



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

CAMPUS DE PASSO FUNDO

CURSO DE MEDICINA

RAQUEL BUFFON

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE GESTANTES DE ALTO
RISCO COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS ATENDIDAS NO CENTRO DE
REFERÊNCIA DE SAÚDE DA MULHER DE PASSO FUNDO/RS**

PASSO FUNDO/RS

2019

RAQUEL BUFFON

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE GESTANTES DE ALTO RISCO COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS ATENDIDAS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DE SAÚDE DA MULHER DE PASSO FUNDO/RS

Trabalho de Conclusão do Curso de graduação apresentado como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul.

Orientadora: Prof. M Sc. Bruna Chaves Lopes

PASSO FUNDO/RS

2019

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Buffon, Raquel

Perfil Sociodemográfico e de Saúde de Gestantes de Alto Risco com Transtornos Psiquiátricos Atendidas no Centro de Referência de Saúde da Mulher de Passo Fundo/RS / Raquel Buffon. -- 2019.

55f.

Orientadora: Mestre Bruna Chaves Lopes.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Medicina, Passo Fundo, RS, 2019.

1. Gestação. 2. Alto Risco. 3. Transtorno Psiquiátrico. I. Lopes, Bruna Chaves, orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS com os dados fornecidos pela autora.

RAQUEL BUFFON

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE GESTANTES DE ALTO RISCO COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS ATENDIDAS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DE SAÚDE DA MULHER DE PASSO FUNDO/RS

Trabalho de Conclusão do Curso de graduação apresentado como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul.

Orientadora: Prof. M Sc. Bruna Chaves Lopes

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi defendido e aprovado pela banca em: 14/06/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. M Sc. Bruna Chaves Lopes

Prof. M Sc. Luiz Artur Rosa Filho

Méd. Alessandra Cristina Pereira dos Santos

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível graças ao apoio incondicional das seguintes pessoas e instituições. Primeiramente agradeço aos meus pais Neusa Mettler Buffon e Jacemir Buffon, sem vocês eu não conseguiria realizar esse nosso sonho, não teria a força e a coragem necessárias para enfrentar todas as dificuldades e chegar até aqui. Se não foi fácil para mim, para vocês eu sei que foi mais difícil ainda. A perseverança de vocês me motiva a seguir em frente, amo vocês e sei que é recíproco. Obrigada por tudo. Agradeço também ao meu irmão Rodrigo Buffon e à minha noiva Jayneffer Elisa Chaves Vieira por todo o amor, força e apoio incondicional nessa jornada, sem vocês nada disso seria possível. À minha orientadora Professora Mestre Psiquiatra Bruna Chaves Lopes pelo suporte, pelas correções e incentivos. À Universidade Federal da Fronteira Sul, seu corpo docente, direção e administração que auxiliaram e auxiliam na conquista da formação médica. Ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra por me proporcionar espaços de formação pessoal e os primeiros contatos com a arte de cuidar dos outros, pois teve fundamental importância para forjar a pessoa que sou hoje. Aos professores Ivana Loraine Lindemann e Gustavo Olzanski Acrani pela orientação durante todo o processo de desenvolvimento do projeto. À Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo e à equipe do Centro de Referência da Saúde da Mulher e População LGBT pelo apoio e disponibilidade durante todo o processo. Às participantes do estudo, sem elas nada disso teria sentido. E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

“Palavras são, na minha nada humilde opinião, nossa inesgotável fonte de magia. Capazes de causar grandes sofrimentos e também remediá-los.” (ROWLLING, 2007)

RESUMO

Este volume trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Graduação, desenvolvido como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, pela acadêmica Raquel Buffon sob orientação da Prof. M. Sc. Bruna Chaves Lopes. O trabalho está de acordo com as normas do Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS e com o Regulamento do TCC e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS pelo parecer 3.209.942. Este volume é composto por três capítulos. O primeiro é o projeto de pesquisa desenvolvido na disciplina de Pesquisa em Saúde, durante o primeiro semestre de 2018. O segundo refere-se ao relatório de pesquisa sobre o andamento e coleta de dados do projeto mencionado, desenvolvido na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I, durante o segundo semestre de 2018. O terceiro engloba o artigo científico elaborado a partir dos resultados do projeto em questão, desenvolvido na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, no primeiro semestre de 2019.

Palavras-chave: Gestação de alto risco. Psicopatologia. Saúde pública.

ABSTRACT

This volume is a Final Term Paper (FTM), developed as a partial requirement to obtain a Bachelor's Degree in Medicine from the Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Passo Fundo Campus, by the academic Raquel Buffon under guidance from Prof. M. Sc. Bruna Chaves Lopes. The work is in accordance with the norms of the Manual of Academic Works of the UFFS and with the Regulation of the FTM and it was approved by the Committee of Ethics in Research with Humans of the UFFS by the opinion 3.209.942. This volume is composed of three chapters. The first is the research project developed in the discipline of Health Research during the first half of 2018. The second refers to the research report on the progress and data collection of the mentioned project, developed in the discipline of Final Term Paper I, during the second semester of 2018. The third one includes the scientific article elaborated from the results of the project in question, developed in the discipline of Final Term Paper II, in the first semester of 2019.

Keywords: High risk pregnancy. Psychopathology. Public health.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	10
2.	DESENVOLVIMENTO	12
2.1.	PROJETO DE PESQUISA.....	12
2.1.1.	Resumo	12
2.1.2.	Tema	12
2.1.3.	Problema.....	12
2.1.4.	Hipóteses	13
2.1.5.	Objetivo	13
2.2.6.	Objetivos Específicos	13
2.1.7.	Justificativa.....	13
2.1.8.	Referencial teórico	14
2.1.8.1	Gestação.....	14
2.1.8.2	Gestação de alto risco	15
2.1.8.3	Transtornos psiquiátricos.....	18
2.1.8.4	Principais transtornos psiquiátricos na gestação	18
2.1.9.	Metodologia.....	25
2.1.9.1.	Tipo de estudo	25
2.1.9.2.	Local e período de realização	25
2.1.9.3.	População e amostragem	25
2.1.9.4.	Variáveis, instrumentos de coleta de dados e logística.....	26
2.1.9.5.	Metodologia de análise de dados	26
2.1.9.6.	Aspectos éticos	27
2.1.10.	Recursos.....	28
2.1.11.	Cronograma	28
2.1.12.	Referências Bibliográficas.....	29
2.1.13.	Apêndices	31
2.2.	RELATÓRIO DE PESQUISA.....	39
2.2.1	Anexos.....	40
2.3.	ARTIGO CIENTÍFICO	43

1. INTRODUÇÃO

A gestação traz uma série de alterações fisiológicas, emocionais e sociais para a mulher, são transformações necessárias para o desenvolvimento e crescimento do feto. Todas essas mudanças afetam também o núcleo familiar da gestante (BRASIL, 2012).

Ao contrário da crença popular a gestação traz uma maior vulnerabilidade psicoemocional para a gestante. A cada trimestre as sensações e mudanças físicas se intensificam, a partir do segundo trimestre gestacional a mulher compreende a totalidade do que está acontecendo com seu corpo, pois é quando começam os movimentos fetais e o aumento do volume uterino. Já no terceiro trimestre começam os sintomas ansiosos acerca do parto. Ademais de todos os sintomas físicos e fisiológicos próprios da gestação que contribuem para que sejam parte do grupo de risco para diversas enfermidades (BRASIL, 2012).

Apesar de ser um fenômeno fisiológico que deve ser visto como parte de uma experiência de vida saudável, há uma parcela das gestantes que, por características próprias, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, as chamadas “gestantes de risco” (BRASIL, 2012).

Para otimizar os cuidados destes casos o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco foi criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de auxiliar a equipe de saúde, disponibilizando instrumentos no processo de organização da assistência materna e perinatal, uniformizando conceitos e critérios para a abordagem da gestação de alto risco (BRASIL, 2012).

Tendo em vista o “Enfoque de Risco” onde alguns indivíduos têm maior probabilidade de adoecer ou morrer do que outros, há um gradiente de necessidade de cuidados referente ao risco de sofrer agravos à saúde. A partir dessa averiguação deve-se definir a melhor estratégia de cuidado, quando e quais intervenções serão necessárias e para onde será encaminhada. Devido à instabilidade do estado de saúde de uma mulher gestante o risco deve ser averiguado e reclassificado a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto (BRASIL, 2012).

Os principais marcadores e fatores de risco presentes antes da gestação se dividem em: Características individuais e condições sociodemográficas, história reprodutiva anterior, condições clínicas preexistentes e transtornos psiquiátricos (BRASIL, 2012; SANTOS, CAMPOS, 2014).

Já as condições que podem surgir no decorrer da gestação tornando-a de alto risco são: exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos, doença obstétrica na gravidez atual, intercorrências clínicas e transtornos psiquiátricos (BRASIL, 2012; SANTOS, CAMPOS, 2014).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) do Ministério da Saúde propõe que sejam introduzidas, na rede pública de saúde, ações que digam respeito a segmentos sociais excluídos da atenção, como mulheres portadoras de transtorno mental. Os direitos conquistados e debatidos no atual panorama da reforma psiquiátrica implicam políticas públicas sociais e inclusivas que devem abranger dimensões do cuidado à mulher portadora de transtorno mental, incluindo ações que perpassem pela saúde sexual e reprodutiva (GUEDES, 2009).

Durante a gestação e o puerpério há uma maior vulnerabilidade para quadros psiquiátricos, contrariando a ideia de que a gravidez seria fator de proteção para alterações psicopatológicas. Dados epidemiológicos apontam a prevalência semelhante de transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério (SILVA, 2014). Dentre alguns fatores de risco para o seu desenvolvimento estão mulheres que tiveram poucos cuidados ou foram supercontroladas, mulheres com alta sensibilidade interpessoal e pouca demonstração de carinho em relação às pessoas com quem convive, número de eventos vitais negativos durante o período da gravidez, baixo apoio emocional, solidão, menoridade, baixo nível educacional e/ou socioeconômico, ausência de parceiro, história prévia de transtornos psiquiátricos, exposição pregressa a eventos traumáticos e não ter ocupação (BRASIL, 2012; SILVA, 2010; apud DAHER, BAPTISTA, 1999).

A presença de transtornos psiquiátricos pode impactar de forma direta na gestação, por exemplo, aumentando as taxas de abortamento, prematuridade, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsias, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor do feto e depressão pós-parto. Há também possíveis implicações indiretas, como negligências nos cuidados pré e pós-natais (BRASIL, 2012; FLORES, *et al.* 2013, SILVA, 2014).

Algumas pesquisas têm utilizado técnicas de tratamento psicofarmacológico, psicossocial, psicoterápico e tratamentos hormonais, além da eletroconvulsoterapia (ECT), indicada para casos mais graves ou refratários a outras formas de tratamento. Todavia, quanto ao tratamento farmacológico é preciso cautela pela chance de teratogenia (BRASIL, 2012; CAMACHO, 2006).

As psicopatologias mais frequentes na gestação são os transtornos de humor, quadros ansiosos, transtornos psicóticos, abuso e dependência de substâncias psicoativas e distúrbios alimentares. A avaliação dessas manifestações é fundamental, pois sua detecção precoce minimiza o impacto dessas condições, tanto para a mãe quanto para o feto (BRASIL, 2012).

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. PROJETO DE PESQUISA

2.1.1. Resumo

O presente trabalho é um estudo quantitativo, observacional, transversal que visa apresentar o perfil sociodemográfico e de saúde de gestantes de alto risco com diagnóstico de transtorno psiquiátrico atendidas no Centro de Referência de Saúde da Mulher de Passo Fundo/RS, em um período de dois anos. A amostra não probabilística definida por conveniência, terá aproximadamente 60 participantes. A partir da coleta dos dados dos prontuários médicos, que não serão identificados, de forma codificada e de uma análise estatística descritiva, espera-se encontrar uma prevalência desse quadro em gestantes entre a segunda e terceira década de vida, sem companheiro, com outras comorbidades, múltíparas e/ou em uso de inibidores da receptação de serotonina.

Palavras-chave: Gestação. Alto risco. Transtorno psiquiátrico.

2.1.2. Tema

Perfil sociodemográfico e de saúde de gestantes de alto risco com transtornos psiquiátricos atendidas no Centro de Referência de Saúde da Mulher de Passo Fundo/RS.

2.1.3. Problema

Quais são as principais características sociodemográficas e de saúde de gestantes de alto risco com transtornos psiquiátricos?

2.1.4. Hipóteses

Será encontrado um predomínio no diagnóstico de psicopatologias em gestantes com faixa etária entre a segunda e a terceira década de vida; sem companheiro; com situação ocupacional do lar; multíparas; moradoras de bairros periféricos; sem histórico de drogadição; e/ou em uso de medicamentos inibidores da receptação de serotonina.

2.1.5. Objetivo

Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde mental de gestantes de alto risco com transtornos psiquiátricos.

2.2.6. Objetivos Específicos

Avaliar quais patologias psiquiátricas acometem essa população.

Descrever os tratamentos prescritos para as gestantes que frequentam o serviço.

2.1.7. Justificativa

Entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio estabelecidos pela ONU no ano 2000 está a melhoria da qualidade da assistência à saúde materno-infantil. Sendo a redução da mortalidade infantil o quarto objetivo e a melhoria da saúde materna o quinto. Para seu alcance é necessário atendimento de qualidade no pré-natal, parto e puerpério das gestantes.

A existência de transtornos psiquiátricos também caracteriza uma gestação de alto risco. Nesse contexto, existe significativa piora na qualidade de vida da gestante e no ambiente em que ela está inserida, contribuindo para o risco de outras complicações, como um possível

agravo do transtorno, má aderência ao tratamento e ao pré-natal, dificuldade no estabelecimento do vínculo com o bebê, assim como, tem reflexo direto no aumento do risco ao desenvolvimento infantil.

Existem poucos estudos sobre a incidência, prevalência, impacto e tratamento dessas complicações gestacionais, culminando em um manejo deficitário dessas condições e dificultando uma evolução favorável desses quadros. Deste modo o presente trabalho vem para contribuir para uma melhor acurácia no diagnóstico de risco e um melhor manejo dos transtornos psíquicos durante a gestação.

2.1.8. Referencial teórico

2.1.8.1 Gestação

Segundo Pimenta *et al* (2012 apud SILVA, ROSA, 2010) a gestação traz uma série de alterações fisiológicas com a finalidade de manter o desenvolvimento e crescimento do feto. Essas transformações são necessárias para que o corpo se adapte à nova fase, principalmente por conta do aumento de hormônios, o qual possibilita maior absorção de nutrientes e acúmulo de mais energia no organismo para o desenvolvimento do bebê.

Durante a gravidez ocorrem muitas transformações não só para a mulher, mas para todo o núcleo familiar. São vivências intensas acompanhadas de sentimentos contraditórios, dúvidas e ansiedades. Seja uma gestação planejada ou não é necessário um tempo de adaptação para esta nova etapa. Durante este período haverá mudanças físicas e psicológicas para a gestante (BRASIL, 2016).

No primeiro trimestre há a adaptação do corpo e dos sentimentos da mãe ao embrião. Fisicamente é perceptível o aumento das mamas, da sonolência, fome, náuseas, cansaço e sensibilidade das gengivas. Ao final do terceiro mês é possível a ausculta dos batimentos fetais (BRASIL, 2016).

Já no segundo trimestre é quando aparecem as evidências físicas da gestação, o crescimento uterino é perceptível, os quadris e as mamas ficam maiores, é quando a mulher se dá conta da existência do feto por meio dos movimentos do mesmo (BRASIL, 2016).

Por fim, no terceiro trimestre ocorrem as maiores mudanças maternas físicas e psicológicas. É neste período que o feto ganha peso e cria condições para a sobrevivência extra útero. A proximidade do parto causa grande ansiedade na gestante, sendo o segundo e terceiro trimestres muito propícios ao surgimento de patologias psicológicas (BRASIL, 2016).

Outros sintomas frequentes durante a gestação são gengivite, pirose, cãibras, parestesia e varizes em membros inferiores, dor lombar e abdominal, constipação, hemorroidas, aumento da secreção vaginal, desde que, sem prurido, odor, coloração diferente ou ardor e poliúria por conta da diminuição do espaço de expansão da bexiga devido ao crescimento uterino. Devido à diminuição imunitária que a mulher sofre durante o período gestacional é necessária atenção especial a episódios febris, manchas pelo corpo, sintomas gripais, linfonodomegalias, vômito e diarreia, assim como evitar locais fechados com alta concentração de pessoas, e contato com gatos (BRASIL, 2016).

2.1.8.2 Gestação de alto risco

Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento, através da Portaria/GM nº 569, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe, no período pós-parto (BRASIL, 2000) Com base neste Programa, o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco foi criado e tem como objetivo “auxiliar a equipe de saúde, disponibilizando instrumentos no processo de organização da assistência materna e perinatal, uniformizando conceitos e critérios para a abordagem da gestação de alto risco” (BRASIL, 2012).

Por ser um fenômeno fisiológico na maioria dos casos a gestação evolui sem intercorrências. Porém, há uma pequena parcela de gestantes que por possuírem alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, tem maior probabilidade de uma evolução desfavorável, tanto para elas quanto para o feto, constituindo o grupo denominado “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2012).

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser visto como parte de uma experiência de vida saudável. Entretanto, há uma parcela das gestantes que, por características próprias, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, as chamadas “gestantes de risco” (BRASIL, 2012).

Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (BRASIL, 2012; CALDEYRO-BARCIA, 1973).

Tendo em vista o “Enfoque de Risco” onde alguns indivíduos têm maior probabilidade de adoecer ou morrer do que outros, há um gradiente de necessidade de cuidados referente ao risco de sofrer agravos à saúde (BRASIL, 2012).

Deve-se averiguar além do risco qual intervenção será necessária, pois uma gestação de risco com uma intervenção mais simples pode ser realizada no nível primário sem necessidade de encaminhamento especializado. Uma gestação que está transcorrendo normalmente pode se tornar de risco a qualquer momento. Por isso é necessário reclassificar o risco a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto, evitando retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal (BRASIL, 2012).

Os principais marcadores e fatores de risco presentes antes da gestação se dividem em:

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis: Idade maior que 35 anos; Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos*; Altura menor que 1,45m; Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC30); Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos; Situação conjugal insegura; Conflitos familiares; Baixa escolaridade; Condições ambientais desfavoráveis; Dependência de drogas lícitas ou ilícitas; Hábitos de vida - fumo e álcool; Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.

*A adolescência em si é um fator de risco psicossocial, associado à aceitação ou não da gravidez, se traduzindo na adesão ao pré-natal.

2. História reprodutiva anterior: Abortamento habitual; Morte perinatal explicada e inexplicada; História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado; Parto pré-termo anterior; Esterilidade/infertilidade; Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; Nuliparidade e grande multiparidade; Síndrome hemorrágica ou hipertensiva; Diabetes gestacional; Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).

3. Condições clínicas preexistentes: Hipertensão arterial; Cardiopatias; Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); Doenças infecciosas

(considerar a situação epidemiológica local); Doenças autoimunes; Ginecopatias; Neoplasias.

4. Transtornos psiquiátricos: Depressão; Ansiedade Generalizada.

Condições que podem surgir no decorrer da gestação tornando-a de alto risco:

1. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.
2. Doença obstétrica na gravidez atual: Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; Pré-eclâmpsia e eclâmpsia; Diabetes gestacional; Hemorragias da gestação; Óbito fetal.
3. Intercorrências clínicas: Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação; Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação.
4. Transtornos psiquiátricos: Depressão; Ansiedade Generalizada; (BRASIL, 2012; SANTOS; CAMPOS, 2014).

Quanto à organização dos serviços de saúde para a assistência ao pré-natal de alto risco:

A estruturação da rede implica na disponibilidade de serviços de pré-natal para o baixo e alto risco, planejamento familiar, serviços especializados para atendimento das emergências obstétricas e partos incluindo os de alto risco, leitos de UTI neonatal e para adultos, leitos de berçário para cuidados intermediários, assim como, eventualmente, a constituição de casas de apoio a gestantes de risco com dificuldades de acesso geográfico ou a puérperas que sejam mães de bebês que necessitam permanecer internados. Também implica na humanização do atendimento por meio da sensibilização e da atualização profissional das equipes do sistema como um todo. Esses serviços podem coexistir num mesmo município ou estar organizados em uma região de saúde (BRASIL, 2012, p. 24).

Tendo em vista essa estrutura o ponto de interlocução da rede assistencial é a atenção básica de saúde, que é responsável pela captação precoce das gestantes, atendimento ao pré-natal de risco habitual, identificação de gestantes de alto risco e encaminhamento para os serviços de referência. A linha de cuidado das gestantes pressupõe o acompanhamento por parte das equipes da estratégia da Saúde da Família ou da atenção básica tradicional, mesmo quando são de alto risco, em conjunto com o atendimento dos serviços de referência/especializados. Para isso é fundamental um sistema de referência e contrarreferência eficiente (BRASIL, 2012).

Para Sussman e cols (1996 apud DAHER, BAPTISTA, 1999) há três questões a serem respondidas para conceituar alto risco. A primeira é a existência ou não de uma população com maior probabilidade em desenvolver uma doença devido a peculiaridades comportamentais. A

segunda discorre sobre a maior probabilidade de desenvolvimento de comportamentos mal adaptados por falta de acesso aos sistemas de saúde. E a terceira questiona a existência do alto risco em função de um conjunto de comportamentos que ocorrem por meio de uma situação específica.

2.1.8.3 Transtornos psiquiátricos

A Reforma Psiquiátrica propôs mudanças no tratamento de indivíduos com transtornos mentais, substituindo o modelo hospitalocêntrico por alternativas de atendimento à comunidade. O olhar passa a ser direcionado para a pessoa, sua cultura e sua vida cotidiana, tonando o indivíduo o objetivo do trabalho terapêutico e não mais a doença (GUEDES, 2009).

Nesse sentido, é preciso intervir no modelo atual de atenção à saúde mental das mulheres, propiciar um atendimento mais justo, humano, eficiente e eficaz, demandando ações que lhes proporcionem a melhoria das condições de saúde em todas as fases da vida (GUEDES, 2009).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) propõe que sejam introduzidas, na rede pública de saúde, ações que digam respeito a segmentos sociais excluídos da atenção, como mulheres portadoras de transtorno mental. Em suas diretrizes, determina que deve ser norteada pelo respeito às diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. Os direitos conquistados e debatidos no atual panorama da reforma psiquiátrica implica políticas públicas sociais e inclusivas que devem abranger dimensões do cuidado à mulher portadora de transtorno mental, incluindo ações que perpassem pela saúde sexual e reprodutiva (GUEDES, 2009).

2.1.8.4 Principais transtornos psiquiátricos na gestação

Durante a gestação e o puerpério há uma maior vulnerabilidade para quadros psiquiátricos, contrariando a ideia de que a gravidez seria fator de proteção para alterações psicopatológicas (BRASIL, 2012; SILVA, 2010). Historicamente a saúde mental da mulher grávida foi descuidada, influenciada por dois fatores: a crença popular de que a gravidez é um período de bem-estar, e a ênfase dada as psicopatologias que ocorrem no pós-parto imediato.

No entanto, dados epidemiológicos apontam a prevalência semelhante de transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério (SILVA, 2014). Estatísticas americanas apontam taxas de 29% de prevalência de transtornos psiquiátricos na gestação, sendo que apenas 5 a 14% recebem o tratamento adequado. Dentre alguns fatores de risco para o seu desenvolvimento estão mulheres que tiveram poucos cuidados ou foram supercontroladas, mulheres com alta sensibilidade interpessoal e pouca demonstração de carinho em relação às pessoas com quem convive, número de eventos vitais negativos durante o período da gravidez, baixo apoio emocional, solidão, menoridade, baixo nível educacional e/ou socioeconômico, ausência de parceiro, história prévia de transtornos psiquiátricos, exposição pregressa a eventos traumáticos e não ter ocupação (BRASIL, 2012; SILVA, 2010; apud DAHER; BAPTISTA, 1999).

A presença de transtornos psiquiátricos pode impactar de forma direta na gestação, por exemplo, aumentando as taxas de abortamento, prematuridade, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsias, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor do feto e depressão pós-parto. Há também possíveis implicações indiretas, como negligências nos cuidados pré e pós-natais (BRASIL, 2012; FLORES, 2013, SILVA, 2014).

Quanto a terapia medicamentosa, mesmo não havendo aprovação pelo FDA (Food and Drug Administration) para nenhum psicofármaco pois a maioria é de categoria C, muitos são usados na clínica e parecem ser relativamente seguros. As evidências que se tem do uso provêm de relatos de caso ou estudos retrospectivos nas gestações não programadas. A maioria das drogas atravessam a barreira placentárias, todavia de modo geral o risco de teratogenia é bem estabelecido para poucos psicotrópicos, sendo maior esse efeito no primeiro trimestre gestacional (BRASIL, 2012; CAMACHO, 2006; BLAYA, 2005).

Algumas pesquisas têm utilizado técnicas de tratamento psicofarmacológico, psicossocial, psicoterápico e tratamentos hormonais, além da eletroconvulsoterapia (ECT), indicada para casos mais graves ou refratários a outras formas de tratamento. A maior parte das intervenções psicossociais e hormonais se mostraram pouco eficiente. Contudo, estudos focados em psicoterapia interpessoal, estratégias cognitivo-comportamentais e intervenções farmacológicas evidenciaram resultados eficientes. Todavia, o tratamento farmacológico deve ser feito com cautela, preferencialmente nos casos mais graves ou em gestante em uso que apresentem alto risco de recaída (CAMACHO, 2006; BRASIL, 2012).

As psicopatologias mais frequentes na gestação são os transtornos de humor, quadros ansiosos, transtornos psicóticos, abuso e dependência de substâncias psicoativas e distúrbios

alimentares. A avaliação dessas manifestações é fundamental, pois sua detecção precoce minimiza o impacto dessas condições, tanto para a mãe quanto para o feto (BRASIL, 2012).

- **Transtornos de Humor**

Os quadros psiquiátricos mais comuns na gestação são os episódios depressivos, atingindo cerca de 20% dessa população. Sua característica central é o humor depressivo ou a perda da capacidade de sentir prazer, denominada anedonia. Outros sintomas depressivos incluem insônia, alteração da qualidade do sono, sono não reparador ou hipersonia, alterações de apetite, anergia, irritabilidade, diminuição da libido, lentificação psicomotora, ideias de culpa, ruína e ideação suicida. Esses sintomas podem persistir e ter impacto negativo nas atividades funcionais da gestante. Tendo em conta que a eventual presença de cansaço, mudanças do padrão de sono, apetite e libido podem ser inerentes à gestação deve-se separá-los de sintomas de um quadro depressivo (BRASIL, 2012; GABBARD, 2006; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Um dos principais reflexos da depressão durante a gestação é a não adesão ao pré-natal, afetando o bem-estar não só da mulher, mas do feto também. E esta pode, inclusive, ser secundária a um diagnóstico de gestação de risco por causas orgânicas. Embora a literatura não aponte diferenciação entre gestantes e não gestantes, a sintomatologia depressiva é bastante frequente entre o primeiro grupo.

No caso de planejamento de uma gestação em uma mulher com episódios depressivos leves, considera-se a retirada gradual do fármaco. Quanto a quadros depressivos graves ou refratários, a manutenção da medicação pode ser uma escolha, optando pelas drogas com maior evidência de segurança nesse período ou eventualmente pela realização de ECT. Independentemente do caso, a gestante deve ser orientada a permanecer em acompanhamento psiquiátrico cauteloso (BRASIL, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde no Manual de Gestação de Alto Risco, os antidepressivos mais estudados que parecem ter relativa segurança para a mãe e o feto são os Inibidores da Recaptação de Serotonina (IRSS), como a Fluoxetina e a Sertralina, sendo a primeira disponível nas farmácias do Sistema Único de Saúde. Os principais sintomas apresentados por recém-nascidos expostos a estas medicações são inquietação, tremores, hiper-reflexia e irritabilidade, todos se mostraram passageiros em até duas semanas. Antidepressivos mais novos ainda necessitam de maiores estudos, embora relatos apontem alguma segurança. A indicação de ECT pode ser uma alternativa para casos sem resposta à medicação ou em

episódios depressivos graves, com aspectos psicóticos, catatônicos ou sério risco suicida. Trata-se de um procedimento seguro, no qual a administração de curto prazo de anestésicos parece implicar pequenos riscos ao feto. É eficaz durante a gestação e pode ser a opção de tratamento preferencial da gestante.

O transtorno afetivo bipolar é marcado pela alternância de fases depressivas, fases de mania/hipomania, mistas e fases de normalidade. Sendo as manifestações depressivas semelhantes ao quadro depressivo puro. A fase de maníaca é caracterizada por humor eufórico, aceleração de todas as funções do psiquismo como pensamento acelerado, fuga de ideias, logorreia e agitação psicomotora, insônia, alteração de apetite e desinibição sexual e comportamental. Podendo haver ideias de grandeza e ideias delirantes, no geral congruentes com o humor (BRASIL, 2012; GABBARD, 2006; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O manuseio desses casos é bastante complicado, pois a maioria das medicações estabilizadoras de humor estão associadas a riscos, inclusive teratogenicidade, e estes devem ser considerados em relação ao potencial de gravidade de fases neste período, que podem ser acelerar com a retirada da medicação. Deve-se ter em mente que alterações graves de humor na gestação além de ter implicações maternas e fetais, predispõe ao abuso de álcool e substâncias psicoativas. A gestação em si não constitui fator de risco de fases, mas a retirada do tratamento profilático pode acarretar desestabilização do humor. No caso do lítio a retirada gradual apresenta melhores resultados que a interrupção abrupta, durante o planejamento da gravidez. E caso seja necessário pode-se retomar o uso após o primeiro trimestre. Estabilizadores de humor como carbonato de lítio, ácido valproico e carbamazepina, apresentam teratogenicidade estabelecida e devem ser evitados principalmente no primeiro trimestre gestacional. Os antidepressivos podem ser uma opção terapêutica nas fases depressivas, porém há risco de virada maníaca. Antipsicóticos como o Haloperidol podem ser úteis nas fases com sintomas psicóticos ou nas fases de mania, não há evidência de teratogenicidade para este fármaco. A ECT pode ser cogitada em casos graves (BRASIL, 2012).

- **Transtornos de Ansiedade**

As síndromes ansiosas incluem o transtorno do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, fobias e transtorno de ansiedade generalizada. São caracterizados por ansiedade excessiva, apreensão, medo, tontura, formigamentos, alterações do sono, hiperatividade autonômica (taquicardia, taquipneia,

sudorese, tremores), irritabilidade, despersonalização e desrealização. A ansiedade só se torna patológica conforme gera prejuízos funcionais. Ademais, a presença de transtornos ansiosos na gestação está relacionada a eventos como deslocamento de placenta e prematuridade (BRASIL, 2012; GABBARD, 2006; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Um estudo comparando a sintomatologia de mulheres com transtorno do pânico diagnosticado previamente constatou que 43% dessas pacientes apresentaram melhora dos sintomas ansiosos na gestação, 33%, piora e 24% não apresentaram nenhuma alteração (CAMACHO, 2006).

O tratamento medicamentoso dos quadros ansiosos de forma geral pode ser feito com antidepressivos, seguindo as recomendações do uso em transtornos de humor, e benzodiazepínicos. O uso de benzodiazepínicos no final da gestação pode levar à síndrome de abstinência no recém-nascido e à sedação. A teratogenicidade não está completamente esclarecida. Quando seu uso é extremamente necessário opta-se pelo Lorazepam, geralmente. A terapia cognitivo-comportamental e psicoterapia são alternativas de tratamento não farmacológico visando o controle dos sintomas ansiosos (BRASIL, 2012; GABBARD, 2006; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Sintomas de TOC são frequentes no pós-parto e incluem pensamentos e obsessões relacionados a possíveis contaminações da criança e pensamentos obsessivos negativos em relação ao trabalho de parto. Em um estudo foi observado que gestação também está associada ao aparecimento do TOC em uma parcela das mulheres e constatou-se piora da sintomatologia em algumas das puérperas. Mulheres portadoras de TOC também apresentam elevado risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto (CAMACHO, 2006).

- **Transtornos psicóticos**

Os transtornos psicóticos, como a esquizofrenia, caracterizam-se pela presença de fenômenos típicos como ideias delirantes (geralmente persecutórias), alucinações (geralmente auditivas) e pensamento desorganizado (BRASIL, 2012; GABBARD, 2006; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A gestação pode não ser um período de exacerbação dos sintomas psicóticos, mas há riscos de recaídas principalmente no puerpério. A retirada não criteriosa da medicação contribui para as recaídas e também para outras complicações obstétricas. A esquizofrenia durante a

gestação frequentemente acarreta em dificuldades na realização adequada dos cuidados pré-natais (BRASIL, 2012).

O tratamento é feito com drogas antipsicóticas. As medicações de primeira geração (antipsicóticos típicos), especialmente as butirofenonas (como o Haloperidol), parecem ser seguras na gestação, com pequenas evidências de efeitos prejudiciais. Deve-se tentar evitar os efeitos anticolinérgicos, anti-histamínicos ou hipotensivos associados a alguns antipsicóticos. Em relação aos antipsicóticos de segunda geração (atípicos), há poucas informações sobre seu uso no período gestacional, havendo necessidade de novos estudos para melhora das decisões clínicas. Alguns relatos apontam como consequência de seu uso baixos níveis de folato, implicando risco de defeitos do tubo neural. No entanto, há estudos com olanzapina que não relatam nenhum aumento dos riscos fetais (BRASIL, 2012).

- **Dependência de substâncias psicoativas**

Atualmente o consumo inadequado de substâncias psicoativas é um dos maiores problemas de saúde pública. Existe uma transição progressiva entre o que é tido chamado de uso e o que é definido como dependência de substâncias psicoativas. A diferenciação é definida arbitrariamente pela presença de três ou mais requisitos, dentre os seis explanados no manual de gestantes de alto risco, nos últimos doze meses. Sendo seu código de identificação da doença CID-10 (BRASIL, 2012; GABBARD, 2006; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

- **Transtornos alimentares**

Os transtornos alimentares incluem a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. Embora a fertilidade esteja prejudicada em mulheres com transtornos alimentares, principalmente naquelas com baixo peso, algumas engravidam. Com a popularização das clínicas de fertilidade, muitas procuram ajuda e negam serem portadoras de transtornos alimentares, engravidando mesmo sendo portadoras de graves distúrbios em atividade (BRASIL, 2012).

A maioria das pesquisas recentes, com abordagem na área de obstetrícia de alto risco da população brasileira, é concentrada nas regiões Norte e Nordeste do país. Com isso, os resultados encontrados limitam algumas comparações com as diferentes regiões do país. Assim, quando se realiza comparações entre os fatores para a gestação de alto risco, deve-se considerar os fatores econômicos, sociais e culturais entre as diferentes regiões analisadas (COSTA, 2006).

Devido a frequência elevada de intercorrências clínicas na gestação, faz-se necessário estabelecer medidas que possam: em nível primário, identificar e tratar fatores de risco; em nível secundário, fazer o diagnóstico precoce das doenças; e, no terciário, procurar interferir nas doenças, buscando evitar as complicações que possam comprometer a mãe e o bebê (SILVA; ROSA, 2014).

A melhoria na qualidade da assistência à saúde materno-infantil tem sido discutida mundialmente e faz parte dos 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) no ano 2000, compactuados para serem cumpridos em 15 anos. O ODM 4 visava a redução da mortalidade infantil e o ODM 5 a melhoria da saúde materna, cuja meta principal era a redução da mortalidade materna em 75%, entre os anos 1990 e 2015 (UNITED NATIONS, 2010). E para o alcance desses objetivos é essencial o atendimento de qualidade às mulheres no pré-natal, parto e puerpério, e ao recém-nascido (MARZIALE; MENDES, 2007).

Um estudo observacional, analítico e de coorte mostra que houve associação significativa entre estados emocionais maternos, de modo combinado (depressão e ansiedade) ou isolado (depressão ou ansiedade), e a presença de risco ao desenvolvimento infantil. Também se evidenciou a associação entre os estados depressivos e ansiosos maternos no período pós-parto. Esses achados ocorrem à necessidade de inserção de políticas públicas no acompanhamento da saúde mental materno-infantil no período gestacional e pós-natal (FLORES, 2013).

Diferenças observadas sinalizam maior prevalência na gestação em relação ao pós-parto, tornando esse período uma fase primordial para o diagnóstico e tratamento das patologias psiquiátricas (ALMEIDA, 2012; SILVA, 2014).

A presença de ansiedade ou depressão na gestação está associada a sintomas depressivos no puerpério, assim como podem influenciar os desfechos obstétricos e o desenvolvimento infantil, tendo reflexos até na adolescência, evidenciando a necessidade de melhorar o conhecimento a cerca dessas condições (SILVA, 2014).

De acordo com o Manual Técnico da Gestação de Alto Risco, a baixa escolaridade pode representar um fator de risco principalmente porque está relacionada ao menor acesso à informação e ao limitado entendimento da importância dos cuidados com a saúde (BRASIL, 2012).

O Centro de Referência de Saúde da Mulher localizado em Passo Fundo, RS, foi inaugurado em outubro de 2015. Funciona como unidade escola, ligada ao Programa de Residência Multiprofissional com ênfase em Oncologia, através de uma parceria entre a Prefeitura, Universidade de Passo Fundo (UPF), Universidade Federal da fronteira Sul (UFFS) e Hospital da Cidade. O espaço recebe pacientes encaminhadas pelo atendimento primário. O trabalho é desenvolvido por uma equipe multiprofissional das áreas de Enfermagem, Psicologia, Farmácia, Fisioterapia e Ginecologia que atende: gestantes de alto risco; mulheres com resultados alterados em exames de rotina; mulheres e homens para o Programa de Planejamento Familiar; população LGBT; mulheres que tiveram alta após tratamento de câncer para acompanhamento multiprofissional; grupos terapêuticos pré e pós-quimioterapia, para o acompanhamento de familiares e orientações às famílias (PREFEITURA DE PASSO FUNDO).

2.1.9. Metodologia

2.1.9.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal, descritivo.

2.1.9.2. Local e período de realização

O estudo será realizado no Centro de Referência de Saúde da Mulher localizado na Rua Lava Pés, em Passo Fundo, Rio Grande do Sul, durante o período de agosto de 2018 a julho de 2019. O local funciona como unidade-escola e está ligado ao programa de residência multiprofissional, Hospital São Vicente de Paulo, Universidade de Passo Fundo, Hospital da Cidade e Universidade Federal da Fronteira Sul.

2.1.9.3. População e amostragem

População de estudo

Pacientes gestantes de alto risco com transtornos psiquiátricos.

Amostra e amostragem

Amostra não probabilística, selecionada por conveniência, composta por todas as gestantes de alto risco com diagnóstico de transtorno psiquiátrico atendidas no Centro de Referência de Saúde da Mulher de Passo Fundo/RS entre 1 de janeiro de 2016 e 31 dezembro de 2017. Estima-se um “n” de 60 pacientes.

Critérios de inclusão

Gestantes de alto risco com diagnóstico de transtorno psiquiátrico atendidas no Centro de Referência de Saúde da Mulher em Passo Fundo/RS entre 1 de janeiro de 2016 e 31 dezembro de 2017.

2.1.9.4. Variáveis, instrumentos de coleta de dados e logística

A coleta de dados será realizada no período de setembro a dezembro de 2018 nos turnos matutinos, através do preenchimento de um formulário para transcrição de dados (apêndice A), de forma codificada, a partir dos prontuários manuscritos de pacientes gestantes de alto risco com diagnóstico de transtorno psiquiátrico atendidas no Centro de Referência de Saúde da Mulher em Passo Fundo/RS. As variáveis a serem coletadas são: idade, raça, estado civil, ocupação, endereço, história ginecológica, enfermidades clínicas concomitantes, histórico de drogadição, diagnóstico psicopatológico e medicações em uso. As reuniões da equipe responsável pelo projeto serão mensais.

2.1.9.5. Metodologia de análise de dados

Os dados serão coletados em uma ficha de transcrição de dados (apêndice A), duplamente digitados em um banco de dados a ser criado no EpiData (distribuição livre) e exportados para o programa PSPP (distribuição livre) para análise estatística. A análise

estatística descritiva consistirá na distribuição de frequências das variáveis categóricas para análise univariada e obtenção das medidas de tendência central (média, moda e mediana), assim como as medidas de dispersão (desvio padrão, variância e obliquidade).

2.1.9.6. Aspectos éticos

O presente trabalho será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul após a obtenção do Termo de Ciência e Concordância da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo/RS, juntamente com o Termo de Compromisso para Uso de Dados devidamente assinado pelos participantes do estudo, através da Plataforma Brasil, conforme resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados iniciará após aprovação.

Os prontuários serão revisados e selecionados de acordo com os critérios de inclusão pela pesquisadora responsável, os mesmos serão analisados em uma sala privada localizada no serviço de saúde. As fichas de transcrição serão armazenadas em pastas escuras na casa da acadêmica que coletará os dados, após o estudo as mesmas serão trituradas e descartadas.

Os riscos previstos às participantes incluem o vazamento dos dados de identificação das pacientes, para minimizar as informações contidas nos prontuários serão utilizados números para identificação dos mesmos, caso ocorra vazamento de dados o estudo será interrompido. Quanto aos riscos não previstos, quando ocorram acima de níveis aceitáveis o estudo será interrompido.

A pesquisa trará como benefício à população de Passo Fundo/RS, a partir da devolutiva dos resultados ao serviço de atendimento de gestantes de alto risco com transtornos psiquiátricos do Centro de Referência da Saúde da Mulher, contribuição para otimização dos serviços neste setor através do estabelecimento dos possíveis perfis dessas pacientes.

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas e através de uma palestra expositiva para a equipe de trabalho do Centro de Referência de Saúde da Mulher mantendo sigilo dos dados pessoais das pacientes.

Por se tratar de dados secundários e as pacientes não estarem mais em acompanhamento no Centro de Referência solicita-se a dispensa do TCLE (apêndice B). Àquelas pacientes que se mantêm em acompanhamento será solicitado o consentimento por telefone. (Apêndice D)

2.1.10. Recursos

Item	Unidade	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Canetas	Caixa com 4	1	R\$ 5,00	R\$ 5,00
Folhas	Embalagem com 100	1	R\$ 0,05	R\$ 5,00
Impressões	Impressões	70	R\$ 0,10	R\$ 7,00
Pranchetas	Prancheta	1	R\$ 10,00	R\$ 10,00
			TOTAL	R\$ 27,00

Todos os recursos serão providos pelos pesquisadores responsáveis.

2.1.11. Cronograma

Atividades	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12
1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
2	X											
3		X	X	X	X							
4						X	X					
5								X	X	X	X	X

1: Revisão de Literatura

2: Envio ao Comitê de Ética

3: Coleta de Dados

4: Processamento e Análise de Dados

5: Redação e Divulgação dos Resultados

2.1.12. Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, M. S. *et al.* Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.385-394, fev. 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BLAYA, C. *et al.* Diretrizes para o uso de psicofármacos durante a gestação e lactação. *Psicofármacos: Consulta Rápida*, Artmed. Porto Alegre, p.393, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*. Brasília, 12 dez. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GM, de 01 de junho de 2000: Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Caderneta da Gestante*. 3 ed, Brasília, p.31, 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5 ed, Brasília: Ministério da Saúde. p.304, 2012.
- CALDEYRO-BARCIA, R. *et al.* Frecuencia cardíaca y equilibrio acido base del feto. *Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano*. Montevideo, n.519, 1973.
- CAMACHO, R.S. *et al.* Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*; v.33, n.2, p.92-102, jan. 2006.
- COSTA, L. D. *et al.* Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. *Cogitare Enfermagem*, [S.I.]; v.21, n.2, jun. 2016.
- DAHER, A.S.; BAPTISTA, M.N. Gestação de alto risco sintomatologia depressiva e patologias gestacionais. *Infanto – Revista Neuropsiquiatria da infância e adolescência*; v.7, n.2, p.67-70, 1999.
- FLORES, M. R. *et al.* Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. *Revista CEFAC*; v.15, n.2, p.348-360, abr. 2013.
- GABBARD, G. O. *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- GUEDES, T.G. *et al.* Aspectos Reprodutivos de Mulheres Portadoras de Transtorno Mental. *Revista de Enfermagem UERJ*; Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.153-158, abr. mai. jun. 2009.
- LUZ, B. G. *et al.* O perfil das gestantes de alto risco acompanhadas no pré-natal da policlínica de Divinópolis-MG, no biênio 2013/14. *Journal of Health & Biological. Sciences*; v.3, n.3, p.137-143, 2015.
- MARZIALE, M.H.P., MENDES, I.A.C. Pobreza e desenvolvimento humano: estratégias globais. *Revista Latino-americana de Enfermagem*; v.15, p.709-712, 2007

PREFEITURA DE PASSO FUNDO. Centro de Referência de Saúde da Mulher. Disponível em: <<http://www.passofundo.rs.gov.br/interna.php?t=19&c=11&i=10106>> Acesso em: 08 mai. 2018.

SANTOS, C.S.M; CAMPOS, D.T.A. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*; Rio de Janeiro, v.9, n.30, p.1322, jan-mar. 2014.

SILVA, M.S., ROSA, M.R.Q.P. Perfil de gestantes de alto risco atendidas em um centro obstétrico de Santa Catarina. *Revista Interdisciplinar*; v.7, n.2, p.95-102, abr. mai. jun. 2014.

SILVA, R.A. *et al.* Transtornos mentais comuns e autoestima na gestação: prevalência e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública*; Rio de Janeiro, v.26, n.9, p.1832-38, set. 2010.

SILVA, R.C. Depressão Gestacional: Uma revisão de literatura. Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis, p.22, 2014.

UNITED NATIONS. The Millennium development goals report. United Nations. New York, 2010. Disponível em: <<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20-low%20res%2020100615%20-.pdf#page=28>>

2.1.13. Apêndices

APÊNDICE A - FICHA DE TRANSCRIÇÃO DE DADOS

Data:	
Prontuário:	
Idade	
Raça	(1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Amarela
Estado civil	(1) Solteira (2) Casada (3) Separada (4) Viúva
Ocupação	(1) Do Lar (2) Carteira assinada (3) Autônoma (4) Outro Qual: _____
Bairro	(1) Centro (2) Donária (3) Entre Rios (4) Outro Qual: _____
Gestação/Partos	(1) G1P0 (2) G2P1 (3) G3P2 (4) Outro Qual: _____
Transtorno Psiquiátrico	(1) TH Depressivo (2) TH Bipolar (3) TOC (4) Esquizofrenia (5) TAG (6) Outro Qual: _____
IMC	(1) <18,5 (2) de 18,6 a 24,9 (3) de 25 a 29,9 (4) de 30 a 34,5 (5) de 35 a 40 (6) > 40
Doença concomitante	(1) HAS (2) DM I (3) DM II (4) Cardiopatia (5) Tireoideopatia (6) Outro Qual: _____
Drogadição	(1) Sim (2) Não
Medicações/Classes	(1) Benzodiazepínicos

	<p>(2) Antidepressivos Tricíclicos</p> <p>(3) Inibidores da receção de serotonina</p> <p>(4) Antipsicóticos</p> <p>(5) Anticonvulsivantes</p> <p>(6) Outros</p> <p>Qual: _____</p>
--	--

APÊNDICE B - Solicitação de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFFS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE GESTANTES DE ALTO RISCO COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS ATENDIDAS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DE SAÚDE DA MULHER DE PASSO FUNDO/RS

Esta pesquisa será desenvolvida por Raquel Buffon, discente de graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Passo Fundo, sob orientação da Professora Me. Bruna Chaves Lopes.

O objetivo central do estudo é descrever o perfil sociodemográfico e de saúde de gestantes de alto risco com transtornos psiquiátricos. Entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio estabelecidos pela ONU no ano 2000 está a melhoria da qualidade da assistência à saúde materno-infantil. Sendo a redução da mortalidade infantil o quarto objetivo e a melhoria da saúde materna o quinto. Para seu alcance é necessário atendimento de qualidade no pré-natal, parto e puerpério das gestantes. A existência de transtornos psiquiátricos também caracteriza uma gestação de alto risco. Nesse contexto, existe significativa piora na qualidade de vida da gestante e no ambiente em que ela está inserida, contribuindo para o risco de outras complicações, como um possível agravamento do transtorno, má aderência ao tratamento e ao pré-natal, dificuldade no estabelecimento do vínculo com o bebê, assim como tem reflexo direto no aumento do risco ao desenvolvimento infantil. Existem poucos estudos sobre a incidência, prevalência, impacto e tratamento dessas complicações gestacionais, culminando em um manejo deficitário dessas condições e dificultando uma evolução favorável dos quadros. Deste modo o presente trabalho vem para contribuir para uma melhor acurácia no diagnóstico, um melhor manejo e tratamento dos transtornos psíquicos durante a gestação.

A importância das informações se deve à classificação como gestação de alto risco por transtorno psiquiátrico devido a seu impacto na qualidade de vida da gestante e as dificuldades decorrentes desse diagnóstico para todos os envolvidos, não somente durante a gestação, mas no puerpério e início da primeira infância.

As informações como idade, raça, estado civil, ocupação, bairro, história obstétrica, tipo de

transtorno psiquiátrico, patologia pré-existente, histórico de drogadição e medicações em uso, coletadas através dos prontuários manuscritos de uma amostra não probabilística selecionada por conveniência, de um "n" estimado de 60 pacientes, composta por todas as gestantes de alto risco com diagnóstico de transtornos psiquiátricos atendidas no Centro de Referência de Saúde da Mulher em Passo Fundo/RS entre 1 de janeiro de 2016 e 31 de dezembro de 2017, para uma ficha de transcrição de dados de forma codificada, serão utilizadas através de uma análise estatística descritiva para relatar a prevalência da presença das variáveis citadas em pacientes com diagnóstico de psicopatologias durante o período gestacional.

A pesquisa trará como benefício à população de Passo Fundo/RS, a partir da devolutiva dos resultados ao serviço de atendimento de gestantes de alto risco com transtornos psiquiátricos do Centro de Referência da Saúde da Mulher, contribuição para otimização dos serviços neste setor através do estabelecimento dos possíveis perfis dessas pacientes.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações obtidas. Para minimizar as informações contidas nos prontuários serão utilizados números para identificação dos prontuários e das variáveis coletadas, caso ocorra vazamento o estudo será interrompido. Quanto aos riscos não previstos, quando ocorrerem acima de níveis aceitáveis o estudo será interrompido.

Os prontuários serão revisados e selecionados de acordo com os critérios de inclusão pela pesquisadora responsável, os mesmos serão analisados em uma sala privada localizada no serviço de saúde. As fichas de transcrição serão armazenadas em pastas escuras na casa da acadêmica que coletará os dados, após o estudo as mesmas serão trituradas e descartadas. Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas e através de uma palestra expositiva para a equipe de trabalho do Centro de Referência de Saúde da Mulher mantendo sigilo dos dados pessoais das pacientes.

Devido à importância da pesquisa e com base na Resolução CNS Nº 466 de 2012 - IV.8, solicito a dispensa da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas justificativas:

- 1) Trata-se de uma pesquisa retrospectiva com uso de prontuários;
- 2) Em todos casos as pacientes não estão mais em acompanhamento no local de coleta dos dados;
- 3) Dificil localização das pacientes e familiares, pois os mesmos não frequentam regularmente o Centro de Referência de Saúde da Mulher;
- 4) Por não haver um atendimento continuado após o término da gestação os endereços e

telefones não estão atualizados.

Passo Fundo, 05 de Setembro de 2018.



Handwritten signature of Bruna Chaves Lopes in cursive script, written over a horizontal line.

Prof. Me. Bruna Chaves Lopes

APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO

Título da Pesquisa: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE GESTANTES DE ALTO RISCO COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS ATENDIDAS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DE SAÚDE DA MULHER DE PASSO FUNDO/RS

A(s) pesquisadora(s) do projeto acima identificada(s) assume(m) o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.





 Assinatura da Orientadora



 Assinatura da Acadêmica

Passo Fundo, 09 de julho de 2018.

APÊNDICE D – Termo de Aceite Livre e Esclarecido**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFS****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE GESTANTES DE ALTO RISCO
COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS ATENDIDAS NO CENTRO DE
REFERÊNCIA DE SAÚDE DA MULHER DE PASSO FUNDO/RS**

Prezada participante você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que será desenvolvida por Raquel Buffon, discente de graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFS), Campus de Passo Fundo, sob orientação da Professora Me. Bruna Chaves Lopes.

O objetivo central do estudo é descrever o perfil sociodemográfico e de saúde de gestantes de alto risco com transtornos psiquiátricos. A importância das informações se deve à classificação como gestação de alto risco por transtorno psiquiátrico devido a seu impacto na qualidade de vida da gestante e as dificuldades decorrentes desse diagnóstico para todos os envolvidos, não somente durante a gestação, mas no puerpério e início da primeira infância.

A sua participação consiste em autorizar que sejam coletadas, do seu prontuário, informações como idade, raça, estado civil, ocupação, bairro, história obstétrica, tipo de transtorno psiquiátrico, patologia pré-existente, histórico de drogadição e medicações em uso.

Os riscos previstos incluem o vazamento dos seus dados de identificação. Para minimizar o risco, serão utilizados números para identificação das participantes, e caso ocorra vazamento de dados o estudo será interrompido.

Você terá como benefício, a partir da devolutiva dos resultados a você e ao serviço de atendimento de gestantes de alto risco com transtornos psiquiátricos do Centro de Referência

da Saúde da Mulher, possibilidade de qualificação do atendimento. Caso você tenha interesse em receber os resultados individualmente, os mesmos serão enviados por e-mail.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações obtidas. Os dados serão transcritos em fichas, que serão armazenadas pela equipe de pesquisa por um período de cinco anos sendo posteriormente destruídas. Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas e através de uma palestra expositiva para a equipe de trabalho do Centro de Referência de Saúde da Mulher mantendo sigilo dos dados pessoais das pacientes.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas com a pesquisadora responsável Bruna Chaves Lopes, UFFS, Campus Passo Fundo. Rua Capitão Araújo, nº 20, Passo Fundo, RS. Caixa Postal 3520. CEP 99010-200. Telefone (54) 3335-8512; (54) 9 9965-4257. E-mail: brunachaveslopes@hotmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul. Telefone (49) 2049-3745. E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br.

E-mail da participante: _____

Passo Fundo, ____ de _____ de 2019.

2.2. RELATÓRIO DE PESQUISA

O projeto de pesquisa Intitulado Perfil Sociodemográfico e de Saúde de Gestantes de Alto Risco com Transtornos Psiquiátricos Atendidas no Centro de Referência de Saúde da Mulher de Passo Fundo/RS, desenvolvido na disciplina de Pesquisa em Saúde, foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo e aprovado através de um termo de ciência e concordância em 4 de julho de 2018 (Anexo A). Posteriormente, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS através da Plataforma Brasil no dia 14 de julho, respondido no dia 17 de agosto com 5 pendências as quais foram atendidas, sendo o projeto aprovado no dia 11 de setembro de 2018. A coleta de dados iniciou dia 11 de dezembro, durante a coleta percebeu-se que não havia prontuários suficientes para completar a amostra com as dispensas do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) aprovadas, pois muitos não estavam completamente preenchidos ou não fechavam os critérios de inclusão. Para utilização dos dados de pacientes que continuavam em atendimento foi encaminhado uma ementa para o CEP com a solicitação de utilizar o TCLE. Após aprovação pelo parecer nº 3.209.942 (Anexo B), os quatorze prontuários faltantes foram analisados mediante TCLE solicitados através de ligação telefônica gravada, somente duas pessoas contatadas negaram a autorização. A coleta de dados foi finalizada em março de 2019. Os dados foram duplamente digitalizados e analisados no mesmo mês. Após a obtenção dos resultados da pesquisa foi redigido um artigo científico intitulado “Perfil Sociodemográfico e de Saúde de Gestantes de Alto Risco com Transtornos Psiquiátricos Atendidas em um Centro de Referência”, sob as normas de publicação da Revista Baiana de Saúde Pública.

2.2.1 Anexos

ANEXO A – Termo de Ciência e Concordância da Instituição

Estado do Rio Grande do Sul
Prefeitura de Passo Fundo



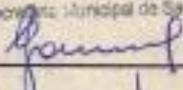
Secretaria de Saúde - SMS

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE LOCAL

Eu, **Carla Beatrice Crivellaro Gonçalves**, Secretária do Município de Passo Fundo - RS, localizada na Rua Paissandu, 1052, Centro, Passo Fundo- RS, autorizo a aluna **Raquel Buffon**, do curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, a coletar dados nesta instituição para pesquisa de seu trabalho sob a orientação da **Prof. Me. Bruna Chaves Lopes**. A pesquisa tem como título: "**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE GESTANTES DE ALTO RISCO COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS ATENDIDAS NO CENTRO DE REERÊNCIA DE SAÚDE DA MULHER DE PASSO FUNDO/RS**". A pesquisa será realizada somente após a aprovação do Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS.

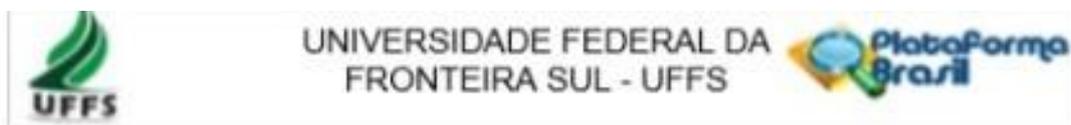
Passo Fundo, 04 de julho de 2018.

Carla Beatrice C. Gonçalves
Secretária Municipal de Saúde



Carla Beatrice Crivellaro Gonçalves
Secretária de Saúde

ANEXO B - Parecer de Aprovação CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE GESTANTES DE ALTO RISCO COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS ATENDIDAS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DE SAÚDE DA MULHER DE PASSO FUNDO/RS

Pesquisador: Bruna Chaves Lopes

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 94088818.2.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.209.942

Apresentação do Projeto:

Já apresentado no parecer nº 3.118.232

Objetivo da Pesquisa:

Já apresentado no parecer nº 3.118.232

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já apresentado no parecer nº 3.118.232

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora atendeu as solicitações do CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Já apresentado no parecer nº 3.118.232

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

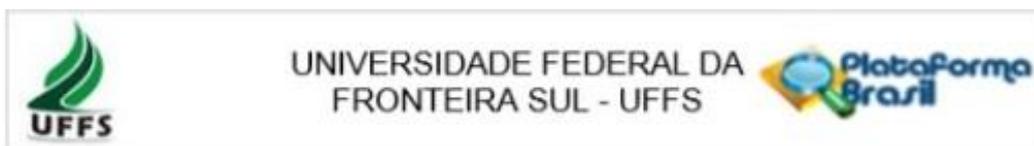
Não há impedimentos éticos à aprovação da emenda.

Considerações Finais a critério do CEP:

Emenda aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-600
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.209.942

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_127588_E1.pdf	20/02/2019 13:48:50		Aceito
Outros	CartaPendenciasdois.doc	20/02/2019 13:47:59	Bruna Chaves Lopes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	12/12/2018 23:16:13	Bruna Chaves Lopes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Raquel_comtcle.docx	12/12/2018 23:15:52	Bruna Chaves Lopes	Aceito
Outros	Formulario_preenchimento_dados_prontuarios_Modificado.docx	05/09/2018 10:42:19	Bruna Chaves Lopes	Aceito
Outros	CartaPendencias.doc	05/09/2018 10:40:54	Bruna Chaves Lopes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	SOLICITACAODISPENSATCLE_MODIFICADO.pdf	05/09/2018 10:39:57	Bruna Chaves Lopes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMODECIENCIAECONCORDANCIA DAINSTITUICAO.pdf	14/07/2018 15:28:06	Bruna Chaves Lopes	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	14/07/2018 15:18:54	Bruna Chaves Lopes	Aceito
Outros	TCUD.pdf	09/07/2018 17:36:17	Bruna Chaves Lopes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 20 de Março de 2019

Assinado por:
Valéria Silvana Faganello Madureira
 (Coordenador(a))

2.3.ARTIGO CIENTÍFICO

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE GESTANTES DE ALTO RISCO COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS ATENDIDAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA

Raquel Buffon¹, Bruna Chaves Lopes²

RESUMO

Introdução: Dentre as situações clínicas que determinam uma gestação de alto risco encontram-se os transtornos psiquiátricos. O presente estudo teve como objetivo descrever o perfil sociodemográfico e de saúde das gestantes de alto risco com transtorno psiquiátrico atendidas na rede pública de Passo Fundo, RS. **Material e Métodos:** Estudo transversal descritivo, realizado no período de dezembro de 2018 a março de 2019, com uma amostra de 60 pacientes atendidas entre janeiro de 2016 e dezembro de 2017, em um centro de atenção secundária. **Resultados:** Esta análise permitiu observar uma maior frequência de gestantes com idade entre 30 e 39 anos (41,7%), com cônjuge (56,7%), múltíparas (86,7%) e com atividade laboral remunerada (40%). A comorbidade clínica mais prevalente foi obesidade (31,7%) seguida por endocrinopatias (30%) e cardiovasculopatias (21,6%). Além do predomínio de transtornos depressivos (65%), com 16,7% de tentativas de suicídio e 18,3% de transtornos ansiosos. O psicofármaco mais utilizado durante a gestação foi inibidor seletivo de recaptação de serotonina (73,3%), seguido de antipsicóticos (35%) e antidepressivos tricíclicos (21,7%). **Considerações Finais:** Os resultados encontrados, embora dentro de uma amostra específica, corroboram com os encontrados na literatura referente à população geral de gestantes, demonstrando predomínio de transtornos depressivos no acometimento psiquiátrico durante a gestação, assim como os índices de ideação e tentativas suicidas descritos.

Palavras-chave: Gestação de alto risco. psicopatologia. saúde pública.

ABSTRACT

Induction: Among the clinical situations that determine a high risk pregnancy are the psychiatric disorders. The present study aimed to describe the socio-demographic and health profile of high-risk pregnant women with psychiatric disorders treated in the public network of Passo Fundo, RS. **Material and Methods:** Descriptive cross-sectional study, carried out from December 2018 to March 2019, with a sample of 60 patients seen between January 2016 and December 2017, in a secondary care center. **Results:** This analysis showed the highest frequency of pregnant women aged between 30 and 39 years (41.7%), with spouses (56.7%), multiparous women (86.7%) and with paid work activity (40%). The most prevalent clinical comorbidity was obesity (31.7%) followed by endocrinopathies (30%) and cardiovascular pathies (21.6%). In addition to the predominance of depressive disorders (65%), with 16.7% of suicide attempts and 18.3% of anxious disorders. The most used psychoactive

drug during gestation was selective serotonin reuptake inhibitor (73.3%), followed by antipsychotics (35%) and tricyclic antidepressants (21.7%). Final Considerations: The results found, although within a specific sample, corroborate with those found in the literature regarding the general population of pregnant women, demonstrating the predominance of depressive disorders in the psychiatric disease during pregnancy, as well as the ideation indexes and suicide attempts described.

Key-words: High risk pregnancy. psychopathology. public health.

INTRODUÇÃO

Dentre todas as alterações fisiológicas físicas e emocionais que a gestação provoca no corpo feminino algumas tornam esse processo mais vulnerável para a gestante, o feto e o núcleo familiar. Essas situações configuram o grupo denominado gestantes de alto risco. Os principais fatores de risco pré-gestacionais são divididos em: características individuais e sociodemográficas, histórico reprodutivo, condições clínicas pré-existentes e transtornos psiquiátricos. Composto as condições que podem surgir durante a gestação estão: exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos, doença obstétrica na atual gravidez, intercorrências clínicas e psiquiátricas.¹⁻²

Através da criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) o Ministério da Saúde propõe a introdução, na rede pública de saúde, de ações voltadas a segmentos sociais excluídos, como mulheres portadoras de transtorno mental, perpassando a saúde sexual e reprodutiva.³

Alguns dos fatores que aumentam a probabilidade do desenvolvimento de quadros psiquiátricos durante a gestação incluem mulheres que tiveram poucos cuidados ou demasiado controle por parte de sua rede de apoio, solidão, menoridade, ausência de parceiro, história prévia de distúrbios mentais, exposição pregressa a eventos traumáticos e não ter ocupação.¹⁻⁴ A apresentação dessa complicação impacta diretamente na gestação aumentando as taxas de abortamento, prematuridade, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsia, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor do feto e depressão pós-parto; entre as implicações indiretas estão negligências nos cuidados pré e pós-natais.¹⁻⁵⁻⁶

Os tratamentos mais pesquisados incluem técnicas psicofarmacológicas, psicossociais, psicoterápicas, tratamentos hormonais e eletroconvulsoterapia (ECT) que é indicada para casos

graves e refratários a outros tratamentos. Todavia, é preciso ter cautela com a teratogenicidade e riscos de diversos fármacos que tem efeito em quadros psiquiátricos.¹⁻⁷

As psicopatologias mais frequentes na gestação são transtornos de humor deprimido e ansiedade, transtornos psicóticos, abuso e dependência de substâncias psicoativas e distúrbios alimentares. A detecção de suas manifestações é fundamental para minimizar o impacto dessas condições, tanto para a mãe quanto para o feto.¹ Algumas estimativas demonstram que uma a cada cinco mulheres apresentará pelo menos um episódio depressivo durante a vida, geralmente na fase reprodutiva, entre 20 e 40 anos, e que 19% das gestantes apresentam sintomas depressivos elevados.⁸

Devido as complicações que a existência de psicopatologias traz para todo o processo gestacional, contribuindo para piora na qualidade de vida dos envolvidos e aumentando o risco de outras complicações na saúde materna e fetal, refletindo diretamente no desenvolvimento infantil, estudos sobre a incidência, prevalência, impacto e tratamento dessas complicações gestacionais são escassos, culminando em um manejo deficitários dessas condições e dificultando uma evolução favorável desses quadros. Diante disso este estudo tem como objetivo descrever o perfil sociodemográfico e de saúde das gestantes de alto risco com transtorno psiquiátrico atendidas em um centro de atenção secundária de Passo Fundo, RS, avaliando as principais características das gestantes, a prevalência dos transtornos e os tratamentos mais empregados para contribuir com uma melhor acurácia no diagnóstico de risco e manejo desses quadros.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo que incluiu uma amostra não probabilística definida por conveniência, composta por 60 gestantes de alto risco com transtorno psiquiátrico atendidas pelo serviço público do centro de referência em saúde da mulher do município de Passo Fundo, RS, durante os anos de 2016 e 2017. Este serviço atende a população geral de gestantes de alto risco

Os dados foram coletados de prontuários manuscritos em fichas de transcrição entre dezembro de 2018 e março de 2019, tendo como variáveis analisadas: idade, raça autodeclarada, estado civil (com ou sem cônjuge), ocupação laboral, bairro onde reside, história ginecológica,

enfermidades clínicas concomitantes, histórico de drogadição, diagnóstico psicopatológico e tratamento realizado.

Os dados foram duplamente digitados e armazenados em um banco de dados do EpiData 3.1. A análise estatística foi realizada com o pacote estatístico PSPP, sendo realizadas análises descritivas dos dados por meio da distribuição de frequência das diferentes variáveis do estudo, sem correlacioná-las.

O projeto de pesquisa cujos resultados foram aqui analisados, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, sob o parecer n. 3.209.942, de acordo com a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Através da distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas encontrou-se um predomínio de gestantes na faixa etária entre 30 e 39 anos, totalizando 41,7% da amostra, 73,3% eram da raça branca, 56,7% possuíam cônjuge, 40% trabalhavam com carteira assinada e 41,7% residiam em bairros da região oeste do município, não havendo participantes residentes da zona rural. Nas variáveis raça, estado civil e ocupação houve perda de dados por incompleto preenchimento dos prontuários (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica de uma amostra de gestantes de alto risco com transtorno psiquiátrico atendidas no Centro de Referência da Saúde da Mulher. Passo Fundo, RS, 2019 (n=60).

Variáveis	N	%
Idade		
<18	5	8,3
18-29	22	36,7
30-39	25	41,7
40-44	8	13,3
Raça/cor		
Branca	44	73,3
Parda	3	5,0
Sem informação	13	21,7
Estado Civil		
Com cônjuge	34	56,7
Sem cônjuge	25	41,6
Sem informação	1	1,7
Ocupação		
Carteira assinada	24	40,0
Do lar	17	28,3

Sem dado	19	31,7
Regiões Urbanas		
Oeste	25	41,7
Sul	15	25,0
Norte	10	16,7
Leste	8	13,3
Centro	2	3,3

Na análise dos históricos ginecológicos e clínicos, observou-se que 86,7% das pacientes eram múltiparas, sendo que 36,7% tinham dois filhos e 50% acima de 2 filhos. Dentro do histórico gestacional constatou-se o índice de 71,7% de partos vaginais, enquanto 26,7% foram cesarianas e o mesmo percentual relatou histórico de abortos. A comorbidade clínica mais prevalente foi obesidade 31,7%, seguida por endocrinopatias 30% e patologias cardiovasculares 21,6%, também se evidenciou uma prevalência de 15% de tabagismo, sendo comum a apresentação de mais de uma comorbidades em cada paciente (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização clínica de uma amostra de gestantes de alto risco com transtorno psiquiátrico atendidas no Centro de Referência da Saúde da Mulher. Passo Fundo, RS, 2019 (n=60).

Variáveis	N	%
História Ginecológica		
Primípara	8	13,3
2 filhos	22	36,7
>2 filhos	30	50,0
Partos vaginais	43	71,7
Cesáreas	16	26,7
Abortos	16	26,7
Comorbidades Clínicas		
Obesidade	19	31,7
Endócrinológica	18	30,0
Cardiovascular	13	21,6
Sobrepeso	12	20,0
Tabagismo	9	15,0
Pneumológica	5	8,3
Geniturinária	4	6,7
HIV+	2	3,3
Etilismo	1	1,7

Dentro dos diagnósticos psiquiátricos observou-se a prevalência de 95% das pacientes com transtornos de humor, sendo 65% transtornos depressivo, 18,3% ansiedade, 10% de transtorno bipolar e 1,7% não especificado; 13,3% das pacientes não tinham especificação do diagnóstico. Chama-se atenção para o índice de 16,7% de tentativas de suicídio. Quanto ao uso

de drogas apenas 3,3% dos prontuários continham relato sobre histórico de drogadição. (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização psiquiátrica de uma amostra de gestantes de alto risco atendidas no Centro de Referência da Saúde da Mulher. Passo Fundo, RS, 2019 (n=60).

Variáveis	N	%
Psicopatologia		
Tentativa de Suicídio	10	16,7
Ideação Suicida	4	6,7
Automutilação	2	3,3
Tentativa de Aborto	1	1,7
Dependência Química	1	1,7
Transtorno Psiquiátrico Não Especificado	8	13,3
Deficiência Intelectual	1	1,7
Transtorno do Humor Depressivo	39	65,0
Transtorno do Humor Bipolar	6	10,0
Transtorno do Humor Ansioso	11	18,3
Transtorno do Humor Não Especificado	1	1,7
Esquizofrenia	2	3,3
Transtornos de Personalidade	6	10,1
Abuso Sexual na Infância	1	1,7
Histórico de Drogadição	2	3,3

Quanto aos dados terapêuticos, sem excluir as associações de tratamento, 73,3% estavam em uso de inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), 35% de antipsicóticos, 25% fizeram psicoterapia e 8,3% não documentaram nenhum tratamento durante a gestação. (Tabela 4)

Tabela 4. Caracterização terapêutica de uma amostra de gestantes de alto risco com psicopatologias atendidas no Centro de Referência da Saúde da Mulher. Passo Fundo, RS, 2019 (n=60).

Variáveis	N	%
Tratamento Psiquiátrico		
Benzodiazepínico	4	6,7
Antidepressivo Tricíclico	13	21,7
Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina	44	73,3
Antipsicótico	21	35,0
Anticonvulsivante	7	11,7
Estabilizador de Humor	1	1,7

Antiparkinsoniano	2	3,3
Sedativo Não Benzodiazepínico	1	1,7
Hipnótico	1	1,7
Psicoterapia	15	25,0
Fitoterapia	1	1,7
Tratamento não documentado	5	8,3

DISCUSSÃO

Na análise dos dados sociodemográficos observou-se que 41,7% das participantes estavam na faixa etária entre 30 e 39 anos, 73,3% eram autodeclaradas brancas e 41,7% eram residentes da região oeste do município, não houve participantes de áreas rurais. Embora alguns dos fatores de risco para psicopatologias durante a gestação incluam ausência de parceiro (a) e de ocupação profissional,¹⁻⁴ os dados encontrados na amostra estudada apontam uma prevalência de gestantes com cônjuge (56,7%) e que trabalham com carteira assinada (40%), embora no que se refere à atividade laboral houve um déficit de 31,7% dos prontuários sem dados neste quesito.

Referente ao histórico gestacional 86,7% das pacientes eram multíparas, sendo que 50% tinham mais de dois filhos; 71,7% dos partos foram por via vaginal, levando em conta que são todas pacientes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que segue as orientações do ministério da Saúde onde o parto vaginal é sempre a primeira escolha quanto não houver contraindicações. Histórico de abortos foram relatados por 26,7% da amostra, os dados epidemiológicos brasileiros giravam em torno de 14% em uma pesquisa nacional sobre demografia e saúde realizada em 1996 e em 15% de acordo com os dados do DATASUS de 2013.⁹⁻¹⁰

Apresentar obesidade ou sobrepeso durante a gestação aumentam significativamente o risco de desenvolver diabetes gestacional (DG), pré-eclâmpsia, esteatose hepática, infecções geniturinárias, complicações intra e pós-parto, além de complicações fetais como macrossomia e deficiências nutricionais. Para cada 1 kg/m² a mais de peso a prevalência de DG aumenta 0,92%, tendo grande influência o IMC pré-gestacional, sendo indicado planejamento das gestações nestas pacientes.¹¹⁻¹²⁻¹³ Somando os índices de sobrepeso e obesidade encontrados neste estudo encontramos a prevalência em 51,7% das pacientes. Os 31,7% de pacientes obesas são quase o dobro da média nacional encontrada nos dados da Pesquisa de Vigilância de Fatores

de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2017, que indicam que um em cada 5 brasileiros (18,9%) estão obesos.¹⁴

Devido às alterações decorrentes do processo gestacional ocorre um aumento das necessidades metabólicas e hormonais, principalmente da função tireoidiana. O acometimento da tireoide pode acarretar quadros de hipotireoidismo, hipertireoidismo ou surgimento de nódulos na glândula, sendo comum a reposição desses hormônios.¹⁵ A presença de Diabetes Mellitus na gestação está associada a complicações fetais como macrossomia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia e policitemia.¹⁶ A prevalência de endocrinopatias encontrada neste estudo foi de 30%, incluindo tireoideopatias e diabetes mellitus tipo 1, 2 e gestacional.

Evidenciou-se uma prevalência de tabagismo de 15%, aproximando-se dos dados encontrados em um estudo realizado em Pelotas, RS com uma amostra de 1264 pacientes avaliadas, onde foi observado o índice de 19,3% de mulheres que fumaram durante a gestação.⁸ Um índice bem maior do que o nacional segundo dados do Vigitel/2017, onde o percentual total de fumantes com 18 anos ou mais no Brasil é de 10,1%, sendo 13,2% entre homens e 7,5% entre mulheres.¹⁷

A importância da atenção à saúde mental na atenção básica é principalmente a detecção precoce de casos para interrupção precoce do processo de adoecimento; para isso é preciso capacitar os profissionais no que tange a saúde mental. Todavia, embora haja alta prevalência de transtornos mentais nas gestantes, ainda não há detecção e acompanhamento adequados na rede pública de saúde. Um dos motivos é a dificuldade encontrada por alguns profissionais em diagnosticar corretamente refletindo na falha em realizar o devido tratamento.¹⁸⁻¹⁹

Transtornos do humor depressivo foram observados em 65% da amostra, corroborando com os achados de um estudo realizado no Rio Grande do Sul onde o a psicopatologia mais prevalente foi transtorno depressivo maior.²⁰ Além disso, em uma revisão de literatura sobre depressão gestacional o índice médio entre os estudos analisados foi de 20%.⁶ Estes dados corroboram com a literatura que caracteriza gestação como um fator de risco para psicopatologias, não sendo somente um estado de fragilidade imunológica e física, contrariando a crença popular de que o período gestacional seja inteiramente de realizações pessoais e alegrias. Deve-se levar em conta que este estudo foi realizado em um local de referência para tratamentos psiquiátricos, enquanto os demais estudos encontrados foram realizados com uma população geral de gestantes. Ademais, a prevalência de transtornos ansiosos observada foi de 18,3%, índice similar aos descritos em outros estudos com gestantes,¹⁹⁻²¹ assim como foi

observado em pesquisa realizada na região Sul do país com gestantes de 18 UBS, onde a frequência encontrada foi 19,8%, utilizando como método de coleta entrevistas com as participantes.²⁰

Um dado relevante encontrado foi o índice de tentativa de suicídio (16,7%), outros estudos com gestantes trazem índices de 7,8% e 16,7% de ideação suicida.²²⁻²³ Em uma pesquisa sobre o risco de suicídio em gestantes de alto risco em São Paulo constatou-se um risco específico de 5% em uma amostra de 268 gestantes.²⁴ Somando os dados sobre tentativas de suicídio, ideação suicida e automutilação totaliza-se a prevalência de 26,7% da amostra. Em 2016 os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) registrou a taxa de 5,8 por 100 mil habitantes no Brasil, apresentando-se como um dado crescente e subnotificado pois muitos dos óbitos são registrados como causa indeterminada.²⁵

Durante a análise apenas 2 prontuários mencionaram histórico de drogadição (3,3%), isso pode ser devido ao estigma por trás do tema e por haver um CAPS AD no município, que é centro especializado de atendimento para dependentes químicos, para onde as gestantes usuárias de alguma substância também são encaminhadas. Um estudo realizado no Maranhão em 2016 com a coorte de BRISA identificou um índice de 1,45% para uso de drogas ilícitas e 22,32% para uso de bebidas alcóolicas por gestantes.²⁶ Um estudo publicado pela FEBRASGO em 2018 sobre uso de drogas ilícitas durante a gestação traz índices de 4,4% nos EUA, 7,9% na Europa e no Brasil índices referentes a um estudo realizado em São Paulo mostraram prevalência de 4% para uso de Maconha, 1,7% de cocaína e 0,3% para uso das duas substâncias juntas.²⁷

Embora os dados da literatura apontem os antidepressivos tricíclicos como a classe mais indicada para uso durante a gestação por ser a classe mais estudada, também há evidências de segurança para o uso de alguns representantes dos inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS).⁷ Sabe-se que os ISRS tem efeitos adversos menores e mais brandos, proporcionando uma melhor tolerabilidade, conforto e adesão ao tratamento, assim justificando a prevalência do uso de ISRS em 73% das participantes deste estudo. Outro dado de importante relevância é que um quarto das participantes (25%) realizaram psicoterapia isolada ou associada a farmacoterapia.

Os resultados descritos neste artigo não podem ser generalizados para a população, embora corroborem em diversos aspectos com os dados encontrados na literatura. É importante ressaltar que gestantes portadoras de transtornos psiquiátricos podem apresentar redução no

autocuidado, acarretando um aumento do consumo de álcool, tabaco e demais drogas; redução na qualidade e quantidade alimentar; baixa adesão ao pré-natal. Comportamentos esses que podem levar a complicações como aumento das taxas de morbimortalidade neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer, mortalidade materna e risco de déficit no desenvolvimento infantil. Os resultados encontrados serão apresentados aos órgãos responsáveis, no sentido de contribuir com a qualidade da assistência às gestantes com psicopatologias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das limitações encontradas foi devido ao incompleto preenchimento dos prontuários, principalmente quanto aos dados sociodemográficos. Assim como no que se refere ao histórico de drogadição onde para que se possa ter os dados concretos é necessário ampliar a pesquisa para outros centros de atendimento especializado de Passo Fundo.

Espera-se que esta análise descritiva possa auxiliar profissionais de saúde, principalmente os inseridos na saúde pública, na busca por manifestações de psicopatologias nas pacientes gestantes refletindo em um melhor manejo dessas situações visando diminuir os riscos e complicações para o binômio mãe-bebê.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Raquel Buffon e Bruna Chaves Lopes
2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Raquel Buffon e Bruna Chaves Lopes
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Raquel Buffon e Bruna Chaves Lopes
4. Responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Raquel Buffon e Bruna Chaves Lopes

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília;2012.
2. Santos CSM, Campos DTA. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2014 jan-mar; 9(30):1322.
3. Guedes TG, Moura ERF, Evangelista DR, Conceição MAV. Aspectos Reprodutivos de Mulheres Portadoras de Transtorno Mental. *Revista de Enfermagem UERJ*; 2009 abr-mai-jun;17(2):153-158.
4. Silva RA, Ores LC, Mondin TC, Rizzo RN, Moraes IGS, Jansen K, *et al*. Transtornos mentais comuns e autoestima na gestação: prevalência e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública*. 2010 set;26(9):1832-38.
5. Flores MR, Souza APR, Moraes AB, Beltrami L. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. *Revista CEFAC*. 2013 abr;15(2):348-360.
6. Silva RC. *Depressão Gestacional: Uma revisão de literatura*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem.
7. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, *et al*. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2006 jan;33(2):92-102.
8. Jansen K, Curra AR, Souza LDM, Pinheiro RT, Moraes IGS, Cunha MS, *et al*. Tabagismo e depressão durante a gravidez. *Rev Psiq Rio Gd. Sul*. 2010;32(2):44-47.
9. (Cecatti JG, Guerra GVQL, Sousa MH, Menezes GMS. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2010 Mar;32(3):105-111.
10. Ministério da Saúde. DATASUS.
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pns/pnsr.def>. Acesso em: 08/07/19).
11. Mattar R, Torloni MR, Betrán AP, Merialdi M. Obesidade e gravidez. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(3):107-10.
12. Torloni MR, Betrán AP, Horta BL, Nakamura MU, Atallah AN, Moron AF, *et al*. Pregnancy BMI and the risk of gestational diabetes: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Obes Rev*. 2009;10(2):194-203.
13. Carneiro JRI, Braga FO, CAbizuca CA, Abi-Abib RC, Cobas RA, Gomes MB. Gestação e Obesidade: um problema emergente. *Rev HUPE*. 2014;13(3):17-24.

14. Ministério da Saúde. VIGITEL.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf.
Acesso em: 07/08/2019.
15. Maciel LMZ, Magalhães PKR. Tireoide e Gravidez. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2008;52(7):1084-95.
16. Abi-Abib RC, Cabizuca CA, Carneiro JRI, Braga FO, Cobas RA, Gomes MB, et al. Diabetes na gestação. *Rev HUPE.* 2014;13(3):40-47.
17. Ministério da Saúde. VIGITEL.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf.
Acesso em: 07/08/2019.
18. Souza LGS, Menandro MCS, Couto LLM, Schimith PB, Lima RP. Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira. *Saude Soc.* 2012;21(4):1022-1034.
19. Costa DO, Souza FIS, Pedroso GC, Strufaldi MWL. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. *Ciênc. saúde coletiva.* 2018 Mar;23(3):691-700.
20. Almeida MS, Nunes MA, Camey S, Pinheiro AP, Schmidt MA. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica.* 2012;28(2):385-393.
21. Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: A population based study in rural Bangladesh. *BMC Women's Health.* 2011; 11:22.
22. Fonseca-Machado MO, Alves LC, Haas VJ, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz F. Sob a sombra da maternidade: gravidez, ideação suicida e violência por parceiro íntimo. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;37(4/5):258-64.
23. Freitas GVS, Botega NJ. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras.* 2002;48(3):245-49.
24. Benute GRG, Nomura RMY, Jorge VMF, Nonnenmacher D, Fráguas Junior R, Lucia MCS, et al. Risco de suicídio em gestantes de alto risco: um estudo exploratório. *Rev Assoc Med Bras.* 2011 set-out;57(5):583-87.

25. Ministério da Saúde. <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44404-novos-dados-reforcam-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio>. Acesso em: 08/07/2019.

26. Rocha PC, Britto e Alves MTSS, Chagas DC, Silva AAM, Batista RFL, Silva RA. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. *Cad. Saúde Pública*. 2016;32(1).

27. Tacon FSA, Amaral WN, Tacon KCB. Drogas ilícitas e gravidez: Influência na morfologia fetal. *Feminina*. 2018;46(1):10-18.