

Relação entre prática religiosa, depressão, ansiedade e uso de álcool entre gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora

Cristiane Schumann Silva*
Telmo Mota Ronzani**
Erikson Felipe Furtado***

RESUMO

Ao investigar a relação entre a prática religiosa, sintomas psiquiátricos (Depressão, Ansiedade) e consumo alcoólico em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora, foi possível constatar que a maioria das gestantes praticava a religião de sua crença (62,3%). O estudo foi transversal, envolvendo 204 gestantes de Juiz de Fora. A coleta dos dados foi realizada em centros de atendimentos à gestante da cidade, utilizando-se um questionário Sócio-demográfico, que se referia à filiação e à prática religiosa da gestante; o Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto (QMPA); e o Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). No AUDIT encontrou-se uma pontuação média de 1,1 para as praticantes e de 1,9 para as não praticantes ($p = 0,049$). A média das praticantes na subescala de depressão foi de 1,6 e entre as não praticantes 2,1 ($p=0,08$) e nas subescalas de alcoolismo, de ansiedade e na pontuação geral do QMPA, as pontuações médias de praticantes e não praticantes não tiveram resultados estatisticamente significativos. Destarte, observou-se no estudo que as praticantes apresentaram médias menores nos escores de sintomas depressivos e de uso do álcool em comparação às não praticantes.

Palavras-chave: Gestantes. Religião. Depressão. Ansiedade. Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool.

1 INTRODUÇÃO

No período gestacional ocorrem muitas alterações de ordem física, hormonal, psíquica e social na mulher. Desta forma, um dos temas bastante discutidos na literatura científica é a saúde mental das gestantes e puéperas (FALCONE et al., 2005).

Segundo Camacho e outros (2006), o período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando estas, de atenção especial para manter ou recuperar o bem-estar, e para prevenir dificuldades para os cuidados com o filho. Falcone e outros (2005) em uma pesquisa em Paraisópolis, com 103 gestantes, encontraram uma prevalência de 43,7% das mulheres com algum tipo de transtorno afetivo.

Pesquisadores da Universidade do Chile (JADRESIC et al., 1992) realizaram uma pesquisa, demonstrando que, em uma amostra de 108 mulheres grávidas, 23,1% retratavam sintomas ansiosos e que em 1,9%

delas foi diagnosticado Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Um estudo com 120 adolescentes grávidas de Piracicaba-SP mostrou que 23,3% delas apresentavam sintomas de ansiedade (FREITAS; BOTEGA, 2002).

Além disso, um dos transtornos emocionais mais estudados na gestação é a depressão (FALCONE et al., 2005; FREITAS; BOTEGA, 2002; JADRESIC et al., 1992; JADRESIC; JARA; ARAYA, 1993), com prevalência encontrada em até 20,4% das gestantes adultas (FALCONE et al., 2005) e em 20,8% das adolescentes (FREITAS; BOTEGA, 2002). Nestas últimas, o quadro depressivo apresentou-se associado à ideação suicida, em 16,7% delas (FREITAS; BOTEGA, 2002). Jadresic e outros (1992) observaram, em um estudo prospectivo realizado no Chile com 108 mulheres, uma prevalência de 35,2% de transtorno

* Universidade Federal de Juiz de Fora – Juiz de Fora, MG. E-mail: crisschumann@gmail.com

** Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Psicologia – Juiz de Fora, MG.

*** Universidade de São Paulo, Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Ribeirão Preto, SP.

depressivo durante a gestação e de 48,1% no puerpério.

De acordo com Luis e Oliveira (1998), os transtornos psíquicos encontrados em gestantes incluem desde quadros transitórios benignos até situações graves que podem culminar em prejuízos irreparáveis para a gestante, o feto e, às vezes, até para o companheiro.

É sabido ainda que a intensidade das alterações psicológicas depende de fatores familiares, conjugais, sociais e econômicos (FREITAS; BOTEGA, 2002; JADRESIC et al., 1992; JADRESIC; JARA; ARAYA, 1993; PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005), culturais e da personalidade da gestante. E ainda, intercorrências na gestação ou em gestações anteriores, planejamento da gravidez (JADRESIC et al., 1992), número de gestações anteriores e história prévia de transtornos emocionais (FREITAS; BOTEGA, 2002; JADRESIC et al., 1992) são fatores relevantes.

No que diz respeito ao uso de álcool na gestação, uma pesquisa realizada em maternidade filantrópica de São Paulo com 445 puérperas, 66,3% das mulheres não consumiam bebida alcoólica, 17,8% consumiram durante toda a gravidez e 15,9% consumiram até a confirmação da gravidez. No mesmo estudo foi verificado se as mulheres sabiam dos riscos da ingestão de álcool durante a gravidez e constatou-se que 84,5% delas consideravam o fato de que nenhuma bebida alcoólica deve ser consumida durante o período gestacional e que é comum a concomitância de problemas emocionais e consumo de álcool (KAUP; MERIGHI; TSUNECHIRO, 2001; PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005). O que sugere que, embora grande parte das mulheres tenha conhecimento sobre os malefícios que o uso do álcool pode causar na gravidez, um número considerável faz ou fez uso de tal substância na gestação. Stewart e outros (1994 apud PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005) observaram, em amostra de 466 gestantes, que 22,7% delas faziam consumo regular semanal de álcool, com média de quase dois drinques e 8,2% apresentavam consumo de mais de sete drinques por semana. Dessas, 63,2% apresentaram algum tipo de morbidade psiquiátrica.

O uso e o abuso do álcool durante a gestação devem ser motivos de investigações e intervenções, pois o abuso da substância está associado à restrição do crescimento e desenvolvimento fetal, às deficiências cognitivas do bebê, ao aumento da morbi-mortalidade e a outros distúrbios, como a Síndrome Fetal Alcoólica (SFA) (FREITAS; BOTEGA, 2002).

A SFA é uma condição irreversível, caracterizada por anomalias craniofaciais típicas, deficiência de crescimento, disfunções do sistema nervoso central e várias malformações associadas. Além disso, o

consumo de álcool na gestação está relacionado ao aumento do número de abortos, a baixo peso do bebê, e a fatores comprometedores do parto, assim como descolamento prematuro de placenta, prematuridade do trabalho de parto, risco de infecções e hipertonia uterina (FREIRE et al., 2005).

A suscetibilidade fetal ao álcool é modulada pela quantidade ingerida, época da exposição, estado nutricional e capacidade de metabolização materna e fetal. A quantidade segura de álcool que uma gestante pode consumir não está definida na literatura, portanto, recomenda-se abstinência total, durante toda a gravidez (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2004). Diante do exposto, pode-se entender a importância de se avaliar a saúde mental, através de sintomas psiquiátricos, entre gestantes.

As definições de religiosidade e espiritualidade são fontes perenes de pesquisas e controvérsias (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO, 2006). Koenig, McCullough e Larsan (2001) as distinguem afirmando que religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar a aproximação com o sagrado, com o transcendente; e que espiritualidade é a forma pessoal de se encontrar respostas às questões últimas sobre a vida, seu significado e sobre a relação com o sagrado, com o transcendente, e que pode ou não, levar ao desenvolvimento de rituais religiosos e à formação de comunidades.

Um grande número de estudos tem examinado se existe e qual seria a relação entre religiosidade e saúde mental. São numerosos os artigos que relatam um arrolamento positivo entre as mesmas. Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Keonig (2006) e Dalgalarondo (2006) demonstram os efeitos positivos de um maior envolvimento religioso sobre a saúde mental, sugerindo que pessoas mais religiosas apresentam maior bem estar psicológico e menores prevalências de depressão, uso, abuso ou dependência de substâncias, ideação e comportamentos suicidas. Dalgalarondo (2006) sugere também que vários mecanismos tem sido propostos e investigados, relacionados à como a religiosidade agiria positivamente sobre a saúde mental e que é possível que um conjunto de fenômenos distintos aja em sinergismo, a saber: o apoio social dos grupos religiosos, a disponibilidade de um sistema de crenças que propicia sentido à vida e ao sofrimento, o incentivo a comportamentos saudáveis e regras referentes a estilos de vida propiciadores da saúde (relacionados à alimentação, ao uso de substâncias, ao comportamento sexual, à criação dos filhos etc.).

Em contextos de cuidados à saúde, são grandes as influências dos aspectos religiosos como auxiliares na cura, na adesão e no tratamento de enfermidades. Tais

estratégias cognitivas ou comportamentais advindas da religiosidade/espiritualidade para lidar com eventos estressores são denominadas de enfrentamento religioso (ER) (TIX; FRAZIER, 1998).

É importante ressaltar que toda manifestação religiosa surge e se desenvolve em contextos específicos (sócio-econômicos, políticos, culturais, históricos), possuindo dentro deles sentido próprio. Desta forma, é possível encontrar diferentes alusões, significações e formas de religiosidade, dentro de um mesmo contexto cultural e também, distintas implicações destas na subjetividade e na saúde mental do indivíduo.

Vale frisar que não foram encontrados, na literatura científica, estudos que avaliassem a relação entre religiosidade e saúde mental em gestantes, destarte, o presente estudo faz-se inédito, ao investigar a possível relação entre religiosidade e saúde mental nesta população.

Este estudo teve como objetivo verificar se existe relação entre prática religiosa e sintomas psiquiátricos comuns (depressivos e ansiosos) e consumo de álcool entre gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde, da cidade de Juiz de Fora/Minas Gerais (SUS/MG). A hipótese formulada é que a relação é negativa.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo é baseado em uma pesquisa intitulada “Estudo Longitudinal Sobre o Uso de Álcool e Aspectos Psicossociais entre Gestantes”. A pesquisa foi coordenada pelo Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva (POPSS), do Departamento de Psicologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). E conta com a colaboração do Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia, do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo (USP) e o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento em Pesquisa (CNPq), processo nº 400360/2006-3.

2.1 Instrumentos

Para o estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto (QMPA) - instrumento desenvolvido por Santana, em 1982, validado por Andreoli, Blay e Mari (1998). Composto por 45 questões, abrangendo sintomas psiquiátricos característicos de doenças psiquiátricas. Trata-se de um instrumento que questiona a presença/ausência de sintomas psiquiátricos atuais, proporcionando um inventário de sintomas. Um ponto de corte igual ou superior a sete (7) denota suspeição de transtorno psiquiátrico. Segundo o estudo de validação do QMPA, por Andreoli, Blay

e Mari (1998), pode-se isolar três subescalas, a partir da análise fatorial de seus itens, a saber: Depressão, Ansiedade e Alcoolismo;

b) *Alcohol Use Disorders Identification Test* - AUDIT - instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), traduzido e validado no Brasil por Lima e outros (1998), que tem como finalidade identificar pessoas com consumo de risco, uso nocivo e dependência de álcool. O AUDIT consiste em 10 questões que avaliam o consumo de álcool nos últimos 12 meses. Na pesquisa em tese, optou-se por questionar quanto ao período de gestação (RONZANI, 2005). A pontuação de cada questão varia de zero a quatro pontos, dependendo da intensidade do uso alcoólico, totalizando assim 40 pontos. Foi adotado um ponto de corte igual a oito, para denotar uso de risco (KOKOTAILO et al., 2004);

c) Questionário sócio-demográfico, com questões referentes à idade, cor autorreferida, estado civil, escolaridade, escolaridade dos pais da gestante, situação atual de emprego, nível de renda familiar, dados referentes à gravidez atual, ao planejamento familiar e à filiação e prática religiosa. A prática religiosa foi avaliada por uma questão que indagava se gestante possuía religião, qual seria sua religião e se ela praticava ou não a religião declarada. Assim, os dados foram organizados em termos de religião declarada e pela divisão entre dois grupos: os praticantes (independente da religião) e não praticantes (incluindo os declarados como sem religião).

2.2 Participantes e procedimentos

Foram entrevistadas 204 gestantes, no período entre 25/10/2006 e 23/10/2007, em Instituições de atendimentos às gestantes de Juiz de Fora. Inicialmente, foi realizado um levantamento das instituições que ofereciam atendimento às gestantes na cidade. Em seguida, as instituições foram contatadas e foi solicitada ao responsável pelas mesmas uma autorização para realização da pesquisa.

Anteriormente à coleta, um treinamento foi oferecido aos entrevistadores, para a aplicação dos instrumentos.

Para participar da pesquisa, as gestantes deveriam estar no terceiro trimestre de gravidez, a contar da data da última menstruação. Para identificação das gestantes, ao abordá-las, o pesquisador questionava o mês de gestação e confirmava a informação no cartão delas, fornecido pelo SUS.

As participantes do estudo foram gestantes, que aguardavam suas consultas na sala de espera das instituições de atendimento. Elas foram abordadas pelos entrevistadores e, após a verificação de idade gestacional e concordância informal de participação na

pesquisa, elas eram levadas a uma sala à parte. Assim, esclarecidos os objetivos, a questão do sigilo e a não obrigatoriedade da participação, elas manifestavam sua concordância de participação, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme determinação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFJF. Em relação às menores de idade, o Termo de Consentimento foi entregue aos pais ou responsáveis legais. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), protocolo nº 720.026.2006.

Os procedimentos para coleta dos dados foram: convidar a gestante (no terceiro trimestre de gestação) a participar da pesquisa, lendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; realizar a entrevista; e levantar dados de saúde dos prontuários ou do cartão das gestantes.

Para as análises de dados sobre o QMPA, foi realizado um procedimento de calibragem do instrumento. Conforme realizado em estudo anterior por Pinheiro e outros (2005), na análise dos resultados, algumas questões do QMPA não foram avaliadas, a fim de corrigir distorções na pontuação do instrumento para o estudo, uma vez que a alta frequência de resultados positivos de alguns itens podem ocorrer em virtude da presença de queixas e sintomas físicos e mentais próprios da gravidez. As questões não consideradas foram: questão dois (dificuldade para dormir); questão cinco (fraqueza nas pernas/ dores nos nervos); questão seis (explode com facilidade); questão sete (desânimo); e questão oito (empachamento no estômago).

Não foram computadas as perdas amostrais.

2.3 Análise

Foi utilizado para análise dos dados o *software* SPSS (*Statistical Package for Social Science*), versão 15.0. Foram utilizadas estatísticas descritivas (frequência, porcentagem, média) e estatísticas inferenciais. Para variáveis categóricas, foi utilizado o teste de Qui-quadrado, na comparação da distribuição de frequências entre grupos. Para comparação das médias das variáveis numéricas praticantes/não praticantes, foi utilizado o teste não paramétrico Mann Whitney, uma vez que o pressuposto de distribuição normal da amostra para as variáveis estudadas não foi preenchido, utilizando-se o teste de Kolmogorov-smirnov. O intervalo de confiança adotado foi de 95% ($p \leq 0,05$).

3 RESULTADOS

A média de idade das gestantes pesquisadas foi de aproximadamente 27 anos, com idade gestacional média de 33 semanas.

A maioria das gestantes pesquisadas se autodefiniu branca e as demais negras e mestiças. A maioria

era casada ou amasiada, as separadas ou solteiras somaram 30,9% e uma gestante se declarou viúva. Quanto à escolaridade, encontrou-se uma maioria de gestantes com Ensino Médio à Superior. O nível de renda familiar concentrou-se de um a cinco salários mínimos e a minoria recebia acima deste valor. A maioria das gestantes estava em situação de emprego inativa. As gestantes “do lar” e “estudantes” foram consideradas em situação ativa de emprego, devido à regularidade com que tais atividades são praticadas (atividades diárias) e somaram 38,7% da amostra (Tabela 1).

TABELA 1

Média de idade das gestantes e de semanas da gestação na data da coleta de dados e dados Sócio-Demográficos

	N	Média	D. P.	Mín.	Máx.
Idade	204	26,3	6,5	15	45
Semanas da gestação atual	204	33,0	4,4	22	50
				Freq.	%
Cor (auto-referida)	Branca			84	41,2
	Negra			70	34,3
	Mestiça/mulata			50	24,5
	Total			204	100,0
Estado Civil	Casada/amasiada			140	68,6
	Solteira/separada			63	30,9
	Viúva			1	0,5
	Total			204	100,0
Escolaridade	Até 8 anos / Ens. Básico/Fundamental			91	44,6
	Acima de 9 anos / Ens. Médio/Superior			111	54,4
	Não declarada			2	1,0
	Total			204	100,0
Repetência escolar	Sim			120	58,8
	Não			84	41,2
	Total			204	100,0
Nível de renda familiar	Menos de 1 Salário Mínimo			56	27,5
	De 1 a 5 Salários Mínimos			130	63,7
	De 5 a 10 Salários Mínimos			10	4,9
	Acima de 10 Salários Mínimos			1	0,5
	Não declarada			7	3,4
Situação de emprego	Total			204	100,
	Ativa			79	38,7
	Inativa			121	59,3
	Não declarada			4	2,0
Total			204	100	

Fonte: Os autores (2008)

Em relação às práticas religiosas, a maioria da amostra possuía uma filiação religiosa e 62,3% declarou-se praticante da religião de sua crença (Tabela 2).

TABELA 2

Caracterização da amostra quanto à filiação e prática religiosa

Filiação	Frequência	%
Católica	120	58,8
Protestante Pentecostal	45	22,1
Protestante Tradicional	4	3,4
Testemunha de Jeová	1	0,5
Espírita Kardecista	8	3,9
Outros	7	3,4
Sem Religião	16	7,8
Total	204	100,0
Praticante		
Sim	127	62,3
Não	75	36,8
Não declarado	2	1
Total	204	100,0

Fonte: Os autores (2008).

No QMPA, 37,7% da amostra apresentou sete ou mais sintomas psiquiátricos e no AUDIT, foi encontrada uma prevalência de 5,9% (Tabela 3).

TABELA 3

Frequência de casos considerados de risco (positivos e negativos) segundo o QMPA (ponto de corte ≥ 7) e o AUDIT (ponto de corte ≥ 8)

	Freq.	%
Positivo	77	37,7
QMPA Negativo	127	62,3
Total	204	100,0
Positivo para consumo de risco	12	5,9
AUDIT Negativo para consumo de risco	192	94,1
Total	204	100,0

Fonte: Os autores (2008).

Na comparação entre prática religiosa e escores do QMPA, a média geral entre as praticantes foi de 5,6 e entre as não praticantes de 6,6. A média de pontuação das praticantes na subescala de ansiedade foi de 1,7 e de 1,8 entre as não praticantes, não havendo diferenças estaticamente significativas em relação às médias dos grupos, para as escalas estudadas ($p > 0,05$). Na subescala de depressão, a média das praticantes foi de 1,6 e a das não praticantes

de 2,1, com significância estatística marginal ($p = 0,08$ no teste de Mann-Whitney). Na subescala de alcoolismo do QMPA, entre as praticantes a média foi de 0,1 e 0,2 entre as não praticantes, valores novamente não significativos.

No que tange os valores referentes à média de pontuação no AUDIT, observou-se que entre as praticantes a média foi de 1,1 pontos e que entre as não praticantes foi de 1,9. Nesse caso, o valor de p foi menor que 0,05, configurando assim uma significância estatística, porém, observa-se que não existe uma diferença importante, do ponto de vista clínico (Tabela 4).

TABELA 4

Relação entre a média de pontuação no QMPA e no AUDIT das gestantes que se declararam praticantes ou não praticantes

	Praticante	Não praticante	p^*
Subescala de Ansiedade	1,7	1,8	0,970
Subescala de Depressão	1,6	2,1	0,086
Subescala de Alcoolismo	0,1	0,2	0,121
QMPA Total	5,6	6,6	0,315
AUDIT	1,1	1,9	0,049

* Valor de p para o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Fonte: Os autores (2008).

4 DISCUSSÃO

Os dados encontrados no presente estudo revelam um alto índice (37,7%) de gestantes com algum tipo de desconforto emocional, indo ao encontro do percentual encontrado por Pinheiro, Laprega e Furtado (2005), em estudo com gestantes, utilizando o mesmo instrumento (38,2%). Pinheiro, Laprega e Furtado também estudaram o consumo alcoólico nesta população, utilizando-se critérios da CID-10 e encontraram um considerável número de gestantes (6,0%) que faziam uso alcoólico de risco, durante o período gestacional. Conforme a Tabela 3, os achados corroboram com tal prevalência (5,9%).

Este último dado é bastante superior aos 3,27% de uso nocivo somado à dependência alcoólica, que foi encontrado em um estudo sueco com 399 mulheres (SPAK; HALLSTROM, 1995). O uso e o abuso do álcool durante a gestação, conforme apontado na introdução do estudo, deve ser foco de maior atenção, no que concerne à saúde de gestantes e fetos/recém nascidos. Uma vez que o abuso da substância está associado à restrição do crescimento e desenvolvimento fetal, deficiências cognitivas do bebê, ao aumento da morbi-mortalidade e a outros distúrbios como a Síndrome Fetal Alcoólica (SFA) (FREITAS; BOTEAGA, 2002).

É sabido que a SFA é uma condição irreversível, caracterizada por anomalias craniofaciais típicas, deficiência de crescimento, disfunções do sistema nervoso central e várias malformações associadas. Além disso, o consumo alcoólico durante a gestação aumenta a suscetibilidade ao aborto, as chances de baixo peso do bebê e a probabilidade de ocorrência de fatores complicadores durante o parto (descolamento prematuro de placenta, prematuridade do trabalho de parto, risco de infecções e hipertonia uterina) (FREIRE et al., 2005).

Apesar de não ter sido encontrada diferença estatisticamente significativa, os dados deste estudo confirmam os trabalhos realizados por Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006) e Dalgalarondo (2006), que demonstram que os estudos que coadunam religiosidade e saúde mental evidenciam que, de modo geral, sujeitos que se envolvem com a vida e atividades religiosas, apresentam maior bem estar psicológico e menores prevalências de depressão, uso, abuso de ou dependência de álcool e de substâncias, ideação e comportamentos suicidas. Muito embora tenha sido encontrada significância estatística apenas no AUDIT ($p \leq 0,05$), observou-se que as praticantes em estudo apresentaram menores escores de sintomas psiquiátricos em comparação às não praticantes. Dalgalarondo (2006) acrescenta que é possível que um conjunto de fenômenos distintos (o apoio social dos grupos religiosos, a disponibilidade de um sistema de crenças que propicia sentido à vida e ao sofrimento, o incentivo a comportamentos saudáveis e estilos de vida propiciadores da saúde) aja em sinergismo sobre esta relação.

Especificamente sobre o consumo de álcool, apesar de não se observar uma diferença importante das médias entre os dois grupos, houve uma diferença estatisticamente significativa, sugerindo que as não praticantes apresentam um padrão de uso maior que as praticantes. Tais dados corroboram outros estudos que sugerem que a religiosidade é um fator de proteção para o uso de álcool (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2004).

Os resultados encontrados podem estar influenciados por algumas limitações do estudo, em especial sobre o critério de definição de praticante ou não praticante de alguma religião por uma simples pergunta. Sabe-se da complexidade que envolve a avaliação da prática religiosa. Autores defendem que, mais importante do que qual religião que um indivíduo professa, é o tipo e o grau de envolvimento deste com sua filiação religiosa (ALMEIDA; LOTUFO NETO, 2004). Assim, o estudo não

contempla totalmente a avaliação mais consistente sobre o conceito de “religiosidade”, mas uma avaliação de prática religiosa autodeclarada. Outro aspecto a ser ressaltado é que os instrumentos utilizados para a avaliação de sintomas psiquiátricos e uso de álcool tem o caráter de serem instrumentos de rastreamento e, portanto, não apresentam a especificidade de instrumentos de diagnóstico. Esses dois aspectos são considerados como as principais limitações que podem ter influenciado nos resultados do presente estudo. Sugere-se que em outros estudos tais aspectos sejam considerados.

Ainda assim, as informações apresentadas no artigo são relevantes, visto que se trata de um estudo original e ainda não publicado. Os dados sugerem que um número considerável de gestantes apresenta sintomas psiquiátricos e consumo de álcool no período gestacional. É importante considerar a influência de tais desordens sobre a saúde materno-infantil e sua relevância do ponto de vista da prevenção, tanto para a saúde da gestante quanto para complicações no desenvolvimento do bebê. O conhecimento sobre a relação entre práticas religiosas e saúde mental é reconhecido como uma estratégia importante de proteção em saúde, sendo importante o conhecimento deste aspecto em estudos da natureza. Desta forma, enquanto um primeiro estudo na área, espera-se que outros estudos que ultrapassem e aprofundem os dados apresentados aqui sejam realizados.

5 CONCLUSÃO

É interessante ressaltar que na literatura científica um estudo relacionando uso de álcool, prática religiosa e sintomas psiquiátricos, em gestantes, é inédito. Os dados sugerem que um número considerável de gestantes apresenta sintomas psiquiátricos e consumo de álcool no período gestacional. O que remete à importância de se alavancar novas investigações. Pretende, ainda, aguçar as autoridades de Saúde Pública, no sentido de considerar a influência das desordens mencionadas sobre a saúde materno-infantil e sua relevância do ponto de vista da prevenção, tanto para a saúde da gestante quanto para complicações no desenvolvimento do bebê. O conhecimento sobre a relação entre práticas religiosas e saúde mental é reconhecido como uma estratégia importante de proteção em saúde, sendo importante em estudos da natureza. Portanto, enquanto um primeiro estudo na área, espera-se que outros estudos ultrapassem e aprofundem os dados aqui apresentados.

Relationship between religions practice, depression, anxiety and alcohol use among pregnant women users of the Brazilian National Health System in Juiz de Fora

ABSTRACT

To investigate the relationship between religious practice, psychiatric symptoms (Depression, Anxiety) and alcohol consumption in pregnant women, users of the Brazilian National Health System in Juiz de Fora. This was a cross-sectional study, involving 204 pregnant women of Juiz de Fora, MG, Brazil. Data collection was performed in care centers for pregnant women of the city, using a sociodemographic questionnaire including religious practice and affiliation, the Adult Psychiatric Morbidity Questionnaire (QMPA) and the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). The results show that most pregnant women practiced a religion (62.3%). In AUDIT, average scores of 1.1 and 1.9 were found for practitioners and non-practitioners, respectively. The average score for practitioners in the depression subscale was 1.6, being 2.1 for non-practitioners. In alcoholism and anxiety subscales, and in QMPA general punctuation, the results were not statistically significant. In conclusion it was observed that the practitioners had lower averages scores for psychiatric symptoms and alcohol use, compared to non- practitioners, although the difference between the groups was not statistically significant.

Keywords: Pregnant Women. Religion. Depression. Anxiety. Alcohol-Related Disorders.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M.; LOTUFO NETO, F. Religião e comportamento suicida. In: MELEIRO, A. M.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. (Ed.). **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004.
- ANDREOLI, S. B.; BLAY, S. L.; MARI, J. J. Escalas de rastreamento de psicopatologia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 229-232, 1998.
- CAMACHO, R. S.; et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.
- DALGALARRONDO, P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 177-178, 2006.
- FALCONE, V. M. et al. Multiprofessional care and mental health in pregnant women. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 612-618, 2005.
- FREIRE, T. M. et al. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 376-381, 2005.
- FREITAS, G. V. S.; BOTEGA, N. J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Revista da Associação Medicina Brasileira**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 245-249, 2002.
- GAUSTAD, M. B. et al. Spiritual well-being and minor psychiatric disorders in psychology students: a cross-sectional study. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 12-18, 2006.
- JADRESIC, E. et al. Transtornos emocionales en el embarazo y el puerpério: estudio prospectivo de 108 mujeres. **Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria**, Santiago, v. 30, p. 99-106, 1992.
- JADRESIC, E.; JARA, C.; ARAYA, R. Depresión en el embarazo y el puerpério: estudio de factores de riesgo. **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**, Buenos Aires, v. 39, n. 1, p. 63-74, 1993.
- KAUP, Z. O. L.; MERIGHI, M. A. B.; TSUNECHIRO, M. A. Evaluation of alcohol consumption during pregnancy. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 575-580, 2001.
- KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press, 2001.
- KOKOTAILO, P. K. et al. Validity of the alcohol use disorders identification test in college students. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, New York, v. 28, no. 6, p. 914-920, 2004.
- LUIS, A. V.; OLIVEIRA, E. R. Transtornos mentais na gravidez, parto e puerpério, na região de Ribeirão Preto-SP-Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 314-324, 1998.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KEONIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242- 250, 2006.
- PINHEIRO, S. N.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, E. F. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 593-598, 2005.

RONZANI, T. M. **Avaliação de um processo de implementação de estratégias de prevenção ao uso excessivo de álcool em serviços de atenção primária à saúde: entre o ideal e o possível**, 2005. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)—Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

SANCHEZ, Z. M. S.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 43-55, 2004.

SPAK, F.; HALLSTROM, T. Prevalence of female alcohol dependence and abuse in Swede. **Addiction**, London, v. 90, no. 8, p. 1077-1088, 1995.

TIX, A. P.; FRAZIER, P. A. The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, Washington, D.C., v. 66, no. 2, p. 411-422, 1998.

Enviado em 22/10/2008

Aprovado em 30/6/2009