

Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde

Psychiatric morbidity and alcohol use by pregnant women in a public obstetric service

Simone N Pinheiro^a, Milton R Laprega^a e Erikson F Furtado^b

^aDepartamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. ^bDepartamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica. FMRP-USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil

Descritores

Gravidez. Drogas, efeitos. Alcoolismo.
Sintomas afetivos. SUS (BR).

Resumo

Objetivo

Investigar a relação entre consumo de álcool e problemas emocionais em gestantes, verificando se as gestantes com consumo problemático de álcool (uso nocivo ou dependência) tiveram mais problemas emocionais quando comparadas àquelas cujo consumo não era problemático.

Métodos

Estudo transversal, observacional, sobre uma amostra clínica de um serviço obstétrico público de Ribeirão Preto, SP. A amostra foi não probabilística, de conveniência, do tipo consecutiva, composta por 450 gestantes. Foram aplicados três questionários: para dados sociodemográficos, o Questionário de Morbidade Psiquiátrica (QMPA) e um questionário padronizado como parte da anamnese para avaliação de problemas relacionados ao uso de álcool (uso nocivo ou síndrome de dependência) de acordo com os critérios da CID-10. Foram utilizados testes univariados (ANOVA) para o exame comparativo entre grupos utilizando medidas de distribuição central e intervalo de confiança de 95%.

Resultados

Foram encontradas 172 gestantes (38,2%) problemáticas (escore ≥ 7) pelo QMPA. Detectaram-se conforme critérios da CID-10, 41 (9,1%) gestantes com consumo problemático de álcool, sendo 27 (6,0%) com diagnóstico de uso nocivo e 14 (3,1%) com dependência ao álcool. A presença de diagnóstico de uso nocivo ou síndrome de dependência ao álcool relacionou-se à maior intensidade de sofrimento emocional das gestantes, ou seja, maior média de pontuação nas subescalas ansiedade, depressão e álcool do QMPA.

Conclusões

Considerando a prevalência de problemas emocionais, o consumo de álcool durante a gestação e os riscos de problemas à saúde materno-infantil sugere-se que sejam realizadas avaliações mais criteriosas pelos profissionais de saúde.

Keywords

Pregnancy. Drugs, effects. Alcoholism.
Affective symptoms. Brazilian Health System (SUS).

Abstract

Objective

To investigate the relationship between alcohol consumption and emotional distress in pregnant women, and to verify whether women with problematic alcohol

Correspondência para/ Correspondence to:

Simone N. Pinheiro
Hospital das Clínicas - FMRP-USP
Setor de Psiquiatria 3º andar sala 333
Av. Bandeirantes, 3900 Campus da USP
14049-900 Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: pinheirosnp@yahoo.com.br

Baseado na dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 2003.
Estudo desenvolvido no Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Programa de Ações Integradas de Prevenção e Atenção a Álcool e Drogas.
Recebido em 13/12/2003. Reapresentado em 31/1/2005. Aprovado em 11/3/2005.

consumption (abuse or dependence) have more emotional distress than those with non-problematic alcohol consumption.

Methods

A cross-sectional observational study was carried out in a clinical sample from a public obstetric service in Ribeirão Preto, Brazil. A non-probabilistic convenience sample of patients who were consecutively recruited comprised 450 pregnant women. Three questionnaires were applied: a sociodemographic profile, followed by the Psychiatric Morbidity Questionnaire (QMPA) and a standardized questionnaire for collecting data on alcohol-related problems (abuse or dependence) according to ICD-10 criteria. Univariate analysis (ANOVA) was used for comparison between groups using central distribution measures and 95% confidence intervals.

Results

There were found 172 (38.2%) problematic pregnant women with positive score (score ≥ 7) in the QMPA. A group of 41 (9.1%) pregnant women with problematic alcohol consumption was detected according to ICD-10 criteria, 27 (6.0%) of them diagnosed as alcohol abuse and 14 (3.1%) as alcohol dependence. Alcohol abuse or dependence syndrome was related to greater emotional distress, i.e. higher mean scoring in anxiety, depression and alcohol QMPA subscales.

Conclusions

Given the prevalence of emotional distress and alcohol consumption during pregnancy and high risk of mother-child health problems, careful evaluations in this population should be conducted by health professionals.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento de riqueza e de profunda complexidade na vida de uma mulher. É considerada um momento privilegiado, no qual a mulher, símbolo da fecundidade, reafirma seu papel social. Tem sido descrita na literatura a forte relação entre problemas emocionais e complicações na gestação e parto^{3,7,8} e mais recentemente tem-se relacionado tais quadros a alterações do desenvolvimento infantil.^{6,12}

De acordo com a literatura, a presença de ansiedade e estresse durante o período gestacional relaciona-se com complicações obstétricas, tais como, trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia, sangramentos e ruptura prematura das membranas.^{6,15} Gestantes com altos escores de ansiedade apresentavam aumento de resistência da artéria uterina quando comparadas a gestantes com baixos escores, em fases tardias da gestação.²³

Ainda, o estresse e a ansiedade em gestantes podem ter efeitos físicos e comportamentais nos filhos. Ansiedade em fases tardias da gestação pode estar associada a hiperatividade e déficit de atenção em meninos e problemas emocionais e comportamentais em meninas na idade de quatro anos.¹² Por outro lado, a presença de sintomas depressivos durante a gestação pode levar à diminuição da ingesta alimentar pela mãe, não adesão ao pré-natal e risco de abuso de substâncias, além de complicações obstétricas.^{7,20} Estudo desenvolvido em recém-nascidos de mães deprimi-

das revelou baixo tônus vagal e menores escores na *Brazelton Neonatal Behavioral Assessment*,⁷ sugerindo que sintomas depressivos durante a gestação podem contribuir para alterações no funcionamento neuro-comportamental.⁶

A presença de problemas emocionais em gestantes pode colaborar para o uso de substâncias psicoativas e vice-versa. É comum a concomitância de problemas emocionais e consumo de álcool. Kelly et al⁸ (2001), em amostra de 186 gestantes, observaram que 70 (38%) delas tinham um diagnóstico psiquiátrico e/ou uso de substâncias psicoativas. Stewart et al²² (1994), em amostra de 466 gestantes, encontraram que 106 (22,7%) tinham consumo regular semanal de álcool, com média de quase dois drinques e 38 (8,2%) apresentavam consumo de mais de sete drinques por semana. Dessas, 63,2% apresentaram morbidade psiquiátrica.

O consumo de álcool durante a gestação está associado ao aumento de risco para malformações fetais, a mais grave é a Síndrome Alcoólica Fetal. Em mulheres alcoolistas, o risco de ter uma criança portadora dessa síndrome é de aproximadamente 6%.¹⁸

O presente estudo teve o objetivo de detectar problemas emocionais na gestação e consumo de álcool em gestantes e verificar se as gestantes com consumo problemático de álcool (uso nocivo ou síndrome de dependência) tiveram mais problemas emocionais quando comparadas às que não tinham esse hábito.

MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, transversal. A amostra, composta por 450 gestantes no terceiro trimestre, seguiu os seguintes critérios: não probabilística, de conveniência, do tipo consecutiva. As gestantes foram recrutadas de um serviço obstétrico da rede municipal conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a participação na pesquisa, as gestantes manifestaram sua concordância pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, acrescido da manifestação do responsável legal, quando se tratava de menor de idade. Gestantes que não pudessem prestar informação adequadamente, por incapacidade física ou mental, não foram incluídas no estudo.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o procedimento proposto por Kish.⁹ Foram utilizados critérios conservadores para o cálculo amostral, baseando-se em um estudo piloto, usando o T-ACE,^{5,18} como critério para identificação de consumo de risco. O cálculo indicou a necessidade de se alcançar um tamanho

de amostra mínimo da ordem de 372 indivíduos, considerando uma frequência estimada de 20% de casos positivos e um intervalo de confiança de 99%.

Com o intuito de compensar perdas amostrais, o estudo foi estendido até alcançar 450 gestantes. Este número manteve-se inalterado por não ocorrer nenhuma perda por recusa ou abandono, alcançando taxa de 100% de participação. Essa elevada taxa deveu-se em grande parte ao treinamento e experiência clínica dos entrevistadores, como também aos procedimentos adotados para a abordagem e entrevista. O grupo de entrevistadores foi formado por duas médicas psiquiatras e uma enfermeira especialista e saúde mental. A coleta de dados foi feita no período de 12 de março de 2001 a 10 de setembro de 2001, por meio de duas entrevistas realizadas por dois entrevistadores, separadamente. Na primeira entrevista foi aplicado um questionário estruturado com dados sociodemográficos, histórico gestacional e itens referentes a saúde da gestante. Na outra entrevista foi aplicado o Questionário de Morbidade Psiquiátrica (QMPA),¹ seguido de anamnese nas gestantes identificadas como usuárias de ál-

Tabela 1 - Frequência de ocorrência das questões do Questionário de Morbidade Psiquiátrica (QMPA).

N	Domínio	Questões	N	%
1	DEP	Falta apetite	63	14,0
2	ANS	Insônia inicial	247	54,9
3	ANS	Zumbidos/Agonia na cabeça	55	12,2
4		Dores frequentes de cabeça	150	33,3
5	ANS	Fraqueza nas pernas/dores nos nervos	175	38,9
6	DEP	Explosões fáceis	196	43,5
7	ANS/DEP	Períodos de tristeza/ desânimo	251	55,8
8	ANS	Sensação de bolo na garganta, queimação ou empachamento no estômago	266	59,1
9	ANS	Tremores ou frieza nas mãos	79	17,5
10	DEP	Crises de irritação	150	33,3
11	ANS	Dificuldades cognitivas	103	22,9
12	ALC	Consome bebida alcoólica?	99	22,0
13	DEP	Choro fácil	143	31,8
14	DEP	Idéias suicidas	65	14,4
15	DEP	Descontrole emocional	67	14,9
16		Nervosismo com interferência na capacidade de trabalho	39	8,7
17		Momentos de mutismo ou perda de visão	10	2,2
18	DEP	Necessidade de isolamento	56	12,4
19	ALC	Intoxicação alcoólica (1 vez por semana)	25	5,5
20	ALC	Consumo diário de álcool	5	1,1
21	ANS	Palpitação ou aperto cardíaco	112	24,9
22	ANS/DEP	Intranquilidade ou nervosismo frequente	150	33,3
23	ANS	Preocupações somáticas	157	34,9
24		Ataque após susto ou contrariedade	43	9,5
25		Fobia a locais fechados ou escuros, objetos, ou animais	235	52,2
26		Compulsão de verificação	152	33,8
27		Audição de vozes ou visão de coisas não perceptíveis por outros	70	15,5
28		Fala sem sentido	35	7,8
29		Fala ou ri sozinho	60	13,3
30		Persecutoriedade com a sensação de que pessoas querem lhe prejudicar	36	8,0
31		Sensação de controle por telepatia, rádio ou espírito	7	1,5
32		Assume posturas não usuais	16	3,5
33		Períodos de euforia sem motivo aparente	53	11,8
34		Agitação psicomotora ou logorréia	14	3,1
35	ANS	Uso de medicações psicotrópicas (calmantes/indutores do sono)	34	7,5
36		Incapacidade para frequentar a escola	24	5,3
37		Acesso de loucura (Crises agudas de comportamento desorganizado)	1	0,2
38		Relato de déficit cognitivo	0	0,0
39		Mania de limpeza ou arrumação	178	39,5
40		Tratamento psiquiátrico	6	1,3
41		Crises de queda ao solo com abalos musculares	4	0,8
42		Uso de drogas	32	7,1
43	ALC	Consumo exagerado de etílicos	4	0,8

ANS: Domínio "Ansiedade"; DEP: Domínio "Depressão"; ALC: Domínio "Alcoolismo"

cool pelo QMPA. A anamnese consistiu de um questionário estruturado para avaliação dos critérios diagnósticos de pesquisa para uso nocivo ou síndrome de dependência do álcool, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

O QMPA é um instrumento originalmente composto por 45 itens, desenvolvido por Santana¹⁶ (1978). Andreoli et al¹ (2000) o alteraram, sugerindo o ponto-de-corte igual ou superior a sete pontos como critério de positividade (suspeição de transtorno psiquiátrico). A versão do QMPA utilizada foi a de 45 questões,¹ sendo que as duas últimas foram excluídas por serem questões cujas respostas exigem a presença de um familiar. Trata-se de instrumento que interroga sobre a presença/ausência de sintomas psiquiátricos atuais, proporcionando um inventário de sintomas. As entrevistadas foram questionadas sobre o período referente aos 12 meses anteriores à entrevista.

Andreoli et al,¹ por intermédio de análise fatorial, identificaram 10 agrupamentos de sintomas, sendo que os domínios “ansiedade”, “depressão” e “alcoolismo” foram sugeridos como subescalas do QMPA (Tabela 1).

Na análise dos resultados, não foram consideradas algumas questões a fim de corrigir distorções na pontuação do QMPA, uma vez que a alta frequência de resultados positivos de alguns itens pode ocorrer em virtude da presença de queixas e sintomas físicos e mentais próprios do período gravídico. Essas foram: questão dois (dificuldade para dormir); questão cinco (fraqueza nas pernas/ dores nos nervos e queimação) e questão oito (empachamento no estômago). Foram utilizados os valores totais e a média de pontuação do QMPA e suas subescalas como medida da intensidade de sofrimento emocional e dos sintomas, ansiedade, depressão e uso de álcool.

O aplicativo Epi Info, versão 6.0, foi empregado para a composição do banco de dados e análise estatística. Foram extraídos quadros e tabelas descritivas assim como testes univariados (ANOVA) para o exame comparativo entre grupos utilizando medidas de distribuição central. O intervalo de confiança adotado foi de 95%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

RESULTADOS

A amostra foi constituída em sua maioria por mulheres jovens (média=23,9; DP=5,51), brancas (58,9%) e

solteiras (60,7%). Aproximadamente 57,8% das mulheres tinham práticas religiosas em contraste a 42,2% que não a tinham. Quanto à escolaridade, 63,5% das gestantes apresentavam escolaridade menor que quatro anos e para 36,9% delas era igual ou maior que quatro anos.

A maioria possuía baixa renda familiar, sendo que 71,6% apresentava renda menor que cinco salários-mínimos e 80% estavam desempregadas no momento da entrevista.

Com relação ao período da gestação, 57 gestantes (12,7%) apresentavam menos de 36 semanas de gestação, 347 (77,1%) de 36 a 39 semanas, 46 (10,2%) com 40 semanas ou mais de gestação. Aproximadamente 42% (189 gestantes) eram primigestas, e 261 (58%) eram múltíparas.

De 450 mulheres entrevistadas, 172 gestantes (38,2%) apresentaram suspeita de transtorno psiquiátrico, com escore igual ou maior que sete no QMPA (casos positivos segundo o instrumento).

As questões mais pontuadas pelo QMPA após a retirada das questões dois, cinco e oito foram: *períodos de tristeza/desânimo* (55,8%); *fobia a locais fechados ou escuros, objetos e animais* (52,2%); *explosões fáceis* (43,5%), *preocupações somáticas* (34,9%) e *compulsão de verificação* (33,8%). Os itens *dores freqüentes de cabeça*; *crises de irritação*; *intranqüilidade e nervosismo freqüente* apresentaram 33,3% de frequência (Tabela 1).

De acordo com os critérios da CID-10, foram encontradas 41 gestantes (9,1%) com diagnóstico de consumo de álcool, das quais 27 (6,0%) apresentaram diagnóstico de uso nocivo e 14 (3,1%) síndrome de dependência ao álcool. Essas gestantes com dependência ao álcool apresentaram maior média de sintomas no QMPA (média=10,6; DP=6,14; Vmín-Vmáx=1,0-25,0), ou seja, maior intensidade de problemas emocionais quando comparadas às gestantes que não tiveram diagnóstico de consumo de álcool (n=409; média=6,2; DP=4,71; Vmín-Vmáx=0,0-22,0; $p \leq 0,01$). Além disso, essas gestantes apresentaram maior média de pontuação na subescala ansiedade, depressão e álcool do QMPA, quando comparadas às demais gestantes que não tinham diagnóstico de consumo de álcool. Apesar da maior média de pontuação na subescala ansiedade do QMPA apresentada pelas gestantes que faziam uso de álcool, tal resultado não alcançou significância estatística (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Problemas emocionais são freqüentes em gestantes.^{7,8,11} Foram identificadas 172 gestantes (38,2%)

Tabela 2 - Distribuição das gestantes de acordo com o diagnóstico pela CID-10 e média de pontuação nas subescalas do QMPA.

CID-10	N (%)	Subescala Álcool*		Subescala Ansiedade		Subescala Depressão*	
		Média±DP	Vmín-Vmáx	Média±DP	Vmín-Vmáx	Média±DP	Vmín-Vmáx
Sem consumo de álcool	409 (90,9%)	0,2±0,73	0,0-9,0	2,0±1,81	0,0-12,0	2,4±2,16	0,0-10,0
Com consumo de álcool	41 (9,1%)	1,6±0,89	0,0-4,0	2,4±1,89	0,0-7,0	3,5±2,78	0,0-9,0

DP: Desvio-padrão; Vmín/Vmáx: Valor mínimo e máximo
*p≤0,01

como casos positivos pelo QMPA, valor superior à prevalência de 20% de problemas emocionais em mulheres que freqüentavam um centro obstétrico em Nova York.²¹ Nesse estudo utilizou-se o “*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*” (PRIME-D) em uma amostra de 3.000 mulheres.

A presença de problemas emocionais ou transtornos psiquiátricos durante a gestação tem sido relacionada com maior probabilidade de complicações clínicas e obstétricas.^{3,13,23} Por outro lado, também poderiam contribuir para o maior consumo de álcool.^{14,17}

No presente estudo, a prevalência de gestantes que tinham diagnóstico pela CID-10 de uso nocivo foi de 6,0% e 3,1% com síndrome de dependência ao álcool, superior ao consumo de álcool em mulheres na Suécia, onde o uso nocivo e a síndrome de dependência somavam 3,27%.¹⁹ De acordo com a pesquisa nacional mexicana em uma população de 227 gestantes, 22 (9,6%) tinham uso de álcool durante a gestação, sendo que apenas uma gestante (0,4%) foi diagnosticada como sendo dependente ao álcool.² Em 2001, Kelly et al⁸ ao aplicarem um instrumento de rastreamento para consumo de risco de álcool (CAGE), observaram que 17% de um total de 186 gestantes, apresentavam consumo de risco para o álcool.

O elevado diagnóstico de dependência ao álcool durante a gestação na amostra pode dever-se ao fato de que se trata de uma amostra com características próprias, já que essas mulheres são usuárias do SUS. Isso representa baixo nível de escolaridade e renda familiar, além de elevado número de desempregos e falta de estabilidade na união civil. Ebraim & Gfroer⁴ (2003) utilizando os dados do “*National Household Survey on Drug Abuse*”, nos Estados Unidos, de 1996 a 1998, sobre uma amostra de 22.303 mulheres, observaram prevalência maior de mulheres jovens, solteiras, com baixa escolaridade e desempregadas entre as gestantes que faziam uso de álcool e drogas.

A presença de diagnóstico para uso nocivo ou dependência ao álcool se relacionou a maior intensidade de sofrimento emocional nas gestantes. Em concordância com os achados, cita-se o trabalho de Stewart et al²² (1994), o qual relata o uso de álcool por 83% entre 466 gestantes avaliadas. Aquelas que

apresentaram consumo de alto risco eram mais prováveis a apresentar desordens emocionais.

Quando se analisam as subescalas do QMPA, observa-se que as gestantes diagnosticadas pela CID-10 como consumidoras nocivas ou dependentes ao álcool tiveram mais sintomas ansiosos e depressivos quando comparadas às que não tinham diagnóstico de uso de álcool. Esses resultados estão de acordo com Miles et al¹¹ (2001), que encontraram mais sintomas ansiosos, depressivos e introversão social entre as gestantes dependentes ao álcool. Esse trabalho foi realizado com 170 gestantes sob tratamento para dependência ao álcool e drogas, com a aplicação de questionário para avaliação de problemas emocionais.

Apesar da pontuação mais elevada na subescala ansiedade para as gestantes com os diagnósticos de uso nocivo ou dependência ao álcool, tal resultado não alcançou significância estatística. Tem sido proposto que a ansiedade tende a preceder o uso do álcool, ou seja, as mulheres abusam do álcool para aliviar os sintomas de ansiedade, embora o caminho inverso também seja observado, em que mulheres com abuso de álcool tendem a apresentar mais sintomas ansiosos.¹⁰

O presente estudo proporcionou evidências de que um número substancial de mulheres apresenta desordens emocionais e consumo de álcool no período gestacional. Na comparação com dados da literatura internacional, os achados parecem sugerir uma prevalência mais acentuada do que aquela observada em países desenvolvidos. Deve-se considerar o impacto de tais problemas sobre a saúde materno-infantil e sua relevância do ponto de vista da prevenção, tanto no que se refere à oportunidade de prevenção de problemas relacionados ao uso de álcool na mulher quanto no feto e complicações do desenvolvimento infantil. Portanto, torna-se relevante a conscientização dos gestores de saúde sobre a necessidade de procedimentos e intervenções adequadas, assim como mais estudos que permitam identificar grupos de risco e monitorar o resultado de intervenções preventivas. A detecção precoce desses problemas, por profissionais de saúde treinados, poderá permitir que as gestantes recebam tratamento adequado, o que pode minimizar as complicações obstétricas e promover uma melhor qualidade de vida à mãe e criança.

REFERÊNCIAS

1. Andreolli SB, Blay SL, Mari JJ. Escalas de rastreamento aplicadas na população geral. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editores. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 46-50.
2. Borges G, Lopes-Cervantes M, Medina-Mora ME, Tapia-Conyer R, Garrido F. Alcohol consumption, low birth weight, and preterm delivery in the National Addiction Survey (Mexico). *Int J Addict* 1993;28:355-68.
3. Cannon M, Jones PB, Murray RM. Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. *Am J Psychiatry* 2002;159:1080-92.
4. Ebrahim SH, Gfroerer J. Pregnancy-related substance use in the United States during 1996-1998. *Obstet Gynecol* 2003;101:374-9.
5. Fabbri CE. Desenvolvimento e validação de instrumento para rastreamento do uso nocivo do álcool durante a gravidez (T-ACE) [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; 2002.
6. Jones NA, Field T, Fox NA, Davalos M, Lundy B, Hart S. Newborns of mothers with depressive symptoms are physiologically less developed. *Infant Behav Dev* 1998;21:537-41.
7. Kelly RH, Danielsen BH, Golding JM, Anders TF, Gilbert WM, Zatzick DF. Adequacy of prenatal care among women with psychiatric diagnoses giving birth in California in 1994 and 1995. *Psychiatr Serv* 1999;50:1584-94.
8. Kelly RH, Zatzick D, Anders T. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. *Am J Psychiatry* 2001;158:213-9.
9. Kish L. Survey Sampling. 1st ed. New York: John Wiley & Sons; 1965.
10. Merikangas KR, Stevens D, Fenton B. Comorbidity of alcoholism and anxiety disorders. *Alcohol Health Res World* 1996;20(2):100-6.
11. Miles DR, Svikis DS, Kulstad JL, Haug NA. Psychopathology in pregnant drug-dependent women with and without comorbid alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 2001;25(7):1012-7.
12. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years - report from the Avon, longitudinal study of parents and children. *Br J Psychiatr* 2002;180:502-8.
13. Orr ST, James SA, Prince CB. Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol* 2002;156:797-802.
14. Petrakis IL, Gonzalez G, Rosenheck R, Krystal JH. Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. *Alcohol Res Health* 2002; 26:81-9.
15. Rizzardo R, Magni G, Andreoli C, Merlin G, Andreoli F, Cosentino M et al. Life events and obstetrical complications: a preliminary report. *Psychol Rep* 1982;51: 935-8.
16. Santana VS. *Estudo epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador – Nordeste de Amaralina* [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 1978.
17. Shivani R, Goldsmith RJ, Anthenelli RM. Alcoholism and psychiatric disorders. *Alcohol Res Health* 2002;26:90-3.
18. Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk – drinking. *Am J Obstet Gynecol* 1989;160:863-70.
19. Spak F, Hallstrom T. Prevalence of female alcohol dependence and abuse in Sweden. *Addiction* 1995;90(8):1077-88.
20. Spinelli MG. Antepartum and postpartum depression. *J Genl Specif Med* 1998;1(2):33-6.
21. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Hornyak R, McMurray J. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecology patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:759-69.
22. Stewart DE, Psych D, Streiner D. Alcohol drinking in pregnancy. *Gen Hosp Psychiatry* 1994;16(6):406-12.
23. Teixeira JMA, Fisk NM, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *BMJ* 1999;318:153-7.