mental health		
Área de concentração:	Ciências da Saúde		
Data defesa: (09/03/2016)			
Programa de Pós-Graduação:	Mestrado em Ciências da Saúde		
Orientador (a):	Dra. Mariza Martins Avelino		
E-mail:	mariza.avelino@gmail.com		

3. Informações de acesso ao documento:

Liberação para disponibilização?¹ ☐ total ☒ parcial

Em caso de disponibilização parcial, assinale as permissões:

☒ Permissões: Introdução, Revisão Literatura, Justificativa, Objetivos, Métodos, Conclusões, Referências, Anexos e Apêndice.

☒ Restrições: **Artigos I e II** publicados

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O Sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Data: 09 / 03 / 2016

Assinatura da autora

¹ Em caso de restrição, esta poderá ser mantida por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Todo resumo e metadados ficarão sempre disponibilizados.

Em caso de restrição, esta poderá ser mantida por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Todo resumo e metadados ficarão sempre disponibilizados.

ELEOMAR VILELA DE MORAES

**Prevalência de sintomas depressivos na gestação e fatores
associados**

Dissertação de Mestrado
apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Goiás para
obtenção do Título de Mestre em
Ciências da Saúde.

Orientadora: Dra. Mariza M. Avelino

Goiânia

2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Vilela de Moraes, Eleomar

Prevalência de sintomas depressivos na gestação e fatores
associados [manuscrito] / Eleomar Vilela de Moraes. - 2016.
XVI, 98 f.

Orientador: Prof. Dr. Mariza Martins Avelino.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Ciências
da Saúde, Cidade de Goiás, 2016.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui tabelas, lista de tabelas.

1. Depressão pré-natal; . 2. Gravidez; . 3. Prevalência; . 4.
Estudos transversais; . 5. Saúde mental. I. Martins Avelino, Mariza ,
orient. II. Título.

CDU 614

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Goiás

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: Eleomar Vilela de Moraes

Orientadora: Professora Dra. Mariza Martins Avelino

Membros:

1º. Membro (Presidente): Professora Dra. Mariza Martins Avelino

2º. Membro: Professor Dr. Waldemar Naves do Amaral

3º. Membro: Professora Dra. Flávia Lúcia David

OU

1º.(Suplente): Profa. Dra. Eliane Aparecida Suchara

**2º.(Suplente): Profa. Dra. Fernanda Regina Casagrande Giachini
Vitorino**

Data: 09/03/16, horário: 07 horas,

Local: Anfiteatro do Hospital e Maternidade Dona Íris.

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho em especial a Deus, ao meu filho
amado Victor Hugo Vilçla de Toledo e ao meu anjo e
amado esposo Olegário Rosa de Toledo.*

AGRADECIMENTOS

Ao Deus criador;

Ao meu amado filho e esposo, por estimularem meu desenvolvimento e compreenderem minhas ausências;

A toda minha família em especial para minhas tias Marizete Batista Rosa e Elizete Vilela Barros e Maria José Vilela Barbosa pelo amor puro e sublime dispensado e por ter cultivado em mim, a ética, o respeito e o amor à educação e ao trabalho;

À minha tão amada afilhada Bárbara Rosa pelas orações, carinho, generosidade e apoio. Só em saber da sua torcida me fez superar diversos obstáculos. Te amo;

Às amigas Flávia Lúcia, Hulda Soares, Marilda Aparecida, Janete e Rosa da Luz, presentes de Deus no meu cotidiano, minhas companheiras e incentivadoras nesse mestrado. Obrigada por seus ensinamentos, paciência, companheirismo e confiança.

À Profa. Dra. Mariza Martins Avelino, pela oportunidade, pela confiança, pela inspiração, pelos ensinamentos e pela competência nesse processo formativo. Fui orientada por uma profissional muito solicitada e respeitada por seus pacientes e colegas. Fui privilegiada. Tem minha admiração;

Ao Prof. Dr. Rodolfo Nunes Campos pela generosidade, pela serenidade, pelo apoio e pela disponibilidade em auxiliar desde a concepção desse trabalho. Deus lhe abençoe;

Ao Prof. Dr. Waldemar pela assistência durante o mestrado. Obrigada por sua disponibilidade, seus ensinamentos, sua paciência e humildade admirável;

Aos diretores do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás e do Hospital e Maternidade Dona Íris;

Aos funcionários do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás e do Hospital e Maternidade Dona Íris que direta ou indiretamente ajudaram nesse estudo;

Aos professores e servidores da Faculdade de Medicina da UFG pelo auxílio durante o mestrado;

Às secretárias da Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina – UFG, em especial a Livia e a Valdecina. Obrigada pelas informações, tempo, meiguice e sabedoria;

Por fim, gostaria de agradecer especialmente às mulheres participantes desta pesquisa. Sem vocês este trabalho de mestrado não teria sido possível.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	xi
LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES	xiii
RESUMO	xv
ABSTRACT	xvi
1 INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	4
2.1 BREVE HISTÓRICO DA DEPRESSÃO	4
2.2 DIFERENÇAS ENTRE O DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO E A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA	5
2.3 ETIOLOGIA DA DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ	6
2.4 REPERCUSSÕES NA GESTAÇÃO	6
2.4.1 Complicações obstétricas	7
2.5 REPERCUSSÕES PARA O FETO E A CRIANÇA	8
2.6 REPERCUSSÕES DOS FATORES PSICOSSOCIAIS NA GESTAÇÃO	9
2.6.1 Implicações a saúde derivadas da ingestão de álcool	9
2.7 SITUAÇÃO DO PRÉ-NATAL NO BRASIL	12
2.8 TERAPIAS	12
3 JUSTIFICATIVA	14
4 OBJETIVOS	15
4.1 OBJETIVO GERAL	15

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
5 MÉTODOS	16
5.1 TIPO DE ESTUDO	16
5.2 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO	16
5.3 AMOSTRA	16
5.4 PLANO AMOSTRAL	17
5.5 TESTE PILOTO	17
5.6 PERÍODO DE COLETA	17
5.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS	18
5.8 INSTRUMENTOS	18
5.8.1 Perfil psicossocial e econômico – BLOCO A	18
5.8.2 Informações sobre as complicações obstétricas e saúde mental de seus familiares - BLOCO B	19
5.8.3 Informações sobre sintomas depressivos (HAD) - BLOCO C	19
5.8.4 Instrumento sobre o Padrão de Consumo de Bebida Alcoólica - Baseado no (AUDIT) - BLOCO D	20
5.9 ASPECTOS ÉTICOS	21
5.10 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	21
5.11 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	21
5.12 ANÁLISE DOS DADOS	21
5.13 CONTROLE DE VIESES	22
6 PUBLICAÇÕES	24
Comprovação de submissão artigo I	25
6.1 Artigo I – Sintomas depressivos na gestação: influência dos aspectos social, comportamental, psicológico e obstétrico	26

Comprovação de submissão artigo II	46
6.2 Artigo II – Sintomas depressivos na gestação: Consequências	47
do uso de substâncias psicoativas.	
7 CONCLUSÕES	62
REFERÊNCIAS	63
ANEXOS	73
APÊNDICE	96

LISTA DE TABELAS

Artigo 1 – Sintomas depressivos na gestação: influência dos aspectos social, comportamental, psicológico e obstétrico

Tabela 1	Características psicossociais e suas associações com sintomas depressivos de grávidas atendidas em duas maternidades públicas de referência na cidade de Goiânia-GO, Brasil 2016 (n=375).	34
Tabela 2	Descrição da prevalência de sintomas depressivos detectados através da Escala de Ansiedade e Depressão HAD-D aplicadas em grávidas atendidas em duas maternidades públicas de referência na cidade de Goiânia- GO, Brasil 2016 (n=375).	35
Tabela 3	Distribuição das variáveis comportamentais, psicológicas e obstétricas e suas associações com sintomas depressivos em gestantes de duas maternidades públicas de referência na cidade de Goiânia-GO, Brasil, 2016 (n=375).	36
Tabela 4	Análise de regressão logística dos eventos associados aos sintomas depressivos, de acordo com as variáveis de violência, comportamentais, psicológicas, obstétricas e sociais 2016 (n=375).	37

Artigo 2 – Sintomas Depressivos na gestação: Consequências do uso de substâncias psicoativas.

Tabela 1	Características sociais das gestantes atendidas em duas maternidades públicas de referência na cidade de Goiânia-GO, Brasil, 2016 (n=375).	53
Tabela 2	Ingestão de álcool pelo companheiro e sua associação com sintomas depressivos em grávidas atendidas em duas maternidades públicas de referência. Goiânia-GO, Brasil, 2016 (n=375).	54
Tabela 3	Uso de drogas lícitas e ilícitas e suas associações com sintomas depressivos em grávidas atendidas em duas maternidades públicas de referência na cidade de Goiânia-GO, Brasil, 2016 (n=375).	54
Tabela 4	Análise de Regressão logística dos eventos associados aos sintomas depressivos, de acordo com as variáveis comportamentais em gestantes. Goiânia-GO, Brasil, 2016 (n=375).	55

LISTA DE ANEXOS E APÊNDICE

ANEXOS

Anexo 1	Parecer do Comitê de Ética	73
Anexo 2	TCLE	77
Anexo 3	Normas de publicação da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - Artigo I	79
Anexo 4	Normas de publicação da Revista Brasileira de Psiquiatria - Artigo II	87
Anexo 5	Relatório da Diretoria Acadêmica do Hospital e Maternidade Dona Iris (HMDI)	91
Anexo 6	Relatório do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital das Clínicas (HC/UFG)	92
Anexo 7	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)</i>	93
Anexo 8	Instrumento baseado no <i>Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)</i>	94

APÊNDICE

Apêndice 1	Perfil psicossocial, econômico e obstétrico	96
-------------------	--	-----------

RESUMO

Introdução: O sofrimento psíquico é uma característica do portador de sintomas depressivos. Quando ocorre na gestação é preditor de depressão no pós-parto, aborto, pré-eclampsia, aumento de parto prematuro e operatório. Assim, objetivou-se analisar sintomas depressivos e fatores associados em gestantes, no pré-natal. **Métodos:** Estudo descritivo transversal, cuja amostra constou de 375 gestantes atendidas no pré-natal em duas Maternidades Públicas de Referência de Goiânia-GO, Brasil entre setembro de 2014 a maio de 2015. Coletaram-se dados sociais, econômico, demográfico, psicológicos, obstétricos e comportamentais. Para avaliar os sintomas depressivos entre as gestantes aplicou-se a Escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) reconhecida internacionalmente e validada no Brasil. Analisaram-se os dados com auxílio do programa EPI-INFO® versão 7.1.5. O cálculo do coeficiente alfa de Cronbach foi realizado com auxílio do Software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Utilizaram-se para análise de correlação das variáveis os testes Exato de Fisher, Mantel-Haenszel, Qui-Quadrado e Razão de Prevalência, considerando de significância estatística o valor *p*-associado inferior ou igual a 0,05 ($p \leq 0,05$) com um intervalo de confiança de 95% (IC 95%). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da UFG (processo Nº 786.358). **Resultados:** Os sintomas depressivos atingiram 40,80% das entrevistadas, sendo que 25,33% delas apresentavam sintomas moderados. A amostra foi constituída, em sua maioria por gestantes jovens, onde 41,87% delas possuía somente o ensino médio, 56,00% ganhavam até dois salários mínimos e a prevalência de ingestão de álcool pelo esposo foi de 45,11%. Após análise multivariada se evidenciou, que “sofreu violência emocional/psicológica” (OR=6,224), “solteira/separada” (OR=3,020), “problema mental prévio” (OR=3,042); “complicações obstétricas na gestação atual” (OR=2,347) e “etilismo da grávida nos três primeiros meses” (OR=2,230), exibiram associação com sintomas de depressão. E que “realizar atividade física na gestação” (OR=0,266) e ter “companheiro abstinente de álcool” (OR=0,403) tiveram relação de proteção para o aparecimento de sintomas depressivos. **Conclusões:** A prevalência de prováveis sintomas de depressão entre as participantes é de 15,47%. Enfatiza-se a importância de averiguar na triagem da depressão gestacional se a mulher é solteira, se há ocorrência de violência emocional, problemas obstétricos na gestação e de ingestão de álcool por ela ou pelo companheiro.

Descritores: Depressão pré-natal; Gravidez; Prevalência; Estudos transversais; Saúde mental.

ABSTRACT

Introduction: Psychic suffering is a characteristic of depressive symptoms carrier. When it occurs in pregnancy, it is a predictor of post-partum depression, abortion, and pre-eclampsia, and an increase of premature and surgical deliveries. Thus, the article aimed to analyze depressive symptoms and factors associated in pregnant women during prenatal care. **Methods:** Cross-sectional descriptive study, whose sample consisted of 375 pregnant women assisted during prenatal care in two important Public Hospitals in Goiânia, GO, Brazil, between September 2014 and May 2015. Social, economic, demographic, psychological, obstetric and behavioral data were collected. To assess the depressive symptoms among the pregnant women, the *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD), which is internationally recognized and validated in Brazil, was used. Data were analyzed with the assistance of EPI-INFO® software, version 7.1.5. The calculation of Cronbach's alpha coefficient was done with the Statistical Package software for Social Sciences (SPSS) version 21.0. For the correlation analyzes of variables, the Fisher's Exact test, Mantel-Haenszel, Chi-Square and Prevalence Ratio were used, considering statistically significant the p-value associated lower or equal to 0.05 ($p \leq 0.05$) with a 95% Confidence Interval (95% CI). Ethics Committee in Research from Hospital das Clínicas of UFG (process nº 786.358 approved the research). **Results:** Depressive symptoms has reached 40.80% of the interviewed women, while 25.33% of them had moderate symptoms. The sample consisted mostly of young pregnant women, where 41.87% of them had completed only high school; 56.00% earned up to two minimum wages and the prevalence of alcohol ingestion by their partners was 45.11%. After multivariate analyses it was evident that, "suffered emotional/psychological violence" (OR=6.224), "single/separated" (OR=3.020), "prior mental problem" (OR=3.042), "obstetric complications during current pregnancy" (OR=2.347) and "alcoholism by pregnant in the first three months" (OR=2.230), showed association with symptoms of depression. In addition, "perform physical activity during pregnancy" (OR=0.266) and having "alcohol-abstinent partner" (OR=0.403) had a protective relationship to the emergence of depressive symptoms. **Conclusions:** The prevalence of probable depressive symptoms among the participants is 15.47%. The importance of ascertaining the screening of gestational depression if the woman is single, if there is emotional violence, obstetric problems during pregnancy and the consumption of alcohol by the woman or by her partner.

Keywords: Prenatal depression; Pregnancy; Prevalence; Cross-sectional studies; Mental health.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é uma experiência ímpar que envolve mudanças hormonais expressivas que podem desencadear variações comportamentais, assim como provocar ou acentuar a sintomatologia ansiosa e depressiva (ALDERDICE, MACNEILL, LYNN, 2013).

Os principais sintomas do transtorno depressivo são perda do prazer ou interesse por diversas atividades, tristeza, sentimentos de culpa, baixa autoestima, distúrbios do sono e do apetite, cansaço e falta de capacidade de raciocinar e se concentrar (APA, 2014). Pessoas assim não conseguem diferenciar se os problemas que as atormentam são próprios de suas vidas ou da natureza de suas personalidades (PINHEIRO et al., 2014).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a depressão é um transtorno mental e será a segunda maior causa de ônus de anos vividos, ajustados por inaptidão, em 2020. Estima-se que afete 350 milhões de pessoas em todo o mundo, a maioria mulheres (WHO, 2012). E, quando ocorre na gestação, é um episódio patológico (VAN, 2008) que pode ser um preditor de depressão pós-parto e de implicações clínicas como pré-eclampsia, aumento de parto prematuro e de parto operatório, entre outros (HU, LI, ZHANG, YAN, 2015).

Estudos internacionais revelaram que a prevalência de depressão na gravidez oscila entre 8,6% no Oriente Médio, 19,5% na Europa Ocidental (SHAKEEL et al., 2015) e de 33% nos Estados Unidos (WISNER et al., 2013). No Brasil, dependendo da região estudada varia entre 15% (PEREIRA, LOVISI, 2008) e 28% (FAISAL-CURY, MENEZES, 2012). É

importante destacar que essas variações conflitantes nas prevalências podem se justificar pelas distinções regionais e pelas diferenças metodológicas (PEREIRA et al., 2008; FISCHER et al., 2010; CHOI et al., 2014).

Ao analisar estudos recentes que focaram nas condições associadas à depressão na gestação, constatou-se um destaque ao perfil clínico das grávidas e ao aspecto psicossocial (MOREIRA et al., 2011; SILVA, SANTANA, 2012; CLARKE, NYMBERG, 2012).

Quanto aos aspectos psicossociais, destaca-se o aumento no consumo de substâncias psicoativas nos últimos anos (37,6% entre 1990 e 2010) se tornando a principal causa de incapacidades na população mundial. Os distúrbios mais representativos dessas inaptidões são os depressivos (40,5%), os de ansiedade (14,6%), os derivados de drogas ilícitas (10,9%) e uso de álcool com 9,6%. Nesta situação, considerando a gravidade do tema exposto, faz-se necessário que os países direcionem seus esforços na prevenção do uso de substâncias psicoativas e no tratamento dos transtornos mentais (WHITEFORD et al., 2013).

Quanto aos aspectos clínicos, destacam-se as complicações obstétricas com baixa cobertura médica onde, não obstante a existência de terapêuticas conhecidas e eficazes, menos da metade da população atingida globalmente recebe tratamento. Os obstáculos aos cuidados incluem o estigma social relacionado aos transtornos mentais e a falta de recursos e de profissionais de saúde treinados (WHO, 2012).

No Brasil, o Programa de Saúde da mulher direciona a assistência à saúde feminina para o momento reprodutivo. Essa ocasião se torna oportuna

para intervenções que favoreçam a grávida, sua família e a sociedade (VIELLAS et al., 2013). Dentro desse contexto, o Ministério da Saúde (2006) preconiza a detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional e a promoção de mais ações educativas e preventivas. Mas, diversos problemas ainda são enfrentados por essa população, como por exemplo, a alta prevalência de uso de álcool na gestação (40%) e sua sobreposição com diversos fatores de risco (MORAES, 2007).

Diante da relevância da temática exibida, delimitou-se como objetivo desse estudo analisar sintomas de depressão em grávidas. Objetivou-se, também, investigar fatores associados como determinação do perfil demográfico, psicossocial e características obstétricas. Assim, procurou-se responder à seguinte pergunta de investigação: quais os fatores associados aos sintomas depressivos em grávidas no pré-natal?

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 BREVE HISTÓRICO DA DEPRESSÃO

A depressão não é uma patologia do século XXI. A história mostra que perturbações há muito definidas como melancolia são, atualmente, descritas como depressão. Essa terminologia foi originalmente usada para descrever o desânimo em 1660 e se tornou popular como depressão somente por volta do século XIX (SOLOMON, 2002).

O desabrochar de descobertas no século XIX nas ciências biológicas, em especial, na bioquímica e na neurologia, possibilitou a relação entre as patologias mentais com a doença orgânica do cérebro (GONÇALES, MACHADO, 2007).

Esse desenvolvimento contribuiu para o reconhecimento da depressão como uma doença mental no início do século XXI, sendo relacionada na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) e no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM). Porém, o seu conceito foi introduzido somente na segunda edição do *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* - DSM-II, como Depressão Neurótica (APA, 1975).

Os critérios utilizados atualmente para o diagnóstico e classificação dos estados depressivos se encontram no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-5TM). Essas patologias estão classificadas como “Transtornos de Humor” e possuem singularidades como

alterações somáticas e cognitivas, sensação de vazio, humor irritável, seguido por presença de sofrimento psíquico (APA, 2013).

O sofrimento psíquico é uma característica do portador de depressão. Há comprometimento da qualidade de vida, dos relacionamentos e das atividades através da inaptidão funcional, levando ao surgimento de desordens mais graves e ao crescimento de demanda pelos serviços públicos de saúde (WHITEFORD et al., 2013).

2.2 DIFERENÇAS ENTRE O DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO E A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA

O paciente para ser diagnosticado com depressão depende de uma avaliação clínica fornecido por um profissional habilitado, como o psiquiatra ou o psicólogo, baseado ou não, em instrumentos como o Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (MITSUHIRO et al., 2006), dentre outros.

Por outro lado, todo profissional da área de saúde pode quantificar a presença e a gravidade dos sintomas de depressão, fundamentado em relato ou instrumentos autoaplicados, como o *Inventário de Depressão de Beck* (BDI) e a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD), entre outros (ZUCCHI, 1999). Como ambos os termos (depressão e sintomas de depressão) apontam para mesma direção, o presente estudo tratará de sintomatologia depressiva considerando os resultados como estimativas (SACKETT, 1979).

2.3 ETIOLOGIA DA DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ

A depressão advinda no pós-parto apresenta uma designação exclusiva como depressão puerperal (WHO, 2007), porém, para depressão na gestação não existe uma referência específica.

Por outro lado, é presumível que incidam os mesmos fatores de risco para depressão tanto no puerpério como na gestação. Embora o principal fator seja a predisposição individual, representado pelo histórico prévio de depressão (RIECHER-RÖSSLER, HOFHECKER FALLAHPOUR, 2003), incluem-se também os que surgem durante a gravidez (FIELD et al.; 2008). Assim, a depressão está associada a inúmeros fatores de risco tais como antecedentes psiquiátricos, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, gestação na adolescência, falta de suporte social, eventos estressores e história de violência doméstica. Um estudo longitudinal realizado no Brasil conseguiu associar a depressão ao retardo de crescimento intrauterino e ao baixo peso ao nascer (ARAUJO et al., 2010). Nota-se que a magnitude de mudanças psíquicas está vinculada, também, à personalidade da gestante, à atitude negativa perante a gravidez não desejada, à instabilidade nos relacionamentos e aos eventos de vida estressantes como dependência de drogas (PEREIRA, LOVISI, 2008; PEREIRA et al., 2011).

2.4 REPERCUSSÕES NA GESTAÇÃO

Ao analisar a presença de sintomas depressivos Nicholson e colaboradores (2006) constataram que a presença desses sintomas reduzia

significativamente a qualidade de vida tanto no início como no percurso da gestação. Estudo semelhante encontrou associação entre o aumento de náuseas e vômitos, licenças médicas prolongadas e elevação do número de consultas obstétricas (LIMA, TSUNECHIRO, 2008).

Além disso, vários trabalhos encontraram diversas implicações para a gestante associadas à depressão como alteração na percepção do seu estado de saúde, complicações na gestação, depressão puerperal, trabalho de parto prematuro, elevação no número de partos operatórios, sendo esses resultados especialmente mais acentuados em mulheres provenientes de classe social menos favorecida (LIMA, TSUNECHIRO, 2008; HU, LI, ZHANG, YAN, 2015)

2.4.1 Complicações obstétricas

Um estudo realizado em Bangladesh verificou que complicações obstétricas estavam significativamente associadas com depressão por gerar experiências expressivamente negativas, afetando o bem-estar emocional das gestantes (GAUSIA et al, 2012).

Em pesquisa longitudinal feita em locais de atendimento pré-natal no Canadá associou-se complicações obstétricas com sintomas depressivos e ansiedade. A depressão, aguda ou crônica, teve impacto significativo sobre complicações obstétricas porque psicopatologias influenciavam naturalmente a gravidez. Por exemplo, sintomas depressivos estavam relacionados com diabetes gestacional, pois, comprometiam a atividade física da mulher e até a dieta que ela consumia. Correlacionou-se, também, com sangramento no pré-natal, descolamento prematuro da placenta e ruptura prematura de membranas. Alguns desses resultados estavam significativamente

associados com a depressão leve, demonstrando que qualquer grau de depressão pode ter influência expressiva sobre a gravidez (SCHWARTZ, 2015).

Vários estudos já detectaram a interdependência entre sintomas depressivos e complicações obstétricas, variando de caso para caso como causa ou efeito. Um estudo de coorte retrospectivo que investigou depressão materna e resultados obstétricos e perinatais encontrou depressão como um dos fatores determinantes de complicações obstétricas como parto prematuro e baixo peso ao nascer (YEDID et al., 2016). Apesar desse achado, é possível afirmar que o impacto da depressão sobre as decorrências obstétricas é menos evidente que os demais transtornos mentais (ARAUJO et al., 2010).

Em contrapartida, as dificuldades obstétricas podem agravar uma depressão no momento que a grávida internaliza preocupações decorrentes da confirmação diagnóstica do problema. Por esse motivo, um conceito com problemas congênitos pode representar uma grande carga emocional e social, visto que exigirá maior atenção e cuidado (PEREIRA et al, 2011).

2.5 REPERCUSSÕES PARA O FETO E A CRIANÇA

Um estudo realizado em Londres verificou que o estresse gestacional, assim como a depressão, foi responsável pela redução da atenção e da tranquilidade nos recém-nascidos (BERGMAN et al., 2007). Por outro lado, o combate eficiente aos sintomas depressivos no pré-natal trouxe efeitos benéficos para a criança na forma de melhor desenvolvimento fetal,

temperamento dócil, sono mais constante e, indiretamente, mudanças na relação mãe-bebê (NETSI et al., 2015).

Nesse contexto Lima e Tsunechiro 2008, encontraram diversas consequências para a criança como alterações na frequência cardíaca frente a estímulos externos, devidas à elevação dos níveis de norepinefrina, além de outras intercorrências como alterações no cortisol, diminuição da dopamina e aumento nas chances de diarreias.

2.6 REPERCUSSÕES DOS FATORES PSICOSSOCIAIS NA GESTAÇÃO

Pesquisas internacionais assinalam que problemas de saúde mental e indicadores de pobreza interagem em um ciclo negativo crescente em países subdesenvolvidos (LUND et al., 2011; BORIM, BARROS, BOTECA, 2013). Esses dados corroboram estudos brasileiros que revelam associações entre as mesmas variáveis. Porém, os fatores mais determinantes estão vinculados a experiências traumatizantes vividas pela população excluída como os eventos de fome, dor, violência doméstica, humilhação, desemprego, estresse pós-traumático (MOREIRA et al., 2011), relações de gênero e religiosidade (SILVA, SANTANA, 2012).

2.6.1 Implicações à saúde derivadas da ingestão de álcool

De acordo com o recente Relatório Global sobre Álcool e Saúde o álcool é a substância psicoativa mais consumida no mundo e origina alta incapacidade, morbidade e mortalidade. Destas, quase 6% dos óbitos em todo o mundo são atribuídos total ou parcialmente ao álcool (WHO, 2014).

No Brasil, embora tenha havido uma diminuição no consumo per capita de álcool puro entre os anos de 2005 e 2010, estima-se que a média de consumo total por pessoa, seja maior que a média mundial. (WHO, 2014).

Em relação ao gênero, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, o homem ingere em média 19,6 L por ano, duas vezes mais que a mulher 8,9L por ano (WHO, 2014). Porém, de acordo com Wilsnack e colaboradores (2014), há evidências de que o gênero feminino seja mais vulnerável às consequências nocivas do álcool, e essa vulnerabilidade é um importante problema de saúde pública, porque aumenta com o desenvolvimento econômico. Além disso, pode trazer graves consequências sociais e de saúde para os recém-nascidos (POPOVA et al., 2013).

Alguns estudos encontraram um padrão de consumo de alto risco entre homens e mulheres, caracterizado pela ingestão habitual de pelo menos cinco doses por ocasião. Tais resultados são motivos de preocupação, por gerar implicações negativas como elevadas taxas de suicídio e de distintos tipos de violência (KESSLER, 1997; PINSKY, ZALESKI, LARANJEIRA, CAETANO 2010), complicações de saúde física e mental (WHO, 1992; KESSLER, 1997; PINSKY, ZALESKI, LARANJEIRA, CAETANO, 2010).

Ainda em 1993 o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA divulgava que a ocorrência de depressão tinha porcentagem duas vezes maior em mulheres com uso abusivo ou dependência de álcool.

Nesta perspectiva, um estudo de base populacional realizado em Botucatu-SP, com 1.265 indivíduos encontrou que é comum a relação entre

ingestão problemática de álcool e transtornos mentais. Entre esses distúrbios, a depressão é a mais prevalente (KERR-CORRÊA et al., 2008).

Conforme a literatura, o alívio das tensões ao reduzir a disforia opera como risco adicional para o consumo, pois estreita a relação entre depressão, uso de álcool e fatores psicológicos (MOONAT, PANDEY, 2012). No entanto, esse consumo exerce um papel importante no ambiente doméstico. Crônico ou não, pode acarretar consequências negativas não somente ao bebedor, mas também às pessoas de convívio próximo (HASIN et al., 2007).

Nesse contexto, em um estudo realizado com 2.083 adultos detectou-se associação entre depressão e consumo de álcool, distinta entre os gêneros. Constatou-se também que, embora a maioria das mulheres fosse abstinente, houve associação entre conviver com cônjuge e problemas devidos ao álcool e depressão (PRADO et al., 2012).

A literatura aponta ainda, que o etanol causa mais danos ao “outro” (18%) do que ao próprio usuário (12%). Sobretudo mulheres sofrem mais episódios adversos decorrentes da ingestão de álcool por “outros” seja em âmbito público ou privado (LASLETT et al., 2011; CONNOR, CASSWELL, 2012; HUHTANEN, TIGERSTEDT, 2012).

O convívio doméstico com usuário de álcool pode produzir um ambiente agressivo para a gestante, pois, sua ingestão está associada à violência doméstica (FLYNN, CHERMACK, 2008). Da mesma forma, um histórico de alcoolismo familiar eleva as chances de a gestante usar álcool por dificuldade em lidar com fatores estressantes (STEPHENS, WAND, 2012; CLARKE, NYMBERG, 2012).

Em síntese, é evidente a correlação entre uso de álcool, transtorno depressivo, consumo de drogas e o surgimento de outros problemas como o alcoolismo familiar (FLYNN, CHERMACK, 2008).

2.7 SITUAÇÃO DO PRÉ-NATAL NO BRASIL

Segundo recomendações do Ministério da Saúde, a assistência pré-natal deve ser através do desenvolvimento de ações educativas e preventivas, detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional (BRASIL, 2006).

Na prática, estudos nacionais têm evidenciado a ocorrência de diversas falhas na assistência pré-natal, como problemas no acesso, começo tardio, número de consultas impróprias e prática incompleta dos procedimentos indicados, comprometendo sua qualidade e efetividade (COUTINHO et al., 2010; DOMINGUES, HARTZ, DIAS, LEAL, 2012).

Nesse contexto, fica claro que o momento apropriado para a detecção dos sintomas depressivos é no pré-natal, porém, diversas limitações impedem uma assistência ideal para a gestante.

2.8 TERAPIAS

A depressão no pré-natal não é inofensiva e pode ter efeitos duradouros sobre o feto, especialmente quando se considera o desenvolvimento neurológico. No entanto o tratamento medicamentoso pode trazer consequências negativas na forma de reações adversas. Não existe

consenso entre autores sobre o melhor tratamento tendo em vista a relação custo-benefício, uma vez que o tratamento se prolonga geralmente até dois meses (FELIX, 2008).

Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina são, atualmente, a escolha farmacológica mais indicada por serem considerados relativamente seguros. No entanto, embora aliviem os sintomas maternos, poderiam gerar reações adversas no feto. Mesmo assim, em casos de risco de suicídio, é inevitável ter que tratar uma mãe grávida com antidepressivos (OLIVIER, 2015).

Diante disso, autores contemporâneos têm sugerido terapias adicionais além do tratamento convencional. Entre elas, encontram-se as psicoterapias além de exercícios aeróbicos e anaeróbicos, com resultados significativos na melhora dos sintomas depressivos (SERVAN-SCHREIBER, 2004; STAWSKI, 2006). Tais contribuições podem estar relacionadas não só a alterações fisiológicas causadas pelo exercício como pelo contato social (MELO et al., 2014).

3 JUSTIFICATIVA

Diante do exposto acima, pode-se afirmar que os sintomas depressivos no período gestacional são altamente prevalentes e subdiagnosticados. Sua ocorrência prejudica o desenvolvimento do feto, a saúde da grávida e o bem-estar emocional de toda a família.

Em países com rápida mudança de ambientes sociais e econômicos como o nosso, onde, existem complexas interações entre as variáveis socioculturais, padrões de consumo e diferenças de gênero, deve-se primar pela constante avaliação desses eventos.

Contudo, são escassos os estudos que investigam sintomas depressivos e suas associações, em particular os que tratam do uso de álcool, especialmente no Brasil.

Sendo assim, almeja-se que os resultados encontrados nesse estudo amparem os gestores e os profissionais de saúde na adoção de medidas efetivas no acompanhamento do pré-natal, além de contribuir para o conhecimento sobre sintomas depressivos nessa população. Sob um ponto de vista mais amplo, espera-se que possa reforçar a ideia de que tais sintomas representam um problema de saúde pública.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar sintomas depressivos e fatores associados em gestantes, no pré-natal.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar os fatores sociais, psicológicos, obstétricos e comportamentais associados com sintomas depressivos em gestantes no pré-natal;
 - Averiguar a prevalência de sintomas depressivos em grávidas no pré-natal;
 - Verificar a prevalência de uso de substâncias psicoativas pela grávida no pré-natal e por seu companheiro.
-

5 MÉTODO(S)

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um inquérito populacional de corte transversal e descritivo.

5.2 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Hospital das Clínicas HC da Universidade Federal de Goiás (indivíduos de baixo e alto risco) e no Hospital Maternidade Dona Iris (indivíduos de baixo risco), em Goiânia-GO, Brasil.

5.3 AMOSTRA

Para o cálculo do tamanho de amostra foi empregado o software Openepi, versão 3.03a, utilizou-se a expressão algébrica referente à estimação de proporções: $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p(1-p)]$.

Onde: o Efeito de desenho EDFF =1; Proporção de indivíduos a ser estimada $p=28,3\%$; Intervalo de confiança de 95% ($Z=1,96$); Tamanho da população $N= 4.826$; Erro de amostragem admitido $d =5\%$.

Desta forma, tomou-se por base o total de 4.826 atendimentos pré-natais efetuados nas duas maternidades no período da coleta dos dados e uma proporção estimada de 28,3% de depressão na gestação (FAISAL-CURY, 2012). Considerou-se ainda, um erro tipo I de 5% e intervalo de confiança de 95%. O universo mínimo obtido foi de 292 gestantes, mas,

antevendo uma eventual ausência de respostas (HULLEY, 2008) foram acrescidas 83 grávidas totalizando 375 gestantes.

5.4. PLANO AMOSTRAL

A amostra foi constituída por mulheres grávidas com idade igual ou superior a 18 anos. Fundamentou-se a representação amostral na seleção probabilística onde, foi selecionado aleatoriamente metade das mulheres grávidas presentes, escolhendo as de números pares pela ordem de agendamento.

5.5 TESTE PILOTO

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi previamente aplicado a quinze grávidas atendidas no Hospital das Clínicas de Goiânia/UFG, para verificação da validade² e reprodutibilidade³. O intuito foi detectar possíveis erros nas questões criadas pelos autores desse trabalho, assim como ambiguidades no inquérito, dificuldades de compreensão e necessidade de alterações das variáveis que poderiam acarretar vieses. Verificados os erros, realizaram-se as devidas correções.

5.6 PERÍODO DE COLETA

As entrevistas ocorreram de setembro do ano de 2014 a maio do ano de 2015.

² Validade: refere-se ao grau em que o teste é capaz de determinar o verdadeiro valor do que está sendo medido;

³ Reprodutibilidade: concordância ou consistência de resultados quando o teste se repete.

5.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

Inicialmente foram encaminhados ofícios aos Diretores das Instituições, solicitando permissão para a coleta de dados. De posse das autorizações (Anexo 5 e Anexo 6), os locais foram visitados para agendamento das datas e horários mais indicados para a aquisição das informações.

5.8 INSTRUMENTOS

Para a coleta dos dados utilizou-se instrumento anônimo e autoaplicável contendo quatro subdivisões de maneira a facilitar o preenchimento e a digitação.

5.8.1. Perfil psicossocial e econômico - BLOCO A

O questionário de perfis sócio demográficos e econômicos (Apêndice 1) conta com perguntas sobre escolaridade, condição conjugal, situação econômica, religião (INEP, 2015). Conta também com itens sobre o padrão de uso de álcool (KERR-CORRÊA et al., 2005, 2008; TAYLOR et al., 2007).

Estipulou-se como baixa escolaridade aquela menor ou igual a oito anos de estudo, escolaridade média de nove a onze anos e alta escolaridade maior ou igual a doze anos (VIGITEL, 2013).

Em relação à situação econômica, foram consideradas de baixo rendimento, as famílias classificadas, segundo o estrato sócio econômico, nas classes “E” a “C” com rendimento até três salários mínimos mensais (ABEP, 2015).

5.8.2 Informações sobre as complicações obstétricas e saúde mental de seus familiares - BLOCO B

Através de questões criadas pelos autores investigaram-se os prejuízos à saúde da grávida e a frequência do uso de etanol. Além disso, averiguou-se a possibilidade de existência de transtornos mentais na família.

5.8.3 Informações sobre sintomas depressivos (HAD) - BLOCO C

Para a comprovação de sintomas depressivos, empregou-se a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) de Zigmond e Snaith (1983), validada no Brasil para pacientes ambulatoriais (BOTEGA et. al.; 1998). Esta escala pode ser aplicada em múltiplos contextos (BOWLING, EBRAHIM, 2005), e é formada de 14 itens que mencionam o estado emocional, embora não aborde sintomas somáticos. Desses, sete se relacionam à ansiedade (HAD-A) e a outra metade à depressão (HAD-D), com pontos de corte de oito e nove para ansiedade e depressão respectivamente.

Para Botega e colaboradores (1998) o ponto de corte que, propiciou boa sensibilidade e boa especificidade foi 7/8 (ou seja, a partir de 8 pontos), tanto na subescala de ansiedade (74 % e 74,2%, respectivamente), quanto na de depressão (85% e 72,4%, respectivamente). Cada questão possui quatro alternativas com pontuação que vai de zero a três, sendo que a soma da pontuação total pode variar de zero a vinte um para cada um dos transtornos. A avaliação das respostas é obtida com o valor total de cada escala Likert onde, quanto maior a pontuação, maior o sintoma depressivo.

De acordo com os resultados alcançados em cada sub-escala, o paciente poderá se inserir em três níveis: caso improvável (zero a sete

pontos), caso duvidoso ou incerto (oito a dez pontos) e caso provável (onze a vinte um pontos).

A fim de conhecer a confiabilidade do instrumento (HAD), efetuou-se o cálculo do alfa de Cronbach. Considerando quanto mais alto o coeficiente, mais confiável o instrumento (URBINA, 2007). Dessa forma, adotou-se o valor acima de 0.70 como adequado para esta pesquisa (NUNNALLY, 1978).

5.8.4 Instrumento sobre o Padrão de Consumo de Bebida Alcoólica - Baseado no (AUDIT) - BLOCO D

Para o rastreamento de problemas relacionados ao uso e ao padrão de consumo de bebidas alcoólicas, utilizou-se o instrumento baseado no *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) que investiga quantidade e frequência de uso de bebidas fermentadas e destiladas. Desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) por BABOR et al (1992), e traduzido e validado no Brasil por Lima e colaboradores (2005), identifica pessoas com consumo de risco, uso prejudicial e dependência de álcool. O instrumento baseado no AUDIT utilizado pelos autores apresenta 10 questões que avaliam o uso de etanol pelo companheiro da grávida nos últimos 12 meses, os sintomas de dependência e os problemas relacionados ao álcool. O escore varia de zero a vinte, sendo que uma pontuação superior a sete aconselha um diagnóstico mais específico.

5.9 ASPECTOS ÉTICOS

Respeitaram-se os requisitos quanto à confidencialidade e sigilo das informações, de acordo com as determinações da Resolução n.466/12 do Comitê de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2012). As grávidas não foram submetidas a qualquer tipo de intervenção. Os dados obtidos foram utilizados exclusivamente para este estudo e serão arquivados por cinco anos. Após este período, incinerados conforme orientação da Resolução CNS 466/12.

5.10 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Gestantes presentes no pré-natal que tinham a partir de 18 anos completos.

5.11 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Grávidas que não responderam todas as perguntas da Hospital Anxiety and Depression Scale- HAD, residiam fora do estado de Goiás; apresentavam diagnóstico prévio de doenças neurológicas como distúrbios do movimento, de aprendizagem, esclerose múltipla e analfabetas.

5.12 ANÁLISE DOS DADOS

Analisaram-se os dados com auxílio do programa EPI-INFO® versão 7.1.5. O cálculo do coeficiente alfa de Cronbach foi realizado com auxílio do Software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21.0

Realizou-se uma análise estatística dos dados com valores percentuais. Para a análise descritiva das variáveis quantitativas utilizaram-

se valores máximo e mínimo, média e mediana desvio-padrão. As variáveis qualitativas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas simples.

Utilizaram-se para análise de correlação das variáveis os testes Exato de Fisher, Mantel-Haenszel, Qui-Quadrado e Razão de Prevalência, considerando de significância estatística o valor *p*-associado inferior ou igual a 0,05 ($p \leq 0,05$) com um intervalo confiança de 95% (IC 95%). Representaram-se os resultados em tabelas para melhor visualização. Os “sintomas depressivos” no pré-natal foi considerada variável dependente. A entrada no modelo de regressão logística foi do tipo hierárquica, fundamentada no *p*-valor *boderline* (entre $p=0,05$ e $p=0,010$) e na importância clínica (BROWNER, 2012).

5.13 CONTROLE DE VIESES

Para evitar viés de aferição usou-se um questionário com linguagem simples e de fácil compreensão, utilizando perguntas fechadas para maior reprodutibilidade e preenchimento dos questionários na presença da entrevistadora para sanar dúvidas. Foi realizado teste piloto exclusivamente para validação das questões elaboradas pelas autoras desta pesquisa. Iniciaram-se as entrevistas conversando amigavelmente e explicando a importância do assunto. Isso foi indispensável, pois inquéritos de avaliação psicossociais do tipo auto-relato, aplicados no pré-natal, estão sujeitos a efeitos de viés de memória pelo estresse emocional. Vale considerar que a precisão e a confiabilidade das respostas variam com o interesse pelo tema

em questão, o estado de humor no momento da entrevista e a presença de questões sensíveis (JASPERS et al., 2010).

6 PUBLICAÇÕES

Artigo I - Título: **Sintomas depressivos na gestação: influência dos aspectos social, comportamental, psicológico e obstétrico**

Autores: Moraes, E.V.; Avelino, M.M; Campos, R.N.

Revista: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

Artigo II - Título: **Sintomas depressivos na gestação: Consequências do uso de substâncias psicoativas.**

Autores: Moraes, E.V.; Avelino, M.M; Campos, R.N.

Revista: Revista Brasileira de Psiquiatria

Comprovação de submissão artigo I

Artigo I - Sintomas depressivos na gestação: influência dos aspectos social, comportamental, psicológico e obstétrico

Autores: Moraes, E.V.; Avelino, M.M; Campos, R.N.

Revista: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia



[CAPA](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO USUÁRIO](#) [FEBRASGO](#)

[Capa](#) > [Usuário](#) > [Autor](#) > [Submissões](#) > [Nova submissão](#)

Passo 2. Transferência do manuscrito

1. INÍCIO 2. TRANSFERÊNCIA DO MANUSCRITO 3. INCLUSÃO DE METADADOS 4. TRANSFERÊNCIA DE DOCUMENTOS SUPLEMENTARES 5. CONFIRMAÇÃO

Para transferir um manuscrito para o periódico, execute os seguintes passos:

1. Nesta página, clique em Procurar (Browse ou Arquivo, dependendo do navegador), e localize o documento no disco rígido do seu computador (ou em outro local de armazenamento, como o cd-rom ou pendrive)
2. Localize o documento desejado e selecione-o.
3. Clique em Abrir na janela de seleção de arquivo. O sistema usará automaticamente o documento selecionado na janela Transferir Documento para Submissão.
4. Clique em Transferir, para enviar o documento do seu computador para o servidor de hospedagem do periódico. O sistema dará um novo nome ao documento seguindo um padrão de nomenclatura próprio para controle interno.
5. Uma vez transferido, clique em Salvar e Continuar no final da página.

Em caso de dificuldades com o processo, entre em contato com [Rosane Aparecida Cunha Casula](#) via e-mail ou pelo telefone (16) 3602-2803 para suporte.

Arquivo submetido

Nome do documento 158651-779647-1-SM.docx
 Nome original do documento TEXTO RBGO 170116.docx
 Tamanho do documento 78KB
 Data de transferência 2016-01-17 11:47

← → submission.scielo.br/index.php/rbgo/author



[CAPA](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO USUÁRIO](#) [FEBRASGO](#)

[Capa](#) > [Usuário](#) > [Autor](#) > [Submissões Ativas](#)

Submissões Ativas

[ATIVO](#) [ARQUIVO](#)

ID	MM-DD ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
158241	01-04	ART	Moraes, Campos, Avelino	SINTOMAS DEPRESSIVOS NA GESTAÇÃO: CONTRIBUIÇÕES DOS...	Aguardando designação

1 a 1 de 1 itens

Iniciar nova submissão

[CLIQUE AQUI](#) para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

Av. Bandeirantes, 3900
 Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
 14049-900 - Ribeirão Preto-SP

OPEN JOURNAL SYSTEMS

[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO

Logado como:
 eleomar
 • Meus periódicos
 • Perfil
 • Sair do sistema

AUTOR

Submissões
 • Ativo (1)
 • Arquivo (0)
 • Nova submissão

IDIOMA

Selecione o idioma
 Português (Brasil) ▼
 Submeter

TAMANHO DE FONTE

A A A

6.1 Artigo I: Sintomas depressivos na gestação: influência dos aspectos social, comportamental, psicológico e obstétrico

RESUMO

OBJETIVO: Verificar a prevalência de sintomas depressivos e suas associações com características sociais, psicológicas, comportamentais e obstétricas em mulheres grávidas. **MÉTODOS:** Trata-se de estudo transversal. A amostra constou de 375 grávidas atendidas no ambulatório de pré-natal de duas maternidades públicas localizadas na cidade. Para a comprovação dos sintomas depressivos, empregou-se a Escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD). Foi realizada análise estatística descritiva com auxílio dos programas EPI-INFO® versão 7.1.5. e *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. **RESULTADOS:** Apresentaram prováveis sintomas depressivos e possíveis sintomas depressivos 15,47% e 25,33% das entrevistadas, respectivamente. A análise bivariada demonstrou associação significativa entre “sintomas depressivos” e as seguintes variáveis: “solteira ou separada” (Razão de Prevalência RP=2,08; Intervalo de Confiança IC95%=1,26-3,44); “atividade física na gestação” (RP=3,96; IC95%=1,28-12,31); submissão a “violência psicológica/emocional” (RP=4,74; IC95%=2,94-7,64); “problema mental prévio” (RP=2,66; IC95%=1,49-4,73) e “complicações obstétricas na gestação atual” (RP=2,53; IC95%=1,55-4,13). A análise multivariada confirmou associação desses sintomas depressivos com as variáveis “sofreu violência psicológica/emocional” (OR=5,821; IC95%=2,939-11,528), “atividade física na gestação” (OR=3,885; IC95%=1,060-14,231), “complicações obstétricas na gestação atual” (OR=2,442; IC95%=1,233-4,834) e “solteira ou separada” (OR=2,943; IC95%= 1,326-6,533). **CONCLUSÕES:** A

prevalência de sintomas depressivos entre as grávidas é de 15,47% e a violência emocional é o principal fator associado à depressão gestacional.

Descritores: Depressão pré-natal; Gravidez; Prevalência; Estudos transversais; Saúde pública.

Depressive symptoms in pregnancy: The influence of social, psychological and obstetric aspects

ABSTRACT

OBJECTIVE: Verify the prevalence of depressive symptoms and their associations características sociais, psicológicas, comportamentais e obstétricas in pregnant women. **METHODS:** This is a cross-sectional study. The sample consisted of 375 pregnant women admitted to two public maternity hospitals. To confirm depressive symptoms, the scale *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) was used. A descriptive statistical analysis was performed using the EPI-INFO® version 7.1.5 and the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 21.0 programs. **RESULTS:** The patients who have shown depressive symptoms and suggestive clinical condition of these symptoms are 15.47% and 25.33%, respectively. Univariate analysis showed a significant association between depression and the following variables: "single woman" (RP=1,20; IC95%=1,02-1,41); "submission to psychological/emotional violence" (RP=4,74; IC95%=2,94-7,64); "previous mental problem" RP=2,66; IC95%=1,49-4,73); historical of "obstetric complications during the current pregnancy" (RP=2,53; IC95%=.1,55-4,13) and "physical activity during pregnancy" (RP=3,96; IC95%=1,28-12,31)". The logistic regression analysis showed association with depressive symptoms with the variables "suffered psychological/emotional violence" (OR=5,821; IC95%=2,939-11,528), "physical

activity during pregnancy" (OR=3,885;IC95%=1,060-14,231)" "obstetric complications during the current pregnancy" (RP=2,442; IC95%=1,233-4,834) and single woman" (OR=2,943; IC95%=1326-6,533). **CONCLUSIONS:** The prevalence of depressive symptoms among the participants is about 15.47% and the emotional violence is the main factor associated with the gestational depression.

Key words: Pre-birth Depression; Pregnancy; Prevalence; Cross-sectional Studies; Public Health

Sintomas depressivos na gestação: Influência dos aspectos social, comportamental, psicológico e obstétrico

Depressive symptoms in pregnancy: The influence of social, behavioral, psychological and obstetric aspects

Introdução

Estudos internacionais revelaram que a prevalência de depressão na gravidez pode variar entre 8,6% no Oriente Médio, 19,5% na Europa Ocidental¹ e 33% nos Estados Unidos². No Brasil, estudos sobre o tema são escassos e a prevalência pode oscilar entre 15%³ e 28%⁴. Os fatores de risco para depressão gestacional estão, em sua maioria, vinculados aos indicadores de privação socioeconômica como, desemprego, problemas financeiros e baixa escolaridade. Além disso, ter história de violência, episódios estressantes, antecedentes psiquiátricos, ser solteira ou divorciada³ e ausência de suporte social⁵ tiveram, igualmente, associação com depressão gestacional.

A depressão no pré-natal é um episódio patológico que, apesar de não ser estudada extensivamente⁶, pode ser preditora de depressão pós-parto e de

implicações clínicas como, um risco aumento de parto prematuro, baixo peso ao nascer e de parto operatório⁷. Além disso, um estudo de coorte recente, que contou com 2.072 gestantes também encontrou relação da depressão na gravidez e a interrupção precoce da amamentação⁸.

A condição psicológica da mãe durante a gestação é diferenciada, resultado de variações endócrinas complexas. É importante mencionar que, em um estudo experimental utilizando modelo de estresse pré-natal em ratas que desenvolveram trauma no início da gestação, descobriu-se que agravos ambientais precoces como o estresse materno repetido podem produzir mudanças duradouras na função dos circuitos neurais da prole⁹. Essas alterações neurobiológicas terão implicações para uma série de condições psiquiátricas, abrangendo abuso e dependência de substâncias psicoativas¹⁰. Em seres humanos, eventos estressores como estes, poderão trazer consequências para a mãe na forma de depressão e, na pior conjectura, levar ao suicídio¹¹.

A depressão é resultante de uma sofisticada interação de fatores sociais, psicológicos e biológicos. Dentro deste contexto, circunstâncias sociais como pressões econômicas, desemprego e contendas familiares podem aumentar o risco da doença. Considerada de difícil tratamento, a depressão pode causar sofrimento psíquico¹². Esse sofrimento abrange o comprometimento da qualidade de vida, dos relacionamentos e das atividades através da inaptidão funcional, levando ao surgimento de transtornos mais graves e ao crescimento na demanda pelos serviços públicos de saúde¹³.

Por outro lado, o apoio social pode atenuar os episódios depressivos, sobretudo em presença de modificações fisiológicas e psicossociais, como na

gestação⁵. Além disso, ensinar o enfrentamento positivo pode minimizar o aparecimento desses eventos¹⁴.

Como evidenciado na literatura, realizar atividade física na gravidez também pode reduzir ocorrências de depressão, causar bem-estar e prevenir aumento de peso, perda urinária e diabetes¹⁵. Um estudo realizado na Inglaterra com o objetivo de determinar a eficácia de exercícios durante a gravidez detectou um aumento no número de partos normais, diretamente proporcionais à frequência de atividade física¹⁶.

Não obstante a existência de terapêuticas conhecidas e eficazes, menos da metade da população atingida globalmente recebe tratamento. Os obstáculos aos cuidados incluem o estigma social relacionado aos transtornos mentais e à falta de recursos e de profissionais de saúde treinados¹¹.

Considerando a gravidade do tema e a escassez bibliográfica, identificar a ocorrência de transtornos mentais poderá colaborar para a melhoria no planejamento da atenção primária¹³. Como o Programa de Saúde da Mulher adotado no Brasil direciona a assistência à saúde feminina para o momento reprodutivo, essa ocasião se torna oportuna para intervenções que favoreçam a grávida, sua família e a sociedade¹⁷.

Diante do exposto, objetivou-se verificar a prevalência de sintomas depressivos e suas associações com características sociais, psicológicas, comportamentais e obstétricas em mulheres grávidas atendidas em duas maternidades públicas.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal. A pesquisa envolveu gestantes cadastradas nos ambulatórios de pré-natal de baixo e alto risco de dois Hospitais Maternidades Públicas de referência da cidade de Goiânia-GO, Brasil. Essas instituições desenvolvem atividades de assistência, pesquisa e ensino e atendem à comunidade local, além de diversas regiões do estado. Os dados foram coletados no período de setembro de 2014 a maio de 2015.

A amostra foi constituída por gestantes com idade igual ou superior a 18 anos. Metade das mulheres grávidas presentes foi convidada a participar, representando os números pares pela ordem de agendamento.

Para cálculo do tamanho da amostra, tomou-se por base o total de 4.826 atendimentos pré-natais efetuados nas duas maternidades no período da coleta, uma proporção estimada de 28,3% de depressão na gestação⁴, um erro tipo I de 5% e intervalo de confiança de 95%. O universo mínimo obtido foi de 292 grávidas, mas, definiu-se o tamanho amostral final em 375 gestantes devido a uma eventual ausência de respostas¹⁸.

Para a coleta dos dados, utilizou-se um instrumento autoaplicável, com inclusão de informações complementares na forma de notas explicativas em negrito, de maneira a facilitar a aplicação, o preenchimento e a digitação.

O instrumento com dados sobre perfil social e econômico apresentou perguntas contendo idade, escolaridade, condição conjugal e situação econômica. Estipulou-se como baixa escolaridade aquela menor ou igual a oito anos de estudo, escolaridade média de nove a onze e alta escolaridade maior ou igual a 12 anos. Em relação à situação econômica, foram consideradas de baixo rendimento, as famílias

classificadas, segundo o estrato sócio econômico, nas classes “E” a “C” com rendimento até três salários mínimos mensais¹⁹.

Através de questões propostas pelos autores, investigaram-se vários eventos estressores experimentados pelas grávidas como episódios de violência física e emocional/psicológica, complicações obstétricas na gravidez atual, histórico psiquiátrico prévio da grávida e de sua família.

O piloto foi previamente aplicado a quinze grávidas. O intuito foi detectar possíveis erros no inquérito, assim como ambiguidades nas questões elaboradas pelos autores deste estudo e dificuldades de compreensão. Verificados os erros, realizaram-se as devidas correções.

Para detectar os sintomas depressivos no período gestacional empregou-se a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) de Zigmond e Snaith (1983)²⁰, validada no Brasil para pacientes ambulatoriais²¹, podendo ser aplicada em múltiplos contextos²² como maternidades e serviços de pré-natal³.

Esta escala é formada de 14 itens que mencionam o estado emocional e não abordam sintomas somáticos indicando, portanto, maior chance de diagnóstico de depressão. Desses, sete se relacionam à ansiedade (HAD-A) e a outra metade à depressão (HAD-D), com pontos de corte de sete e oito para ansiedade e depressão, respectivamente. Para Botega e colaboradores (1998)²¹, o ponto de corte que propiciou boa sensibilidade e boa especificidade foi 7/8 (ou seja, a partir de 8 pontos) na subescala de depressão (85% e 72,4%, respectivamente).

Cada questão possui quatro alternativas com uma pontuação, que vai de zero a três, sendo que a soma da pontuação total pode variar de zero a 21 para cada um dos transtornos. Quanto maior a pontuação, maiores os Transtornos Mentais Menores (TMM).

De acordo com os resultados alcançados em cada subescala, a paciente foi inserida em três níveis: caso improvável (zero a sete pontos), caso possível/duvidoso (oito a dez pontos) e caso provável (onze a vinte um pontos)²⁰.

A fim de conhecer a confiabilidade do instrumento (HAD), efetuou-se o cálculo do alfa de Cronbach. Considerando quanto mais alto o coeficiente, mais confiável o instrumento²³. Dessa forma, adotou-se o valor acima de 0.70 como adequado para esta pesquisa²⁴.

Excluíram-se as grávidas analfabetas que não concordaram em preencher o questionário, não responderam todas as perguntas da HAD, residiam fora do estado ou apresentavam diagnóstico prévio de doenças neurológicas como distúrbios do movimento e esclerose múltipla.

Analísaram-se os dados com auxílio dos programas EPI-INFO® versão 7.1.5. e *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Para a análise descritiva das variáveis quantitativas utilizaram-se medidas de tendência central (média e mediana), medidas de dispersão (desvio-padrão) e frequência simples e absoluta para as variáveis ordinais. Para verificar as associações entre as variáveis e os sintomas depressivos foi realizada análise bivariada utilizando-se o teste do χ^2 , Exato de Fisher e Razão de Prevalência (RP). Para estimar a RP optou-se pela análise de regressão logística, em especial, justificada pelo baixo desfecho da variável dependente²⁵. A entrada foi do tipo hierárquica e as variáveis explicativas foram fundamentadas no *p*-valor *borderline* ($p \leq 0,010$) e na importância clínica²⁶. Para todos os testes, foi considerado de significância estatística o *p*-valor inferior ou igual a 5% ($p \leq 0,05$) em um intervalo de confiança de 95%. A variável “sintomas depressivos” no pré-natal foi definida como dependente.

As 375 gestantes tinham idades entre 19 e 55 anos ($27,06 \pm 6,63$), idade gestacional média de $27 \pm 10,60$ semanas e gravidez de baixo risco (56,52%). A maioria era casada ou amasiada (84,53%), com mais de oito anos de estudo (76,42%), apresentava-se desempregada (55,95%), porém, com companheiro empregado (91,14%). Grande parte das famílias possuía renda salarial menor ou igual a três salários mínimos (90,67%). Verificou-se ainda que 87,00% tinham religião e destas, 44,53% denominaram-se evangélicas, sendo as mais assíduas (87,41%) na frequência dos cultos religiosos.

Na Tabela 1, a análise bivariada demonstrou ser estatisticamente significativa a associação entre “sintomas depressivos” e ser “solteira/separada”.

Características	Sintomas depressivos**				Estatística	
	Sim		Não		RP (IC 95%)	p
	n	%	n	%		
Faixa etária ^{***}						
19 a 26 anos	30/212	14,15	182/212	85,85	0,83(0,52-1,34)	0,454*
27 a 55 anos	27/159	16,98	132/159	83,02		
Solteira/separada						
Sim	16/58	27,59	42/58	72,41	2,08(1,26-3,44)	0,005*
Não	42/317	13,25	275/317	86,75		
Anos de escolaridade ^{***}						

≤ 8 anos de escolaridade	18/85	21,18	67/85	78,82	1,55(0,93-2,58)	0,090*
> 8 anos de escolaridade	38/279	13,62	241/279	86,38		
Renda familiar***						
≤ três salários mínimos****	41/272	15,07	231/272	84,93	0,70(0,33-1,51)	0,379*
> três salários mínimos****	6/28	21,43	22/28	78,57		
Tem religião***						
Não	9/48	18,75	39/48	81,25	1,23(0,65-2,34)	0,533*
Sim	48/315	15,24	267/315	84,76		

RP= Razão de Prevalência; IC=Intervalo de Confiança; * Teste do qui-quadrado; ** Pontuação ≥ 12 na subescala de depressão da escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD); *** Salário mínimo=R\$788,00 (2015).

Uma em cada quatro gestantes encontrava-se com “possível ou duvidoso” sintoma depressivo. Quanto à consistência interna para o conjunto total dos itens, o alfa de Cronbach para a subescala HAD foi de 0,73, que admite confiabilidade das medidas (Tabela 2).

Tabela 2 - Descrição da prevalência de sintomas depressivos detectados através da Escala de Ansiedade e Depressão HAD-D aplicadas em grávidas atendidas em duas maternidades públicas de referência na cidade de Goiânia- GO, Brasil, 2015 (n=375).

Subescalas da HAD-D* (7itens)	n (%)	Alfa de Cronbach	Intervalo Obtido	Mediana	Média (DP)**
		0.73	0-18	7	6,87 (4,03)
Improvável (0-7 pontos)	222 (59.20)				
Possível/duvidoso (8-11 pontos)	95 (25.33)				
Provável (12-21 pontos)	58 (15.47)				

DP=Desvio Padrão; * Pontuação ≥ 12 na escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)

Averiguou-se na Tabela 3 que, dentre as grávidas que se exercitavam (18,33%), a maioria (62,96%), fazia atividade física duas ou três vezes por semana. Verificou-se, ainda, que 6,47% das gestantes relataram “problema mental prévio”, ou seja, já haviam procurado um médico por causa de transtornos mentais.

Observou-se também, que 25,67% das participantes sofreram violência psicológica e emocional. As variáveis “problema mental prévio”, “realizar atividade

física” e “complicações obstétricas na gestação atual” evidenciaram associação positiva com sintomas depressivos. Os diagnósticos principais dessa última variável foram: supervisão de gravidez risco (20,83%) e malformações congênitas não especificadas (2,47%).

Tabela 3 –Distribuição das variáveis comportamental, psicológicas e obstétrica e suas associações com sintomas depressivos em gestantes de duas maternidades públicas de referência, 2015 (n=375).

Características	Sintomas depressivos***				Estatística	
	Sim		Não		RP (IC 95%)	p
	n	%	n	%		
Variável comportamental						
Atividade física na gestação						
Não	53/303	17,49	250/303	82,51	3,96(1,28-12,31)	0,006*
Sim	3/68	4,41	65/68	95,59		
História psiquiátrica						
Problema mental prévio						
Sim	9/24	37,50	15/24	62,50	2,66(1,49-4,73)	0,002*
Não	49/347	14,12	298/347	85,88		
Depressão familiar prévia						
Sim	18/80	22,50	62/80	77,50	1,68(1,02-2,78)	0,046*
Não	38/284	13,38	246/284	86,62		
Variáveis violências						
Sofreu violência física						
Sim	4/11	36,36	7/11	63,64	2,43(1,07-5,52)	0,075**
Não	54/363	14,96	307/361	85,04		
Sofreu violência psicológica / emocional						
Sim	36/96	37,50	60/96	62,50	4,74(2,94-7,64)	0,001*
Não	22/278	7,91	256/278	92,09		
Variável obstétrica						
Complicações obstétricas na gestação atual						
Sim	35/141	24,82	106/141	75,18	2,53 (1,55-4,13)	0,001*
Não	22/224	9,82	202/224	90,18		

RP= Razão de Prevalência; IC=Intervalo de Confiança; * Teste do χ^2 ; ** Teste Exato de Fischer; *** Pontuação $\geq$ 12 na subescala de depressão da escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD).

Considerando-se o modelo de regressão logística (Tabela 4), as variáveis com associação mais significativas foram “sofreu violência psicológica ou emocional” aumentando em quase seis vezes as chances de sintomas depressivos e não realizar “atividade física na gestação atual” elevou em quase quatro vezes as possibilidades dessa sintomatologia.

Tabela 4 – Análise de regressão logística dos eventos associados aos sintomas depressivos, de acordo com as variáveis de violência, comportamentais, psicológicas, obstétricas e sociais 2015 (n=375).

Características	Estatística		
	OR	(95%IC)	p
Variáveis de violência			
Sofreu violência psicológica/emocional	5,821	2,939-11,528	0,001
Sofreu violência física	0,997	0,244-4,084	0,997
Variável comportamental			
Atividade física na gestação	3,885	1,060-14,231	0,041
Variáveis psicológicas			
Problema mental prévio	2,774	0,904-8,511	0,074
Depressão familiar prévia	1,055	0,473-2,350	0,897
Variável obstétrica			
Complicações obstétricas na gestação atual	2,442	1,233-4,834	0,010
Variáveis sociais			
Solteira/Separada	2,943	1,326-6,533	0,008
Anos de escolaridade	1,483	0,707-3,114	0,297

OR= Odds Ratio; IC= Intervalo de Confiança.

Discussão

A prevalência de sintomas depressivos entre as gestantes atendidas em serviços de referência foi de 15,47%. Enquanto não realizar atividade física foi significativamente prejudicial para a saúde mental da gestante, associaram-se para o aparecimento de sintomas depressivos os episódios de violência psicológica, problema mental prévio, ausência de parceiro e ocorrência de complicações obstétricas na gravidez atual.

A única situação psicossocial relacionada aos sintomas depressivos no pré-natal foi a condição de estar solteira ou separada. Uma pesquisa realizada no sistema público de saúde brasileiro associou a depressão gestacional a eventos estressantes como a ausência de parceiro^{3,27}. A vulnerabilidade da mulher durante a gravidez agrava esses fatores, especialmente em países em desenvolvimento onde há mais diversidade socioeconômica e os serviços de saúde são frágeis.

O suporte social tem efeito benéfico em mulheres grávidas depressivas⁵. Diante disso, sugere-se um olhar diferenciado à gestante sem companheiro, através de intervenções preventivas²⁸ como, por exemplo, desenvolver nessa população a capacidade positiva de enfrentamento das adversidades¹⁴. No entanto, a principal opção de atendimento para essas mulheres, as Unidades Básicas de Saúde, possui problemas de infraestrutura e de capacitação profissional, que pode levar a atendimentos incipientes²⁹. Em síntese, a atenção integral pode contribuir para minimizar, entre outros fatores, o sofrimento do binômio mãe/filho e o aumento de partos prematuros e operatórios⁷.

Em relação ao instrumento adotado, inferiu-se que, apesar das múltiplas ferramentas disponíveis para a quantificação dos sintomas depressivos (escalas,

instrumentos e questionários), optou-se pela escala HAD²¹ por ter aplicação simplificada, mas, sobretudo, por ter sido empregada em população semelhante³.

O percentual de sintomas depressivos encontrado no presente estudo foi mais baixo que da Ásia (17,5%) e Europa Ocidental (19,5%)⁷. A prevalência desses sintomas no pré-natal em países desenvolvidos esteve maior que nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil (oscilando entre 15% e 28%)^{3,4}. Essas diferenças podem estar relacionadas, entre outros fatores, ao predomínio de estudos de corte transversal³⁰ e à baixa representatividade das amostras³¹. Cita-se ainda, a diversidade de instrumentos de avaliação empregados^{3,31} e a heterogeneidade sociocultural das nações. Por exemplo, em sociedades predominantemente patriarcais como a do Paquistão, a depressão pode atingir mais da metade das grávidas³².

Pesquisas indicam que problema mental prévio pode desencadear uma sintomatologia depressiva no período gravídico³³. O presente estudo admite, na análise multivariada, o indicativo de associação entre a saúde mental anterior e sintomas depressivos. Esse achado confirma a necessidade de a equipe multidisciplinar dispor de instrumentos adequados para detecção dessa sintomatologia no pré-natal.

A partir deste estudo deduz-se, também, que existe associação entre não realizar atividade física e o surgimento de sintomas depressivos, ratificada na análise multivariada que assinala uma elevação de quase quatro vezes as chances da manifestação desses sintomas. Vale lembrar que o tratamento da depressão durante a gravidez é difícil para a paciente e para a equipe de saúde, pois, os antidepressivos trazem riscos obstétricos e fetais³⁴. Baseado nisso, o tratamento não medicamentoso seria uma opção importante, onde, medidas simples como caminhadas poderiam ser adotadas para amenizar o problema.

Diversas pesquisas realizadas em diferentes países como a Noruega, indicam associação entre atividade física na gestação e menor prevalência de dor lombar e pélvica e depressão tardia na gravidez, diretamente proporcionais à quantidade de exercícios semanais³⁵. Esses resultados validam nossos achados pois, da população que se exercitava (18,33%), a maioria (62,96%) era assídua e se exercitava três vezes por semana. Possivelmente, a alta frequência nas atividades físicas tenha contribuído para a não manifestação dos sintomas depressivos.

O presente estudo encontrou associação estatística significativa entre violência psicológica ou emocional e sintomas depressivos no pré-natal. Diversos autores têm observado essa ligação. A violência psicológica, embora não deixe sinais visíveis como a violência física, pode gerar problemas difíceis de serem tratados. Observa-se, igualmente, que qualquer forma de violência pode trazer prejuízos à saúde das gestantes como insegurança, baixa autoestima e depressão³⁶. Esses episódios costumam ocorrer em contextos de baixa escolaridade e de subordinação ao cônjuge, características comuns a essas vítimas, consequência de uma desigualdade sociocultural histórica que conduziu à relação de discriminação, subordinação e abuso de poder intrafamiliar observados hoje³⁷.

Há um crescente interesse a respeito dos efeitos do estresse e da depressão sobre o ambiente fetal. É bem conhecido o aumento dos hormônios sexuais e de outros como cortisol, prolactina e tiroxina durante a gravidez. Além desse aumento, têm sido observadas interações complexas envolvendo mecanismos de retroalimentação entre o eixo hipotálamo-hipófise-ovariano e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA). O eixo HPA é especialmente importante porque envolve o cortisol, o hormônio adrenocorticotrófico e o hormônio liberador de corticotrofinas que têm seus níveis alterados tanto pela gravidez quanto pelo estresse. Existe a

suspeita de que níveis elevados de cortisol resultantes do estresse ou gravidez afetem o humor de mulheres grávidas³⁸. Esse dado corrobora com achados deste estudo onde as variáveis “sofrer violência psicológica/emocional” e “complicações obstétricas na gestação atual”, consideradas estressoras, confirmaram relação com sintomas depressivos na análise de regressão logística.

O principal diagnóstico que gerou “complicações obstétricas na gestação atual” foi supervisão de gravidez de risco com 20,83%. Estão relacionados com gravidez de risco principalmente a história obstétrica ou reprodutiva, a condição clínica materna, o uso de drogas em geral e as questões financeiras e afetivas³⁹.

Um estudo sobre depressão gestacional detectou significativa associação com diversas complicações da gravidez como sangramento no pré-natal e descolamento prematuro da placenta, entre outros. É importante ressaltar que alguns desses resultados estavam significativamente associados com a depressão leve, demonstrando que qualquer grau de depressão pode ter influência expressiva no contexto das complicações obstétricas⁴⁰.

No grupo aqui estudado, é possível afirmar que a falta de companheiro e dificuldades de relacionamento como a violência psicológica, potencialmente estressoras, também podem explicar o aparecimento de problemas na gestação por gerar sofrimento e insegurança sobre o seu desfecho. Assim sendo, o surgimento de complicações obstétricas é multifatorial, podendo estes fatores se correlacionarem, culminando em uma gestação difícil. Esta situação poderia ser interpretada como punição, provocando sentimentos de culpa e potencializando sintomas depressivos.

O presente estudo exibiu diversos pontos fortes como a adoção de piloto e o uso de instrumento reconhecido internacionalmente e validado no Brasil. Enfim, vale ressaltar, também, que foi efetuado cálculo amostral e a amostra foi representativa.

Por outro lado, o delineamento transversal limitou as interpretações sobre causalidade. Causa e efeito foram verificados simultaneamente, impedindo uma análise da origem dos sintomas depressivos e direção das associações encontradas. Finalmente, não foi possível generalizar os achados para o setor de saúde privado, embora a população pesquisada pertença a duas instituições ambulatoriais com grandes áreas de abrangência.

Devido à prevalência de depressão durante a gravidez e aos conflitos que pode trazer para a mãe e o seu filho, a atenção psicológica deve ser parte integrante dos cuidados obstétricos. Sugere-se a implementação de instrumentos de rotina para rastrear a depressão no pré-natal e o encaminhamento dos casos graves ao psiquiatra.

Agradecimento

O estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Conflito de interesse

Não há.

Referências

1. Shakeel N, Eberhard-Gran M, Sletner L, Slinning K, Martinsen EW, Holme I, Jenum AKA. Prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. *BMC pregnancy and childbirth*. 2015; 15(1):5.
 2. Wisner KL, Sit DK, Mcshea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70(5):490-498.
 3. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da Depressão Gestacional e Fatores Associados. *Rev Psiquiatr Clín*. 2008; 35(4):144-53.
 4. Faisal-Cury A, Menezes PR. Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care. *Rev. Bras. Psiquiatr.[online]*. 2012; 34(4):446-450.
 5. Thiengo DL, Santos JFDC, Fonseca DL, Abelha L, Lovisi GM. Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. *Caderno de Saúde Coletiva*. 2012; 20(4): 416-426.
 6. Van HL. Need for wider recognition of antenatal depression. *Ther Today*. 2008 (19):28.
 7. Yedid SM, Harlev A, Weintraub AY, Sergienko R, Sheiner E. Is antenataldepression associated with adverse obstetric and perinatal outcomes?. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2016; 29(6): 863-867.
 8. Yusuff, A. S. M., Tang, L., Binns, C. W., & Lee, A. H. Antenatal depressive symptoms and breastfeeding: A prospective cohort study. *Breastfeeding Medicine*. 2015; 10(6): 300-304.
 9. Campbell JC, Szumlinski KK, Kippin TE. Contribution of early environmental stress to alcoholism vulnerability. *Alcohol*. 2009; 43(7):547-554.
 10. Vythilingum B, Roos A, Faure SC, Geerts L, Stein DJ. Risk factors for substance use in pregnant women in South Africa. *SAMJ: South African Medical Journal*. 2012; 102(11pt1):853-8544.
 11. World Health Organization. Depression is a common illness and people suffering from depression need support and treatment. WHO marks 20th Anniversary of World Mental Health Day; Note for the media 9. [Internet]. Geneva: 2012 [Acesso em 20 abr. 2016]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/en/
 12. Escribà-Agüir V, Royo-Marqués M, Artazcoz L, Romito P, Ruiz-Pérez I. Longitudinal study of depression and health status in pregnant women: incidence, course and predictive factors. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2013; 263(2):143-151.
 13. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L., Feigin V, Vos T. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the global burden of disease study 2010. *PloS one*. 2015; 10(2):e0116820.
 14. Lau, Y., Wang, Y., Kwong, D. H. K., & Wang, Y. Are Different Coping Styles Mitigating Perceived Stress Associated With Depressive Symptoms Among Pregnant Women?. *Perspectives in psychiatric care*. 2016; 52(2): 102-112.
 15. Battle CL, Abrantes AM, Schofield CA, Kraines MA. Physical Activity as an Intervention for Antenatal Depression: Rationale for Developing Tailored Exercise Programs for Pregnant Women with Depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2015; 60(5):479-482.
 16. Ussher M, Lewis S, Aveyard P, Manyonda I, West R, Lewis B, Coleman T. Physical activity for smoking cessation in pregnancy: randomized controlled trial. *BMJ*. 2015; 350:h2145.
 17. Viellas EF, Gama SGN, Carvalho ML, Pinto LW. Fatores associados à agressão física em gestantes e os desfechos negativos no recém-nascido. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre. 2013; 89, (1): 83-90.
-

18. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3ª Ed. Artmed; 2008. p.100.
 19. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critérios de Classificação Econômica [Internet]. Brasil: 2015 [Acesso em 14 out. 2015]. Disponível em <http://www.abep.org.br/>.
 20. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatrica scandinavica*. 1983; 67(6):361-370.
 21. Botega NJ, Bio MR, Zomignani A, et al. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epilépticos ambulatoriais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1998; (47):285-9.
 22. Bowling A, Ebrahim S. *Handbook of health research methods: investigation, measurement and analysis*. Maidenhead, England, Open University Press; 2005; 625p
 23. Urbina S. Fundamentos da testagem psicológica. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 121-212.
 24. Nunnally, J. C. *Psychometric theory*. 2nd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 1967.v. 226.
 25. Coutinho LM, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(6):992-998.
 26. Browner WS. *Publishing and presenting clinical research*. Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
 27. Silva RAD, Jansen K, Souza LDDM, Moraes IGDS, Tomasi E, Silva GDGD, Pinheiro RT. Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010; 32(2):139-144.
 28. Cankorur VS, Abas M, Berksun O, Stewart R. Social support and the incidence and persistence of depression between antenatal and postnatal examinations in Turkey: a cohort study. *BMJ open*. 2015; 5(4):e006456.
 29. Reis LA, Brito FR, Santos MV, Aguiar ACDSA. Atuação do enfermeiro do Programa de Saúde da Família frente ao indivíduo portador de transtorno mental. *Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR*. 2013; 6(2).
 30. Choi SK, Park YG, Park I, Ko HS, Shin JC. Impact Of Antenatal Depression On Perinatal Outcomes And Postpartum Depression In Korean Women. *Journal Of Research In Medical Sciences: The Official Journal Of Isfahan University Of Medical Sciences*. 2014; 19(9):807.
 31. Fisher J, Tran T, Thi LB, Kriitmaa K, Rosenthal D, Tran T. Common perinatal mental disorders in northern Viet Nam: community prevalence and health care use. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010; 88(10):737-745.
 32. Waqas A, Raza N, Lodhi HW, Muhammad Z, Jamal M, Rehman A. Psychosocial factors of antenatal anxiety and depression in Pakistan: Is social support a mediator. *PloS One*. 2015; 10(1):e0116510.
 33. Kohlhoff J, Hickinbotham R, Knox C, Roach V, Barnett AMB. Antenatal psychosocial assessment and depression screening in a private hospital. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2016; 56(2):173-8.
 34. Chaudron LH. Complex challenges in treating depression during pregnancy. *American Journal of Psychiatry*. 2013; 170(1):12-20.
 35. Gjestland, K, Bø, K., Owe KM, Eberhard-Gran M. Do pregnant women follow exercise guidelines? Prevalence data among 3482 women, and prediction of low-back pain, pelvic girdle pain and depression. *British Journal of Sports Medicine, BJSPORTS*. 2012; 091344.
 36. Rees SJ, Tol W, Mohammad M, Tay AK, Tam N, Reis N, Silove DM. A high-risk group of pregnant women with elevated levels of conflict-related trauma, intimate partner violence, symptoms of depression and other forms of mental distress in post-conflict Timor-Leste. *Translational Psychiatry*. 2016; 6(2):e725.
-

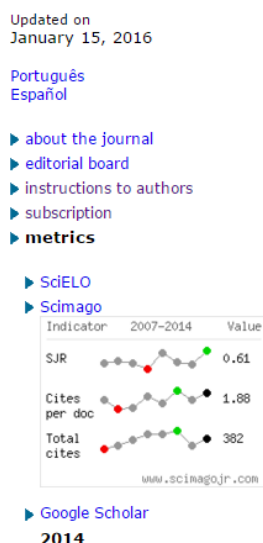
37. Nery IS, Santos, AG, Vasconcelos TB. Repercussões da Violência Intrafamiliar Contra Mulheres Grávidas. In: 17 Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero. 2012.
 38. Giesbrecht GF, Letourneau N, Campbell T, Kaplan BJ. Apron Study Team. Affective experience in ecologically relevant contexts is dynamic and not progressively attenuated during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*. 2012; 15(6):481-485.
 39. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1.020 de 29 de maio de 2013. Diretrizes e normas organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco.Casa de Gestantes, Bebê e Puérpera (CGBP) em conformidade com a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html.
 40. Schwartz L, Bowen A, Muhajarine N. "The Effects of Episodic Versus Continuous and Major Versus Mild Depression and Anxiety Symptoms on Pregnancy and Labour Complications. *Arch Depress Anxiety*. 2015;1(1): 010-018.
-

Comprovação de submissão artigo II

Artigo 2 – Sintomas Depressivos na gestação: Consequências do uso de substâncias psicoativas.

Autores: Moraes, E.V.; Avelino, M.M; Campos, R.N.

Revista: Revista Brasileira de Psiquiatria



Revista Brasileira de Psiquiatria

RBP

Official Journal of the
Brazilian Psychiatric Association

Search

Enter one or more words | All indexes | This Journal | **Search**

Publication of
Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP
On-line version ISSN 1809-452X

Mission
To publish original works from all areas of Psychiatry, focusing on public health, clinical epidemiology, basic sciences and mental health problems that are relevant in our area of studies.

Former Title:
Revista ABP - APAL

d) Entregar juntamente com a solicitação de defesa da Tese comprovante de submissão (ou aceite/publicação) de pelo menos um artigo em periódico **Qualis B1 ou superior** (e/ou com fator de impacto ou *cites per doc* $\geq 1,6$), na área Medicina II;

<https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/152692e8b8b1c329>

Revista Brasileira de Psiquiatria - Manuscript ID RBP-2016-SA-1922

editorial@abpbrasil.org.br por manuscriptcentral.com
para mim, mariza.avelino

09:53 (Há 33 minutos)

Inglês > português Traduzir mensagem Desativar para: inglês

22-Jan-2016

Dear Mrs. Moraes:

Your manuscript entitled "Depressive symptoms in pregnancy: Consequences of substances use." has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in Revista Brasileira de Psiquiatria.

Your manuscript ID is RBP-2016-SA-1922.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc.manuscriptcentral.com/rbp> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc.manuscriptcentral.com/rbp>.

Thank you for submitting your manuscript to Revista Brasileira de Psiquiatria.

Sincerely,
Revista Brasileira de Psiquiatria Editorial Office

lela

Lima Sou

6.2 Artigo II - Sintomas Depressivos na gestação: Consequências do uso de substâncias psicoativas.

Resumo

Sintomas depressivos na gestação: Consequências do uso de substâncias psicoativas.

Depressive symptoms in pregnancy: Consequences of substances use.

Resumo

Objetivo: Investigar o consumo de substâncias psicoativas pelas gestantes e seus companheiros e suas associações com sintomas depressivos. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal realizado entre 375 grávidas atendidas em duas maternidades públicas de Goiânia-GO, Brasil. Para avaliar os sintomas depressivos empregou-se a Escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD). Foi realizada análise estatística descritiva com auxílio dos programas EPI-INFO® e *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). **Resultados:** A amostra foi constituída por gestantes jovens, onde, 56,85% dos companheiros encontravam-se em abstinência de álcool. Na análise bivariada, o etilismo teve associação com as variáveis “sintomas depressivos”, “etilismo da grávida no primeiro trimestre” (Razão de Prevalência RP=2,39; Intervalo de Confiança IC95%=1,44-3,96), “ingestão de álcool pelo companheiro” (RP=2,49; IC95%= 0,77-0,94) e “etilismo da grávida em toda a gestação” (RP=1,76; IC95%=1,07-2,90) e “uso de drogas ilícitas pela grávida” (RP=2,03; IC95%=1,10-3,72). Finalmente, se evidenciou após análise multivariada, que as variáveis com associação estatisticamente significativa foram “Ingestão de álcool pelo companheiro” (OR= 3,013; p=0,002) e o “etilismo da grávida no primeiro trimestre” (OR=3,90; p=0,013) que são associação de risco para sintomas depressivos. **Conclusões:** Os resultados advertem para a associação entre sintomas depressivos na gestação e o uso de bebida alcoólica pela grávida e pelo companheiro.

Descritores: Depressão no pré-natal; Obstetrícia; Desordens de Humor.

Abstract

Depressive symptoms in pregnancy: Consequences of substances use.

Objective: Investigate depressive symptoms in pregnant women and their relationships with the substance use by the partner. **Methods:** This is a cross-sectional study conducted with 375 pregnant women admitted to two public hospitals in Goiânia-GO, Brazil. To evaluate depressive symptoms among pregnant women, the validated scale *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD), was used. The association between variables was performed using the bivariate and multivariate analysis. **Results:** The sample consisted of young pregnant women, and 56,85% of their partners were at low risk or alcohol withdrawal. In the univariate statistical analysis, alcohol consumption was associated with depressive symptoms in the variables "alcoholism by the pregnant in the first three months of pregnancy" (RP=2,39; IC95%=1,44-3,96), "abstinent husband" (RP=2,49; IC95%= 0,77-0,94), "alcoholism by pregnant throughout the pregnancy" (RP=1,76; IC95%=1,07-2,90) and "Illicit drug use by pregnant" (RP=2,03; IC95%=1,10-3,72). Finally, it became clear after multivariate analysis, that the variables with statistically significant association were "husband abstinent" (OR=3,013; p=0.002) and the "alcohol consumption by the pregnant in the first three months of pregnancy" (OR=3,90; p=0,013) which are risk factors for depressive symptoms. **Conclusions:** The results warn about the association between depressive symptoms during pre-partum and the use of alcohol by pregnant and by intimate partner.

Key words: Psychoactive Substance Use Disorder; Obstetrics Gynecology; Mood Disorders.

Introdução

Estima-se que a depressão afete 350 milhões de pessoas em todo o mundo, a maioria mulheres. É caracterizada por sintomas como tristeza, perda do prazer pela vida, sentimentos de culpa, baixa autoestima, distúrbios do sono ou do apetite, sensação de cansaço e falta de concentração¹.

A depressão foi agravada com o aumento no consumo de substâncias psicoativas nos últimos anos (37,6%). Como consequência desse consumo, os distúrbios mais representativos dessas inaptidões são os depressivos, os de ansiedade os derivados de drogas ilícitas e uso de álcool se tornando as principais causas de incapacidades por anos vividos em todo o mundo².

A grávida é psicologicamente vulnerável a condições estressoras, como o uso de álcool pelo parceiro, o que pode aumentar suas chances de uso e dependência alcoólica, gerando riscos ao recém-nascido³. Confirmando esta circunstância, um estudo experimental em ratas utilizando modelo de estresse que desenvolve trauma no início da gestação, se descobriu que agravos ambientais precoces como o estresse materno repetido, podem produzir mudanças duradouras na função dos circuitos neurais da prole⁴. Essas alterações neurobiológicas terão implicações para uma série de condições psiquiátricas na geração futura, abrangendo abuso e dependência de substâncias⁵.

O uso de álcool na gestação de ratas é prejudicial para a saúde materna e fetal, determinando alterações no comportamento das futuras gerações com tendência para o alcoolismo e perturbações neuropsicológicas⁶. Dentre essas alterações temos a diminuição do crescimento da criança e o aparecimento de anomalias congênitas⁷. Todos esses agravos podem ser evitados desde que a gestante não faça uso de álcool durante a gravidez. Contudo, os efeitos do etanol sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) e outros órgãos durante o desenvolvimento embrionário e fetal de animais dependem da dose, da duração e da fase do desenvolvimento⁸.

Estudos descrevem que a exposição ao álcool na gestação adicionado ao efeito das características ambientais, pode resultar em déficits comportamentais e cognitivos que continuam na idade adulta. Assim, se tornou amplamente aceita a ideia de que condições ambientais adversas como desigualdades socioeconômicas e escolhas de estilo de vida durante a gravidez podem resultar em alterações neurológicas na idade adulta⁹.

Por outro lado, além das alterações comportamentais próprias da gestação, alguns fatores podem influenciar o comportamento da gestante. Cita-se como exemplo o consumo de álcool pelo esposo e a qualidade do relacionamento íntimo do casal³. Eventos estressores como esses, podem trazer consequências para a mãe na forma de depressão e, na pior conjectura, levá-la ao suicídio. Essas informações são corroboradas por dados da OMS, onde, boa parte dos quase um milhão de indivíduos que cometem suicídio anualmente, apresentava depressão¹.

A depressão no pré-natal pode ser explicada como uma patologia iniciada durante a gravidez. Apesar de ser preditora de implicações clínicas como pré-eclampsia, diabetes gestacional, aumento de parto prematuro, operatório e de depressão pós-parto, nunca foi estudada extensivamente¹⁰.

A deficiência de dados sobre transtornos mentais, especificamente os relacionados ao uso de álcool, indica que sua função como causador dessas doenças está subestimada¹¹. Considerando a seriedade do tema e a carência bibliográfica, detectar a ocorrência de depressão materna possibilitará o aperfeiçoamento da atenção primária².

Diante do exposto, objetivou-se avaliar o consumo de substâncias psicoativas pela gestante e pelo companheiro e sua correlação com sintomas depressivos.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal. A pesquisa envolveu gestantes cadastradas nos ambulatórios de pré-natal de baixo e alto risco de dois Hospitais Maternidades Públicas de referência da cidade de Goiânia-GO, Brasil. Essas instituições desenvolvem atividades de assistência, pesquisa e ensino e atendem à comunidade local, além de diversas regiões do estado. Os dados foram coletados no período de setembro de 2014 a maio de 2015.

A amostra foi constituída por gestantes com idade igual ou superior a 18 anos. Metade das mulheres grávidas presentes foi convidada a participar, representando os números pares pela ordem de agendamento.

Fundamentou-se a representação amostral na seleção probabilística. A amostra foi calculada tomando por base o total de 4.826 atendimentos pré-natais efetuados nas duas maternidades no período da coleta, uma proporção estimada de 50% de depressão na gestação, um erro tipo I de 5% e intervalo de confiança de

95%. O universo mínimo obtido foi de 356 gestantes, mas, antevendo uma eventual ausência de respostas¹², definiu-se o tamanho amostral final em 375 gestantes.

Para a coleta dos dados utilizou-se um instrumento de medida autoaplicável, com inclusão de informações complementares na forma de notas em negrito, de maneira a facilitar a aplicação, o preenchimento e a digitação, evitando o surgimento de vieses.

O instrumento com dados sobre perfil social e econômico apresentou perguntas contendo idade, escolaridade, condição conjugal e situação econômica. Estipulou-se como baixa escolaridade aquela menor ou igual a oito anos de estudo, escolaridade média de nove a onze e alta escolaridade maior ou igual a 12 anos. Em relação à situação econômica, foram consideradas de baixo rendimento, as famílias classificadas, segundo o estrato sócio econômico, nas classes “E” a “C” com rendimento até três salários mínimos mensais¹³.

Através de questões propostas pelos autores investigaram-se vários eventos estressores experimentados pelas grávidas como o uso de drogas lícitas e ilícitas e tabagismo e da ingestão de álcool pelo companheiro.

O piloto foi previamente aplicado a quinze grávidas. O intuito foi detectar possíveis erros no inquérito, assim como ambiguidades nas questões elaboradas pelos autores deste estudo e dificuldades de compreensão. Verificados os erros, realizaram-se as devidas correções.

Para detectar os sintomas depressivos no período gestacional empregou-se a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) de Zigmond e Snaith (1983)¹⁴, validada no Brasil para pacientes ambulatoriais¹⁵, podendo ser aplicada em múltiplos contextos¹⁶ como maternidades e serviços de pré-natal¹⁷. Esta escala é formada de 14 itens que mencionam o estado emocional e não abordam sintomas somáticos indicando, portanto, maior chance de diagnóstico de depressão. Desses, sete se relacionam à ansiedade (HAD-A) e a outra metade à depressão (HAD-D), com pontos de corte de sete e oito para ansiedade e depressão respectivamente. Para Botega e colaboradores (1998)¹⁵ o ponto de corte que, propiciou boa sensibilidade e boa especificidade foi 7/8 (ou seja, a partir de 8 pontos) na subescala de depressão (85% e 72,4%, respectivamente).

Cada questão possui quatro alternativas com uma pontuação, que vai de zero a três, sendo que a soma da pontuação total pode variar de zero a 21 para cada um dos transtornos. De tal modo, a avaliação das respostas foi conseguida com o valor

total de cada subescala onde, quanto maior a pontuação, maiores os Transtornos Mentais Menores (TMM).

De acordo com os resultados alcançados em cada subescala, o paciente foi inserido em três níveis: caso improvável (zero a sete pontos), caso possível/duvidoso (oito a dez pontos) e caso provável (onze a vinte um pontos)¹⁴.

A fim de conhecer a confiabilidade do instrumento (HAD), efetuou-se o cálculo do alfa de Cronbach. Considerando quanto mais alto o coeficiente mais confiável o instrumento¹⁸. Dessa forma, adotou-se o valor acima de 0.70 como adequado para esta pesquisa¹⁹.

Excluíram-se as grávidas que não concordaram em preencher o questionário, não responderam todas as perguntas da HAD, residiam fora do estado de Goiás, apresentavam diagnóstico prévio de doenças neurológicas como distúrbios do movimento, esclerose múltipla e as analfabetas.

Analísaram-se os dados com auxílio do programa EPI-INFO® versão 7.1.5. O cálculo do coeficiente alfa de Cronbach foi realizado com auxílio do Software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21.0

Realizou-se uma análise estatística dos dados com valores percentuais. As variáveis qualitativas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas simples.

Utilizaram-se para análise de correlação das variáveis os testes Exato de Fisher, Mantel-Haenszel, Qui-Quadrado e Razão de Prevalência, considerando de significância estatística o valor *p-associado* inferior ou igual a 0,05 ($p \leq 0,05$) com um intervalo confiança de 95% (IC 95%). A presença de “sintomas depressivos” no pré-natal foi considerada variável dependente. Para estimar a RP optou-se pela análise de regressão logística, em especial, justificada pelo baixo desfecho da variável dependente²⁰. A entrada no modelo de regressão logística foi do tipo hierárquica, fundamentada no *p*-valor *boderline* (entre $p=0,05$ e 0,010) e na importância clínica²¹. O estudo foi aprovado pelo CEP/HC/UFG/2014 sob o N° 786.358-.

Resultados

A amostra foi constituída, em sua maioria, por mulheres jovens oscilando entre 19 e 29 anos, com idade gestacional média de $27 \pm 10,60$ semanas, gravidez de baixo risco (56,52%) e casadas (47,20%). Quanto à escolaridade, 41,87% possuía o

ensino médio com média de $11,76 \pm 3,17$ anos de estudo. A maioria (56,%) possuía baixa renda familiar com ganho de até dois salários mínimos e 55,95% delas não estava empregada (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociais das gestantes atendidas em duas maternidades públicas de referência na cidade de Goiânia-GO, Brasil, 2016 (n=375).

Características	n	(%)
Faixa etária		
19 a 29 anos	258	69,54
30 a 39 anos	97	26,15
40 a 49 anos	14	3,77
>= 50 anos	2	0,54
Escolaridade		
Ensino Básico	17	4,53
Ensino Fundamental	68	18,13
Ensino Médio/Técnico	157	41,87
Superior Incompleto	61	16,27
Superior Completo	61	16,27
Estado civil		
Casada	177	47,20
Amasiada	140	37,33
Separada/Divorciada	13	3,47
Solteira	45	12,00
Renda da família		
Até um salário mínimo*	44	14,67
Até dois salários mínimos*	124	41,33
Até três salários mínimos*	104	34,67
Acima de três salários mínimos*	28	9,33

* Salário mínimo=R\$788,00 (2015).

As grávidas apresentavam sintomas depressivos distribuídos entre “improvável” (59,20%), “possível ou duvidoso” (25,33%) e “provável” (15,47%) respectivamente de acordo com a escala HAD. Quanto à consistência interna para o

conjunto total dos itens, o alfa de Cronbach para a subescala HAD foi de 0,73, que admitiu confiabilidade das medidas.

Com relação à prevalência do uso de álcool pelo companheiro, a maioria (56,85%) deles encontrava-se em abstinência o que gerou uma associação de proteção contra sintomas depressivos (Tabela 2).

Tabela 2 – Ingestão de álcool pelo companheiro e sua associação com sintomas depressivos em grávidas atendidas em duas maternidades públicas de referência. Goiânia-GO, Brasil, 2016 (n=375).

Características comportamentais	Sintomas depressivos**		Estatística	
	Sim (%)	Não (%)	RP(95% IC)	p-valor
Ingestão de álcool pelo companheiro				
Ingere álcool	34/148 (22,97)	114/148 (77,03)	2,49 (0,77-0,94)	0,001*
Não ingere álcool	18/195 (8,23)	177/195 (90,77)		
Total (n=343)	52/343 (15,16)	291/343(84,84)		

IC= Intervalo de Confiança; *Teste do qui-quadrado; ** Pontuação ≥ 12 na escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD).

Aproximadamente uma em cada cinco gestantes (22%), ingeriu álcool em algum período da gestação. Na análise bivariada “sintomas depressivos” teve associação somente com “etilismo da grávida no primeiro trimestre” (RP=2,39). Do total das participantes, 8,31% usaram drogas ilícitas (Tabela 3).

Tabela 3 – Uso de drogas lícitas e ilícitas e suas associações com sintomas depressivos em grávidas atendidas em duas maternidades públicas de referência. Goiânia-GO, Brasil, 2016 (n=375).

Características comportamentais	Sintomas depressivos**		Estatística	
	Sim (%)	Não (%)	RP(95% IC)	p-valor
Etilismo da grávida no primeiro trimestre				
Sim	19/69 (27,54)	50/69 (72,46)	2,39 (1,44-3,96)	0,001*
Não	31/269 (11,52)	238/269 (88,48)		
Total (n=338)	50/338 (14,79)	288/338 (85,21)		
Etilismo da grávida em toda a gestação				
Sim	18/77 (23,38)	59/77 (76,62)	1,76 (1,07-2,90)	0,029*
Não	39/294 (13,27)	255/294 (86,73)		
Total (n=354)	57/371 (15,36)	314/371 (84,64)		
Uso drogas ilícitas				

pela grávida

Sim	9/31(29,03)	22/31 (70,97)	2,03(1,10-3,72)	0,030*
Não	49/342 (14,33)	293/342 (85,67)		

Tabagista

Sim	5/18 (27,78)	13/18 (72,22)	1,88(0,86-4,14)	0,136*
Não	50/339 (14,75)	289/339 (85,25)		

OR= *Odss Ratio*; IC= Intervalo de Confiança; *Teste do qui-quadrado; ** Pontuação ≥ 12 na escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD); ^aAlguns sujeitos não responderam

Finalmente, evidenciou-se, após a análise multivariada (Tabela 4), que a ingestão de álcool pelo companheiro (OR=3,013) e a ingestão de álcool pela grávida no primeiro trimestre (OR=3,900) permaneceram com associação significativa com sintomas depressivos sendo, a primeira, de relação inversa.

Tabela 4 – Análise de Regressão logística dos eventos associados aos sintomas depressivos, de acordo com as variáveis comportamentais em gestantes. Goiânia-GO, Brasil, 2016 (n=375).

Características	Estatística – Sintomas depressivos*		
	OR	(95%IC)	p-valor
Comportamentais			
Ingestão de álcool pelo companheiro	3,013	1,481-6.129	0,002
Etilismo da grávida no primeiro trimestre	3,900	1,331-11,424	0,013
Uso de drogas ilícitas pela grávida	1,250	0,392-3,976	0,707
Etilismo da grávida em toda gestação	0,443	0,138-1,422	0,171

OR= *Odss Ratio*; IC= Intervalo de Confiança

Discussão

A depressão na gravidez é um tema de grande importância tendo em vista as repercussões para a mãe e principalmente para o feto. Os resultados deste estudo contribuem para aumentar o conhecimento sobre o papel das substâncias psicoativas no desencadeamento de sintomas depressivos que devem ser considerados no planejamento de intervenções no pré-natal.

No que se refere aos aspectos socioeconômicos, este estudo evidenciou que o nível de escolaridade não foi garantia de ter uma ocupação já que a maioria das mulheres grávidas estava desempregada, possivelmente, devido à histórica desigualdade observada entre gêneros²². No entanto, é preciso considerar que

existem complexas relações entre educação, ambiente social, influências biológicas e genéticas, uso do álcool e saúde da grávida²³.

Embora existam outros instrumentos que permitam a quantificação dos sintomas depressivos, o HAD¹⁴ foi escolhido pela facilidade de aplicação. Como resultado, encontrou-se um percentual de 15,47% de “provável” sintomas depressivos se correlacionando com o uso de substâncias psicoativas pela grávida, ou seja, essa população encontrava-se em alto risco de sintomatologia depressiva.

Na análise bivariada, verificou-se que as grávidas cujos companheiros se abstinham do uso do álcool, apresentavam associação de 149% com o surgimento de sintomas depressivos. Tal resultado foi confirmado pela análise multivariada que mostrou associação de quase quatro vezes mais entre os companheiros que ingeriam álcool e o surgimento de sintomas depressivos. Esses achados admitem a relação entre o bem estar da grávida e o comportamento do companheiro. Um esposo que se abstém de bebidas alcoólicas, proporciona melhor qualidade de vida ao garantir segurança, companheirismo e redução de fatores estressantes, pois o alcoolismo do companheiro pode ser gerador de desestruturação familiar, de fragilização das relações afetivas, de desemprego e de complicações gestacionais²⁴.

Nesse contexto, a ingestão de bebida alcoólica por um membro da família pode causar ansiedade, estresse e traumas nos demais²⁵. Pode, ainda, aumentar em quase sete vezes os casos de violência física doméstica. Da mesma forma, conviver com parentes próximos usuários de bebidas alcoólicas pode desencadear episódios de depressão²⁶.

Por outro lado, quando o etilismo atinge a própria gestante, o problema assume contornos mais complexos, pois pode afetar diretamente o bebê. Neste estudo, confirmou-se a associação entre sintomas depressivos (nas análises bivariada e multivariada) e etilismo da grávida no primeiro trimestre. O uso do álcool pode ser uma fuga para situações estressoras mas, ao mesmo tempo, contribui para o desenvolvimento da depressão. Nessa circunstância, a mulher usuária de álcool e deprimida não terá disposição suficiente para cuidar de si mesma e nem do filho.

Em pesquisa recente feita nos Estados Unidos com mulheres não grávidas, 3,4% delas estavam em risco de uma gravidez exposta ao álcool porque continuaram a beber mesmo depois de pararem de usar contraceptivos. Estas mulheres estavam em risco de terem filhos nascidos com Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). Segundo o estudo, para as mulheres grávidas ou que pretendem engravidar, há uma necessidade

urgente de implementação de programas de prevenção, pois os piores danos ocorrem no período embrionário. A regra é a abstinência de álcool, em qualquer período uma vez que as lesões são permanentes e irreversíveis²⁷. Como os riscos são perigosamente maiores para a prole do que para as mães²⁸, fica evidenciada a necessidade premente de campanhas de conscientização.

Na presente investigação, quando se analisou uso de etanol durante toda a gestação não se confirmou associação na análise multivariada. Esse fato possivelmente ocorreu porque seria menos constrangedor para a gestante admitir a ingestão de álcool no início do que em toda a gestação. Além disso, por ser uma pergunta sensível, é previsto uma taxa de resposta subestimada, ou seja, que ela não exprima exatamente a opinião, preferência ou a autêntica conduta do entrevistado²⁹.

Pesquisa realizada em hospitais públicos brasileiros³⁰ encontrou uma em cada seis gestantes fazendo uso de bebida alcoólica. Como o presente trabalho detectou aproximadamente uma em cada cinco gestantes, significa que a situação das pacientes de Goiânia é relativamente mais grave. Essa diferença provavelmente se deve ao fato de que as mulheres pesquisadas no trabalho mencionado acima, apresentavam somente gravidez de baixo risco enquanto neste estudo incluíram-se as de baixo e alto risco gestacional.

A análise dos fatores que influenciavam o uso de álcool em grávidas frequentadoras de bares na África do Sul em 2013 constatou que a bebida era uma válvula de escape para suportar o estresse e emoções negativas, para conviver com uma gravidez não planejada ou para manter a conexão social³¹. Como consequência, a exposição crônica ao álcool ou a drogas no pré-natal pode levar a partos prematuros por descolamento de placenta e aborto³². Além disso, filhos de mães alcoolistas podem ter dificuldades motoras, de relacionamento e deficiências mental, auditiva e visual²⁶, o que torna relevante o trabalho dos profissionais de saúde referentes ao aconselhamento dessa população. O alcoolismo da gestante, além dos já conhecidos transtornos provocados na prole³³, pode levá-la à depressão³⁴ com implicações adicionais para criança tanto no pré-natal quanto no pós-parto¹⁰.

Em pesquisa semelhante conduzida pela Universidade de San Diego Califórnia, com mulheres no período perinatal em clínicas obstétricas e ginecológicas, constatou-se que gestantes usuárias de substâncias psicoativas eram as mais depressivas³⁴. Esse resultado é semelhante ao encontrado no presente estudo que observou relação entre uso de drogas e sintomas depressivos na análise

bivariada. Contudo, como estudos transversais não diferenciam na escala temporal causa e efeito, é de se esperar que muitas dessas mulheres estavam viciadas antes de engravidarem.

O consumo de drogas psicotrópicas pode representar baixa autoestima e, quando ocorre durante a gestação, indica comportamentos mais graves como tendência a atos inconsequentes, descaso para com a criança ou gravidez não desejada. É exemplo disso o fato de que usuárias de drogas têm dificuldade em aderir ao pré-natal e por isso comparecem ao controle da gestação de maneira esporádica³⁵. Para uma assistência de qualidade, a gestante necessitaria apresentar-se constantemente à instituição de apoio ao pré-natal.

Estudos de prevalência impedem uma análise causal entre sintomas depressivos e fatores associados. Apesar disso, os resultados não foram comprometidos e trouxeram contribuições importantes para a compreensão dos problemas vivenciados pelas gestantes.

Por outro lado, o presente trabalho expôs múltiplos pontos fortes como o uso de instrumento reconhecido internacionalmente e validado no Brasil. Enfim, vale ressaltar, que o cálculo amostral aumentou o poder estatístico do estudo, que a amostra foi representativa, minimizando um possível viés de amostragem e que a metodologia permitiu extrapolar os resultados para populações similares.

Os resultados reforçam a importância de se conhecer a extensão do uso de álcool pela gestante no que diz respeito à associação de sintomas depressivos durante o pré-natal. Sugerem, ainda, que as intervenções realizadas durante o período gestacional devem se basear em estratégias que envolvam também os parceiros, uma vez que a ingestão de álcool pelo companheiro tem associação relevante com sintomas depressivos na gestação.

Agradecimento

O estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Conflito de interesse

Não há.

Referências

1. World Health Organization. Depression is a common illness and people suffering from depression need support and treatment. WHO marks 20th Anniversary of World Mental Health Day; Note for the media 9. [Internet]. Geneva: 2012.
 2. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013; 382(9904): 1575-1586.
 3. Bakhireva LN, Wilsnack SC, Kristjanson A, Yevtushok L, Onishenko S, Wertenlecker W, et al. Paternal drinking, intimate relationship quality, and alcohol consumption in pregnant Ukrainian women. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2011; 72 (4): 536.
 4. Campbell JC, Szumlanski KK, Kippin TE. Contribution of early environmental stress to alcoholism vulnerability. *Alcohol*. 2009; 43 (7): 547-554.
 5. Vythilingum B, Roos A, Faure SC, Geerts L, Stein DJ. Fatores de risco para o uso da substância em grávidas, mulheres na África do Sul. *S Afr Med J*. 2012; 102 (11pt1):853-854.
 6. Popoola DO, Borrow AP, Sanders JE, Nizhnikov ME, Cameron NM. Can low-level ethanol exposure during pregnancy influence maternal care? An investigation using two strains of rat across two generations. *Physiology & behavior*. 2015; 148: 111-121.
 7. Dorrie N, Focker M, Freunscht I, Hebebrand J. Fetal alcohol spectrum disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2014; 23 (10): 863-875.
 8. Ornoy A, Ergaz Z. Alcohol abuse in pregnant women: effects on the fetus and newborn, mode of action and maternal treatment. *International journal of environmental research and public health*. 2010; 7 (2): 364-379.
 9. Costa D, Queirós C, Marques A. Desigualdades Socioeconômicas na Expressão de Sintomas Depressivos. *Arq Med*. 2010; 24 (5): 185-197.
 10. Van HL. Need for wider recognition of antenatal depression. *Ther Today* 2008;19:28.
 11. Collins PY, Patel V, Joestl SS, March D, Insel TR, Daar AS, et al. Grand challenges in global mental health. *Nature*. 2011; 475 (7354):27-30.
 12. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3ªed. p.100 Artmed. 2008.
 13. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critérios de Classificação Econômica [Internet]. Brasil: 2015 [Acesso em 14 out. 2015]. Disponível em <http://www.abep.org.br/>.
 14. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 67:361-370.
 15. Botega NJ, Pondé MP, Medeiros P, Lima MG, Guerreiro CAM. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. *J Bras Psiquiatr*. 1998; 47:285-9.
 16. Bowling A, Ebrahim S. Handbook of health research methods: investigation, measurement and analysis. McGraw-Hill Education (UK); 2005. p.625.
-

- 17.Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da Depressão Gestacional e Fatores Associados. *Rev Psiquiatr Clín.* 2008; 35(4):144-53.
 - 18.Urbina S. Fundamentos da testagem psicológica. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 121-212.
 - 19.Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
 - 20.Coutinho LM, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saude Publica.* 2008; 42(6):992-998.
 - 21.Browner WS. *Publishing and presenting clinical research.* Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
 - 22.Nery IS, Santos AG, Vasconcelos TB. Repercussões da Violência Intrafamiliar Contra Mulheres Grávidas. In: 17 Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero. 2012.
 - 23.May PA, Tabachnick BG, Gossage JP, Kalberg WO, Marais AS, Robinson LK, et al. Maternal factors predicting cognitive and behavioral characteristics of children with fetal alcohol spectrum disorders. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP.* 2013; 34 (5): 314.
 - 24.Reis GA, Góis HR, Alves MS, Partata AK. Alcoolismo e seu tratamento. *Revista Científica do ITPAC, Araguaína.* 2014; 7 (2): 4.
 - 25.Jorge MSB, Lopes CHADF, Sampaio CDF, Souza LVD, Silva MSJD, Alves, MS. Alcoolismo nos contextos social e familiar: análise documental à Luz de Pimentel. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene.* 2012; 8 (3):
 - 26.Lobato G, Moraes CL, Dias AS, Reichenheim ME. Alcohol misuse among partners: a potential effect modifier in the relationship between physical intimate partner violence and postpartum depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology.* 2012; 47 (3):427-438.
 - 27.Cannon MJ, Guo J, Denny CH, Green PP, Miracle H, Snizek JE, et al. Prevalence and Characteristics of Women at Risk for an Alcohol-Exposed Pregnancy (AEP) in the United States: Estimates from the National Survey of Family Growth. *Maternal and child health journal.* 2015; 19 (4): 776-782.
 - 28.Alvik A, Aalen OO, Lindemann R. Early Fetal Binge Alcohol Exposure Predicts High Behavioral Symptom Scores in 5.5-Year-Old Children. *Alcohol Clin Exp Res.* 2013; 37 (11): 1954-1962.
 - 29.Welfel ER, Danzinger PR, Santoro S. Mandated reporting of abuse/maltreatment of older adults: A primer for counselors. *Journal of Counseling & Development,* v. 78, n. 3, p. 284-292, 2000.
 - 30.Pimentel K, Sá CMM, Ferreira N, Silva TOD. Perfil clínico-social das gestantes atendidas numa unidade docente-assistencial baseada no modelo de saúde da família. *Revista Baiana de Saúde Pública.* 2012; 35 (2): 239.
 - 31.Watt MH, Eaton LA, Choi KW, Velloza J, Kalichman SC, Skinner D, et al. “It's better for me to drink, at least the stress is going away”: Perspectives on alcohol use during pregnancy among South African women attending drinking establishments. *Social Science & Medicine.* 2014; 116: 119-125.
 - 32.Freire TDM, Machado JC, Melo EVD, Melo DG. Effects of alcohol consumption during pregnancy. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.* 2005; 27 (7): 376-381.
-

33. Knudsen AK, Skogen JC, Ystrom E, Sivertsen B, Tell GS, Torgersen L. Maternal pre-pregnancy risk drinking and toddler behavior problems: the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *European child & adolescent psychiatry*. 2014; 23 (10): 901-911.
34. Connelly CD, Hazen AL, Baker-Ericzén MJ, Landsverk J, Horwitz SM. Is screening for depression in the perinatal period enough? The co-occurrence of depression, substance abuse, and intimate partner violence in culturally diverse pregnant women. *Journal of Women's Health*, 2013; 22(10):844-852.
35. Yabuuti PLK, Bernardy CCF. Perfil de gestantes usuárias de drogas atendidas em um centro de atenção psicossocial. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2014; 38 (2): 344-356.
-

7 CONCLUSÕES

Os dados exibidos permitem concluir que:

Os sintomas depressivos na gestação podem estar diretamente associados à ausência de parceiro, problema mental prévio, sofrer violência psicológica, apresentar complicações gestacionais na gravidez atual e inversamente associados à realização de atividade física (OR=0,266);

Encontram-se com provável sintomas depressivos 15,47% das grávidas;

A prevalência de ingestão de álcool no primeiro trimestre da gravidez é de 20,42% e aproximadamente uma em cada cinco mulheres ingere álcool em algum momento da gestação. Quanto ao companheiro, a prevalência de abstinência de etanol é de 56,85%, gerando uma provável associação de proteção entre ter esposo abstinente e sintomas de depressão na gestação de 148% (1/0,403).

REFERÊNCIAS

1. ALDERDICE, F.; MACNEILL, J.; LYNN, F. A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. **Midwifery**, 29, 389-399.2013.
 2. ALVIK, A.; AALEN, O.O.; LINDEMANN, R. Early Fetal Binge Alcohol Exposure Predicts High Behavioral Symptom Scores in 5.5-Year-Old Children. **Alcohol Clin Exp Res**. 2013 Jul 26. doi: 10.1111/acer.12182.
 3. APA-American Psychiatric Association. *DSM-II: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. **The Association**, 1975.
 - 4 APA-American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA, **American Psychiatric Association**, 2013.
 5. APA-AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-: DSM-5. Editora **Artmed**, 2014.
 6. ARAUJO, D.M.R. et al. Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura Depression during pregnancy and low birth weight: a systematic literature review. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 219-227, 2010.
 7. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). Critérios de Classificação Econômica Brasil; 2015. Disponível em <http://www.abep.org.br/>. Acesso em 14 out. 2015.
 8. BABOR, T.F.; FUENTE, J.R.; SAUNDERS, J.; GRANT, M. AUDIT. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. WHO (World Health Organization)/PAHO. 4:1-29, 1992.
 9. BAKHIREVA, L.N. et al. Paternal drinking, intimate relationship quality, and alcohol consumption in pregnant Ukrainian women. **Journal of studies on alcohol and drugs**, v. 72, n. 4, p. 536, 2011.
 10. BASTIDE, R. - Sociologia das doenças mentais. Companhia Editora **Nacional**, São Paulo, 1967.
 11. BATTLE, C.L.; ABRANTES, A.M.; SCHOFIELD, C.A.; KRAINES, M.A. (2015). Physical Activity as an Intervention for Antenatal Depression: Rationale for Developing Tailored Exercise Programs for Pregnant Women with Depression. **Journal of Midwifery & Women's Health**.
 12. BERGMAN, K. et al. Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. 2007; 46(11):1454–63.
-

13. BOTEGA, N.J.; BIO, M.R.; ZOMIGNANI, A. et al. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epilépticos ambulatoriais. **J Bras Psiquiatr.** 1998;47:285-9.
 14. BORIM, F.S.A.; BARROS, M.B.A.; BOTEGA, N.; J. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29 (7):1415-1426, jul, 2013.
 15. BOWLING, A.; EBRAHIM, S. Handbook of health research methods: investigation, measurement and analysis. Maidenhead, England, **Open University Press**, 2005. 625p.
 16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília, 2000. 164 p.
 17. BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno 5).
 18. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em [http:// conselho .saude.gov.br/ resolucoes/2012/Reso466.pdf](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf).. Acesso em 15 ago. 2014.
 19. BROWNER, W.S. Publishing and presenting clinical research. **Lippincott Williams & Wilkins**, 2012.
 20. CAMPBELL, J.C.; SZUMLINSKI, K.K.; KIPPIN, T. E. Contribution of early environmental stress to alcoholism vulnerability. **Alcohol**, v. 43, n. 7, p. 547-554, 2009.
 21. CANKORUR, V.S., ABAS, M., BERKSUN, O.; STEWART, R. (2015). Social support and the incidence and persistence of depression between antenatal and postnatal examinations in Turkey: a cohort study.**BMJ open**,5(4), e006456.
 22. CANNON, M. et al. Prevalence and Characteristics of Women at Risk for an Alcohol-Exposed Pregnancy (AEP) in the United States: Estimates from the National Survey of Family Growth. **Maternal and child health journal**, v. 19, n. 4, p. 776-782, 2015.
 23. CHAUDRON, L.H. Complex challenges in treating depression during pregnancy.**American Journal of Psychiatry**, v. 170, n. 1, p. 12-20, 2013.
 24. CHOI, S. K.; PARK, Y.G.; PARK, I.Y.; KO, H.S.; SHIN, J.C. (2014). Impact of antenatal depression on perinatal outcomes and postpartum
-

depression in Korean women. **Journal of research in medical sciences:** the official journal of Isfahan University of Medical Sciences,19(9), 807.

25. CLARKE, T.K.; NYMBERG, C. and Schumann, G. Genetic and environmental determinants of stress responding. **Alcohol Research: Current Reviews** 34(4):484–494, 2012.

26. COLLINS, P.Y.; PATEL, V.; JOESTL, S.S.; MARCH, D.; INSEL, T.R.; DAAR, A.S.; et al. Grand challenges in global mental health. **Nature**. 2011 Jul 6;475(7354):27-30. doi: 10.1038/475027a.

27. CONNELLY, C.D. et al. "Is screening for depression in the perinatal period enough? The co-occurrence of depression, substance abuse, and intimate partner violence in culturally diverse pregnant women." **Journal of Women's Health** 22.10 (2013): 844-852.

28. CONNOR, J.; CASSWELL, S. Alcohol-related harm to others in New Zealand: evidence of the burden and gaps in knowledge. **NZ Med J**. 2012 24 de agosto,125 (1360):11-27.

29. COSTA, D.; QUEIROS, C.; MARQUES, A. Desigualdades Socioeconômicas na Expressão de Sintomas Depressivos. **Arq Med**, Porto, v. 24, n. 5, out. 2010.

30. COUTINHO, T. et al. Monitoring the prenatal care process among users of the Unified Health Care System in a city of the Brazilian Southeast. **Rev Bras Ginecol Obstet** 2010; 32:563-9.

31. DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p. 25-33, 2007.

32. DEPARTAMENTO DE SAÚDE E SERVIÇOS HUMANOS. *Álcool e Saúde dos Estados Unidos*. Oitavo Relatório Especial do Congresso dos Estados Unidos. Capítulo 2 - comorbidade psiquiátrica Com Alcohol Use Disorders. Washington: **Congresso dos EUA**; 1993.

33. DOMINGUES R.M.S.M.; HARTZ, Z.M.A.; DIAS, M.A.B.; LEAL, M.C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:425-37.

34. DORRIE, N.; FOCKER, M.; FREUNSCHT, I.; HEBEBRAND, J. Fetal alcohol spectrum disorders. **European Child & Adolescent Psychiatry**. 2014, 23(10):863-875.

35. ESCRIBÀ-AGÜIR, V.; ROYO-MARQUÉS, M.; ARTAZCOZ, L.; ROMITO, P.; RUIZ-PÉREZ, I. Longitudinal study of depression and health status in pregnant women: incidence, course and predictive factors. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**. 2013 Mar;263(2):143-51. doi: 10.1007/s00406-012-0336-5.

36. FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P.R. Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care. **Rev. Bras. Psiquiatr.**[online]. 2012, vol.34, n.4.
 37. FELIX, G.M.A.; GOMES, A.P.R.; FRANÇA, P.S. Depressão no ciclo gravídico-puerperal. **Comun. ciênc. saúde**, v. 19, n. 1, p. 51-60, 2008.
 38. FIELD, T. et al. Chronic prenatal depression and neonatal outcome. **Int J Neurosc** 2008;118(1):95-103.
 39. FIOROTTI, K.P.; ROSSONI, R.R.; BORGES, L.H.; MIRANDA, A.E. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. **J Bras Psiquiatr.** 2010;59(1):17-23.
 40. FLYNN, H.A.; CHERMACK, S.T. Prenatal alcohol use: the role of lifetime problems with alcohol, drugs, depression, and violence. **Journal of studies on alcohol and drugs**, v. 69, n. 4, p. 500, 2008.
 41. FISHER, J.; TRAN, T.; THI, L.B.; KRIITMAA, K.; ROSENTHAL D.; TRAN, T. Common perinatal mental disorders in northern Viet Nam: community prevalence and health care use. **Bull World Health Organ** [serial on the Internet]. 2010 Oct.
 42. FREIRE, T.M. et al. Effects of alcohol consumption during pregnancy. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 7, p. 376-381, 2005.
 43. GAUSIA, K.; RYDER, D.; ALI, M.; FISHER, C.; MORAN, A.; KOBLINSKY, M. Obstetric complications and psychological well-being: experiences of Bangladeshi women during pregnancy and childbirth. **Journal of health, population, and nutrition**, 30(2), 172-180. 2012.
 44. GIESBRECHT, G. F.; LETOURNEAU, N.; CAMPBELL, T.; KAPLAN, B. J.; APRON. Study Team. (2012). Affective experience in ecologically relevant contexts is dynamic and not progressively attenuated during pregnancy. **Archives of women's mental health**, 15(6), 481-485.
 45. GJESTLAND, K. et al. Do pregnant women follow exercise guidelines? Prevalence data among 3482 women, and prediction of low-back pain, pelvic girdle pain and depression. **British journal of sports medicine**, p. bjsports-2012-091344, 2012.
 46. GONÇALES, C.A.V.; MACHADO, A.L. Depressão, o mal do século: de que século?. **Rev. enferm. UERJ**, v. 15, n. 2, p. 298-304, 2007.
 47. HASIN, D. et al. Prevalência, correlatos e incapacidade associada com DSM-IV abuso e dependência de álcool. **ArchGenPsy** 64 (7) :83-842, 2007.
-

48. HUHTANEN, P.; TIGERSTEDT, C. Women and young adults suffer most from other people's drinking. **Drug and Alcohol Review**, 2012.DOI: 10.1111/j.1465-3362.2012.00480.x.
 49. HULLEY, S.B. et al. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. **Artmed**, 2008; ed.3ª, p.100.
 50. HU, R.; LI, Y.; ZHANG, Z.; YAN, W. Antenatal Depressive Symptoms and the Risk of Preeclampsia or Operative Deliveries: A Meta-Analysis. **PloS one**,10(3) 2015.
 51. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_xls.shtm. Acesso em: 10 ago 2015.
 52. INEP- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Exame Nacional do Ensino Médio- **ENEM** 2009. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/enem/edicoes-antiores/provas-e-gabaritos>. Acessado em 08 de abril de 2015.
 53. JASPERS, M.M.G.; VERHULST, F.C.; ORME, L.J.; REIJNEVELD, S.A. Limited validity of parental recall on pregnancy, birth, and early childhood at child age 10 years. **Journal of clinical epidemiology**. 2010;63(2): 185-191.
 54. JORGE, M.S.B. et al. Alcoolismo nos contextos social e familiar: análise documental à Luz de Pimentel. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 8, n. 3, 2012.
 55. KERR-CORRÊA, F.; HEGEDUS, A.M.; SANCHES, A.F.; TRINCA, L.A.; KERR-PONTES, L.R.S.; TUCCI, A.M.; FLORIPES, T.M.F. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. In: I Obot , R Room (Editores). Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from low and middle-income countries and drinking problems. Geneva: **World Health Organization**; 2005. p. 49-68.
 56. KERR-CORRÊA, F.; TUCCI, A.M.; HEGEDUS, A.M.; et al. Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. **Rev. Bras. Psiquiatria** v. 30, n. 3, p. 235-24 São Paulo 2008.
 57. KESSLER, R.C. A prevalência de Psychiatric Comorbidity. Em :. Wetzler S, Sanderson *estratégias de tratamento para pacientes com WC Psychiatric Comorbidity*. New Jersey: **John Wiley & Sons, Inc**; 1997.
 58. KNUDSEN, A.K. et al. Maternal pre-pregnancy risk drinking and toddler behavior problems: the Norwegian Mother and Child Cohort Study.**European child & adolescent psychiatry**, v. 23, n. 10, p. 901-911, 2014.
 59. LASLETT, A.M.; ROOM, R.; FERRIS, J.; WILKINSON, C.; LIVINGSTON, M.; MUGAVIN, J. Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to
-

others in Australia. **Addiction**, v.106, n.9, p.1603-1611, 2011.DOI: 10.1111/j.1360-0443.2011.03445.x.

60. LIMA, C.; FREIRE, A.C.C.; SILVA, A.P.B.; TEIXEIRA, R.M.; FARRELL, M. PRINCE, M. Concurrent and construct validity of the audit in an urban Brazilian sample. **Alcohol and Alcoholism, London**, v. 40 n.6, p. 584-589, November/December 2005.

61. LIMA, M.D.O.P.; TSUNECHIRO, M.A. Repercussões materno-fetais da depressão na gravidez: uma revisão sistemática. **Mundo Saúde**, 32, 530-6. 2008.

62. LOBATO, G. et al. Alcohol misuse among partners: a potential effect modifier in the relationship between physical intimate partner violence and postpartum depression. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 47, n. 3, p. 427-438, 2012. DOI 10.1007/s00127-011-0346-z.

63. LUND, C.; SILVA, M.; PLAGERSON, S.; COOPER, S.; CHISHOLM, D.J. et al. Doenças da pobreza e mental: Quebrar o ciclo em países de renda baixa e média renda. **Lancet** 2011; 378 :1502-14.

64. MAY, P.A. et al. Maternal factors predicting cognitive and behavioral characteristics of children with fetal alcohol spectrum disorders. **Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP**, v. 34, n. 5, p. 314, 2013.

65. MELO, B. et al. Efeito do treinamento físico na qualidade de vida em idosos com depressão maior. **Rev Bras Ativ Fis Saúde** 2014 p. 205-214. DOI: <http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.19n2.p205>.

66. MITSUHIRO, S.S. et al. Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 28 (2): 122-125 2006.

67. MOONAT, S.; PANDEY, S.C. Stress, epigenetics, and alcoholism. **Alcohol Research: Current Reviews** 34(4):495–505, 2012.

68. MORAES, C.L.; REICHENHEIM, M.E. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 695-703, 2007.

69. MOREIRA, J.K.P.; BANDEIRA, M.; CARDOSO, C.S.; SCALON, J.D. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr.** 2011; 60(3):221-6.

70. NASCIMENTO, S.L.; SURITA, F.G.; CECATTI, J.G. Physical exercise during pregnancy: a systematic review. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, v. 24, n. 6, p. 387-394, 2012.

71. NERY, I.S.; SANTOS, A.G.; VASCONCELOS, T.B. Repercussões da violência intrafamiliar contra mulheres grávidas. In: **17º Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero**. 2012.
 72. NETSI, E. et al. "Infant outcomes following treatment of antenatal depression: Findings from a pilot randomized controlled trial." **Journal of affective disorders**. 188 (2015): 252-256.
 73. NICHOLSON, W.K.; SETSE, R.; HILL-BRIGGS, F.; COOPER, L.A.; STROBINO, D.; POWE, N.R. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstet Gynecol* 2006;107(4):798-806.
 74. NUNNALLY, J.C. (1978). **Psychometric theory** (2nd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
 75. OLIVIER, J.D.; ÅKERUD, H.; POROMAA, I.S. Antenatal depression and antidepressants during pregnancy: Unraveling the complex interactions for the offspring. **European journal of pharmacology**, v. 753, p. 257-262, 2015.
 76. ORNOY, A.; ERGAZ, Z. Alcohol abuse in pregnant women: effects on the fetus and newborn, mode of action and maternal treatment. **International journal of environmental research and public health**, v. 7, n. 2, p. 364-379, 2010.
 77. PALACIOS, J.O desenvolvimento após a adolescência. In: COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESI, A., (orgs). *Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva*. Porto Alegre: Artes Médicas, v. 1. Tradução de Marcos A. G. Domingues. 1995 p.315.
 78. PEREIRA, P.K; LOVISI, G.M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Rev Psiquiatr Clín**, v. 35, n. 4, p. 144-53, 2008.
 79. PEREIRA, P.K. et al. Malformação congênita do bebê e risco de transtornos mentais maternos durante o período gravídico-puerperal: uma revisão sistemática. **Caderno Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 2-10, 2011.
 80. PIMENTEL, K. et al. Perfil clínico-social das gestantes atendidas numa unidade docente-assistencial baseada no modelo de saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 239, 2012.
 81. PINHEIRO, R.C. et al. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 63,n. 3,Sept. 2014.
 82. PINSKY, I.; ZALESKI, M.; LARANJEIRA, R.; CAETANO, R. Primeiro levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. **Rev. bras. psiquiatr**, v. 32, n. 3, p. 214-215, 2010.
-

83. POPOOLA, D.O. et al. Can low-level ethanol exposure during pregnancy influence maternal care? An investigation using two strains of rat across two generations. **Physiology & behavior**, 2015.
 84. POPOVA, S.; LANGE, S.; BURD, L.; CHUDLEY, A.E.; CLARREN, S.K.; REHM, J. Cost of fetal alcohol spectrum disorder diagnosis in Canada. **PLoS ONE**. v. 8, n. 4, p. e60434, 2013.
 85. PRADO, J.A. et al. Relations between depression, alcohol and gender in the metropolitan region of São Paulo, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2425-2434, 2012.
 86. REIS, L.A.; BRITO, F.R.; Santos M.V.; Aguiar, A.C.D.S.A. Atuação do enfermeiro do Programa de Saúde da Família frente ao indivíduo portador de transtorno mental. **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, 6(2). 2013.
 87. REIS, G.A.; GÓIS, H.R.; ALVES, M.S.; PARTATA, A.K. Alcoolismo e seu tratamento. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína. 2014; 7 (2): 4.
 88. RIECHER-RÖSSLER, A.; HOFHECKER FALLAHPOUR, M. Postpartum depression: do we still need this diagnostic term?. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 108, n. s418, p. 51-56, 2003.
 89. SACKETT, D.L. Bias in analytical research. **J Chron Dis** 1979; 32:51-63.
 90. SCHWARTZ, L.; BOWEN, A.; MUHAJARINE, N. "The Effects of Episodic Versus Continuous and Major Versus Mild Depression and Anxiety Symptoms on Pregnancy and Labour Complications. **Arch Depress Anxiety** 1 (1): 010-018. 010 649.2015.
 91. SHAKEEL, N. et al. A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 15, n. 1, p. 5, 2015.
 92. SERVAN-SCHREIBER D. Curar o *stress*, a ansiedade e a depressão sem medicamento nem psicanálise. São Paulo: **Sá Editora**; 2004.
 93. SILVA, R.A.D.; JANSEN, K.; SOUZA, L.D.D.M.; MORAES, I.G.D.S.; TOMASI, E., SILVA, G.D.G.D.; PINHEIRO, R. T. (2010). Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 32(2), 139-144.
 94. SILVA, D.F.; SANTANA, P.R. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v.6,n.4(2012).
 95. SOLOMON, A. O demônio do meio-dia. Rio de Janeiro: **Objetiva**; 2002.
-

96. STANEVA, A.; BOGOSSIAN, F.; PRITCHARD, M.; WITTKOWSKI, A. (2015). The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: **A systematic review**. *Women and Birth*.
 97. STAWSKI, R.S.; SLIWINSKI, M.J.; SMYTH, J.M. Stress-related cognitive interference predicts cognitive function in old age. **Psychology and Aging**. 2006; 21:535-544.
 98. STEPHENS, M.C. WAND, G. Stress and the HPA axis: Role of glucocorticoids in alcohol dependence. **Alcohol Research: Current Reviews** 34(4):468–483, 2012.
 99. TAYLOR, B.; REHM, J.; ABURTO, J.T.C.; et al. Alcohol, Gender, Culture and Harms in the Americas - PAHO Multicentric Final Report. Washington, D.C : **PAHO HQ Library Cataloguing-in-Publication**, 2007, v.1. p.98.
 100. URBINA S. Fundamentos da testagem psicológica. Porto Alegre: **Artmed**; 2007. p. 121-212.
 101. USSHER, M.; LEWIS, S.; AVEYARD, P.; MANYONDA, I.; WEST, R.; LEWIS, B.; COLEMAN, T. (2015). Physical activity for smoking cessation in pregnancy: randomised controlled trial. **bmj**, 350, h2145. doi: 10.1136/bmj.h2145
 102. VAN, H.L. Need for wider recognition of antenatal depression. **Ther Today** 2008;19:28.
 103. VIELLAS, E.F.; GAMA, S.G. N.; CARVALHO, M.L.; PINTO, L.W. Fatores associados à agressão física em gestantes e os desfechos negativos no recém-nascido. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre , v. 89, n. 1, Feb. 2013.
 104. VIGITEL, B. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília DF: Ministério da Saúde**, 2013.
 105. VYTHILINGUM, B.R.A.; FAURE, S.C.; GEERTS, L.; STEIN, D.J. Fatores de risco para o uso da substância em grávidas, mulheres na África do Sul. **S Afr Med J**. 2012;102(11pt1):853-8544.
 106. WAQAS, A., RAZA, N., LODHI, H.W., MUHAMMAD, Z., JAMAL, M.; REHMAN, A. (2015). Psychosocial factors of antenatal anxiety and depression in Pakistan: Is social support a mediator. **PloS one**,10(1), e0116510.
 107. WATT, M.H. et al. “It's better for me to drink, at least the stress is going away”: Perspectives on alcohol use during pregnancy among South African women attending drinking establishments. **Social Science & Medicine**, v. 116, p. 119-125, 2014.
-

108. WHITEFORD, H.A.; DEGENHARDT, L.; REHM, J. et al. Carga global de doença atribuível ao mentais e transtornos por uso de substância: resultados do Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**. 2013 28 de agosto. PII: S0140-6736 (13) 61611-6. doi: 10.1016/S0140-6736 (13) 61611-6.
 109. WELFEL, E.R.; DANZINGER, P.R.; SANTORO, S. Mandated reporting of abuse/maltreatment of older adults: A primer for counselors. *Journal of Counseling & Development*, v. 78, n. 3, p. 284-292, 2000.
 110. WILSNACK, S.C.; WILSNACK, R.W.; KANTOR, L.W. Focus on: women and the costs of alcohol use. **Alcohol research: current reviews**, v. 35, n. 2, p. 219, 2014.
 111. WISNER, K.L; SIT, D.K; MCSHEA, M.C.; RIZZO, D.M.; ZORETICH, R.A.; HUGHES, C.L. et al.: Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. **JAMA Psychiatry** 2013,70:490-8.
 112. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) 10th revision. Geneva. 1992.
 113. WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision Version for 2007 Chapter V - Mental and behavioural disorders.
 114. WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION Depression is a common illness and people suffering from depression need support and treatment. WHO marks 20th Anniversary of World Mental Health Day; Note for the media 9. Geneva: 2012.
 115. WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION Global status report on alcohol and health. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: 2014. ISBN 978 92 4 069276 3 Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1.
 116. YABUUTI, P.L.K.; BERNARDY, C.C.F. Perfil de gestantes usuárias de drogas atendidas em um centro de atenção psicossocial. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 344-356, 2014.
 117. YEDID, S.M.; HARLEV, A.; WEINTRAUB, A.Y.; SERGIENKO, R.; SHEINER, E. Is antenatal depression associated with adverse obstetric and perinatal outcomes?. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 29, n. 6, p. 863-867, 2016.
 118. ZIGMOND, A.S.; SNAITH, R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatr Scand** 1983; 67: 361-370.
 119. ZUCCHI, M. Depressão na gravidez e prematuridade. Aspectos epistemológicos da investigação. **Cad. Saúde Pública**. 1999;5:89-97.
-

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética

HOSPITAL DAS CLÍNICAS UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - GO 																
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP																
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA																
Título da Pesquisa: Transtornos Mentais Menores e gravidez: Prejuízos da ingestão de álcool por familiares																
Pesquisador: Eleomar Vilela de Moraes																
Área Temática:																
Versão: 3																
CAAE: 34069014.4.0000.5078																
Instituição Proponente: Hospital das Clínicas Universidade Federal de Goiás - GO																
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio																
DADOS DO PARECER																
Número do Parecer: 786.358																
Data da Relatoria: 11/09/2014																
Apresentação do Projeto: Trata-se de um inquérito populacional de corte transversal, descritivo, probabilístico. A amostra será constituída por mulheres grávidas com idade igual ou superior a 18 anos, atendidas no Hospital das Clínicas de Goiânia e Maternidade Dona Iris ao longo dos anos de 2014 e 2015. Nesta perspectiva, utilizaremos instrumentos mundialmente aceitos: Transtornos Mentais Menores rastreados pelo Self-Reporting Questionnaire (SRQ 20) de Harding (1980) e Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) de Babor e colaboradores (1992). Respeitaremos os requisitos quanto à confidencialidade e sigilo das informações, de acordo com as determinações da Resolução n.466/12 do Comitê de Ética em Pesquisa. Metodologia Proposta: Buscaremos informações sobre a ocorrência em gestantes dos transtornos mentais menores (TMM) e sua associação em situações que envolvem o consumo doméstico do etanol. PLANO AMOSTRAL A amostra será representativa, constituída por mulheres grávidas com idade igual ou superior a 18 anos, atendidas no Hospital das Clínicas de Goiânia e Maternidade Dona Iris. Fundamentaremos a representação amostral na seleção Probabilística onde, selecionaremos aleatoriamente metade das mulheres grávidas presentes, escolhendo as de números pares pela ordem de atendimento. O universo estudado será de 396 gestantes, considerando a existência de possíveis perdas. TESTE PILOTO O instrumento																
<table border="0" style="width: 100%;"><tr><td colspan="4">Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica</td></tr><tr><td colspan="2">Bairro: St. Leste Universitário</td><td colspan="2">CEP: 74.605-020</td></tr><tr><td>UF: GO</td><td colspan="3">Município: GOIANIA</td></tr><tr><td>Telefone: (62)3269-8338</td><td>Fax: (62)3269-8426</td><td colspan="2">E-mail: cephcufig@yahoo.com.br</td></tr></table>	Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica				Bairro: St. Leste Universitário		CEP: 74.605-020		UF: GO	Município: GOIANIA			Telefone: (62)3269-8338	Fax: (62)3269-8426	E-mail: cephcufig@yahoo.com.br	
Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica																
Bairro: St. Leste Universitário		CEP: 74.605-020														
UF: GO	Município: GOIANIA															
Telefone: (62)3269-8338	Fax: (62)3269-8426	E-mail: cephcufig@yahoo.com.br														

Página 01 de 04

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 786.358

utilizado para a coleta de dados será previamente aplicado a quinze grávidas atendidas no Hospital das Clínicas de Goiânia, para verificação da validade e reprodutibilidade. O intuito será detectar possíveis erros no inquérito, assim como ambiguidades nas questões, dificuldades de compreensão e necessidade de alterações das variáveis que poderiam acarretar vieses. Verificados erros, realizaremos as

devidas correções. INSTRUMENTO Para a coleta dos dados utilizaremos um instrumento de medida anônimo e autoaplicável, com variáveis padronizadas; campos para respostas e saltos; inclusão de informações complementares na forma de notas em negrito, de maneira a facilitar a aplicação, o preenchimento e a digitação, evitando o surgimento de vieses (OMS, 2005). Critério de Inclusão: Participarão da pesquisa todas as gestantes sorteadas, presentes no Hospital das Clínicas de Goiânia e Maternidade Dona Iris.

Critério de Exclusão: Excluiremos as grávidas que: a) Não estiverem presentes nos locais previstos para a pesquisa; b) Não assinarem o "TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO"; c) Não concordarem em preencher o questionário; d) Residirem fora da área de abrangência da pesquisa; e) Apresentarem diagnóstico prévio de doenças neurológicas; f) Utilizarem medicamentos antidepressivos; g) Tiverem histórico familiar de depressão; h) Usarem drogas ilícitas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Examinar a associação entre prováveis transtornos mentais menores e álcool em mulheres grávidas e o padrão de ingestão de álcool de seus familiares atendidas pelo Sistema Único de Saúde de Goiânia.

Objetivo Secundário:

- 1- Identificar as características sociodemográficas, econômicas e culturais dos indivíduos pesquisados;
- 2- Examinar a prevalência de uso de álcool e padrão de consumo por familiares e suas associações psicossociais e de saúde nas gestantes pesquisadas;
- 3- Verificar a prevalência de depressão e estresse entre as mulheres grávidas;
- 4- Determinar a associação de TMM em situações que envolvem o uso problemático de álcool.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Na coleta dos dados não haverá nenhum risco para os sujeitos participantes.

Benefícios: Científicos: Geração de conhecimento em uma área mundialmente pouco explorada (COLLINS, et al., 2011) e capaz de suscitar graves riscos para a gestante e seu filho. Sociais: Os resultados da pesquisa ficarão, após publicação, à disposição da comunidade (secretários de saúde e responsáveis pelas Instituições) para aplicação dos conhecimentos adquiridos, na forma de benefícios à população, pois os resultados permitirão intervenções mais eficazes por parte das

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephcufig@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 786.358

autoridades sanitárias para reduzir os problemas associados ao uso de álcool.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa se torna relevante na medida em que proporcionará à classe científica um melhor conhecimento a respeito do consumo da bebida alcoólica por familiares de gestante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Não se Aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora respondeu a pendência solicitada, não havendo mais entrave para a realização da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG - CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Após início, o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, via Plataforma Brasil, relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações. O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephcufig@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 766.358

GOIANIA, 10 de Setembro de 2014

Assinado por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephufg@yahoo.com.br



Anexo 2 – TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa.

Meu nome é **Eleomar Vilela de Moraes** sou a pesquisadora responsável e atuo na área de Enfermagem.

Se após ler com atenção este documento e se considerar esclarecido (a) sobre as informações a seguir, e queira aceitar fazer parte do estudo, **assine em todas as folhas e ao final deste documento**, que está em duas vias e que também será assinado por mim, pesquisador, em todas as folhas. Uma das folhas será sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável **Eleomar Vilela de Moraes** (62)8643 5904, a orientadora do projeto Dra. **Mariza Martins Avelino** nos telefones: (62) 3209 6151. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3269 8338 e 32 69 8426 ou no endereço: 1ª Avenida S/Nº Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar, aberto 2ª a 6ª das 7:00 às 17:00 hs.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE A PESQUISA:

Título: Transtornos Mentais Menores e gravidez: Prejuízos da ingestão de álcool por familiares;

Sou **mestranda da Faculdade de Medicina** da Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação Campus Goiânia no Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde com o número de **matricula 20141249**. O **objetivo principal** desta pesquisa é o de conhecer a relação entre o Transtorno Mental Comum (estresse e depressão) nas mulheres grávidas e sua relação com a ingestão de álcool por cônjuge ou familiares. Assim, identificar características comuns entre elas que permitam um **controle mais eficiente** da questão, **facilitando futuras campanhas de conscientização**;

1. A pesquisadora explicou os termos e deixou claro que caso deseje participar do estudo não terei qualquer prejuízo físico ou moral. Porém, o questionário contém perguntas a respeito do consumo da bebida alcoólica por meus familiares, podendo haver um **risco mínimo de constrangimento**.
2. Esclareceu, também, que **não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira** pela minha participação.
3. Essa pesquisa permitirá o conhecimento dos riscos para o desenvolvimento de estresse e depressão na gestação em uma área pouco explorada. Assim, admitirá intervenções mais eficazes por parte das autoridades sanitárias para **reduzir os problemas associados ao uso de álcool para as gestantes e seus filhos**.
4. Período de participação será em **média de 20 minutos** o tempo suficiente para o preenchimento do questionário;
5. O questionário preenchido será **ANÔNIMO**, todos os dados pessoais serão **mantidos em sigilo**, não será identificada como participante e terá o direito de saber os resultados da pesquisa;
6. Será a garantida a **liberdade de não aceitação**, bem como de retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento/tratamento usual;
7. Os dados coletados serão **utilizados apenas para esta pesquisa** e não serão armazenados para estudos futuros.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG: _____,
CPF _____ nº de prontuário _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **Transtornos Mentais Menores e gravidez: Prejuízos da ingestão de álcool por familiares**, sob a responsabilidade da Enf. Eleomar Vilela de Moraes como sujeito voluntário. Fui **devidamente informado e esclarecido** pela pesquisadora Eleomar Vilela de Moraes sobre a pesquisa, os procedimentos nela

envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/ tratamento.

Local: HC- Hospital das Clínicas de Goiânia em ____/____/____ Maternidade Dona Íris em ____/____/____

Nome pesquisada: _____ Assinatura: _____

E-mail da pesquisada: _____ Fone da pesquisada: _____

Nome da pesquisadora: **Eleomar Vilela de Moraes** e-mail= **veleomar@gmail.com**

Assinatura: _____

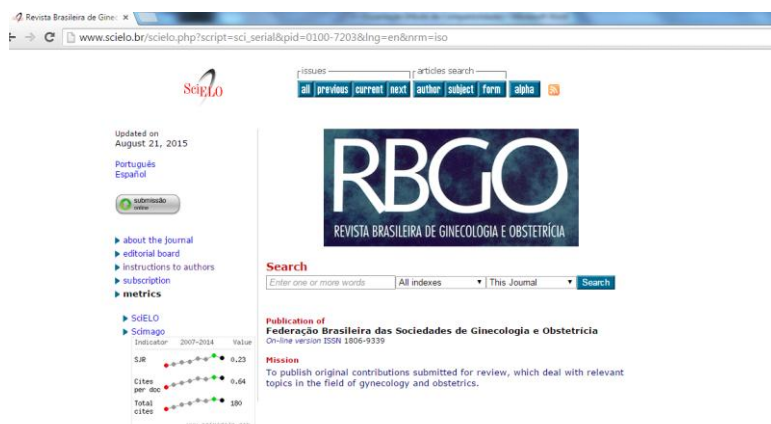
Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Anexo 3 – Normas de publicação da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia- Artigo I



A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Rev Bras Ginecol Obstet., ISSN 0100 7203), uma publicação mensal de divulgação científica pela Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), é dirigida a obstetras, ginecologistas e profissionais afins, com o propósito de publicar contribuições originais sobre temas relevantes sobre Ginecologia, Obstetrícia e áreas afins. É aberta a contribuições nacionais e internacionais. A revista aceita e publica artigos em Português, Inglês e Espanhol.

O material enviado para análise não pode ser simultaneamente submetido para publicação em outras revistas, ou que tenham sido publicadas anteriormente. Originalidade, a relevância do tema e a qualidade da metodologia, além da adequação às instruções editoriais adotadas pela revista, são avaliados na seleção dos manuscritos. Material publicado torna-se propriedade da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Febrasgo, e isso só pode ser total ou parcialmente reproduzida com o consentimento destas entidades.

Todos os artigos submetidos são avaliados pelos avaliadores anônimos e confidencialidade é mantida durante todo o processo de revisão. A avaliação dos colaboradores e as instruções do editor são enviados para os autores para que eles se familiarizar com as alterações que devem ser feitas. Os autores devem retornar o papel com as alterações necessárias, logo que possível, acompanhado de uma carta que justifica, quando necessário, a não aceitação das sugestões. Se o papel não for devolvido no prazo de três meses, presume-se que os autores não têm mais interesse em publicá-lo. Os autores podem solicitar, a qualquer momento da análise e texto processo de revisão sua interrupção e a exclusão do papel. Os conceitos e declarações formuladas nos artigos são de responsabilidade dos autores.

Esta revista publica contribuições nas seguintes categorias:

Artigos Originais, estudos prospectivos, experimentais e retrospectivos completos. Manuscritos contendo resultados originais de pesquisas clínicas ou experimentais têm prioridade na publicação.

Relatos de Casos, de grande interesse e bem-documentadas a partir dos pontos clínicos e laboratoriais de vista. Os autores devem indicar na carta de submissão os aspectos novos ou inesperados como para os casos que já

foram publicados. O texto de Introdução e discussão seções deve ser baseado em revisão bibliográfica atualizada. O número de referência pode ser o mesmo de estudos completos.

Técnicas e Equipamentos, que são apresentações de inovações em diagnóstico, técnicas cirúrgicas e tratamentos, desde que eles não são, claramente ou sutilmente, mercadoria de drogas ou outros produtos. Todas as normas estabelecidas para trabalhos completos devem ser incluídos.

Artigos de Revisão, incluindo avaliação crítica e sistematizada da literatura, metanálises ou revisões sistemáticas. A seleção dos temas eo convite aos autores é baseado em um planejamento estabelecido pelos editores. Contribuições espontâneas podem ser aceites. Neste caso, um resumo ou esboço do papel deve ser enviado principalmente, bem como a lista de autores e respectivas publicações sobre o tema. Se a revista tem interesse, os autores são convidados a escrever e enviar o texto final. Todos os autores devem ter publicações anteriores em revistas indexadas e regulares sobre o tema referido. O número de autores é limitado a quatro, dependendo do tipo de texto e na metodologia aplicada. Os métodos e procedimentos adotados para a preparação do papel deve ser descrito, e técnicas para obter a actualização, meta-análises ou revisões sistemáticas podem ser empregadas. Quando o tema ainda está sob investigação, a revisão deve discutir todas as tendências e linhas de investigação actuais. Ele deve apresentar, além do próprio texto de revisão, resumo em Português e em Inglês, e conclusões. Consulte a seção "Preparação do manuscrito" para obter mais informações sobre o texto principal, página de rosto, e resumos. Editorial comentários, quando exigido pelo editor.

Resumos de Teses apresentadas e aprovadas nos últimos 12 meses, a contar da data de apresentação. Eles devem conter aproximadamente 300 palavras, seguindo as exigências da revista em matéria de estrutura, forma e conteúdo. Títulos em Português e Inglês deve ser incluído e, no mínimo, três palavras ou palavras-chave. Não há avaliação texto da Tese de Abstracts. Em um arquivo separado, deve ser informado o nome completo do autor e consultor, os membros do quadro de avaliação, data de apresentação e identificação do serviço ou departamento onde a pesquisa foi realizada e apresentados. É também de salientar que a publicação abstrato não impede a publicação posterior do papel completo em qualquer outro periódico.

Cartas dos leitores ao editor sobre material editorial ou não, mas com a informação que é relevante para o leitor. As cartas podem ser resumidas pelos editores, sendo destaque as principais passagens. Quando as letras são opiniões para artigos publicados, eles são enviados para os autores para que as suas respostas são publicadas simultaneamente.

Preparação de manuscritos

Informações gerais

Esta revista não aceita material editorial com fins comerciais.

Conflito de interesses: situações que possam interferir de forma inadequada no desenvolvimento e conclusões do estudo devem ser mencionadas. Entre essas situações, destaca-se a participação em empresas que produzem drogas ou equipamentos citados ou utilizados no estudo, bem como em empresas concorrente. Apoios financeiros, relações de subordinação no trabalho, consultoria, entre outros, também são considerados como fontes de conflito.

No texto, apresentação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido pelo National Committee de Ética em Pesquisa (CONEP) deve ser mencionado.

Os artigos que cobrem pesquisas clínicas com seres humanos devem incluir uma declaração, na seção Métodos, o que garante a assinatura do consentimento livre e esclarecido pelos participantes. Os autores devem também informar que a pesquisa foi realizada de acordo com a Declaração de Helsinque, que foi revisto em 2008.

No caso de documentos usando experimentos com animais, os autores devem indicar, nas seções Métodos, que os padrões inscritos no Conselho para Organização Internacional de Ciências Médicas (CIOMS) Código de Ética em Experimentação Animal (OMS Chronicle 1985; 39 (2): 51 -6) e os princípios do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal - COBEA (www.cobea.org.br) foram seguidos.

Todos os ensaios clínicos randomizados controlados e clínicos submetidos à publicação devem ter um registro em um banco de dados de ensaios clínicos. Esta decisão deveu-se a orientação do Ensaio Clínico Plataforma de Registro Internacional (ICTRP) da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE). As instruções para inscrição estão disponíveis no site do ICMJE (http://www.icmje.org/clin_trialup.htm), ea inscrição pode ser feita através do banco de dados da National Library of Medicine dos ensaios clínicos, disponível em: [http:// clinicaltrials.gov/ct/gui](http://clinicaltrials.gov/ct/gui).

O número de autores em cada manuscrito é limitada a sete. Papéis de autoria coletiva (institucionais pesquisas) deve ter os autores responsáveis indicados. Obras e estudos multicêntricos podem ter o número de autores compatível com o número de instituições participantes (cada caso é avaliado pelos editores e revisores). Os investigadores responsáveis pelos protocolos aplicados devem ser indicados. Todos os autores devem estar cientes do papel enviado para publicação na revista.

O conceito de co-autoria é baseado na contribuição substancial para o início e planejamento da pesquisa, análise e interpretação dos dados, ou para a produção e revisão crítica do texto. A inclusão de nomes cuja contribuição não está em conformidade com os critérios citados, ou que tenham fornecido apenas apoio material, não é justificável.

Os autores vão acusar a recepção dos documentos por e-mail. Os artigos que estão em concordância com as Instruções aos Autores e estejam em conformidade com as políticas editoriais da revista são submetidos à análise, por revisores indicados pelos autores. Os manuscritos que não estejam em conformidade com os propósitos da revista ou com estas instruções são devolvidos aos autores para as adaptações necessárias antes da avaliação pelo Conselho Editorial ou são recusados sem análises por parte dos colaboradores.

Juntamente com os ficheiros originais, uma carta de apresentação, no qual os autores devem explicitar o acordo com os requisitos editoriais, o processo de avaliação, bem como a transmissão de direitos autorais à revista devem ser enviados.

Os manuscritos originais não deve exceder 25 páginas de texto digitado ou cerca de 30.000 caracteres. O número de tabelas e figuras devem ser limitados ao que é necessário para apresentar e discutir os resultados (como

um padrão geral, deve ser limitada a cinco). Relatos de Casos não deve exceder 15 páginas ou 18.000 caracteres (ver "Preparação do manuscrito", "Resultados").

O documento deve ser apresentado à revista pelo sistema de submissão on-line no SciELO. Deve ser indicado o e-mail de todos os autores. Assim, co-autores receberão informações sobre a apresentação de um documento e, portanto, suas assinaturas não será necessário na carta de submissão. A correspondência de e-mail com a revista é: rbgo@fmrp.usp.br. Deve ser apenas um arquivo do papel, que deve ter o texto, referências, tabelas e figuras.

Preparação do manuscrito

As seguintes regras foram baseados no padrão proposto pelo ICMJE e publicada no artigo "Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas", atualizado em Outubro de 2008, e disponível em: <http://www.icmje.org/>.

Apresentação do texto

Os trabalhos devem ser digitados com espaço duplo entre linhas em cada seção, a partir da página de rosto para as referências, tabelas e legendas. Cada página tem de conter aproximadamente 25 linhas de uma coluna. O editor de texto Microsoft Word® é o preferido, bem como o tipo de letra Times New Roman, tamanho 12. Não destaque trechos do texto, não sublinhar ou aplicar negrito. Todas as páginas devem ser numeradas, começando com a tampa um.

Não use letra maiúscula nos nomes (exceto para o inicial) no texto ou referências. Não faça uso do período de siglas (DPP em vez de DPP). Acrônimos ou abreviaturas devem ser totalmente escrito na primeira vez em que aparecem no texto. Cada seção deve começar em uma nova página: página de rosto; resumos e palavras-chave; texto; agradecimentos; referências; mesas individuais e legendas Imagens.

Capa

Apresentar o título do artigo em Inglês; o nome completo dos autores sem abreviaturas; e-mails que são válidas para todos os autores (opcional, substituindo a carta de submissão); o nome da instituição onde o estudo foi realizado; afiliação institucional dos autores; informações sobre apoio recebido por meio de financiamento, equipamentos ou medicamentos suficientes. É obrigatório que o endereço da instituição onde o trabalho foi desenvolvido, que é publicada na primeira página do papel, deve ser fornecido. Indique o nome, endereço, telefone e número de fax e e-mail do autor responsável pela correspondência. Estas informações pessoais são apenas para entrar em contato com o jornal e só deve ser publicado se houver um pedido do autor (s).

Resumo

O resumo deve aparecer na segunda página. Para trabalhos completos, um resumo estruturado deve ser escrito e dividido em seções identificadas: objetivo, métodos, resultados e conclusões. O programa deverá incluir cerca de 300 palavras indicando a informação relevante que permite ao leitor ter uma idéia geral do artigo. Uma descrição resumida de todos os métodos utilizados e da análise estatística devem ser incluídos, bem como os resultados numéricos mais relevantes, e não apenas a significância estatística. Conclusões deve ser calculada com base nos resultados do

estudo, e não na literatura. Abreviaturas, símbolos e referências devem ser evitados.

Logo após o abstrato, o número de registo ou as identificações para ensaios randomizados controlados e clínicos devem ser indicados (ver ponto 5 do "Informações Gerais").

Na mesma página, no mínimo, três palavras-chave ou expressões devem ser citados para compor o índice anual da revista. Eles devem basear-se nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS, sigla em Português), publicado pela Bireme, que é uma tradução do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine, e está disponível em: <http://decs.bvs.br>.

Os resumos em relatórios de casos e actualizar e rever os artigos não têm que ser estruturado e são limitadas a 150 palavras.

Introdução

Na primeira página de introdução, os títulos devem ser completos em Português e Inglês. Nesta seção, mostrar a situação atual conhecimento sobre o tema em estudo, divergências e falta de informações que possam eventualmente justificar o desenvolvimento do papel, mas sem uma extensa revisão da literatura. Em Relatos de Casos, um resumo dos casos já apresentados, a epidemiologia da condição relatada e uma justificativa para a apresentação como um caso isolado deve ser indicado. Os objetivos do estudo devem ser claramente expostos.

Métodos

Esta seção deve ser iniciada com a indicação da criação de estudo: se é um estudo prospectivo ou retrospectivo, clínico ou experimental, se a distribuição dos casos foi aleatória ou não, e assim por diante. Descrever os critérios para a seleção dos pacientes ou Grupo Experimental, incluindo controles. Identifique os equipamentos e reagentes utilizados (fabricante, cidade e país). Se já foi empregada a metodologia aplicada, deve ser indicado as referências e uma breve descrição do método. Métodos estatísticos utilizados e comparações, a que foi indicada cada teste, deve também ser descrito.

Os trabalhos que têm o objetivo de avaliar a eficácia ou a tolerância de um tratamento ou medicamento devem necessariamente incluir um grupo controle adequado. Para obter informações adicionais sobre a concepção deste tipo de papéis, consulte ICH Harmonizado Tripartite Guideline - escolha das questões relacionadas ao grupo controle e em ensaios clínicos (http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/e10_e.html), e também os itens 4 e 5 de "Informações Gerais".

Resultados

Os resultados devem ser apresentados em sequência lógica: texto, tabelas e figuras. Os resultados que são relevantes para o propósito do estudo deve ser exposto e discutido. Não repetir, nesta seção, todos os dados apresentados nas tabelas e figuras, mas descrever e enfatizar os mais importantes, sem interpretá-los (ver também "Tables"). Em Relatos de Casos, as seções "Métodos" e "Resultados" são substituídos por "Descrição do caso", prevalecendo os outros.

Discussão

A informação nova e original obtidas durante o inquérito deve ser destaque nesta seção. Não repetir as informações já mencionado nas seções "Introdução" e "Resultados". Evite citar tabelas e figuras. Rejeição a

adequação dos métodos utilizados durante a investigação. Comparar e relacionar observações dos autores com os de outros pesquisadores, comentando e explicando as diferenças. Fornecer detalhes sobre as implicações dos achados, bem como suas limitações, e fazer recomendações referáveis. Em relatos de casos, a discussão deve ser baseada em extensa revisão da literatura e atualizado. Informações dos casos já publicados devem ser apresentados para que sejam feitas comparações.

Agradecimentos

Eles são direcionados para aqueles que tenham contribuído intelectualmente para o estudo, mas cuja contribuição não justifica co-autoria, e para aqueles que tenham dado apoio material.

Referências

Todos os autores e trabalhos citados no texto devem ser listados nesta seção e vice-versa. As referências devem ser numeradas na lista por ordem de aparecimento no texto, e eles devem ser referidos pelos seus respectivos números quando citado. Número excessivo de referências devem ser evitados, sendo selecionados apenas aqueles com relevância para cada instrução; Além disso, os mais recentes deverão ser preferida. Não citar referências de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos ou publicações de restringir a circulação (não indexado). Além disso, "observações não publicadas" e referências "comunicação pessoal" não deve ser referido. Os artigos que foram submetidos e aceitos para publicação deve ser referido como "no prelo" sendo indicado o jornal, o seu volume e ano de publicação. Os trabalhos aceitos por revistas on-line que não têm indicação de volume e ano deve ser referido como "ahead of print". Outras publicações dos mesmos autores (auto-citação) deve ser empregue somente se houver uma necessidade clara e se eles estão relacionadas com o assunto. Neste caso, apenas as referências originais que foram publicados em periódicos regulares e relacionados com o tema deve ser incluído (não citar capítulos ou comentários).

O número de referências deve ser em torno de 35. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados apresentados nas referências bibliográficas.

Para todas as referências, os nomes dos autores deverão ser citados até o sexto. Quando o número de autores ultrapassa-lo, a um sexto deve ser seguido da expressão, como se segue "et al.":

Os impressos

Artigos de revistas

Ceccarelli F, S Barberi, Pontesilli A, Zancila S, Ranieri E. carcinoma do ovário apresenta com linfonodos axilares metástase: relato de caso. Eur J Gynaecol Oncol. 2011; 32 (2): 237-9.

Jiang Y, Brassard P, Severini A, Goleski V, Santos H, Leamon A, et al. Prevalência de tipo específico de infecção por Papilomavírus Humano entre as mulheres nos Territórios do Noroeste, Canadá. J Infect Saúde Pública. 2011; 4 (5-6): 219-27.

Artigos com títulos em Inglês e texto em linguagem Português ou outro

Use o título em Inglês, entre parênteses e, no final da referência, indicar a língua em que o artigo foi publicado.

Prado DS, Santos DL. [Contracepção usuários dos setores público e privado de saúde]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011; 33 (7) 143-9. Português.

Taketani Y, Mizuno M. [aplicação de agentes anti-progesterona para contracepção]. Rinsho Fujinka Sanka. 1988; 42 (11): 997-1000. Japonesa.

Livro

Baggish MS, Karram MM. Atlas de anatomia pélvica e cirurgia ginecológica. 2a ed. Philadelphia: WB Saunders; 2006.

Capítulo de livro

Picciano MF. Gravidez e lactação. In: Ziegler EE, Filer LJ, editores.

Conhecimento presente na alimentação. Washington (DC): ILSI Press; 1996. p. 384-95.

Documentos eletrônicos

Apenas informações estatísticas oficiais e citação do jornal nonprinted estão incluídos aqui. Para estatísticas oficiais, a entidade responsável, endereço eletrônico e nome do arquivo ou da entrada devem ser citados. O número de telas, data e hora de acesso devem ser incluídos. Termos como "serial", "periódico", "homepage" e "monografia" não são mais usados. Todos os documentos devem ser indicados apenas como [Internet]. Para documentos eletrônicos como DOI (Digital Object Identifier), deve ser mencionado no final do mesmo, além das seguintes informações:

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Informações de Saúde.

Estatísticas vitais. Mortalidade e Nascidos vivos: Nascidos Vivos DESDE 1994. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. [cited 2007 Fev 7].

Disponível a partir de:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

Monografia na Internet ou e-book

Foley KM, Gelband H, editors. Melhorar os cuidados paliativos para câncer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 09 de julho]. Disponível em: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

Tabelas

As tabelas devem ser apresentados em páginas separadas com espaço duplo e fonte Arial, tamanho 8. Devem ser numeradas sequencialmente em algarismos arábicos e por ordem de citação no texto. Todas as tabelas devem ter um título, e todas as suas colunas devem ser identificadas com um cabeçalho. Deve conter legendas que permitem que o leitor a compreender o conteúdo das tabelas e figuras, mesmo sem ler o papel integralmente. As linhas horizontais devem ser simples e limitadas a duas na parte superior e uma na extremidade da mesa. Não use linhas verticais nem empregar funções de criação de tabelas, comandos de justificação, ou decimal tabulações centralizados. Comando tabulação (Tab) deve ser usado em vez da tecla "espaço" para separar as colunas, e, para uma nova linha, a tecla "enter". No rodapé da tabela, as legendas para abreviaturas e testes estatísticos que foram utilizados devem ser apresentados.

As figuras (gráficos, fotografias, ilustrações)

As figuras devem ser apresentados em páginas separadas e numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, seguindo a ordem de citação no texto. Todas as imagens devem ter uma qualidade gráfica adequada e presente título e subtítulo. Para evitar problemas que comprometam o padrão de jornal, digitalização de imagens deve obedecer aos seguintes requisitos: em gráficos e esquemas, 300 dpi / bitmap para lineamento deve

ser utilizado; em ilustrações e fotos (preto e branco), deve ser utilizado 300 dpi / RGB ou tons de cinza. Em todos os casos, os arquivos devem ter a extensão .tif e / ou .jpg. Para ilustrações de curva (gráficos, ilustrações e esquemas), arquivos de extensão, como .xls (Excel), .eps e .psd também são aceitos. Até cinco imagens serão aceitos. Se algum deles já foram publicados, deve ser enviado com uma autorização por escrito do autor / editores, incluindo a fonte nas legendas.

Legendas

Legendas devem ser impressos com espaço duplo e acompanhada pelas respectivas figuras (gráficos, fotografias, ilustrações) e. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada figura e na ordem de citação no papel.

Abreviações e Acrônimos

Estes devem ser precedidas de seu nome completo quando da primeira citação no texto, bem como quando eles são apresentados em tabelas e as legendas das figuras. As abreviaturas e acrônimos não deve ser utilizado no título principal nem nos resumos.

Apresentação de trabalhos

Todos os artigos devem ser submetidos através do sistema de edição on-line, disponível em <http://submission.scielo.br/index.php/rbgo/login>.

Outros correspondência deve ser resposta a:

Jurandyr Moreira de Andrade

Editor

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - Editoria - Avenida Bandeirantes, 3.900, 8º andar - Campus Universitário - CEP 14049-900 - Ribeirão Preto (SP) - Fone: (16) 3602-2803 - Fax: (16) 3633-0946 - E-mail: rbgo@fmrp.usp.br.

Manuscrito verificando itens

Antes de enviar o manuscrito, verifique se as Instruções aos Autores foram totalmente seguidas e sua conformidade com os seguintes itens listados:

carta de submissão assinada por todos os autores (digitalizados e anexados como documento suplementar ou enviado por correio) ou informação de todos os e-mails válidos de todos os autores na página de rosto;

indicação de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a assinatura do consentimento livre e esclarecido (na seção "Métodos") e informações sobre o cumprimento de todos os requisitos para a pesquisa animal; número ou código do registo de estudo, se necessário, na página de rosto (item 5 da "Informação Geral"); conflito de interesses: informar se há ou não há. Se mencionado e relevante, nenhuma informação deve ser omitida; cobrir página com todas as informações necessárias; resumos estruturados que combinam com o texto; três ou mais palavras-chave, em Inglês e Português, relacionadas com o conteúdo do texto, com base em Decs; verificar se todas as tabelas e figuras estão corretamente citadas no texto e numeradas, e se as legendas permitir a sua compreensão;

Referências bibliográficas: eles precisam ser numeradas em ordem de aparecimento e corretamente digitado. Os autores devem verificar se todos os trabalhos citados estão presentes na lista bibliográfica e se todos os presentes na lista são citadas no texto.

Anexo 4 – Normas de publicação da Revista Brasileira de Psiquiatria - Artigo II

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1516-4446&lng=en&nrm=iso

Updated on August 14, 2015

Português
Español

- ▶ about the journal
- ▶ editorial board
- ▶ instructions to authors
- ▶ subscription
- ▶ metrics

▶ SciELO

▶ Scimago

Indicator	2007-2014	Value
SJR		0.61
Cites per doc		1.88
Total cites		382

www.scielo.org

Revista Brasileira de Psiquiatria
RBP
Official Journal of the
Brazilian Psychiatric Association

Search

Enter one or more words | All indexes | This Journal | Search

Publication of
Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP
On-line version ISSN 1809-452X

Mission
To publish original works from all areas of Psychiatry, focusing on public health, clinical epidemiology, basic sciences and mental health problems that are relevant in our area of studies.

Former Title:
Revista ABP - APAL

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

- [Aim and editorial policy](#)
- [Manuscript preparation](#)
- [Manuscript submission](#)

ISSN 1516-4446 printed version
ISSN 1809-452X online version

A Revista Brasileira de Psiquiatria publica artigos originais, comunicações breves, artigos de revisão, artigos de atualização, editoriais e cartas ao editor. Consulte um problema atual do jornal para o estilo e formato. O texto deve ser em espaço duplo com margens amplas. Artigos originais, artigos de revisão, artigos de atualização e comunicações breves todos seguir o formato descrito abaixo.

Página de título: Título completo, nome dos autores, os seus departamentos e instituições, incluindo a cidade e o país de origem. Inclua também um título de corrida com um máximo de 50 caracteres (letras e espaços). O nome completo, número de telefone, número de fax, endereço de e-mail e endereço postal completo do autor correspondente deve ser indicado.

Página 2: Um resumo estruturado que não exceda 200 palavras, com as seguintes seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão. Por favor indicar 3-5 palavras-chave em estrita conformidade com Medical Subject Headings.

Texto principal: A Introdução deve ter de um a três páginas (não extensivamente revisão da literatura), celebrado por uma declaração clara dos objetivos do estudo. A seção de Métodos deve incluir completos desenho do estudo, definição, os participantes, desfechos principais, análises estatísticas, registro do ensaio, a aprovação do comitê de ética, e os procedimentos de consentimento informado (evitar referindo-se ao projeto, método e material descrito em artigos publicados anteriormente). Os resultados devem ser claros; repetição de dados no texto e em tabelas /

figuras não é permitido. Discussão: Não incluir uma seção de conclusão; As observações finais devem ser apresentados no último parágrafo do texto.

Agradecimentos: Devem incluir subvenções, patrocínios e outros tipos de apoio fornecidos com o estudo. Alguns autores podem querer agradecer a colaboradores que contribuíram significativamente para o manuscrito, mas não preenchem os critérios de autoria. É responsabilidade do autor obter a permissão das pessoas mencionadas.

Divulgação: Cada autor deve divulgar os potenciais conflitos de interesse em geral, não só relacionado com o presente estudo. Exemplos incluem, mas não estão limitados a empregos / posições anteriores ou actuais, subsídios de investigação, honorários de orador, participação e trabalho como consultor ou conselho consultivo para as organizações. Estudos que de alguma forma envolvem empresas farmacêuticas ou outras empresas privadas ou públicas devem divulgar claramente o papel destas organizações no estudo. Além disso, se o estudo de qualquer forma investiga compostos farmacêuticos, a divulgação deve conter informações sobre quem e por quais instituições as análises estatísticas foram realizadas e um endereço de e-mail para onde obter o protocolo.

Lista de referência: As referências devem ser reduzidos ao mínimo pertinente e deveria ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto, de acordo com o sistema de Vancouver. Recomendamos o uso de uma ferramenta como o Gerenciador de referência ou nota de rodapé para a gestão de referência e formatação. Identifique as referências no texto, tabelas e legendas que usam números arábicos sobrescritos. As referências citadas apenas em tabelas ou legendas de figuras devem ser numeradas de acordo com sua primeira citação no texto. Favor observar o estilo dos exemplos abaixo. Para incluir manuscritos aceitos, mas não publicado, informe o título abreviado da revista seguido de (in press). Artigos publicados eletronicamente, mas não ainda em versão impressa, devem ser identificados pelo seu número DOI. Informações de manuscritos ainda não aceitos devem ser citadas apenas no texto como a comunicação pessoal. Precisão de referência é de responsabilidade dos autores. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o Index Medicus.

Exemplos:

Artigo de jornal Standard: Liste todos os autores quando seis ou menos. Quando há sete ou mais, listar apenas os seis primeiros autores e adicione "et al.". Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, LA Quevedo, Souza LD, Castelli RD, et al. Transtorno depressivo maior durante a gravidez na adolescência: correlatos sócio-demográficas, obstétricas e psicossociais. Rev Bras Psiquiatr. 2013; 35: 51-6.

Livro: Gabbard GO. Tratamento de Gabbard de transtornos psiquiátricos. 4a ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2007.

Capítulo de livro: Kennedy SH, Rizvi SJ, Giacobbe P. A natureza eo tratamento da depressão resistente à terapêutica. In: JF Cryan, Leonard BE, editores. Depressão: de psicopatologia à farmacoterapia. Basel: Karger; 2010. p. 243-53.

Teses e dissertações: Trigeiro A. Central de corticotropina sistema nervoso fator de liberação de sistemas (CRF) contribuir para aumentar a ansiedade comportamento semelhante durante a abstinência de opióides: uma análise

dos substratos neuroanatômicos [dissertação]. San Diego: Universidade da Califórnia; 2011.

As tabelas e figuras: Todas as figuras / tabelas devem esclarecer / complementar e não repetir o texto; o seu número deve ser reduzido ao mínimo. Todas as ilustrações devem ser apresentados em páginas separadas, seguindo a ordem em que aparecem no texto e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos. Todas as tabelas e figuras devem incluir legendas descritivas e abreviaturas devem ser definidas. Quaisquer tabelas ou figuras extraídas de trabalhos previamente publicados devem ser acompanhadas de autorização por escrito para a reprodução do detentor do copyright atual no momento da apresentação.

Abreviaturas e símbolos: Todos os termos ou abreviaturas devem ser escritos em primeira menção e também na mesa / legendas. Todas as unidades devem ser métrica. Evite algarismos romanos.

Suplementar material online

Não Revista Brasileira de Psiquiatria não publicar material complementar ou apoiar online.

Categorias de manuscritos

Artigos originais: Estes devem descrever completamente, mas da forma mais concisa possível, os resultados de pesquisa original, contendo todas as informações relevantes para aqueles que desejam reproduzir a pesquisa ou avaliar os resultados e conclusões. Os manuscritos originais não deve exceder 5.000 palavras, excluindo tabelas, figuras e referências. Não mais do que seis tabelas ou figuras, e um máximo de 40 referências, serão aceitos. O texto deve ser organizado nas seguintes seções: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão. Implicações e limitações do estudo clínico deve ser indicado. Os ensaios clínicos randomizados devem ser registrados em bancos de dados clínicos on-line (o número de registo ensaio clínico deve ser informado no final do resumo).

Comunicações breves: original, mas os manuscritos mais curtos que abordam temas de interesse no campo da psiquiatria, com resultados preliminares ou de relevância imediata. Estes documentos devem ser limitado a 1500 palavras, uma tabela ou figura, e 15 referências.

Artigos de revisão: Estes artigos são de preferência solicitados (pelos editores) de especialistas na área. São avaliações sistemáticas, críticos de literatura e fontes de dados, com vista a rever e avaliar criticamente o conhecimento existente sobre um tema designado, além de comentar sobre os estudos de outros autores. A estratégia de pesquisa e processo de seleção (incluindo os critérios de inclusão / exclusão) deve ser descrito em pormenor. Os artigos de revisão são limitadas a 6.000 palavras, excluindo tabelas, figuras e referências. O número total de tabelas e figuras não pode ser superior a seis.

Artigos de atualização: artigos actualizar o endereço informações atuais relevantes para a prática clínica e são menos abrangentes do que artigos de revisão. Artigos de atualização não deve ser de 2.000 palavras e 30 referências.

Editoriais: críticas e comentários em profundidade convidados pelos editores ou escrito por uma pessoa com experiência conhecida no tópico. Editoriais não deve exceder 900 palavras e cinco referências. A página do título deve ser incluída como descrito acima.

Cartas ao Editor: As letras podem conter relatos de casos incomuns, comentários sobre temas científicos relevantes, críticas da política editorial, ou opiniões sobre o conteúdo do jornal. As cartas devem incluir um máximo de 500 palavras, uma mesa, uma figura, e cinco referências.

Declaração de autor

Os autores de manuscritos aceitos devem preencher a Declaração autor abaixo e enviá-lo para editorial@abpbrasil.org.br. Para evitar quaisquer atrasos na publicação, um formulário assinado deve ser enviado para o escritório da produção assim que o manuscrito é aceito para publicação (não necessário, mediante a apresentação). A produção não começará até que o formulário assinado é recebido.

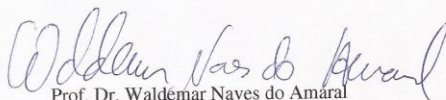
**Anexo 5 – Relatório da Diretoria Acadêmica Hospital e Maternidade
Dona Iris (HMDI)**



Relatório Diretoria Acadêmica HMDI

O projeto de pesquisa intitulado “*Transtornos mentais menores e gravidez: prejuízos da ingestão de álcool por familiares*” foi avaliado por esta diretoria.
Verificando o formato (desenho) do trabalho, as condições éticas e exequibilidade do mesmo fica o indicativo pela APROVAÇÃO.

Goiânia, 15 de julho de 2014.


Prof. Dr. Waldemar Naves do Amaral
Diretor Acadêmico do HMDI
Prof. Dr. Waldemar Naves do Amaral
Diretor Acadêmico do HMDI
CRM 4807

Hospital e Maternidade Dona Iris – Alameda Emílio Póvoa, Nº 151, Vila Redenção,
CEP: 74845-250 – Goiânia – Goiás, Fone: (62) 3956-8888

Anexo 6 – Relatório do Núcleo de Ensino e Pesquisa – HC/UFG



NÚCLEO DE ENSINO E PESQUISA-HC/UFG

Ao analisar os Projetos de Pesquisa, verificar os seguintes itens:

APROVADO PENDENTE

1. Instituição Conveniada (PUC/Go (enfermagem, psicologia, fisioterapia, nutrição);
 Estácio de Sá (enfermagem e fisioterapia); UFG (fisioterapia); UNIP (enfermagem e nutrição);
 Salgado de Oliveira (enfermagem), CDCS - Centro de Desenvolvimento de Certificações da Saúde
 (Curso de Pós Graduação em Fisioterapia Hospitalar).
2. Formulário de Orçamento (Site do HC-UFG/ Núcleo de Pesquisa)
3. Ciência dos Departamentos e Serviços
4. Pesquisador e Orientador oriundos das Instituições Conveniadas ou da UFG
5. Currículo Lattes do Pesquisador

()	()
(X)	()
(X)	()
(X)	()
(X)	()

PROJETO: N° DE PROTOCOLO NO NEPPG-HC/UFG _____
 APROVADO (X)
 PENDENTE ()
 NÃO APROVADO ()

[Assinatura]
 Núcleo de Ensino e Pesquisa HC
 Assinatura

05.06.14

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás
 Primeira Avenida s/nº - Setor Leste Universitário - Goiânia - Goiás - CEP 74.605-450
 Telefones: 62-3269-8400



Anexo 7 – Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

O questionário abaixo foi designado para ajudar o médico ou enfermeiro saber, como você se sente. Ignore os números impressos no lado direito do questionário. Leia cada item e marque a resposta que mais se aproxima de como você se sentiu na **semana passada**. **Não demore** muito nas suas respostas, sua **reação imediata** a cada item provavelmente será mais precisa do que uma resposta longamente pensada.

7. DADOS SOBRE DEPRESSÃO (HAD)

-BLOCO C

HAD –Assinale apenas uma opção em cada item e responda a cada pergunta.	
A1. Eu me sinto tensa ou ansiosa. (3) Quase sempre (2) Frequentemente (1) Às vezes (0) Nunca	D8. Eu sinto que estou me tornando mais lenta. (3) Quase o tempo todo (2) Muito frequentemente (1) Às vezes (0) Nunca
D2. Eu ainda desfruto das coisas das quais eu desfrutava. (0) Tanto quanto antes (1) Menos do que antes (2) Muito pouco (3) Não, Nada	A9. Eu tenho uma sensação de medo, que me dá um nó no estômago. (0) Nunca (1) Às vezes (2) Frequentemente (3) Muito frequentemente
A3. Eu tenho uma sensação de medo, como se algo horrível estivesse a ponto de acontecer. (3) Sim, e muito forte (2) Sim, mas não muito forte (1) Um pouco, mas isso não me preocupa (0) Nunca	D10. Eu perdi o interesse pela minha aparência. (3) Eu não cuido mais de mim (2) Frequentemente eu não me cuido tanto quanto deveria (1) Às vezes eu não me cuido tanto quanto deveria (0) Eu me cuido como sempre me cuidei
D4. Eu consigo rir e ver o lado divertido das coisas. (0) Tanto quanto de costume (1) Agora nem tanto (2) Agora muito menos (3) Não, de jeito nenhum	A11. Eu me sinto agitada, como se devesse estar fazendo algo. (3) Quase sempre (2) Frequentemente (1) Raramente (0) Nunca
A5. Pensamentos preocupantes invadem a minha mente. (3) Quase sempre (2) Frequentemente (1) Às vezes (0) Quase nunca	D12. Eu espero pelas coisas com prazer. (0) Tanto quanto sempre (1) Um pouco menos do que antes (2) Muito menos do que antes (3) Não, nem um pouco
D6. Eu me sinto alegre. (3) Nunca (2) Raramente (1) Às vezes (0) Quase sempre	A13. Eu tenho sensações repentinas de pânico. (3) Muito frequentemente (2) Frequentemente (1) Raramente (0) Nunca
A7. Eu sou capaz de ficar sentada calmamente e me sentir relaxada. (0) Sempre (1) Frequentemente (2) Raramente (3) Nunca	D14. Eu sou capaz de desfrutar de um bom livro ou de um programa de rádio ou de televisão. (0) Frequentemente (1) Às vezes (2) Raramente (3) Quase nunca



Anexo 8 – Instrumento baseado no *Alcohol Use Disorders Identification*

Test (AUDIT)

OBS.: Se tiver esposo que consome bebida alcoólica, preenche **8.7** para o esposo. Mas, se seu esposo não usar bebida alcoólica e você tiver um familiar que mora com você que usa bebida alcoólica, você preenche para seu familiar a **questão 8.7** abaixo. Ou seja, você vai dar preferência para preencher para seu esposo se ele usar bebida, se ele não fizer uso de bebida você preenche para seu familiar.

8. DADOS SOBRE A INGESTÃO DE ALCOOL BASEADO NO (AUDIT) - BLOCO D

2.9 () Companheiro/ Esposo () Familiar (AUDIT)	
1. Com que frequência seu companheiro consome bebidas alcoólicas? (0) Nunca (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana Especifique abaixo qual a bebida utilizada: _____	6. Quantas vezes durante o último ano ele precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira? (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias ~ 12 g de álcool puro Dose padrão de acordo com a OMS
2. Quantas bebidas que contenham álcool seu companheiro tem em casa em um dia normal que está bebendo? (0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais	7. Quantas vezes durante o ano passado ele te pediu desculpas (teve sentimento de culpa ou remorso) depois de beber? (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias
3. Com que frequência seu companheiro bebe seis ou mais doses em uma mesma ocasião? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10.	8. Quantas vezes durante o ano passado ele foi incapaz de se lembrar do que aconteceu na noite anterior porque estava bebendo? (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias

4. Pensa, no ano passado. Quantas vezes seu companheiro começou beber e não conseguiu mais parar ? (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias	9. Você ou alguém se machucou como resultado da bebida do seu companheiro? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses
5. Quantas vezes durante o ano passado ele não conseguiu fazer o que era normalmente esperado por causa da bebida? (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias	10. Tem um parente, um amigo, um médico ou outro profissional de saúde preocupado com o consumo de álcool dele ou sugeriu que diminuísse a quantidade que bebe? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses
OBS.: Não preencher TOT. P.:	



APÊNDICE

Apêndice 1 – Perfil psicossocial, econômico e obstétrico.

Nº do questionário: _____ Data da coleta: ____/____/____

Mora em Goiânia () sim () não

Se não qual cidade reside _____

1 a 5 - Perfil psicossocial e econômico

- BLOCO A

1.1 Escolaridade – Estudou Até

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| () Ensino Básico | () Ensino Médio/Técnico |
| () Ensino Fundamental | () Superior Incompleto |
| | () Superior Completo |

1.2 Total de anos de Estudo _____

2. Situação Conjugal:

2.1 () Casada () Amasiada () Viúva () Solteira () Separada

3. Renda Familiar

3.1 Você trabalha fora?

() Sim () Não **SE NÃO, SALTE PARA PERGUNTA 3.4**

3.2. Especifique: () Do lar () Doméstica () Estudante Outra.

Qual: _____

3.3 Quanto você ganha por mês R\$ _____

() Até 1 Salário Mínimo - SM (678,00) () 2 SM () Acima de 3 SM

3.4 Qual é a renda total de sua família R\$ _____

() Até 1 Salário Mínimo - SM (678,00) () 2 SM () Acima de 3 SM

3.5 Contando com você, quantas pessoas moram na sua casa? _____

4. Ocupação/profissão

4.1 Seu esposo está trabalhando no momento? () Sim () Não

5. Comportamento Social/ Histórico Familiar

5.1 Qual é a sua Religião? _____

5.2 Com que frequência você vai à igreja, templo?

() todos os dias () Uma vez por semana () Uma vez por mês

5.3 Você fuma? () Não () Sim.

Se sim, fuma por quanto tempo? _____ meses _____ anos

5.4 Você **já usou** algum tipo de drogas (maconha, cocaína, crack, êxtase)

() Sim () Não

Se sim, por quanto tempo usou? _____ meses _____ anos

5.5 Você **usa** algum tipo de drogas (maconha, cocaína, crack, êxtase)

() Sim () Não

Se sim, por quanto tempo está usando? _____ meses _____ anos

5.6 Você faz atividade física?

() Não () Sim. Se sim, quantas vezes por semana _____

Há quantos meses _____

5.7 Algum médico disse que **você tem** alguma **doença mental**?

() Não () Sim Se sim, Qual?

() Depressão () Ansiedade () Esquizofrenia

Outra _____

5.8 Atualmente está usando medicamento para depressão?

() Não () Sim Se sim, qual? _____

5.9 Algum médico falou que algum **parente tem ou teve** depressão?

() Não () Sim. Se sim, quem?

() pai () mãe () irmão () avós

6. Aspectos obstétricos

- BLOCO B

6.1 Idade da gestante: _____ 6.2 Data Nascimento gestante: ____/____/____

6.3 Teve **problema de saúde** na gestação atual?

() Não () Sim Se sim, quais? () Hipertensão () Diabetes () Outro

Quais? _____

7. Dados sobre depressão (HAD)

-BLOCO C

8. Dados sobre violência e a ingestão de álcool

8.1 Nesta gestação você sofreu algum tipo de violência física (bateram em vc)? ☐ Sim ☐ Não

8.2 Nesta gestação você sofreu algum tipo de violência verbal (xingada ou humilhada)? ☐ Sim ☐ Não

8.3 Você está **usando** bebida alcoólica na gestação?

☐ Sim **SE SIM, RESPONDA A PERGUNTA 8.4**

☐ Não. **SE NÃO, VÁ PARA PERGUNTA 8.5**

8.4. Usou bebida alcoólica nos 3 primeiros meses de gravidez?

☐ Sim ☐ Não

8.5 Seu **esposo** usa bebida alcoólica?

☐ Sim **SE SIM, PREENCHER O QUADRO 8.7**

☐ Não **SE NÃO, PREENCHER O QUADRO 8.6**

8.6 Você mora com sua família? ☐ Não ☐ Sim

Se sim, alguém da sua família usa bebida alcoólica? ☐ Não ☐ Sim

Se sim, Quem? ☐ pai ☐ mãe ☐ irmão

Se sim, **PREENCHER A QUESTÃO 8.7** para familiar.

Agradecemos por responder ao questionário.
