



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO – BIÊNIO 2017/2018**

LORRAINIE DE ALMEIDA GONÇALVES

**RASTREIO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS EM GESTANTES
ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO PIAUÍ**

**TERESINA
2019**

LORRAINIE DE ALMEIDA GONÇALVES

**RASTREIO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS EM GESTANTES
ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO PIAUÍ**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: A Enfermagem no contexto social brasileiro

Linha de pesquisa: Políticas e práticas socioeducativas em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro

**TERESINA
2019**

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do CCS
Serviço de Processamento Técnico

G635r Gonçalves, Lorraine de Almeida.
Rastreio do consumo de bebidas alcoólicas em gestantes atendidas na
atenção primária do Piauí / Lorraine de Almeida Gonçalves. – 2019.
73 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, 2019.

Orientação: Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro.

Bibliografia

1. Gestantes. 2. Bebidas alcoólicas. 4. Enfermagem. I. Título.

CDD 618.2

LORRAINIE DE ALMEIDA GONÇALVES

**RASTREIO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS EM GESTANTES
ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO PIAUÍ**

Dissertação de Mestrado apresentada a Banca examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: _____ de _____ de 2019

Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro – Presidente
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Adélia Dalva da Silva Oliveira – 1º Examinadora
Centro Universitário UNINOVAFAPI

Profa. Dra. Inez Sampaio Nery – 2º Examinadora
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Junior – Suplente
Universidade Federal do Piauí – RENASF/UFPI

RESUMO

Introdução: O consumo de bebida alcoólica é fator de risco para o surgimento de problemas de saúde, consequências familiares, sociais e laborais. Ressalta-se um crescimento preocupante do padrão de consumo no universo feminino. Nesse universo, atenção especial deve ser dada às gestantes, visto que o uso de álcool durante a gravidez pode atingir o feto e produzir graves consequências para o desenvolvimento da criança, muitas delas com sequelas que invadem a vida adulta. **Objetivo:** realizar o rastreamento do consumo de bebida alcoólica entre gestantes atendidas na atenção primária do Piauí. **Metodologia:** estudo transversal, descritivo, realizado mediante utilização do banco de dados, parte do macroprojeto intitulado “Violência, consumo de álcool e drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental. Os dados do banco de interesse desse estudo foram coletados de agosto de 2015 a março de 2016, por meio da aplicação do *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) e de um questionário estruturado e multidimensional contendo perguntas relacionadas aos aspectos socioeconômicos e às condições de saúde. Foram analisados dados de 75 mulheres que informaram estarem grávidas durante a coleta. Utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22.0 e foram realizadas estatísticas descritivas, como medidas de tendência central (frequência simples, média, moda, mediana, intervalo mínimo e máximo). O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com as exigências das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, regidas pelas Resoluções n.º 466/2012 e n.º 510/2016. **Resultados:** A amostra caracterizou-se, predominantemente, por gestantes na faixa etária de 20 a 29 anos, não brancas, católicas, com companheiro, com oito anos ou mais de estudo e renda menor ou igual a dois salários mínimos. A maioria sem gestação anterior, sem morbidade e sem planejamento da gestação. A prevalência do consumo de álcool, a partir do AUDIT, foi de 40,0% para as gestantes, com padrão de consumo mensal. **Conclusão:** o rastreamento do consumo de bebidas alcoólicas entre gestantes na atenção primária deve ser utilizado para observar aspectos da saúde materno-infantil e para priorizar ações de educação em saúde. Faz-se necessário a formulação e o fortalecimento de estratégias e políticas públicas que abordem tais problemáticas no contexto de uma assistência integral e humanizada à saúde das mulheres.

Palavras-chave: Bebidas alcoólicas; Mulheres; Gestantes; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The consumption of alcoholic beverages is a risk factor for the emergence of health problems, family, social and labor consequences. There is a worrying increase in the pattern of consumption in the female universe. In this universe, special attention should be given to pregnant women, since the use of alcohol during pregnancy can reach the fetus and produce serious consequences for the development of the child, many of them with sequels that invade adult life. **Objective:** to carry out the screening of alcoholic beverage consumption among pregnant women attending primary care in Piauí. **Methodology:** a cross-sectional, descriptive study carried out using the database, part of the macroproject entitled "Violence, alcohol consumption and drugs in the female universe: prevalences, risk factors and mental health consequences. The data of the bank of interest of this study were collected from August 2015 to March 2016, through the application of the *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) and a structured and multidimensional questionnaire containing questions related to socioeconomic aspects and health conditions. Data from 75 women who reported being pregnant during the collection were analyzed. *Statistical Package for Social Science* (SPSS), version 22.0 was used and descriptive statistics were performed, such as measures of central tendency (simple, average, fashion, median, minimum and maximum interval). The development of the study occurred in accordance with the requirements of the directives and norms regulating research involving human beings, governed by Resolutions 466/2012 and 510/2016. **Results:** The sample was characterized predominantly by pregnant women aged 20 to 29 years, non-white, Catholic, with partner, eight years or more of study and income less than or equal to two minimum wages. Most without previous gestation, without morbidity and without planning of the gestation. The prevalence of alcohol consumption, based on the AUDIT, was 40.0% for pregnant women, with a monthly consumption pattern. **Conclusion:** the screening of alcohol consumption among pregnant women in primary care should be used to observe aspects of maternal and child health and to prioritize health education actions. It is necessary to formulate and strengthen strategies and public policies that address these issues in the context of comprehensive and humanized health care for women.

Key-words: Alcoholic beverages; Women; Pregnant women; Nursing.

À Deus, meu protetor, pelas infinitas bênçãos. À minha mãe, Maria do Carmo Meneses de Almeida, pelo amor incondicional, por estar presente em todos os momentos da minha vida sendo minha inspiração e à Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro, minha querida orientadora, por todos os ensinamentos e oportunidades concedidas.

AGRADECIMENTOS

À Deus, minha eterna luz, por nunca deixar faltar a fé e me presentear a cada amanhecer com uma nova esperança de vencer as batalhas diárias. Obrigada por concretizar este sonho.

À minha mãe e melhor amiga, Maria do Carmo Meneses de Almeida, por ter abdicado de seus sonhos, de cuidar da sua saúde para proporcionar uma vida melhor para mim e minha irmã. Fico emocionada ao lembrar de tudo o que a senhora passou, por todas as lutas diárias, de tudo o que a senhora fez para nos dar um futuro digno e não nos deixar faltar nada. A senhora é o meu maior exemplo de vida. Obrigada mãezinha por todo o amor. Faltam-me palavras para expressar minha gratidão à senhora. Te amo.

À meu pai, Antônio Gomes Gonçalves Filho, que demonstra seu amor nos seus pequenos gestos.

À minha irmã, Ydaiana Sabrina de Almeida Gonçalves, pelo companheirismo e pela torcida mesmo distante.

Aos meus avós, Francisco Borges de Almeida e Aurora Queiróz Meneses de Almeida, por sempre me ajudarem da forma em que podiam.

À meu namorado, Márcio Leandro Pontes Reis, pelo carinho, especialmente ao longo desta trajetória.

À minha querida orientadora, professora Dra. Claudete Ferreira de Souza, por ter me acolhido como orientanda, pela confiança depositada no desenvolvimento de cada atividade, pela orientação competente, pelos conhecimentos científicos repassados, por todas as oportunidades, paciência e compreensão comigo. Tenho um apreço imenso pela senhora.

À Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (PPGENF/UFPI), pelo seu fazer disciplinado na condução deste programa.

Aos companheiros da XI Turma de Mestrado do PPGENF/UFPI, em especial, Jonas Alves Cardoso, Francisca Fabiana Fernandes Lima, Teresa Cristina Araújo da Silva e Nadyelle Elias Santos Alencar, pelo companheirismo e troca de conhecimentos durante a trajetória do mestrado. Contem sempre comigo.

Ao Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental (GEEVSM) da Universidade Federal do Piauí, pela colaboração e cumplicidade durante os diversos momentos compartilhados. Agradeço em especial, a Profa. Ms. Lorena Uchoa Portela Veloso e ao Prof. Ms. Caíque Veloso, por toda ajuda no desenvolvimento deste trabalho. Sou imensamente grata.

Aos professores Dra. Adélia Dalva da Silva Oliveira, Dra. Inez Sampaio Nery e Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior por aceitarem participar da avaliação deste trabalho. Cada um tem um significado ímpar em minha vida. Agradeço a todos pela leitura cuidadosa e pelas valiosas contribuições.

À Universidade Federal do Piauí, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela oportunidade de vivenciar este momento e por ter me proporcionado o convívio com excelentes professores, os quais compartilham esforços e sabedoria para o desenvolvimento da ciência.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos disponibilizada durante minha trajetória no mestrado e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por ter concedido apoio ao macroprojeto, ao qual está dissertação de mestrado está vinculada.

Aos funcionários do PPGENf, Leonardo Sousa Ramos, Ruth Suelle Barros Fonseca e Lucinete Martins de Araújo, por toda ajuda durante minha trajetória no mestrado.

Aos demais colegas que de alguma forma estiveram presentes ao longo desta jornada e também àqueles que, mesmo distantes, confiaram na minha capacidade e torceram pela

concretização deste sonho. Lembrarei de todo ato de generosidade e guardarei para sempre em meu coração. Muito obrigada!

“De fato, Deus não nos deu um espírito de medo,
mas um espírito de força, de amor e de sabedoria”.
(2 Timóteo 1, 7:8)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Políticas públicas de álcool e outras drogas e políticas públicas de saúde da mulher no Brasil de 1975 a 2013. Teresina-PI, 2019.	28
Figura 1 – Fórmula para o cálculo amostral. Teresina-PI, 2019.	29
Figura 2 – Síntese dos resultados obtidos mediante os procedimentos de amostragem do estudo. Teresina-PI, 2019.	30
Gráfico 1 – Frequência do consumo de bebida alcoólica pelas gestantes nos últimos 12 meses, segundo o <i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i> (AUDIT). Teresina-PI, 2019. (n=75)	35
Gráfico 2 – Padrão de consumo de bebida alcoólica pelas gestantes nos últimos 12 meses, segundo o <i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i> (AUDIT). Teresina-PI, 2019. (n=75)	36

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Rastreio do consumo de bebida alcoólica em gestantes pelo *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) e sua relação com dados sociodemográficos. Teresina, 2019. (n=75) 37
- Tabela 2** – Rastreio do consumo de bebida alcoólica em gestantes pelo *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) e sua relação com dados gestacionais e condições de saúde. Teresina, 2019. (n=75) 38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARBD – *Alcohol-Related Birth Defects*
ARND – *Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorders*
AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DALY – *Disabilities Adjusted Life Year*
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF – Estratégia Saúde da Família
FASD – *Fetal Alcohol Spectrum Disorders*
FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
GEEVSM – Grupo de Estudos Sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC – Intervalo de Confiança
LENAD – Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OR – *Odds Ratio*
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN – Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH – Política Nacional de Humanização
PRD – Programa de Redução de Danos
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SAF – Síndrome Alcoólica Fetal
SNC – Sistema Nervoso Central
SPA – Substância Psicoativa
SPSS – *Statistical Package for the Social Science*
SRQ20 - *Self-Reporting Questionnaire*
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFPI – Universidade Federal do Piauí
WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	13
1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Contextualização do problema e construção do objeto de estudo	14
1.2	Objetivos do estudo	16
1.2.1	Geral	16
1.2.2	Específicos	16
1.3	Justificativa	16
2	REFERENCIAL TEMÁTICO	18
2.1	Bebida alcoólica e suas consequências à saúde	18
2.2	O consumo de álcool no período gestacional	20
2.3	Políticas de enfrentamento ao uso de bebida alcoólica	23
3	METODOLOGIA	29
3.1	Tipo de estudo	29
3.2	Dados sobre o macroprojeto	29
3.3	O processo metodológico do estudo a partir de dados secundários	32
3.3.1	Critérios de inclusão e exclusão	32
3.3.2	Instrumentos da coleta de dados	32
3.3.3	Variáveis do estudo	33
3.3.4	Coleta e análise de dados	34
3.3.5	Aspectos éticos e legais	34
4	RESULTADOS	35
4.1	Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas em gestantes	35
4.2	Padrão de consumo de bebidas alcoólicas em gestantes	35
4.3	Relação das variáveis sociodemográficas com o consumo de bebidas alcoólicas em gestantes	36
4.4	Relação das variáveis gestacionais e condições de saúde com o consumo de bebidas alcoólicas em gestantes	37
5	DISCUSSÃO	39
6	CONCLUSÃO	44
	REFERÊNCIAS	45
	APÊNDICES	56
	ANEXOS	62

APRESENTAÇÃO

O interesse pela temática deste estudo se deu, principalmente, durante a disciplina “Saúde Mental e Psiquiatria”, cursada na graduação e da minha inserção em projetos de extensão como bolsista do Programa Institucional de Extensão Universitária da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Na edição 2014-2015 do referido programa, auxiliei na implementação da sistematização da assistência de Enfermagem a pacientes dependentes de crack, álcool e outras drogas, e na edição 2015-2016 participei do projeto intitulado “Tecendo redes na universidade: articulando recursos acadêmicos para educação em saúde sobre drogas”. Em ambos, observei o impacto do consumo de álcool e demais drogas na saúde dos usuários, no contexto familiar, educacional e social, o que me impulsionou a estudar um pouco mais o tema.

O interesse tornou-se crescente a partir de minha inserção no Grupo de Estudos Sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental (GEEVSM) da UFPI. Além da experiência estimulante repassada pelo grupo, dos vários projetos ali desenvolvidos e/ou em andamento, tanto de doutorado, mestrado, iniciação científica e de conclusão de graduação, me chamou atenção, durante uma apresentação do projeto “Violência, consumo de álcool e outras drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental”, o fato de que havia dados, levantados sobre uso de bebida alcoólica por gestantes e que ainda não estavam analisados.

Por ocasião da aprovação no Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFPI, e durante a definição do tema e objeto de estudo, pude apresentar uma proposta para trabalhar sobre consumo de bebida alcoólica por gestantes com os dados que já se encontravam levantados, mas que necessitava de análise. O banco de dados era referente a informações de mulheres atendidas na atenção primária de cinco macrorregiões de saúde do Estado do Piauí. Com a aceitação da minha proposta, iniciei o levantamento de estudos para construção do referencial temático e observei que havia poucos estudos que tratavam o tema com gestantes justamente na atenção primária, reforçando a necessidade de mostrar mais dados sobre esse fenômeno, os fatores associados e o contexto no qual está inserido.

Após essa breve apresentação, na qual relato um pouco da minha história acadêmica e a aproximação com o tema, considero a importância dessa caminhada e o aprendizado adquirido como mais um degrau no meu processo de qualificação profissional.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema e construção do objeto de estudo

O álcool é a substância psicoativa (SPA) mais consumida em todo o mundo e que gera prejuízos tanto a nível individual, quanto familiar, social e laboral. Dados globais, levantados em 2012 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apontam que 3,3 milhões de mortes, quase 6% de todas as mortes no mundo foram atribuídas total ou parcialmente ao consumo dessa substância. O crescimento dos indicadores de consumo e o elevado risco de ocorrência de danos transformou esse hábito numa preocupação mundial em saúde pública (WHO, 2014; MUNHOZ *et al.*, 2017).

O consumo de bebidas alcoólicas possui conotação diferenciada das demais SPAs, pois apresenta caráter lícito e acesso facilitado, o que lhe fornece aceitação social e dificulta o seu enfrentamento. A contribuição dessa droga para as inúmeras doenças e lesões com medidas em DALYs (anos de vida ajustados por incapacidades) a coloca entre os quatro principais fatores de risco para a saúde das pessoas em termos mundiais (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

A OMS, ao avaliar dados de 194 países, concluiu que o consumo médio de bebida alcoólica em pessoas maiores de 15 anos é de 6,2 litros por ano. No Brasil, esse consumo é de 8,7 litros por pessoa/ano, tendo sofrido leve diminuição entre 2003 a 2010, cuja taxa era de 9,8 litros/pessoa. Porém, as projeções mostram que até 2025 o consumo voltará a aumentar, ultrapassando a marca de 10,1 litros por ano/pessoa (WHO, 2014).

De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD) realizado no Brasil aponta o álcool como uma das drogas que apresentam as maiores prevalências de consumo dentre as substâncias psicoativas e constitui como importante fator de risco para a morbidade, mortalidade e incapacidades em todo o mundo (OLIVEIRA *et al.*, 2012; INPAD, 2012).

Pesquisas científicas demonstram também que, apesar do consumo de substâncias psicoativas ser um fenômeno historicamente associado à população masculina, no contexto atual tem sido observado relevante diminuição no hiato entre homens e mulheres (CRUZ *et al.*, 2014; PARDO, 2009).

No Brasil, entre os anos 2001 e 2005, o uso de álcool na vida por mulheres aumentou de 60,6% para 68,3% e a dependência cresceu de 5,7% para 6,9% (CARLINI *et al.*, 2007). Além disso, percebeu-se uma elevação no padrão de uso. Em 2006, 17% das mulheres que

faziam uso de álcool declaravam beber cinco doses ou mais em um dia regular de consumo, enquanto que em 2012, o percentual subiu para 27% (INPAD, 2012).

Percebe-se através de mudanças no paradigma social da mulher que houve um crescimento considerável do consumo feminino, o que pode estar relacionado as dificuldades em lidar com os problemas cotidianos, ao trabalho em excesso e ansiedade e estresse, acarretados pelo desenvolvimento econômico e pela evolução dos papéis de gênero na sociedade contemporânea (WHO, 2014; INPAD, 2012; VARGAS *et al.*, 2015).

Estudo realizado no Canadá aponta que dentre as usuárias de álcool e outras drogas, 90% estão em idade fértil, entre 15 e 40 anos, e 30% já faziam uso antes dos 20 anos de idade (WONG *et al.*, 2011). Quando o grupo de risco é de gestantes e puérperas, esse problema ganha repercussão maior. Estima-se que, mundialmente, o sofrimento mental acomete 10% das gestantes e 13% das puérperas (WHO, 2016).

O período gravídico-puerperal é um evento marcante na vida da mulher, pois além de gerar uma nova vida, vem acompanhado por alterações hormonais, físicas e sociais. Esse tipo de experiência pode afetar o equilíbrio mental da mulher, principalmente quando esta faz uso de drogas (GELAYE *et al.*, 2016; ALONSO *et al.*, 2015). Quando se refere ao envolvimento de gestantes com SPAs, o contexto de vulnerabilidade dessas mulheres torna-se ampliado, e pode repercutir diretamente sobre o desenvolvimento da relação mãe e feto e a experiência da maternidade (PORTO *et al.*, 2018).

Durante a gravidez, várias são as complicações que o feto pode apresentar devido à exposição ao uso de drogas pela mãe, dentre elas tem-se: prematuridade, baixo peso ao nascer, deslocamento de placenta e em alguns casos, infecção neonatal, diminuição do perímetro cefálico, o aborto, a icterícia, desconforto respiratório e sífilis congênita (PORTELA *et al.*, 2013).

Estudos realizados na América do Norte e Europa revelam que a frequência do consumo de bebida alcoólica durante a gestação oscila entre 8,5% e 47,3%, sendo essas taxas dependentes do tipo de instrumento utilizado para identificação do uso alcoólico e do período da gravidez que foi investigado (DEVIDO; BOGUNOVIC; WEISS, 2015; CHANG, 2014). No Brasil, pesquisas com metodologias distintas estimam a frequência do consumo de álcool em torno de 10 a 40% das grávidas (COSTA *et al.*, 2014; SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

Dados locais apontados por estudo realizado com 658 adolescentes grávidas atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Teresina- Piauí mostrou que 32,4% das gestantes faziam uso de álcool durante a gravidez (VELOSO; MONTEIRO, 2013). Esse é um resultado com alta prevalência de uso de álcool por adolescentes grávidas e, conseqüentemente

aponta a necessidade de reconhecimento do perfil das mulheres que fazem uso inadequado de álcool durante a gestação.

Embora se tenha um panorama estatístico de vários locais do mundo sobre o consumo de drogas por gestantes, esse panorama ainda é relativamente insuficiente, o que dificulta a elaboração de estimativas mais precisas sobre o consumo e as consequências acerca deste fenômeno nesse universo (MANGUEIRA; LOPES, 2014), bem como um empecilho para elaboração e implementação de políticas públicas que visem o enfrentamento dessa problemática (HORTA *et al.*, 2011; ATTILIO *et al.*, 2011).

Portanto, devido aos efeitos negativos que o álcool causa e das peculiaridades psicossociais por ele provocadas, urge necessidade de mais investigação da ingestão de bebida alcoólica por gestantes. Nesse estudo foi utilizado um instrumento orientado pela OMS para uso exatamente na atenção primária. Trata-se do *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) que permite realizar um rastreamento do uso inadequado da ingestão de bebida alcoólica (MENESES-GAYA *et al.*, 2009).

Diante dessa problemática trabalhou-se com os seguintes objetivos:

1.2 Objetivos do estudo

1.2.1 Geral

- Rastrear o consumo de bebidas alcoólicas entre gestantes atendidas na atenção primária do Piauí.

1.2.2 Específicos

- Estimar a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas em gestantes;
- Correlacionar variáveis sociodemográficas, gestacionais e condições de saúde com o consumo de bebidas alcoólicas em gestantes.

1.3 Justificativa

Ao considerar o consumo de bebida alcoólica por gestantes como um fenômeno complexo e capaz de gerar consequências negativas à saúde da mulher e do conceito ou neonato, acredito que ampliar a discussão acerca dessa questão com a leitura desse trabalho

possa auxiliar o setor saúde no planejamento de iniciativas que permita uma atuação mais eficiente dos profissionais para o reconhecimento de possibilidades práticas, tanto para a prevenção, quanto na identificação precoce dos casos, a fim de se evitar consequências mais danosas e elevação nos coeficientes de morbimortalidade em gestantes.

O consumo de bebidas alcoólicas vem se tornando cada vez mais frequente entre as mulheres. Em decorrência desse fato, há a necessidade da realização de estudos visando conhecer os fatores de risco para o consumo alcoólico entre as mulheres, particularmente durante a gestação. Esse conhecimento possibilitaria traçar estratégias para abordagens de rotina em relação ao diagnóstico do uso do álcool, ao aconselhamento para abstinência desde o momento em que se planeja a concepção até o período de amamentação, além da capacitação dos profissionais de saúde para tais abordagens.

O estudo também se faz necessário no processo de ensino da graduação e pós-graduação, favorecendo o debate, a reflexão, a prática e o aprofundamento teórico sobre o uso de bebidas alcoólicas durante a gestação. Igualmente, considero que a discussão sobre o instrumento de rastreio favorece um olhar diferenciado para identificação rápida do uso inadequado de álcool, não só por gestantes, mas de forma ampla em usuários atendidos na atenção primária.

O estudo visa ainda contribuir para redução das lacunas de conhecimento existentes e para maiores investimentos de práticas socioeducativas na atenção primária, visto que as consequências desse fenômeno vêm se multiplicando de forma generalizada e preocupante no país e, notadamente no Estado do Piauí, local desta pesquisa.

Almeja-se contribuir com informações relevantes que venham somar a outras estratégias estaduais e municipais do uso inadequado de bebida alcoólica por gestantes, bem como para promoção da saúde de outros grupos de risco. Contribuir, igualmente, com a prática da enfermagem no que tange a abordagem destas questões na atenção primária.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Bebida alcoólica e suas consequências à saúde

O consumo de álcool, antes utilizado, principalmente em celebrações e ritos religiosos, foi incorporado aos padrões sociais aceitáveis, tornando-se a substância psicoativa mais consumida no mundo (FERREIRA *et al.*, 2011; WHO, 2014), figurando como um importante marcador das relações sociais e das experiências corporais, como também da saúde e da doença (CAMPOS; REIS, 2010).

Várias são as formas de consumo de álcool consideradas nocivas que pode ocasionar enfermidades e sofrimento tanto ao bebedor, quanto a sua família e amigos. É uma principais causas de rupturas das relações de casais, de acidentes, hospitalizações, incapacidade prolongada e morte prematura. Além disso, as consequências relacionadas a ingestão dessa substância representam uma extensa perda econômica para as comunidades em todo o mundo (OMS, 2001).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), coloca que o consumo de álcool é influenciado por fatores relacionados à vulnerabilidade pessoal e social. Dentre os fatores pessoais destacam-se: idade e sexo. Enquanto que os principais fatores sociais são: o nível de desenvolvimento, a cultura, a produção, distribuição e regulamentação da substância no país. Ambos acometem a propensão de algumas pessoas consumirem mais ou menos álcool e seguirem ou não padrões mais prejudiciais.

A dimensão da problemática que envolve o uso do álcool é evidenciada ao constatar-se que 3,3 milhões de mortes em 2012 estão relacionadas ao uso nocivo de álcool, o que representa aproximadamente 6,0% das mortes em todo o mundo, sendo 7,6% do sexo masculino e 4,0% femininas (WHO, 2014).

Nas Américas, o álcool provoca em média 300.000 mortes anuais, equivalente a uma morte a cada 100 segundos. Salienta-se que em 2012 o Brasil figurou como o terceiro país das Américas com a maior taxa de mortalidade atribuída ao consumo de álcool entre os homens (73,9 óbitos por 100.000 habitantes) e o décimo primeiro entre as mulheres (11,7 óbitos por 100.000 habitantes) (OMS, 2015).

Estudos mostram que há associação direta entre o padrão de consumo de álcool e a mortalidade, de forma que aqueles que consomem em maior quantidade estão em maior risco de morte. Entretanto, já existem estimativas que apresentam um decréscimo de 40,0% no risco de morte entre os usuários de bebidas alcoólicas que reduziram o consumo para níveis abaixo

do pesado, e de 65,0% para os que alcançaram abstinência (ROERECKE; GUAL; REHM, 2013; STEWART *et al.*, 2017).

Os prejuízos causados pelo álcool nas mulheres são maiores que nos homens, devido, principalmente a características físicas singulares. Aspectos fisiológicos determinam uma metabolização mais lenta do álcool no organismo feminino do que no organismo masculino. Biologicamente, mulheres e homens de mesmo peso e que consomem a mesma quantidade de álcool verifica-se que há uma maior concentração de álcool na corrente sanguínea da mulher que no homem. A menor quantidade de água corporal, em detrimento de maior quantidade de gordura, associados a uma menor quantidade de enzimas que metabolizam o álcool, as tornam mais susceptíveis/ sensíveis aos prejuízos associados a este consumo, sendo assim um fator de vulnerabilidade (ROCHA, *et al.*, 2011; ESPER, *et al.*, 2013; SIQUEIRA; ANDRADE; GUIMARÃES, 2013).

Tal vulnerabilidade é maior para o desenvolvimento de complicações clínicas entre as mulheres, e as mesmas sofrem elevado risco de mortalidade e também apresentam maior percentagem para desenvolver enfermidades (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Bertoni *et al.* (2014) acrescenta que mulheres que fazem uso de SPA desenvolvem problemas de saúde mais graves do que os homens. Além disso, entre elas há proporções maiores de distúrbios de humor (como por exemplo, depressão) e/ ou desordens de ansiedade. No entanto, as evidências são inconsistentes sobre a direcionalidade ou sequência dessas comorbidades.

Quanto maior o teor de álcool no sangue, maiores serão os prejuízos, indo da anestesia, ao coma e à morte. Alguns problemas associados ao uso crônico do álcool são os danos processados no aparelho digestivo (como lesões hepáticas que evoluem para cirrose), cardíaco e no cérebro (como por exemplo a demência alcoólica). É possível ainda o desenvolvimento de tolerância à substância e o aparecimento da síndrome de abstinência do álcool, com sintomas que vão desde a taquicardia, tremores e sudorese, ao quadro mais grave, com presença de confusão mental, alucinações e ilusões (SILVEIRA; DOERING-SILVEIRA, 2014; FORMIGONI *et al.*, 2014).

Pesquisadores apontam que o início do beber alcoólico no universo feminino está relacionado a fatores situacionais específicos, dentre os quais se destacam as influências familiares e de grupos sociais, problemas conjugais ou interpessoais, perdas de pessoas especiais, violência doméstica e outros que ameassem a condição feminina. Tais fatores podem ser associados ao fato do álcool proporcionar sensação de euforia, bem-estar e até mesmo de

poder que representa, momentaneamente, o alívio e a fuga frente aos problemas cotidianos (ASSIS; CASTRO, 2010).

Pillon *et al.* (2014), aponta que o início precoce do uso de bebidas alcoólicas torna as mulheres mais susceptíveis ao desenvolvimento de comorbidades, dando origem a preocupações clínicas.

2.2 O consumo de álcool no período gestacional

O consumo de bebida alcóolica por mulheres, em especial, as que estão em período gestacional, constitui-se em um grande desafio para toda a sociedade. Em distintos níveis socioeconômicos, o abuso de substâncias tem sido motivo de preocupação com relação à saúde da gestante (BEHNK; SMITH, 2013; DE SANTIS *et al.*, 2011; SCHAUBERGER *et al.*, 2014).

No período gestacional, o alcoolismo, muitas vezes, se associa às más condições socioeconômicas, ao nível educacional baixo, à multiparidade, à idade superior a 25 anos, à desnutrição, às doenças infecciosas e ao consumo de outras SPAs, representando uma preocupação para a saúde pública, fora as inúmeras repercussões negativas sobre a saúde física, psíquica e social da mulher (GRINFELD; SEGRE, 2010).

Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), não são estabelecidos níveis seguros de exposição ao álcool para gestantes, uma vez que até mesmo o consumo moderado pode suscitar em danos ao feto. Nesse sentido, qualquer padrão de consumo dessa substância na gestação é considerado de risco, sendo recomendada a abstinência entre gestantes e mulheres com intenção de engravidar (FEBRASGO, 2014).

Um fator importante é que o tempo de exposição do feto ao álcool varia muito. Uma a duas horas depois de ingerido pela gestante, ele é encontrado no sangue fetal em níveis semelhantes aos maternos, contudo sua eliminação é lenta, devido a reduzida capacidade metabólica do feto, além de que o líquido amniótico se torna reservatório de etanol e do acetaldeído. A eliminação do álcool da circulação fetal depende da capacidade metabólica materna, que pode variar de gestante para gestante (MAY *et al.*, 2013).

Segundo Patra *et al.* (2011), gestantes que consomem uma dose diária de álcool (cerca de 10g de álcool absoluto) ou mais, tem um risco maior de nascimento de bebês com baixo peso (< 2500g no recém-nascido a termo) ou pequenos para idade gestacional.

Mundialmente, o álcool é apontado como o teratígeno mais consumido sendo capaz de elevar as taxas de natimortalidade, das disfunções do sistema nervoso, dos casos de aborto e

das anomalias congênitas. Acredita-se que a exposição das gestantes ao álcool possibilite o aumento do risco de utilização de outras drogas, bem como uma redução do número de consultas pré-natal (COSTA *et al.*, 2014).

May *et al.* (2013) afirmam que o uso dessa substância causa inúmeras ações deletérias no feto, atingindo todos os seus órgãos por ação direta, alterando a função, multiplicação e migração celular, e também por uma ação indireta, que decorre de suas ações sobre a gestante, interferindo no seu apetite levando-a à má nutrição, provocando vasoconstrição placentária, tendo como consequência a dificuldade na passagem de nutrientes e oxigênio para o concepto.

Os prejuízos decorrentes da exposição fetal ao álcool variam de acordo com a quantidade ingerida, o estado nutricional da gestante, a capacidade metabólica materna e fetal, além do período gestacional. No primeiro trimestre há maior risco de anomalias físicas, enquanto que no segundo, há maior risco de abortamento. Já no terceiro trimestre pode ocorrer diminuição do crescimento fetal e do perímetro cefálico (MEUCCI *et al.*, 2017).

No entanto, Andersen *et al.* (2012) chamam atenção em seu estudo realizado na Dinamarca que no início da gravidez, o consumo de álcool, mesmo em pequenas quantidades, aumenta substancialmente o risco de aborto espontâneo e o feto é particularmente suscetível à exposição ao álcool nessa fase.

De acordo com Brown *et al.* (2017), o álcool consumido durante a gestação pode resultar em danos ao embrião/feto, agrupados no termo espectro de desordens fetais alcoólicas (FASD – *Fetal Alcohol Spectrum Disorders*). O FASD pode incluir uma ampla variedade de funções cognitivas (por exemplo, inteligência, funções executivas, memória de curto e longo prazo e atenção), sociais (por exemplo, habilidades de comunicação), físicas (por exemplo, altura e peso reduzidos e tamanho de cabeça menor) e deficiências adaptativas (por exemplo, tomada de decisão e capacidade de resolver problemas). Uma preocupação presente é a interrupção do desenvolvimento do sistema imunológico que leva ao aumento do risco de doenças e infecções ao longo da vida do indivíduo exposto.

O FASD abrange a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), os defeitos congênitos relacionados ao álcool (ARBD – *Alcohol-Related Birth Defects*) e as desordens de neurodesenvolvimento relacionadas ao álcool (ARND – *Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorders*), sendo o mais grave representado pela primeira (WOZNIAK *et al.*, 2017; BROWN *et al.*, 2017).

A SAF é caracterizada por retardo do crescimento pré-natal ou pós-natal, déficit mental, alterações musculoesqueléticas, geniturinárias e cardíacas, anormalidades neurológicas, disfunções comportamentais e atrasos no desenvolvimento. Diante disso, mesmo sem o

diagnóstico completo de SAF, a ingestão de bebida alcoólica durante a gestação pode causar na criança dificuldades emocionais, dificuldades de socialização e comunicação (MOMINO; SANSEVERINO; SCHULER-FACCINI, 2008).

O álcool que ultrapassa a barreira placentária afeta demasiadamente o conceito, que apresenta metabolismo e mecanismos de detoxificação mais lentos que os de um indivíduo adulto. O órgão mais susceptível aos efeitos da exposição pré-natal ao álcool é o cérebro, uma vez que todos os trimestres da gestação são críticos para o seu desenvolvimento. A droga age de inúmeras formas, conforme o tipo de célula cerebral e do estágio de desenvolvimento embrionário, podendo ocasionar mudanças estruturais e funcionais, dentre elas: morte celular, prejuízo na formação de novas células, alterações de migração celular, produção de neurotransmissores e formação de sinapses (GUPTA; GUPTA; SHIRASAKA, 2016).

Os *déficits* neurocomportamentais resultantes dessa exposição ao álcool são amplos e potencialmente devastadores. As disfunções do Sistema Nervoso Central (SNC) abrangem tremores, convulsões, hiperatividade, dificuldades motoras finas e grosseiras, *déficits* de atenção, dificuldades de aprendizado, retardo mental, atraso de desenvolvimento e deficiência intelectual (MATTSON; CROCKER; NGUYEN, 2011; CAPUTO; WOOD; JABBOUR, 2016).

Estudiosos complementam que as implicações mais nocivas, incapacitantes e permanentes da exposição pré-natal ao álcool são o comprometimento do desenvolvimento e das funções cerebrais. Assim, crianças com exposição pré-natal ao álcool têm mais dificuldades cognitivas, comportamentais e sociais do que as que não foram expostas, sendo os principais problemas para as suas vidas e a de seus familiares (DEL CAMPO; JONES, 2017; RILEY; INFANTE; WARREN, 2011; MATTSON, CROCKER; NGUYEN, 2011).

De modo geral, o que se verifica é que o consumo de bebidas alcoólicas afeta as mulheres de forma global, mas, principalmente, as que estão em período gravídico. O uso dessa substância é um conhecido fator de risco para desfechos adversos, incluindo baixo peso ao nascer e anormalidades de nascimento, assim como morte fetal e infantil. Dessa forma, reduzir o consumo de álcool durante a gravidez pode exigir que o foco dos esforços de cessação seja transferido para o período pré-concepção, especificamente direcionado tanto para prevenir o início do uso insalubre de álcool. Portanto, a compreensão dos fatores associados ao uso de álcool antes e durante a gravidez pode ser fundamental para melhorar os resultados de saúde entre gerações (WITT *et al.*, 2014).

Nesse contexto, diante das diversas consequências negativas do consumo de bebidas alcoólicas em gestantes é necessário a identificação dessas mulheres pois, revela a magnitude

da questão e evidencia o desafio de encontrar maneiras adequadas para se intervir nesta realidade. É imprescindível o aprimoramento de profissionais em especial enfermeiros capazes de identificar os principais fatores de risco e potencializar práticas exitosas e contribuir para que as ações sejam cada vez mais próximas das necessidades desse público (MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015).

A atuação do enfermeiro é de suma importância na detecção e no atendimento das gestantes que fazem uso de bebida alcoólica pois tem papel singular nas intervenções relacionadas ao tema. É essencial ofertar às gestantes e aos acompanhantes orientações, bem como a construção conjunta de estratégias de prevenção ao uso, de forma a promover a diminuição das complicações (BRASIL, 2012). Assim, durante as consultas de pré-natal, na educação em saúde, assim como em visitas domiciliares, os profissionais de saúde devem elucidar às gestantes os efeitos e as consequências do uso de bebida alcoólica para ela e para o conceito.

2.3 Políticas de enfrentamento ao uso de bebida alcoólica

Por muitos séculos a mulher foi considerada um ser cuja única função era perpetuar a espécie humana - o papel de mãe e dona de casa. Porém, na medida em que a mesma conquista outro lugar na sociedade – cidadã, provedora do lar, inserida no mercado de trabalho e outras, muda-se também à assistência à saúde a ela prestada. De início vista apenas com a questão reprodutiva, com as novas conquistas tem-se expandido gradativamente o olhar holístico, atendendo não apenas suas exigências físicas, mas também sociais, emocionais e religiosas (LOPES, 2014). Em decorrência disso, a Organização Mundial da Saúde recomenda como prioritárias pesquisas na área da saúde da mulher que focalizem questões transversais como esta (OMS, 2003).

Entretanto, em relação ao consumo de SPA esse foi incrementado com o movimento de emancipação feminina, na proporção em que as mulheres assumiram novas responsabilidades e papéis na sociedade, tornando-se mais competitivas no mercado de trabalho, o que repercutiu em comportamentos que anteriormente eram relacionados apenas aos homens. Portanto, mudanças no perfil social, no estilo de vida da mulher e maior disponibilidade de drogas de abuso na sociedade trouxeram como consequências a diminuição da divergência entre os sexos (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013).

Esse novo comportamento feminino é um assunto preocupante para a saúde pública, principalmente quando acontece em sua idade reprodutiva e mais ainda durante a gestação,

quando além de sua própria exposição aos malefícios decorrentes do uso destas substâncias, irá expor também o feto. Não obstante, pesquisas têm mostrado que a continuação desse hábito, mesmo após a descoberta de uma gravidez, está relacionada a aspectos socioeconômicos, familiares, culturais e, especialmente à não intencionalidade da concepção (SMEDBERG *et al.*, 2014; SIRVINSKIENÉ *et al.*, 2016).

Marco políticos institucionais são relevantes na constituição de uma política pública na área de saúde da mulher, desde a década de 1970. Uma das primeiras medidas do governo brasileiro voltada à saúde desse público ocorreu em 1975 com a criação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil. Esse programa compreendia seis subprogramas: Assistência Materna; Assistência à Criança e ao Adolescente; Expansão da Assistência Materno-Infantil; Suplementação Alimentar por meio do Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; Educação para a Saúde; e Capacitação de Recursos Humanos. Entre suas diretrizes básicas destacou-se o aumento da cobertura de atendimento à mulher, à criança e, conseqüentemente, a melhoria da saúde materno-infantil (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2013).

Porém, as metas desse programa eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais. Assim, apesar de refletir demandas relativas à gravidez e ao parto, trazia uma concepção ainda reducionista da atenção à mulher, deixando de abranger questões referentes à multidimensionalidade do universo feminino, que possibilitassem uma assistência integral efetiva (LANSKY *et al.*, 2014).

Com os movimentos sociais feministas e o crescimento das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), câncer de colo uterino, de mama e outros problemas relacionados à saúde sexual e reprodutiva, surgem em 1984, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes desse grande grupo populacional. Seus principais objetivos eram diminuir a morbimortalidade materna e infantil e alcançar melhores condições de saúde por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços incluindo ações educativas, de prevenção, diagnóstico e tratamento, conforme preconiza a Constituição Federal e o SUS. (BRASIL, 2004b; SOUZA; TYRREL, 2011).

Na tentativa de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido e visando à redução do índice de morbimortalidade materna e perinatal, o MS instituiu em junho de 2000, o Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000). Em suas diretrizes também enfatiza a afirmação dos direitos da mulher, destacando a

humanização como estratégia para melhorar e focar na qualidade da saúde desta população (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

Ademais, em 2004, a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a partir da necessidade deste Ministério de contar com diretrizes técnico-políticas para a atenção à saúde das mulheres. O objetivo principal dessa política é promover a melhoria das condições de vida e saúde, contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011a).

Outro aspecto que merece destaque é a criação em 2011 da Rede Cegonha, composta por um conjunto de medidas para garantir a todas as brasileiras, atendimento adequado, seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto, até os dois primeiros anos de vida do bebê. A rede contou com recursos aplicados na construção de uma rede de cuidados primários à mulher e à criança, a começar pela unidade básica de saúde, passar pelos exames de pré-natal e pelo transporte seguro, até o parto nos leitos maternos do SUS (BRASIL, 2011b). Nesse panorama, apesar da criação dos diversos programas, percebe-se que os mesmos objetivam a implantação de um modelo de atenção à saúde focada em ações voltadas para a saúde sexual e reprodutora da mulher.

No âmbito das políticas públicas direcionadas ao uso de álcool e outras drogas, desde 1990, ocorrem modificações no Brasil. São mudanças na política nacional que vêm se estabelecendo até os dias atuais, como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a implementação dos programas de redução de danos (PRDs) e a modificação dos serviços em saúde mental, em contraposição a um cenário anteriormente marcado pelo predomínio das internações psiquiátricas e privatização da assistência (MANGUEIRA; LOPES, 2014).

Em 1991, o MS instituiu a Coordenação Nacional de Saúde Mental, instância inédita e responsável pela formulação e implementação da política na área, o que viabilizou o desenvolvimento de ações e incentivos à criação de novos serviços substitutivos em saúde mental. A indução do nível federal na condução e desenvolvimento da política é indicada pela ampla quantidade de portarias federais apresentadas pelo Ministério da Saúde a partir da década de 1990 (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Segundo Machado (2006), apesar da Coordenação Nacional de Saúde Mental reconhecer, neste período, que o uso de drogas, sobretudo de bebidas alcoólicas, trazia comprometimentos graves para a saúde da população, por outro lado, não participou da construção de respostas a essa situação no setor público de saúde e nem na inclusão da atenção

aos usuários de álcool e outras drogas no processo de reestruturação da atenção em saúde mental.

Em 2003, é lançada a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas, que reconhece uma lacuna assistencial e a ausência de uma política pública integral voltada para os usuários de álcool e outras drogas. Essa política passa a preconizar ações de prevenção, tratamento e educação, além de reconhecer o desafio de que o consumo dessas substâncias seria um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2003). Posteriormente, em 2005, a Política Nacional sobre Drogas apontou a necessidade de reduzir a oferta das substâncias lícitas, inclusive o tabaco, uma vez que são responsáveis pelo aumento do índice de violência no país (BRASIL, 2005).

No ano de 2007 foi publicada a Política Nacional sobre Álcool que visa o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo da substância. Diversas foram às medidas preconizadas para reduzir e prevenir danos à saúde e à vida, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de álcool, destaca-se: diagnóstico sobre o consumo de bebida alcoólica por meio da divulgação de dados epidemiológicos e incentivo à pesquisa; regulamentação, monitoramento e fiscalização da propaganda e publicidade de bebidas alcoólicas; tratamento e reinserção social de usuários; sensibilização e mobilização da opinião pública sobre o tema; redução de demanda de álcool por populações vulneráveis; e capacitação de profissionais das diversas áreas de atuação (BRASIL, 2007a).

Com o objetivo de intensificar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas na população brasileira, em 2009, o MS instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no SÚS (BRASIL, 2009).

Em 2011, a Portaria n.º 3088 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no qual dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011b). Segundo Quinderé, Jorge e Franco (2014), as redes de atenção são essenciais para a gestão e o cuidado em saúde, visto a complexidade e a interdisciplinaridade inerentes aos problemas de saúde, bem como a multiplicidade de atores sociais envolvidos.

A RAPS deve integrar o cuidado da mulher com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e/ou outras drogas, ampliando e promovendo

o acesso desse público, de forma a garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território (BRASIL, 2011b; MARTINS-COSTA *et al.*, 2013).

Essa atenção adequada nos serviços de saúde implica também na construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que torne relevante suas necessidades enfim, aspectos que podem garantir o acolhimento, o vínculo da mulher com o serviço e a continuação do seu processo de tratamento (BRASIL, 2007b).

Segundo Rash *et al.* (2015), o PTS, no âmbito do cuidado em Saúde Mental articulado ao serviço em rede e focado nas necessidades femininas representa um projeto de vida capaz de fortalecer vínculos e redirecionar os sujeitos em especial, as mulheres usuárias de álcool e outras drogas, em um reposicionamento de suas histórias de vida ao oferecer uma atenção singularizada e acolhedora.

Diante do contexto apresentado, dos marcos importantes, o âmbito das políticas públicas direcionadas às mulheres, as ações voltadas para o consumo de substâncias psicoativas ainda são incipientes. Nesse sentido, faz-se necessário a estruturação e reformulação das políticas públicas que abordem o consumo de álcool, com vista a priorizar a promoção da saúde, redução das repercussões negativas e melhorar a assistência nos diversos níveis de atenção à saúde para grupos vulneráveis, dentre os quais figuram as mulheres (MANGUEIRA *et al.*, 2015).

O Quadro 1, apresenta sucintamente as principais momentos e eventos pelos quais foram desenvolvidas as políticas públicas de enfrentamento do uso de bebida alcoólica e atenção à saúde da mulher ao longo dos anos.

Quadro 1 – Políticas públicas de álcool e outras drogas e políticas públicas de saúde da mulher no Brasil de 1975 a 2013

Ano	Principais momentos e eventos
1975	Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil
1984	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)
1990	Criação do Sistema Único de Saúde (SUS), implementação dos programas de redução de danos (PRDs)
1991	Coordenação Nacional de Saúde Mental
2000	Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN) Política Nacional de Humanização – PNH (HumanizaSUS)
2003	Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas
2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)
2005	Política Nacional sobre Drogas
2007	Política Nacional sobre Álcool Projeto Terapêutico Singular (PTS)
2009	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no SÚS
2011	Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) Rede Cegonha
2013	Política Nacional de Nutrição e Alimentação

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Estudo transversal, descritivo, realizado mediante utilização do banco de dados, parte do macroprojeto intitulado “Violência, consumo de álcool e drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental”, o qual foi desenvolvido no âmbito do GEEVSM, com apoio do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio do edital MCTI/CNPQ/UNIVERSAL 14/2014 (processo n.º 443107/2014-9). Esse estudo também integra o projeto de Bolsista Produtividade/CNPQ da coordenadora, pesquisadora e orientadora dessa Dissertação, a Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro.

3.2 Dados sobre o macroprojeto

O estudo foi realizado em 72 Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em cinco municípios piauienses: Teresina, Parnaíba, Picos, Floriano e Bom Jesus. Os municípios citados são sedes das macrorregiões de saúde do Estado do Piauí, conforme o Plano Diretor de Regionalização (PIAÚÍ, 2015). Os municípios apresentam as seguintes configurações populacionais femininas, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010): 260.613 em Teresina; 41.820 em Parnaíba, 22.157 em Picos, 16.836 em Floriano e 5.988 em Bom Jesus.

Para calcular a amostra, foi utilizada a fórmula proposta para pesquisas sociais em populações infinitas (acima de 100.000), conforme a figura 1 a seguir:

Figura 1 – Fórmula para o cálculo amostral.

$$n = \frac{Z^2 \times (p \times q) \times N}{e^2 \times (N - 1) + Z^2 \times (p \times q)}$$

Fonte: Gil (2008).

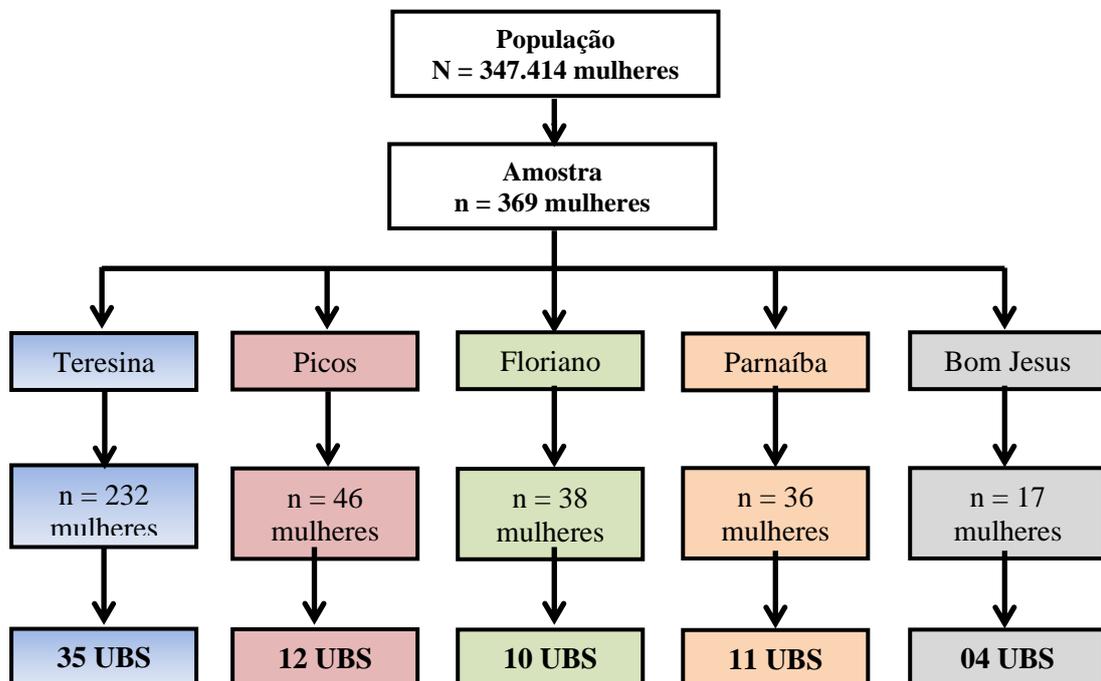
Onde, n = tamanho da amostra, Z = ponto de curva normal correspondente à área de 95% do nível de confiança, p = estimativa de prevalência, $q = 1 - p$ e e = erro amostral em decimais (GIL, 2008).

Foi considerada a prevalência presumida de consumo de álcool entre mulheres de 39,0%, conforme constatado no II LENAD (INPAD, 2012), nível de confiança de 95% e erro máximo de 5%. Assim, foi obtida uma amostra de 369 mulheres.

Para definir o número de mulheres a serem entrevistadas em cada um dos cinco municípios envolvidos, foi realizada uma estratificação proporcional obtendo-se o seguinte resultado: 232 mulheres em Teresina, 36 em Parnaíba, 46 em Picos, 38 em Floriano e 17 em Bom Jesus (FIGURA 2).

Para a seleção do número de UBS onde seriam localizadas as mulheres e realizado a entrevista, foi aplicada a mesma prevalência presumida de 39,0% de consumo de álcool entre mulheres (INPAD, 2012) e amostragem também do tipo estratificada proporcional, considerando a distribuição das UBS nas zonas urbana e rural. Posteriormente, foram sorteadas por meio da função =ALEATORIOENTRE no software *Microsoft Excel 2010*, Dessa forma participaram do estudo 35 das 90 UBSs em Teresina, 11 das 29 em Parnaíba, 12 das 30 em Picos, 10 das 24 em Floriano e 04 das 10 existentes em Bom Jesus (FIGURA 2).

Figura 2 – Síntese dos resultados obtidos mediante os procedimentos de amostragem do estudo. Teresina-PI, 2019.



Como critérios de inclusão foram considerados mulheres que estivessem na faixa etária entre 20 a 59 anos e que fossem atendidas em consulta de enfermagem. O critério de exclusão adotado seria para mulheres que apresentasse no momento da abordagem dificuldades de

comunicação verbal, uma vez que a coleta de dados se faria por meio do diálogo com as entrevistadas.

Os dados foram coletados no período de agosto de 2015 a março de 2016 e foi realizado por alunos de graduação e pós-graduação integrantes do GEEVSM da UFPI, os quais receberam treinamento a fim de dialogar sobre os instrumentos que seriam utilizados, sanar possíveis dúvidas e padronizar a forma de abordagem às mulheres durante o procedimento de coleta. Nos municípios de Parnaíba, Picos, Floriano e Bom Jesus, houve a colaboração de docentes da UFPI vinculados ao GEEVSM, os quais conduziram a coleta de dados nos seus respectivos municípios.

As mulheres foram abordadas antes da consulta de enfermagem e, caso manifestassem o desejo de participar da pesquisa, eram conduzidas a uma sala reservada para realização da entrevista, proporcionando privacidade e confidencialidade das informações, considerando que existiam perguntas que poderiam causar algum tipo de constrangimento a entrevistada, caso a mesma fosse compartilhada com os outros pacientes.

Foram utilizados os seguintes instrumentos: *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (suspeição/rastreamento de uso nocivo de álcool); *Non-Student Drugs Use Questionnaire* (NSDUQ) (consumo de drogas ilícitas); *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2) (situações de violência); *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) (consequências de situações de violência e dependência química, no que tange a saúde mental). Foi elaborado um banco de dados pelo software *Statistical Package for the Social Science*, versão 20.0.

O estudo atendeu a todos os procedimentos éticos, tendo sido aprovado em todas as instâncias municipais (ANEXOS B, C, D, E, F) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI (ANEXO G).

O banco de dados formado pelo estudo deu origem aos seguintes estudos:

- Tese de Doutorado “Uso de álcool e outras drogas por mulheres e sua relação com sofrimento mental” (concluída em 2016);
- Tese de Doutorado “Suspeição de transtornos mentais não psicóticos em mulheres que relatam violência por parceiro íntimo” (concluída em 2018);
- Dissertação: “Análise da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo e fatores associados” (concluída em 2016);
- Dissertação: “Associação entre o consumo de álcool e tabaco por mulheres e a violência por parceiro íntimo contra a mulher” (concluída em 2017);

- Projeto de Iniciação Científica – Bolsa CNPQ (executado em 2016-2017): “Prevalência da violência física contra a mulher e fatores associados”;
- Projeto de Iniciação Científica – Bolsa CNPQ (executado em 2016-2017): “Avaliação entre tabagismo e condições de saúde de mulheres”;
- Projeto de Iniciação Científica – Bolsa CNPQ (executado 2017-2018): “Fatores associados ao sofrimento mental em gestantes atendidas na Atenção Básica”
- Projeto de Iniciação Científica – Bolsa UFPI (executado em 2017-2018): “Consumo de tabaco por mulheres e fatores de riscos associados”.

3.3 O processo metodológico do estudo a partir de dados secundários

3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Para inclusão nesse estudo foram selecionados os dados das mulheres que se encontravam gestantes durante a coleta de dados. Das 369 mulheres, 75 estavam gestantes, sendo considerada a amostra do presente estudo. Foram excluídos os dados das demais mulheres que não informaram gravidez.

3.3.2 Instrumento da coleta de dados

As informações de interesse para análise nesse estudo foram obtidas a partir dos dados oriundos da aplicação de um questionário estruturado e multidimensional contendo perguntas relacionadas aos aspectos socioeconômicos e às condições de saúde da amostra (APÊNDICE A) e do instrumento para suspeição/rastreamento do consumo de álcool o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (ANEXO A).

O AUDIT é um dos instrumentos mais empregado mundialmente para a identificação de grupos de risco e rastreamento do uso inadequado de álcool, tanto em amostras clínicas quanto na população em geral (MENESES-GAYA *et al.*, 2009). Foi originalmente desenvolvido no fim da década de 1980, em um projeto colaborativo que envolvia seis países (Austrália, Bulgária, Quênia, México, Noruega e Estados Unidos), com o objetivo de atender às diferentes realidades socioculturais e econômicas (BABOR *et al.*, 2003).

Esse instrumento é uma ferramenta de fácil aplicação, composta por 10 perguntas, consistente com a definição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) de uso nocivo e dependência de álcool. A versão em português foi desenvolvida por Méndez (1999) e, posteriormente, adaptada por Lima *et al.* (2005), que verificou 87,8% de sensibilidade e 81% de especificidade para as categorias uso nocivo, síndrome da dependência e estado de abstinência.

As respostas a cada questão são pontuadas de 1 a 4, sendo as maiores pontuações indicativas de problemas. O instrumento prediz quatro zonas de risco, de acordo com o escore obtido: zona I (de 0 a 7 pontos: consumo de baixo risco ou abstinência); zona II (de 8 a 15 pontos: consumo de risco); zona III (de 16 a 19 pontos: uso nocivo ou alto risco) e zona IV (acima de 20 pontos: provável dependência) (BABOR, 2011).

De acordo com a OMS, uso de baixo risco é aquele que não ultrapassa o consumo de 2 doses-padrão por dia ou 3 doses por ocasião para homens e 1 dose-padrão por dia ou 2 doses por ocasião para mulheres e idosos; uso de risco é aquele padrão de consumo em que o indivíduo bebe acima do limite e se expõe a situações de risco; uso nocivo é o caracterizado pelo consumo que acarreta dano real à saúde física ou mental, consequências sociais adversas e críticas por outras pessoas; e a dependência, que tem como requisitos a coexistência de três ou mais situações listadas a seguir: desejo forte ou compulsão para consumir álcool, dificuldades em controlar o uso (início e término, níveis de consumo), estado de abstinência fisiológico e uso de álcool com o intuito de aliviar os sintomas, evidência de tolerância, abandono dos prazeres ou interesses a favor do álcool, persistência no uso do álcool, apesar das consequências nocivas (BABOR *et al.*, 2003).

3.3.3 Variáveis do estudo

A variável dependente (preditiva ou resposta) do presente estudo foi o padrão do consumo de álcool. As variáveis relacionadas ao consumo de álcool estavam incluídas no instrumento AUDIT. As variáveis socioeconômicas de interesse foram: idade (20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos), escolaridade (até 8 anos de estudo, > 8 anos de estudo), renda (< 1 salário mínimo, 1 a 2 salários mínimos, > 2 salários mínimos), situação conjugal (sem companheiro, com companheiro), raça (branca, não branca) e religião/crença (católica, evangélica, espírita, nenhuma).

Quanto às gestacionais e condições de saúde, investigaram-se as seguintes variáveis: planejamento da gestação (sim, não), gestação anterior (sim, não), presença de morbidade (sim,

não). Quanto aos hábitos de vida, foram levantadas: uso de drogas ilícitas (sim, não), uso de fumo (sim, não), sofrimento mental (sim, não) e violência geral (sim, não).

3.3.4 Coleta e análise de dados

Como já citado, os dados foram coletados no banco de dados do macroprojeto e foram codificados e organizados em planilhas do software *Microsoft Excel 2010*, mediante processo de dupla digitação. Em seguida, realizou-se a exportação dos dados para o programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 22.0, no qual se procedeu a análise estatística.

A fim de caracterizar a amostra foram realizadas estatísticas descritivas, como medida de tendência central (frequência simples).

3.3.5 Aspectos éticos e legais

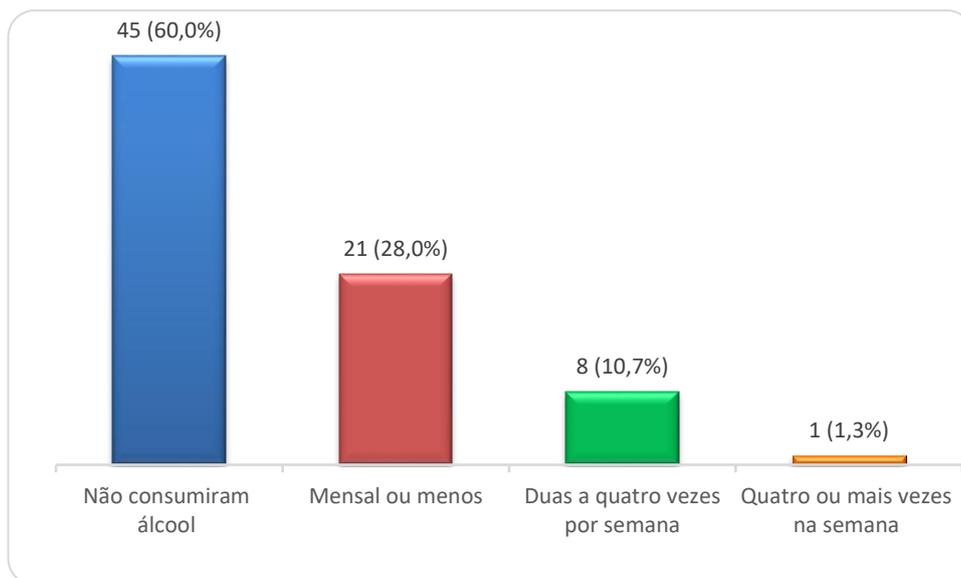
Para utilização do banco de dados, a pesquisadora coordenadora do macroprojeto “Violência, consumo de álcool e drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental” autorizou que as informações sobre consumo de álcool por gestante fossem analisadas por meio dessa dissertação, a qual passa a integrar também o parecer nº. 985.391 do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, que aprovou o estudo (ANEXO G).

4 RESULTADOS

4.1 Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas em gestantes

No Gráfico 1, aponta-se a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas em gestantes, identificado a partir do AUDIT. Destaca-se que 45 mulheres (60,0%), relataram que não consumiram álcool nos últimos 12 meses da coleta de dados, 30 (40%) informaram que consumiram bebida alcoólica nos últimos 12 meses. Dessas, 21 (28,0%) o consumo foi mensal ou menos, 8 (10,7%) consumiram de duas a quatro vezes por semana, 1(1,3%) de quatro ou mais vezes na semana e não houve relato de consumo de duas a três vezes por semana.

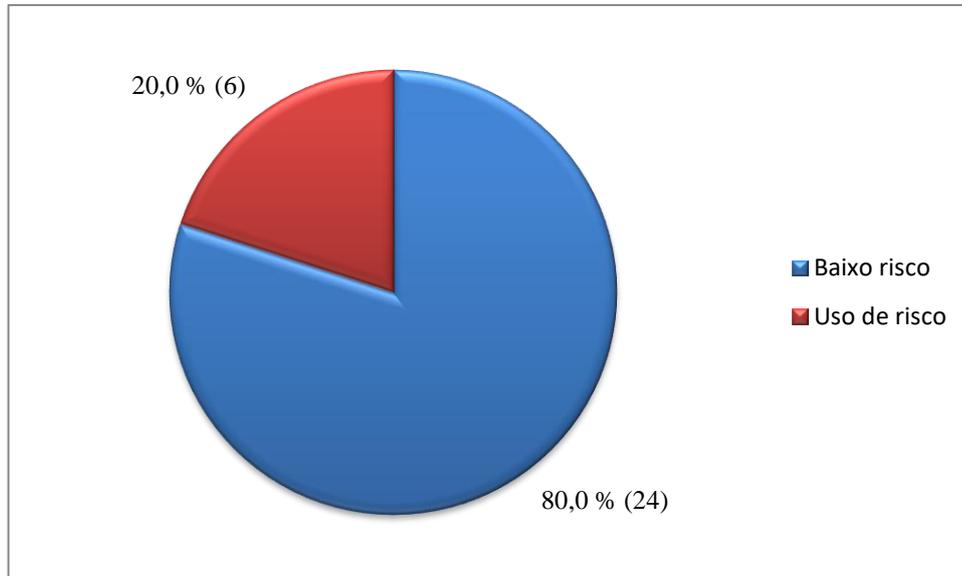
Gráfico 1 – Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes nos últimos 12 meses, segundo o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT). Teresina, 2019. (n=75)



4.2 Padrão de consumo de bebidas alcoólicas em gestantes

Na avaliação do padrão de consumo de bebidas alcoólicas, identificado a partir do AUDIT, constatou-se que das 30 mulheres que relataram o uso de bebida alcoólica, 24 (80,0%) estavam inseridas na zona I (uso de baixo risco) e 6 (20,0%) na zona II (uso de risco) (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes nos últimos 12 meses, segundo o *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT). Teresina, 2019. (n=30)



4.3 Relação das variáveis sociodemográficas com o consumo de bebidas alcoólicas em gestantes

Observa-se na Tabela 1, o rastreamento do consumo de bebidas alcoólicas em gestantes pelo AUDIT e sua relação com dados sociodemográficos. Das 24 gestantes que estão em uso de baixo risco houve predomínio da faixa etária de 20 a 29 anos (62,5%), com mais de 8 anos de estudo (79,2%), renda menor que 1 salário mínimo (70,8%), com companheiro (75,0%), não brancas (79,2%) e católicas (79,2%). Em relação as gestantes que fazem uso de risco predominou a faixa de etária de 20 a 29 anos (83,3%), com escolaridade maior que 8 anos de estudo (100%), renda de 1 a 2 salários mínimos (66,7%), com companheiro (100%), não brancas (83,3%) e católicas (83,35%).

Tabela 1 – Rastreamento do consumo de bebidas alcoólicas em gestantes pelo AUDIT e sua relação aos dados sociodemográficos. Teresina, 2019. (n=30).

Variáveis Sociodemográficas	Consumo de Bebidas Alcoólicas segundo o AUDIT			
	Baixo risco		Uso de risco	
	n	%	n	%
Faixa etária				
20-29 anos	15	62,5	5	83,3
30-39 anos	9	37,5	1	16,7
Escolaridade				
Até 8 anos de estudo	5	20,8	-	-
> 8 anos de estudo	19	79,2	6	100,0
Renda*				
< 1 salário mínimo	17	70,8	2	33,3
1 a 2 salários mínimos	6	25,0	4	66,7
> 2 salários mínimos	1	4,2	-	-
Situação conjugal				
Sem companheiro	6	25,0	-	-
Com companheiro	18	75,0	6	100,0
Raça				
Branca	5	20,8	1	16,7
Não branca	19	79,2	5	83,3
Religião/crença				
Católica	19	79,2	5	83,3
Evangélica	2	8,3	1	16,7
Espírita	1	4,2	-	-
Nenhuma	2	8,3	-	-
Total	24	100,0	6	100,0

Legenda: * Valor do salário mínimo em 2015 (R\$788,00).

4.4 Relação das variáveis gestacionais e condições de saúde com o consumo de bebidas alcoólicas em gestantes

Das gestantes que estão na zona de baixo risco, a maioria relatou ter planejado a gestação (62,5%), ter gestação anterior (54,2%) e sem morbidade (51,7%). Quanto as gestantes em uso de risco houve predomínio das que não planejaram a gestação (83,3%), com gestação anterior (66,7%) e sem presença de morbidade (83,3%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Rastreamento do consumo de bebidas alcoólicas em gestantes pelo AUDIT e sua relação aos dados gestacionais e condições de saúde. Teresina, 19. (n=30).

Variáveis Gestacionais e Condições de saúde	Consumo de Bebidas Alcoólicas segundo o AUDIT			
	Baixo risco		Uso de risco	
	N	%	n	%
Planejamento da gestação				
Não	15	62,5	5	83,3
Sim	9	37,5	1	16,7
Gestação anterior				
Não	13	54,2	2	33,3
Sim	11	45,8	4	66,7
Presença de morbidade				
Não	22	91,7	5	83,3
Sim	2	8,3	1	16,7
Total	24	100,0	6	100,0

5 DISCUSSÃO

Quanto à prevalência do consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes levantado nos últimos 12 meses, houve uma prevalência de consumo de 40% da amostra, com consumo mensal e semanal.

No Brasil, a prevalência do uso de álcool na gestação varia conforme localização geográfica. Estudos evidenciam taxas de 6,1% em Maringá-Paraná (KASSADA *et al.*, 2013), 22,3% em São Luís-Maranhão (ROCHA *et al.*, 2016), 23,1% em Uberlândia-Minas Gerais (SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2012), 7,4% a 40,6% no Rio de Janeiro (FREIRE; PADILHA, SAUNDERS, 2009; MORAES; REICHENHEIM, 2007) e 23,0% a 33,3% em São Paulo (MESQUITA; SEGRE, 2009) e Goiás de 17,7% (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

No cenário internacional, pesquisa realizada em Portugal entre janeiro de 2010 e dezembro de 2011 com 753 imigrantes e 1654 portuguesas com média de idades compreendidas de 29 anos, aponta que 8,3% da amostra mencionou ter ingerido bebidas alcoólicas durante a gravidez e entre as que ingeriram, a maior percentagem recai sobre as imigrantes (12,0%) 6,6% entre as portuguesas (COUTINHO *et al.*, 2017).

Em relação ao padrão de consumo de bebidas alcólicas, os dados levantados neste estudo apontam que entre as gestantes com auto relato de bebida alcoólica durante a gravidez, 80% está na zona de baixo risco e 20% na zona de risco. Estudo brasileiro desenvolvido em dois municípios de Minas Gerais detectou 87,4% das mulheres inseridas na zona I (abstinência ou uso de baixo risco), 10,6% na zona II (uso de risco), 0,7% na zona III (uso nocivo) e 1,4% na zona IV (possível dependência) (MAGNABOSCO; FORMIGONI; RONZANI, 2007). Tais achados assemelham-se aos encontrados neste estudo.

Outra pesquisa envolvendo uma amostra de 493 gestantes atendidas em um hospital público universitário de Uberlândia, Minas Gerais, corrobora com os achados do presente estudo, uma vez que pelo AUDIT foi identificado o consumo alcoólico em 331 (67,1%), sendo de baixo risco ou abstinência em 47,3%, uso de risco 14,8% e nocivo ou provável dependência 5% (SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

No rastreamento do consumo de bebida alcoólica por gestantes, dados dos aspectos sociodemográficos devem ser levantados para o planejamento e implementação adequada de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (NERI *et al.* 2011).

Os resultados do presente estudo apontaram para a predominância de gestantes com faixa etária entre 20 e 29 anos. O predomínio de gestantes nessa faixa etária revela similaridade com estudos realizados em outras regiões do país como, por exemplo, Rio Grande do Sul e Rio

de Janeiro (SILVA *et al.*, 2010; XAVIER *et al.*, 2013). Esse intervalo de idade é adequado para a gestação, segundo o Ministério da Saúde, por representar menor risco para a saúde tanto da mulher quanto do concepto (GONÇALVES; PINTO, 2011; BRASIL, 2012).

Dados semelhantes foram encontrados também em um estudo realizado com mulheres que buscaram atendimento em um serviço de Atendimento Psicossocial na cidade de Teresina-Piauí em que a maioria das participantes possuía idade acima de 19 anos (53,4%) (TOMAZ *et al.*, 2014).

Vale ressaltar que, durante a gestação, o consumo de bebidas alcóolicas é considerado fator de risco para o desenvolvimento de complicações na gravidez e pode resultar em problemas na mãe e no recém-nascido. E esse predomínio de adultas jovens, em idade reprodutiva, é resultante de uma cultura que exerce influência no uso de drogas lícitas, permeando a aceitação, apesar dos problemas decorrentes do uso (SANTOS *et al.*, 2016).

Ao refletir sobre a precocidade dessa prática entre as mulheres, Pillon *et al.* (2014), reforça que o início precoce do uso de bebidas alcoólicas torna as mulheres mais susceptíveis ao desenvolvimento de diversas comorbidades, dando origem a determinadas preocupações clínicas.

Quanto a escolaridade, a maioria da amostra tinha oito anos ou mais de estudo. Em Ribeirão Preto, São Paulo, pesquisa envolvendo uma amostra de 504 mulheres atendidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) corrobora com os achados supracitados, uma vez que 56,6% tinham escolaridade igual ou superior a nove anos (VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011). Resultado similar foi encontrado por Kassada *et al.* (2013), em estudo realizado com 394 gestantes usuárias de um serviço de atenção primária, onde verificou-se que 48,6% das gestantes usuárias tinham entre 9 a 11 anos de estudo.

Por outro lado, Isaksen *et al.* (2015), aponta que uma rede complexa de variáveis sociodemográficas, comportamentais e familiares é associada ao uso de álcool na gestação e que dentre os fatores sociodemográficos com maior intersecção com esse comportamento o *status* socioeconômico desfavorável (renda e escolaridade baixa) ganha destaque.

Na presente pesquisa, dentre as características socioeconômicas das gestantes, a renda mudou de acordo com a zona de risco. Das gestantes que estão em uso de baixo risco, a renda que prevaleceu foi menor que 1 salário mínimo e das gestantes em uso de risco a renda foi de 1 a 2 salários mínimos. Resultado semelhante foi encontrado em uma pesquisa realizada no Rio Janeiro com uma amostra de 3440 gestantes atendidas em um ambulatório de pré-natal, onde a maioria (55,0%) tinha uma renda de 1 a 3 salários mínimos (XAVIER *et al.*, 2013).

Quanto à variável situação conjugal, no presente estudo predominou as gestantes com companheiro. Estudo transversal realizado com 217 gestantes atendidas em uma maternidade pública do município de Salvador, Bahia, constatou que a maior proporção das gestantes referiu ser casada ou viver em união estável (SANTOS *et al.*, 2016). Outro estudo, em Belo Horizonte, também detectou maior frequência de mulheres grávidas que viviam em união estável (SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2012). Segundo o Ministério da Saúde, a situação conjugal influencia nos fatores de risco gestacionais, e a instabilidade do estado civil é classificada como característica individual desfavorável à gestação (BRASIL, 2012).

A literatura acrescenta que viver sem companheiro é fator de risco para o consumo de bebidas alcoólicas no período gestacional. Isto se justifica ao fato de que a gestação em mulheres solteiras está frequentemente relacionada a fatores associados ao uso de bebidas alcoólicas, dentre os quais estão o baixo nível socioeconômico, estresse por serem a principais/únicas provedoras da família e a ocorrência de gravidez indesejada ou não planejada (OIEN *et al.*, 2008; FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009).

No que tange à variável raça, neste estudo, houve predominância de gestantes que se autodeclararam pertencentes à raça não branca. Esse percentual é condizente com o perfil da população encontrada em um estudo transversal realizado no Rio de Janeiro, onde o uso de bebidas alcoólicas foi mais frequente em gestantes de raça não branca (MORAES; REICHENHEIM, 2007).

Estudiosos afirmam que mulheres de cor não branca apresentam maior razão de prevalências ao consumo de álcool na gestação por estarem mais sujeitas a piores condições de vida em relação às brancas, o que pode potencializar a vulnerabilidade ao uso de bebida alcoólicas (SANTOS, *et al.* 2016; CAMERON, *et al.* 2013; FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009).

Tal diferença pode ser esclarecida pelas desigualdades raciais de acesso, assistência à saúde, originadas por condições sociais heterogêneas entre as diferentes etnias, remetendo as más condições de saúde de mulheres não brancas (LOPES *et al.*, 2015).

No que tange à variável religião, houve maior frequência da religião católica. Esse resultado é semelhante ao encontrado por pesquisadores de Juiz de Fora, onde também houve predominância de católicas entre as gestantes estudadas (SILVA *et al.*, 2010). Porto *et al.* (2018) aponta que a religião é indicada como facilitadora para o enfrentamento e o fortalecimento da mulher diante das condições de dominação na família ou nas relações sociais. A mesma possibilita o fortalecimento pessoal, na busca de soluções para situações adversas ou

indesejadas, assim como proporciona uma ressignificação da gestação e conseqüente cautela e responsabilidade nesse período.

Quanto às variáveis gestacionais e condições de saúde das gestantes do estudo, a variável planejamento da gestação foi referida como não planejada. Edelman *et al.* (2015), aponta que gestações planejadas diferentemente das que não são, costumam ser tranquilas e saudáveis, pois normalmente trata-se de uma criança desejada tanto pela mulher quanto pelo parceiro e são capazes de fazer com que a mulher supere estilo de vida não adequados e passe adotar novos hábitos que incluem a redução ou até mesmo a abstinência do consumo de substâncias psicoativas. Ademais, o uso de SPA é preditivo da gravidez não planejada e não adesão ao uso de métodos contraceptivos entre mulheres na faixa etária de 16 a 44 anos.

Segundo Durowade *et al.* (2017), a realização do planejamento familiar e do pré-natal dá à mulher uma maior confiança de que o seguimento e o desfecho da gestação serão favoráveis tanto para ela como para o bebê. É durante a assistência ao pré-natal que a equipe identifica e é capaz de intervir precocemente nas situações de risco, além de monitorar adequadamente as complicações que surgem nesse período. Saber até que ponto a intenção de engravidar pode influenciar os hábitos maternos como, por exemplo, consumir bebidas alcólicas, constitui um aspecto importante a ser avaliado para uma melhor oferta de orientações às gestantes e seus acompanhantes durante as consultas e para a construção conjunta de estratégias de prevenção de gravidezes complicadas e indesejadas.

A educação em saúde, durante a gravidez, é uma atividade prioritária por parte dos profissionais de saúde e, mais concretamente pelos enfermeiros, no sentido não só de promoverem estilos de vida saudável, nomeadamente sem consumo de bebidas alcólicas, e identificarem fatores de risco gravídico o mais precocemente possível, mas também o de promoverem a vivência em segurança de uma gravidez saudável e sem intercorrências para o binômio mãe/filho (COUTINHO *et al.*, 2017).

Deve-se ressaltar que, o objetivo principal da assistência pré-natal segundo a Organização Mundial da Saúde, é diminuir as taxas de morbidade e de mortalidade materna antes e após do parto e este recurso engloba cuidados sociais, nutricionais, psicológicos e médicos (WHO, 2016).

Quanto às variáveis gestação anterior e presença de morbidade houve predomínio das gestantes inseridas na zona de baixo risco com sem gestação anterior e na zona de risco com gestação anterior. Quanto a morbidade a maioria relatou ausência de morbidade. Esse resultado contradiz com pesquisa desenvolvida em uma maternidade do Piauí com 150 gestantes, onde 58% apresentaram algum tipo de morbidade (FONSECA; PADUA; NETO, 2011).

Viana, Novaes e Calderon (2011), afirma em seu estudo, que os dados sobre a morbidade materna são de grande importância e relevância para os gestores de políticas públicas de saúde. São essenciais como indicadores de qualidade dos cuidados obstétricos e da eficiência dos sistemas de saúde.

Com isso Souza, Oliveira e Nascimento (2014), acrescentam que a compreensão do uso de SPA no âmbito da saúde, especificamente da saúde da mulher, necessita ir além das dimensões biomédicas, buscando um olhar mais amplo sobre o processo saúde/doença, que contemple as especificidades da mulher enquanto sujeito social.

Diante do exposto, percebe-se que o rastreamento do consumo de bebidas alcoólicas por gestantes é necessário e de suma importância. Ao considerar as consequências adversas para a saúde advindas desse fenômeno, faz-se necessário melhor coordenação entre os serviços de prevenção e apoio às gestantes, bem como a sensibilização do enfermeiro e dos demais profissionais de saúde sobre a temática, a qual deve ser constantemente debatida nos serviços de saúde, em especial, a atenção primária.

6 CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados nesse estudo é possível concluir, a importância do rastreamento do consumo de bebidas alcoólicas entre gestantes na atenção primária. Tal rastreio torna-se pertinente uma vez que o consumo de bebidas alcoólicas é um agravo que traz sérias repercussões para a gestante e o feto, dessa forma, o conhecimento da prevalência e do padrão de consumo pode ser utilizado para observar aspectos da saúde materno-infantil e para priorizar ações de educação em saúde.

A prevalência do consumo de bebidas alcoólicas, identificado a partir do AUDIT, foi de 40,0%, com padrão de consumo mensal e semanal.

Diante da necessidade de reforçar a coordenação entre os serviços de prevenção e apoio às gestantes que consomem álcool bebidas alcólicas, os achados supracitados poderão contribuir para a formulação de estratégias e políticas públicas que abordem tal problemática no contexto de uma assistência integral e humanizada à saúde das mulheres.

Ademais, acredita-se que o presente estudo disponibiliza informações que subsidiarão enfermeiros e outros profissionais da saúde acerca da prática preventiva do uso de bebidas alcólicas em gestantes no âmbito da atenção primária, além de influenciar a realização de outros estudos e favorecer os debates sobre o fenômeno. Assim, o rastreio do consumo de álcool entre mulheres em idade fértil como rotina na área de saúde da mulher, planejamento familiar e pré-natal, com objetivo de verificar situação epidemiológica e traçar medidas de intervenção são necessários.

Quanto à limitação do estudo, observa-se a utilização do delineamento transversal, uma vez que este impossibilita a definição de causalidade entre o consumo de álcool e suas consequências à mãe/conceito.

Por último, recomenda-se a realização de estudos longitudinais, bem como o desenvolvimento de novos estudos sobre a temática em diferentes regiões e estudos intervencionais na população feminina que permitam embasar linhas de atenção e cuidados para as gestantes que consomem bebidas alcoólicas com intuito de permitir que tenham uma vida com mais qualidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000100013&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 set. 2018.
- ALONSO, M. B. *et al.* Exposición a tabaco, alcohol y drogas de abuso en gestantes. Estudio de prevalencia en gestantes de Málaga. **Adicciones**, v. 27, n. 2, p. 99-108, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/298914562_Exposicion_a_tabaco_alcohol_y_drogas_de_abuso_en_gestantes_Estudio_de_prevalencia_en_gestantes_de_Malaga_Espana>. Acesso em: 02 abr. 2018.
- ANDERSEN, A. M. *et al.* Moderate alcohol intake during pregnancy and risk of fetal death. **Int J Epidemiol.**, v. 41, n. 2, p. 405-13, 2012. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ije/article/41/2/405/691800>>. Acesso em: 02 abr. 2018.
- ASSIS, F. F.; CASTRO, N. T. Alcoolismo Feminino: início do beber alcoólico e busca por tratamento. **Textos & Contextos**, v. 9, n. 2, p. 358 - 370, ago./dez. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509>>. Acesso em: 23 set. 2018.
- ATTILIO, J. S. *et al.* Cobertura vacinal contra hepatite B entre usuários de drogas ilícitas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 101-106, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002011000100015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 maio 2018.
- BABOR, T. F. *et al.* **AUDIT**: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool- roteiro para uso em atenção primária. Organização Mundial de Saúde-Departamento de Saúde Mental e Dependência de Substâncias. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.
- BABOR, T. F. Commentary on Laslett et al. (2011): alcohol-related collateral damage and the broader issue of alcohol's social costs. **Addiction**, v. 10, n. 9, p. 1612-1613, 2011. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1360-0443.2011.03578.x>>. Acesso em: 10 maio 2018.
- BEHNK, M.; SMITH, V. C. Prenatal Substance Abuse: Short- and Long-term Effects on the Exposed Fetus. **American Academy of Pediatrics**, v. 131, p. 1009-1024, 2013. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/131/3/e1009.full.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2018.
- BERTONI, N. *et al.* Exploring sex differences in drug use, health and service use characteristics among young urban crack users in Brazil. **Intern. Jour. for Equity in Health, Int J Equity Health**, v. 13, n. 1, p. 70, 2014. Disponível em: <<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-014-0070-x>>. Acesso em: 02 abr. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 569/2000 - Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º457, de 16 de abril de 2003**. Instituir, no âmbito do Ministério da Saúde, Grupo de Trabalho para estabelecer diretrizes para a Política de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. Brasília: 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos com a saúde integral da criança e a redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/agendacomprocrianca.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 429, de 22 de março de 2005**. Institui o Comitê Técnico Assessor para a Política de Álcool e de Outras Drogas do Ministério da Saúde. Brasília: 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto n.º 6.117, de 22 de maio de 2007**. Aprova a Política Nacional sobre Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.ª edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.190, de 4 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-1010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011B. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 456-468, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200025>>. Acesso em: 16 out. 2018.

BROWN, J. *et al.* Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD): A call on mental health treatment professionals to become informed. **J Psychol Psychiatry**, v. 1, n. 1 p. 1-3, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.15761/JPP.1000105>>. Acesso em: 14 set. 2018.

CAMERON, C. M. *et al.* Changes in alcohol consumption in pregnant Australian women between 2007 and 2011. **Med. J. Aust.**, v. 199, n. 5, p. 355-357, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5694/mja13.00234>>. Acesso em: 25 set. 2018.

CAMPOS, E. A.; REIS, J. G. Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo – Brasil. **Interface**, v. 14, n. 34, p. 539-50, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0710>>. Acesso em: 10 maio 2018.

CAPUTO, C.; WOOD, E.; JABBOUR, L. Impact of fetal alcohol exposure on body systems: A systematic review. **Birth Defects Res C Embryo Today**, v. 108, n. 2, p. 174-180, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/bdrc.21129>>. Acesso em: 14 set. 2018.

CARLINI, E. A. *et al.* **II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; Universidade Federal de São Paulo, 2007.

CHANG, G. Screening for alcohol and drug use during pregnancy. **Obstet Gynecol Clin North Am.** v. 41, n. 2, p. 205- 212, 2014. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/crossref?an=00006250-201010000-00007>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

COSTA, D. O. *et al.* Consumo de álcool e tabaco por gestantes assistidas na estratégia de saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 5, n. 3, p.934-48, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22690>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

COUTINHO, E. *et al.* Consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez. **International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD, Revista de Psicología**, v. 2, n. 1, p. 193-202, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v3.988>>. Acesso em: 12 set. 2018.

CRUZ, V. D. *et al.* Condições sociodemográficas e padrões de consumo de crack entre mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1068-76, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01068.pdf>. Acesso em: 10 maio 2018.

DE SANTIS, M. *et al.* Smoking, alcohol consumption and illicit drug use in an Italian population of pregnant women. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v.159, p.106-110, 2011. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1360-0443.2011.03578.x>>. Acesso em: 10 maio 2018.

DEL CAMPO, M.; JONES, K. L. A review of the physical features of the fetal alcohol spectrum disorders. **Eur J Med Genet.** v. 60, n. 1, p. 55-64, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ejmg.2016.10.004>>. Acesso em: 16 out. 2018.

DEVIDO, J.; BOGUNOVIC, O.; WEISS, R. D. Alcohol use disorders in pregnancy. **Harv Rev Psychiatry.** v. 23, n. 2, p. 112-121, 2015. Disponível em: <https://journals.lww.com/hrpjournal/Abstract/2015/03000/Alcohol_Use_Disorders_in_Pregnancy.6.aspx>. Acesso em: 10 maio 2018.

DUROWADE, K. A. *et al.* Barriers to contraceptive uptake among women of reproductive age in a semi-urban community of Ekiti state, Southwest Nigeria. **Ethiopian Journal of Health Science,** v. 27, n. 2, p. 121-128, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5440826>>. Acesso em: 17 out. 2018.

EDELMAN, A. Teens and young adults should be started on long-acting reversible contraceptives before sexual activity commences: against - preemptive use without need or benefit may cause more harm than good. **An I. J. Obst. Gynecology,** Boston, v. 12, n. 8, p. 1052-9, jul., 2015. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13466/full>>. Acesso em: 15 set. 2016.

ESPER, L. H. *et al.* Women in outpatient treatment for alcohol abuse: sociodemographic and clinical characteristics. **Rev. Gaúcha Enferm.,** Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 93-101, jun., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472013000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 abr. 2018.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de assistência pré-natal.** São Paulo: FEBRASGO; 2014.

FERREIRA, L. N. *et al.* Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública,** v. 27, n. 8, p. 1473-86, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000800003>. Acesso em: 02 abr. 2018.

FONSECA, L. A. C.; PADUA, L. B.; NETO, J. D. V. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do sistema único de saúde. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI,** Teresina. v.4, n.2, p.40-45, Abr-Mai-Jun. 2011. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v4n2/pesquisa/p6_v4n2..pdf>. Acesso em: 01 dez 2018.

FORMIGONI, M. *et al.* **Álcool: efeitos agudos e crônicos. In: BRASIL, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento.** 6. ed. Brasília :2014.

FREIRE, K., PADILHA, P.C., SAUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.,** v. 31, n. 7, p. 335-341, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009000700003>>. Acesso em: 19 out. 2018.

GELAYE, B. *et al.* Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. **Lancet Psychiatry.**, v. 3, n. 10, p. 973-82, 2016. Disponível em:

<[https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(16\)30284-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(16)30284-X/fulltext)>.

Acesso em: 10 maio 2018.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, E.; PINTO, J. P. Reflexões e problemas da “transmissão” intergeracional no feminismo brasileiro. **Cad. Pagu.** v. 36, p. 25-46, 2011. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332011000100003>>. Acesso em: 25 set. 2018.

GRINFELD, H.; SEGRE, C.A.M. Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém nascido. **Sociedade de Pediatria de São Paulo**, 2010. Disponível em:

<<http://www.spsp.org.br/downloads/alcool.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

GUIMARAES, V. A. *et al.* Prevalência e fatores associados ao uso de álcool durante a gestação em uma maternidade de Goiás, Brasil Central. **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 10, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.24582016>>. Acesso em: 02 dez. 2018.

GUPTA, K. K.; GUPTA, V. K.; SHIRASAKA, T. An Update on Fetal Alcohol Syndrome- Pathogenesis, Risks, and Treatment. **Alcohol Clin. Exp. Res.**, v. 40, n. 8, p. 1594-1602, 2016. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/acer.13135>>. Acesso em: 10 maio 2018.

HORTA, R. L. Crack cocaine users who attend outpatient services. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2263–2270, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100019>.

Acesso em: 02 abr. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Brasília: IBGE, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ALCOOL E OUTRAS DROGAS (INPAD). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD): o uso de cocaína e crack no Brasil**. São Paulo: INPAD, 2012.

ISAKSEN, A. B. *et al.* Alcohol consumption among pregnant women in Northern Tanzania 2000-2010: a registry-based study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 15, p. 205, 2015.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12884-015-0630-0>>. Acesso em: 25 set. 2018.

KASSADA, D. S. *et al.* Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta Paul. Enferm.**, v. 26, n. 5, p. 467-471, 2013.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000500010>>. Acesso em: 19 out. 2018.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 192-

207, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>>. Acesso em: 22 set. 2018.

LIMA, C. T. *et al.* Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. **Alcohol Alcohol.**, Londres, v. 40, n. 6, p. 584-9, nov., 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16143704>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

LOPES, M. H. B. M. Mulheres: Singulares e plurais. **Rev. Enferm. Atenção Saúde**, v. 3, n. 2, p. 1-5, 2014. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1015>>. Acesso em: 25 set. 2018.

LOPES, R. E. *et al.* When living together unveils: Mental health care for women with drug users in the Family. **Sanare**, Sobral, v. 14, n. 1, p. 22-26, 2015. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/604>>. Acesso em: 28 nov. 2018.

MACHADO, A. R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas.** 2006. p. 151. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

MAGNABOSCO, M. B.; FORMIGONI, M. L. O. S.; RONZANI, T. M. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). **Rev. Bras. Epidemiol.**, vol.10, n.4, pp.637-647, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2007000400021>>. Acesso em: 26 out. 2018.

MAIA, J. A.; PEREIRA, L. A.; MENEZES, F. A. Consequências do uso de drogas durante a gravidez. **Revista Enfermagem Contemporânea**. v. 4, n. 2, p. 121-128, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/2317-3378rec.v4i2.664>>. Acesso em: 26 out. 2018.

MANGUEIRA, S. O.; LOPES, M. V. Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise de conceito. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 1, p. 149-54, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100149&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 02 abr. 2018.

MANGUEIRA, S. O. *et al.* Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Psicol. Soc.**, v. 27, n. 1, p. 157-68, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n1/1807-0310-psoc-27-01-00157.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2018.

MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 662-70, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a12>>. Acesso em: 28 nov. 2018.

MARTINS-COSTA, S. H. *et al.* Crack: a nova epidemia obstétrica. **Clinical & Biomedical Research**, v.33, n. 1, p. 55-65, 2013. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/33833/25672>>. Acesso em: 28 nov. 2018.

MATTSON, S. N.; CROCKER, N.; NGUYEN, T. T. Fetal alcohol spectrum disorders: neuropsychological and behavioral features. **Neuropsychol Rev.**, v. 21, n. 2, p. 81-101, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s11065-011-9167-9>>. Acesso em: 29 out. 2018.

MAY, P. A. *et al.* Maternal alcohol consumption producing fetal alcohol spectrum disorders (FASD): quantity, frequency, and timing of drinking. **Drug Alcohol Depend.**, v. 133, n. 2, p. 502-512, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.07.013>>. Acesso em: 29 set. 2018.

MENDÉZ, E. B. **Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)**. 1999. 128f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.

MENESES-GAYA, C. *et al.* Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): an updated systematic review of psychometric properties. **Psychol. Neurosci.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 83-97, jan.-jun., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-32882009000100012>. Acesso em: 02 abr. 2018.

MESQUITA, M. A., SEGRE, C. A. P. Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de Maternidade pública da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.**, v. 19, n. 1, p. 63-77, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v19n1/07.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2018.

MEUCCI, R. D. *et al.* Consumo de bebida alcoólica durante a gestação entre parturientes do extremo sul do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 17, n. 4, p. 663-671, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292017000400653&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 maio 2018.

MOMINO, W.; SANSEVERINO, M. T.; SCHULER-FACCINI, L. Prenatal alcohol exposure as a risk factor for dysfunctional behaviors: the role of the pediatrician. **Jornal de Pediatria**, v. 84, p. 76-79, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000500011>. Acesso em: 10 maio 2018.

MORAES, C. L., REICHENHEIM, M. E. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 695-703, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500002>>. Acesso em: 19 out. 2018.

MUNHOZ, T. *et al.* Tendências de consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 a 2013: análise das informações do VIGITEL. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 7, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000705011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 02 abr. 2018.

NERI, M. S. *et al.* Presas pelas drogas: características de saúde de presidiárias em Salvador, Bahia. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 121-132, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v25i2.5908>>. Acesso em: 25 set. 2018.

OIEN, T. *et al.* The impact of a minimal smoking cessation intervention for pregnant women and their partners on perinatal smoking behaviour in primary health care: a real-life controlled study. **BMC Public Health.**, v. 8, n. 32, 2008. Disponível em: <[https:// dx.doi.org/0.1186/1471-2458-8-325](https://dx.doi.org/0.1186/1471-2458-8-325)>. Acesso em: 26 set. 2018.

OLIVEIRA, G. C. *et al.* Consumo abusivo de álcool em mulheres. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 60-8, jun., 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/17445>>. Acesso em: 10 maio 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Transtornos devido ao uso de substâncias.** Em Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança (pp. 58-61). Brasília: Gráfica Brasil, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Resumo:** relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: OMS; 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

PARDO, L. S. **Género y drogas:** guía informativa: drogas y género: Plan de para el Atención Integral a la Salud de la Mujer de Galicia. Galicia: Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias, 2009. Disponível em: <<https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Gu%C3%ADa-informativa-x%C3%A9nero-e-drogas?idioma=es>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

PATRA, J. *et al.* Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birth weight, preterm birth and small-size-for-gestational age (SGA) – A systematic review and meta-analyses. **BJOG.**, v. 118, n. 12, p. 1411-1421, 2011. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-0528.2011.03050.x>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

PIAUI. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Plano Diretor de Regionalização. Teresina, 2015.

PILLON, S. C. *et al.* Consequências do uso de álcool em mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Eletr. Enf**, v. 16, n. 2, p. 338-45, 2014. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n2/pdf/v16n2a09.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2018.

PORTELA, G. L. C. *et al.* Percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação. **Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 9, n. 2, p. 58-63, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762013000200002>. Acesso em: 10 maio 2018.

PORTO, P. N. *et al.* Fatores associados ao uso de álcool e drogas por mulheres gestantes. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.19, p.1-7, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a03.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2018.

RASCH, S. S. *et al.* Projeto Terapêutico Singular no atendimento de mulheres em um CAPS AD III. **Psicologia em Pesquisa**, v. 9, n. 2, 205-215, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v9n2/v9n2a11.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2018.

RILEY, E. P.; INFANTE, M. A.; WARREN, K. R. Fetal alcohol spectrum disorders: an overview. **Neuropsychol Rev.**, v. 21, n. 2, p. 73-80, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s11065-011-9166-x>>. Acesso em: 15 out. 2018.

ROCHA, L. A. *et al.* Consumo de álcool entre estudantes de faculdades de Medicina de Minas Gerais, Brasil. **Rev. bras. educ. med**, v. 35, n. 3, p. 369-375, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000300010>. Acesso em: 10 maio 2018.

ROCHA, P. C. *et al.*, Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. 1-13, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n1/0102-311X-csp-0102-311X00192714.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2018.

ROERECKE, M.; GUAL, A.; REHM J. Reduction of alcohol consumption and subsequent mortality in alcohol use disorders: systematic review and meta-analyses. **J Clin Psychiatry.**, v. 74, n. 12, p. 1181-1189, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4088/JCP.13r08379>>. Acesso em: 25 set. 2018.

SANTOS, M. M. *et al.* Associação entre características sociodemográficas e frequência de uso de álcool por gestantes. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-9, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i2.14562>>. Acesso em: 25 set. 2018.

SCHAUBERGER, C. V. *et al.* Prevalence of illicit drug use in pregnant women in a Wisconsin private practice setting. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 211, n. 3, 2014. Disponível em: <[https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(14\)00233-6/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(14)00233-6/fulltext)>. Acesso em: 02 abr. 2018.

SILVA, C. S. *et al.* Relação entre prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em gestantes. **Rev. Psiquiatr. clín.**, v. 37, n. 4, p. 152-156, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000400002>>. Acesso em: 25 set. 2018.

SILVEIRA, D. X.; DOERING-SILVEIRA, E. Classificação das substâncias psicoativas e seus efeitos. In: BRASIL, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 6.ed. Brasília: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014. p. 105-121.

SIQUEIRA, V. B.; ANDRADE, R. B.; GUIMARÃES, O. D. Association between use of alcohol and other drugs with gender violence. **Rev. Enferm. UFPI**, v. 2, p. 49-54, 2013. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1265>>. Acesso em: 10 maio 2018.

SIRVINSKIENÉ, G. *et al.* Smoking during pregnancy in association with maternal emotional well-being. **Journal Medicine**, v. 52, n. 2, p. 132-138, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.medici.2016.02.003>>. Acesso em: 22 out. 2018.

- SMEDBERG, J. *et al.* Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. **BMC Pregnancy and Childbirth.**, v. 14, n. 213, p. 1-16, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-213>>. Acesso em: 12 out. 2018.
- SOUZA, L. H. R. F., SANTOS, M. C., OLIVEIRA, L. C. M. Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 34, n. 7, p. 296-303, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n7/02.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2018.
- SOUZA, M. R. R.; OLIVEIRA, J. F.; NASCIMENTO, E. R. A saúde de mulheres e o fenômeno das drogas em revistas brasileiras. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 92-100, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100092&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 abr. 2018.
- SOUZA, M. H. N. S.; TYRREL, M. A. R. **Políticas de Salud a la mujer em Brasil, 1974-2004.** Rev. Enfer. UERJ, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 70-76, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a12.pdf>>. Acesso em 29 dez. 2018.
- STEWART, J. L. *et al.* Insular and cingulate attenuation during decision making is associated with future transition to stimulant use disorder. **Addiction**, v. 112, n. 9, p. 1567-1577. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28387975>>. Acesso em: 20 out. 2018.
- TOMAZ, L. A. *et al.* Motivation of women to the first contact with psicoatives substances. **R. Interd.** v. 7, n. 1, p. 41-48, 2014. Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/239>>. Acesso em: 28 nov. 2018.
- VARGAS, D. *et al.* O primeiro contato com as drogas: análise do prontuário de mulheres atendidas em um serviço especializado. **Saúde Debate**, v. 9, n. 106, p. 782-91, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4063/406342828018.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2018.
- VELOSO, L. U.; MONTEIRO, C. F. S. Prevalência e fatores associados ao uso de álcool em adolescentes grávidas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000100020&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 02 abr. 2018.
- VIANA, R. C.; NOVAES, M. R.; CALDERON, I. M. Mortalidade materna- uma abordagem atualizada. **Com. Ciências Saúde-** 22 Supl, 1 S141- S152, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mortalidade_materna.pdf>. Acesso em: 25 out. 2018.
- VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M. A. Factors associated with intimate partner physical violence among health service users. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 730-7, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000034>>. Acesso em: 12 set. 2018.

WITT, W. P. *et al.* Preditores do uso de álcool e tabaco antes e durante a gravidez nos EUA: o papel dos estressores maternos. **Arquivos da saúde mental das mulheres**, v. 18, n. 3, p. 523–537, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4445689/>. Acesso em: 02 abr. 2018.

WONG, M. D. S. *et al.* Substance Use in Pregnancy. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 33, n. 4, p. 367-384, 2011. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1701216316348551?via%3Dihub>. Acesso em: 02 abr. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on alcohol and health 2014**. Genebra: WHO, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf;jsessionid=9E4A26E6F6763C81BE06337169900A62?sequence=1. Acesso em: 10 maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATON (WHO). **Maternal mental health. 2016**. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/. Acesso em 10 maio 2018.

WOZNIAK, J. R. *et al.* Functional connectivity abnormalities and associated cognitive deficits in fetal alcohol Spectrum disorders (FASD). **Brain Imaging and Behavior**. v. 11, n. 5, p. 1432-1445, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11682-016-9624-4>. Acesso em: 28 out. 2018.

XAVIER, R. B., *et al.* Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1161- 1171, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400029>. Acesso em: 25 set. 2018.

APÊNDICES



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA

Formulário n.º ____ Data da Entrevista: ____/____/____

Nome do Entrevistador(a): _____

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

1) Qual é a sua idade (em anos)?	
2) Como você considera a sua cor/raça? 1. Branco 2. Negro 3. Pardo 4. Indígena 5. Amarela 6. Não sabe informar	
3) Deseja informar orientação sexual? 1. Sim 2. Não Caso SIM, qual? _____	
4) Qual a sua situação conjugal? 1. Solteira 2. Casada 3. União consensual 4. Divorciada 5. Viúva	
5) Possui filhos? 1. Sim 2. Não	
6) Caso SIM, quantos?	
7) Qual cidade você nasceu?	
8) Qual cidade você reside?	
9) Quantas pessoas residem com você?	
10) A casa em que você mora é: 1. Casa própria 2. Alugada 3. Cedida 4. Situação de rua 5. Ocupação 6. Não sabe informar 7. Outros especificar: _____	
11) Quantos cômodos possui a casa que você mora?	
12) Qual o material utilizado na construção de sua casa? 1. Alvenaria/tijolo 2. Taipa 3. Madeira 4. Palha 5. Outro material especificar: _____	
13) Frequentou escola? 1. Sim 2. Não	
14) Caso SIM, quantos anos estudou?	
15) Predomínio de escola particular ou pública? 1. Pública 2. Particular	
16) Você trabalha? 1. Sim 2. Não	
17) Se sim, qual a sua ocupação? _____	
18) Você tem renda pessoal? 1. Sim 2. Não	
19) Caso SIM, qual é a sua renda mensal? (em reais)	
20) Qual a sua fonte de renda? 1. Salário 2. Aposentadoria 3. Bolsa-estudo 4. Bolsa família 5. Outro benefício	
21) Qual é a renda mensal da sua família? (em reais)	
22) Qual a sua religião? 1. Católica 2. Evangélica 3. Espírita 4. Outra: especificar _____ 5. Nenhuma	

PARTE 2 – CONDIÇÕES DE SAÚDE

<p>1) Com que frequência procura os serviços de saúde? 1. Não costuma procurar 1x na semana 3. 2x no mês 4. 1 x no mês 5. 1x a cada 3 meses 2. x a cada 6 meses 7. 1x no ano 6. 1</p>	
<p>2) Qual o motivo da consulta de enfermagem atual?</p>	
<p>3) Refere presença de outras morbidades? 1. Hipertensão 2. Diabetes 3. Obesidade 4. Problema gastrointestinal 5. Problema osteomuscular 6. Problemas pulmonares 7. Transtornos mentais 8. Outra: especificar _____ 9. Não</p> <p>Se NÃO, pule a próxima pergunta.</p>	
<p>4) Faz uso de medicação para tratar os referidos agravos? 1. Sim 2. Não</p>	
<p>5) Você está gestante? 1. Sim 2. Não . Caso SIM: G__P__A__.</p>	
<p>6) Esta gestação foi planejada?</p>	
<p>7) Faz uso de métodos contraceptivos? 1. Sim 2. Não.</p>	
<p>8) Se não, qual motivo:</p>	
<p>9) Caso SIM, qual? 1. Anticoncepcionais orais 2. Anticoncepcionais injetáveis 3. Preservativos 4. DIU 5. Diafragma 6. Tabela 7. Coito interrompido</p>	
<p>10) Realizou exame das mamas no último ano? 1. Sim 2. Não</p>	
<p>11) Realizou exame citopatológico no último ano? 1. Sim 2. Não</p>	
<p>12) Refere prática de atividade física? 1. Sim 2. Não</p>	
<p>13) Possui alguma deficiência? 1. Sim 2. Não</p>	
<p>14) Você frequenta curandeiro/benzedeiros? 1. Sim 2. Não</p>	
<p>15) Você faz uso de práticas integrativas e complementares? 1. Sim 2. Não Caso SIM, especificar: (plantas medicinais, homeopatia, acupuntura, florais, etc)</p>	



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, em uma pesquisa. Para tanto, precisa decidir se aceita ou não participar. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e peça esclarecimentos ao responsável pelo estudo sobre as dúvidas que você vier a ter. Este estudo está sendo conduzido pela Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro.

Após obter as informações necessárias e desejar participar do estudo, assine o final deste documento, que se apresenta em duas vias; uma delas será sua e a outra pertencerá ao pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma. Esclarecimentos éticos sobre a pesquisa podem ser buscados junto ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí (CEP-UFPI) localizado no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Bairro Ininga. Pró Reitoria de Pesquisa – PROPESQ. CEP: 64.049-550 – Teresina – PI, telefone: 86 3237-2332.

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: Violência, consumo de álcool e drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental.

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro.

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí – Graduação em Enfermagem/Departamento de Enfermagem.

Telefone para contato: (86) 3215-5558

Pesquisadores participantes: Fernando José Guedes da Silva Júnior, Belisa Maria da Silva Melo, Lorena Uchôa Portela Veloso, Giovanna de Oliveira Libório Dourado.

Telefone para contato: (86) 9976-7784

Os objetivos da pesquisa são:

Objetivo geral: analisar as relações entre violência, consumo de álcool e outras drogas e as consequências à saúde mental em mulheres atendidas na Estratégia Saúde da Família.

Objetivos específicos: caracterizar a amostra do estudo quanto às variáveis sociodemográficas, condições de saúde e hábitos de vida (uso de álcool e drogas); estimar a prevalência de violência e do consumo de álcool e outras drogas na amostra do estudo; estimar a prevalência de transtornos mentais comuns na amostra estudada; identificar os fatores associados a violência e ao consumo de álcool e outras drogas; verificar associação entre as variáveis sociodemográficas, condições de saúde e hábitos de vida com situações de violência e o consumo de álcool e outras drogas; e, analisar a associação entre a presença de sofrimento mental com violência e consumo de álcool e outras drogas.

Riscos: O desenvolvimento deste estudo implicará em riscos mínimos considerando que o procedimento de coleta de dados se fará por meio de instrumentos internacionais e validados no Brasil que já foram testados e aplicados em diversos contextos. Entende-se que mesmo validado o participante que poderá se sentir constrangido ao respondê-lo, Assim, para evitar esse risco informamos que os participantes poderão desvincular-se do estudo se assim acharem necessário.

Benefícios: não será imediato para participante, mas será revertido em ações relacionadas ao enfrentamento dessa problemática. Espera-se contribuir com informações para o direcionamento das políticas públicas e da prática da enfermagem no que tange a abordagem destas questões na consulta de enfermagem destinadas a esse contingente populacional em detrimento à vulnerabilidade a qual estão expostos. Destaca-se ainda que a partir dos resultados obtidos, poderão ser elaboradas estratégias de prevenção voltadas para a saúde desse grupo por meio de ações integradas pelo setor saúde, notadamente pela enfermagem e direcionada a família e comunidade.

Procedimentos: Sua participação consistirá em responder perguntas contidas no roteiro com características sociodemográficas e econômicas, bem como as questões contidas no

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), no *Non-Student Drugs Use Questionnaire (NSDUQ)*, no *Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)* e no *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)*, todos validados e traduzidos para o português.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º do prontuário/ n.º matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li e que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **“Violência, consumo de álcool e drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental”**. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, riscos, garantias de confidencialidade e de esclarecimentos importantes. Ficou claro também, que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo, ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/ tratamento neste serviço.

Local e data: _____

Nome e assinatura do sujeito ou responsável: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para participação deste estudo.

Teresina, ____ de _____ de 20____.

Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro

Pesquisadora responsável pelo estudo

ANEXOS



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANEXO A – ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT)

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

- (0) Nunca
- (1) Mensalmente ou menos
- (2) De 2 a 4 vezes por mês
- (3) De 2 a 3 vezes por semana
- (4) 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?

- (0) 0 ou 1
- (1) 2 ou 3
- (2) 4 ou 5
- (3) 6 ou 7
- (4) 8 ou mais

3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todas os dias

Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10

4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente

(4) Todos ou quase todos os dias

6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

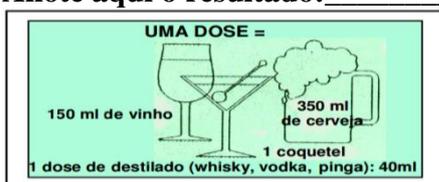
9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

- (0) Não
- (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
- (4) Sim, nos últimos 12 meses

10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

- (0) Não
- (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
- (4) Sim, nos últimos 12 meses

Anote aqui o resultado:



ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE TERESINA



AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Francisco das Chagas de Sá e Paiva, responsável pela instituição Fundação Municipal de Saúde de Teresina, declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição COPARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Conforme Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do **Parecer de Aprovação** por um **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**.

<p>Responsável pela Instituição</p>  <p>Francisco das Chagas de Sá e Paiva Presidente Fundação Municipal de Saúde</p>	<p>Pesquisadora</p> 
--	--

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE FLORIANO

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FLORIANO
ESTADO DO PIAUÍ
Secretaria Municipal de Saúde

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado “Violência, consumo de álcool e outras drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e conseqüências à saúde mental”, que está sob a coordenação da Prof.^a Dr.^a. Claudete Ferreira de Souza Monteiro, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí (UFPI), cujo objetivo é analisar as relações entre violência, consumo de álcool e outras drogas e as conseqüências à saúde mental em mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família, pelo período de execução previsto no referido Projeto – outubro de 2015 a junho de 2016.

A aceitação está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução CNS nº 466/12, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa, bem como apresentar cópia do parecer de aprovação do Comitê de Ética e cópia do trabalho final ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Floriano (NEPS/Floriano), desta Secretaria.

Floriano-PI, 28 de novembro de 2014.

Danusa de A. Felinto
Coord. da Atenção Básica
COREN-PI: 346.177

Danusa de Araújo Felinto
Coordenação da Atenção Básica

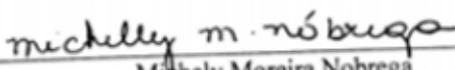
ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PICOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE PICOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 01.632.094/0001-84
RUA MARCOS PARENTE, 641 CENTRO
(89) 3415 4252 / (89) 3415 4250

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado “Violência, consumo de álcool e outras drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental”, coordenado pela Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro da Universidade Federal do Piauí está autorizado a ser executado em Picos.

Picos, 08 de novembro de 2014.



Michely Moreira Nobrega
Coordenadora

ANEXO E – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PARNAÍBA

Declaro para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado: Violência, consumo de álcool e outras drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental, encontra-se autorizado para ser realizado na Estratégia Saúde da Família, em Parnaíba.

Secretário de Saúde ou outro representante

ANEXO F – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS

 SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - DESA/PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

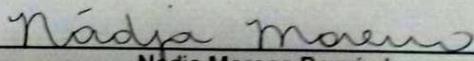
CNPJ.: 00.749.590/0001-0
Secretaria Municipal da Saúde
R. Arsênio Santos, 792 - Centro
CEP - 64.900-000 - Bom Jesus - PI

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, NADJA MORENO BENVINDO, Secretária de Saúde do município de Bom Jesus-PI, declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa, intitulada: " Violência, consumo de álcool e drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental" e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição COPARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Bom Jesus-PI, 26 de janeiro de 2016.



Nádja Moreno Benvindo
Secretária Municipal de Saúde

Nádja Moreno Benvindo Falcão
Secretária de Saúde
Bom Jesus-PI

ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Associação entre o consumo de álcool e tabaco por mulheres e a violência perpetrada por parceiro íntimo

Pesquisador: CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60420416.5.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.806.588

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo multicêntrico, descritivo, exploratório, transversal e analítico que está sendo desenvolvido por meio de um inquérito epidemiológico, oriundo do macroprojeto "Violência, consumo de álcool e drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental", já aprovado pelo CEP-UFPI CAAE 39796414.5.0000.5214 com Parecer nº 985.391. O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cinco municípios do Estado Piauí: Teresina, Parnaíba, Picos, Floriano e Bom Jesus - municípios sede das macrorregiões de saúde do Estado do Piauí, conforme Plano Diretor de Regionalização. A população fonte da pesquisa são mulheres, na faixa etária de 20 a 59 anos, dos municípios acima citados.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a associação entre o consumo de álcool e tabaco por mulheres e a ocorrência de violência perpetrada por parceiro íntimo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: riscos mínimos, relacionados ao manuseio do banco de dados com informações sigilosas acerca dos participantes do estudo, as quais serão preservadas mediante manutenção da confidencialidade e do sigilo por parte dos pesquisadores.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga

CEP: 64.049-550

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86)3237-2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

Handwritten signature



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ



Continuação do Parecer: 1.806.588

Benefícios: Os benefícios não serão imediatos para os participantes, mas espera-se contribuir com informações para o redirecionamento das políticas públicas e da prática da enfermagem no que tange a abordagem destas questões na consulta de enfermagem destinadas a esse contingente populacional em detrimento à vulnerabilidade a qual estão expostas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de grande relevância

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos anexados adequadamente e conferidos pelo secretário do CEP.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apto a ser desenvolvido pois está de acordo com as recomendações da resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_798924.pdf	28/09/2016 06:46:01		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	28/09/2016 06:44:22	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Curriculo_Caique.pdf	23/09/2016 16:31:40	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Curriculo_ClaudeteFSM.pdf	23/09/2016 16:27:02	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Autorizacao_Floriano.pdf	23/09/2016 16:25:26	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Autorizacao_BomJesus.pdf	23/09/2016 16:25:09	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

Handwritten signature



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ



Continuação do Parecer: 1.806.588

Outros	Autorizacao_Parnaiba.pdf	23/09/2016 16:24:51	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Autorizacao_Picos.pdf	23/09/2016 16:24:12	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Autorizacao_Teresina.pdf	23/09/2016 16:23:49	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Instrumentos_macroprojeto.doc	23/09/2016 16:18:33	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Parecer_CEP_macroprojeto.pdf	23/09/2016 16:17:01	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Fiel_Depositario.pdf	23/09/2016 16:15:57	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	23/09/2016 16:14:19	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	TCUD.pdf	23/09/2016 16:13:34	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.pdf	23/09/2016 16:12:55	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	23/09/2016 16:11:57	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ALCOOL_TABACO_VPI.doc x	23/09/2016 16:11:00	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_dos_pesquisadores.pdf	23/09/2016 16:07:26	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga

CEP: 64.049-550

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86)3237-2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

domanda



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ



Continuação do Parecer: 1.806.588

TERESINA, 04 de Novembro de 2016

Assinado por:
Lúcia de Fátima Almeida de Deus Moura
(Coordenador)

Profa. Dra. Lúcia de Fátima Almeida de Deus Moura
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria PROPESQ Nº 10/2016

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br