



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**Estudo exploratório sobre o consumo de Álcool e atitudes sobre a gravidez e Maternidade em grávidas utentes dos Hospitais Gerais:**

**José Macamo e Mavalane**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano -

por

**Elda Denise Canda**

sob orientação de

Doutora Maria Raul Andrade Martins Lobo Xavier

Faculdade de Educação e Psicologia

Porto, julho de 2014



## **Agradecimentos**

Ao finalizar este percurso tão importante da minha vida, queria expressar o meu agradecimento a todos aqueles que direta ou indiretamente me apoiaram nesta caminhada e que tornaram possível a realização deste trabalho.

Aos meus pais e demais familiares que acompanham meus passos, acreditando no sucesso da realização desta caminhada.

Ao Celcinho pelo apoio incondicional em todos os momentos e por ser o meu “porto seguro” sempre! Obrigada por ter feito do meu sonho o nosso sonho!

À Mélika (minha Mel) por ter sido a minha motivação e o “meu farol” ao longo desta caminhada.

Aos meus colegas do Departamento de Saúde Mental e CEP AEP pelo apoio.

Aos colegas do Hospital Geral José Macamo e Hospital Geral de Mavalane que colaboraram ao longo do processo, o meu muito obrigado.

Ao Professor Palha pela oportunidade, apoio e acolhimento.

À Catarina, Inês e Nédia pelo companheirismo durante esta caminhada.

Aos meus colegas (Aida, Dirceu, Domingas, Eduarda, Flávio, Sámia e Wilza) que foram fonte de suporte nos momentos cruciais.

À Doutora Maria Raul Andrade Martins Lobo Xavier, orientadora da dissertação, agradeço o apoio, o incentivo, a partilha do saber e as valiosas contribuições para o trabalho.

À Professora Lurdes Veríssimo por ter feito parte de projeto.

*Kanimambo (Obrigado)!*



## **Resumo**

O consumo e problemas relacionados ao Álcool, variam amplamente no mundo (OMS, 2011). Na Região Africana, vários países relatam um aumento e mudanças nos padrões de consumo de álcool (OMS, 2007). Apesar das advertências do perigo do consumo de álcool, pelas mulheres grávidas, muitas mulheres continuam a consumi-lo durante a gravidez (Toutain, 2010). O consumo de álcool durante a gravidez tem vindo a ser associado a situações problemáticas para a gravidez e o desenvolvimento da criança (subtis ou marcantes) tanto no período pré-natal como ao longo da vida (e.g. Popova, Lange, Burd & Rehm, 2012). Em Moçambique, não existem dados sobre o consumo de álcool durante a gravidez. Neste sentido, foi realizado um estudo exploratório cujo objetivo geral era analisar os consumos de álcool e a vivência psicológica da gravidez nas mulheres grávidas (adultas e adolescentes) que frequentam os Hospitais gerais da cidade de Maputo - José Macamo e Mavalane e para além disso, analisar a correlação entre o consumo de álcool e a vivência psicológica da gravidez nas mulheres grávidas. Para a identificação dos consumos utilizou-se o instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test –AUDIT (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001) e a avaliação da vivência psicológica da gravidez foi realizada com recurso a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade para Moçambique EAGM-M (Xavier & Canda, 2013). Participaram do estudo 252 mulheres grávidas tendo se constatado que (12,8%) eram consumidoras de álcool. Relativamente as correlação entre os consumos de álcool e a vivência psicológica da gravidez não foi identificada correlação entre as variáveis. Relativamente às grávidas adolescentes, identificou-se uma amostra reduzida de grávidas adolescentes (n=7) e não foram identificados consumos neste subgrupo. Considerando os resultados do presente estudo torna-se sublinhar a importância da realização de estudos com esta população específica de modo a prevenir situações problemáticas a curto e longo prazo.



## **Abstract**

Consumption and alcohol-related problems, vary widely in the world (WHO, 2011). In the African region, several countries report an increase and changes in the patterns of consumption of alcohol (WHO, 2007). Despite the warnings of the danger of alcohol consumption by pregnant women, many women continue to consume it during pregnancy (Toutain, 2010). Alcohol consumption during pregnancy has been associated with problematic situations for pregnancy and child development (subtle or striking) both in the prenatal period as lifelong (e.g. Popova, Lange, Burd & Rehm, 2012). In Mozambique, there are no data on the consumption of alcohol during pregnancy. In this sense, was conducted an exploratory study whose overall objective was to analyse the consumption of alcohol and the psychological experience of pregnancy in pregnant women (adults and adolescents) who attend the general hospitals of Maputo city-José Macamo and Mavalane and Furthermore, analyze the correlation between alcohol consumption and the psychological experience of pregnancy in pregnant women. For the identification of consumption we used the Alcohol Use Disorders Identification Test instrument-AUDIT (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001) and the evaluation of the psychological experience of pregnancy was performed using the scale of Attitudes about pregnancy and motherhood to Mozambique EAGM-M (Xavier & Canda, 2013). 252 pregnant women participated in the study and found that (12.8%) were consuming alcohol. On the correlation between alcohol consumption and the psychological experience of pregnancy was not identified correlation between variables. With regard to pregnant teenagers, identified a sample of pregnant adolescents (n = 7) and consumption were not identified in this subgroup. Considering the results of this study becomes underline the importance of undertaking studies with this specific population in order to prevent problematic situations in the short and long term.



## Índice

|   |    |
|---|----|
| <b>Introdução</b> .....   | 1  |
| <b>Parte 1 - Enquadramento Teórico</b> .....  | 1  |
| <b>1. Álcool</b> .....  | 4  |
| 1.1. Consumo de Álcool em Moçambique .....  | 4  |
| <b>2. Gravidez e Maternidade</b> .....  | 6  |
| 2.1. Gravidez e Maternidade como mudança .....  | 6  |
| 2.2. As Tarefas Desenvolvimentais da Gravidez e Maternidade .....                     | 7  |
| 2.3. Gravidez na Adolescência .....   | 9  |
| <b>3. Consumo de Álcool na Gravidez</b> .....   | 15 |
| 3.1. Fatores de risco para o consumo de álcool na gravidez e suas consequências ..... | 15 |
| 3.2. Consumo de álcool na gravidez e os seus efeitos no Desenvolvimento .....         | 16 |
| <b>Parte 2 – Estudo Empírico</b> .....  | 21 |
| <b>1. Objetivos e Hipóteses</b> .....   | 21 |
| <b>2 Metodologia</b> .....  | 23 |
| 2.1. Amostra .....  | 23 |
| 2.2. Instrumentos .....   | 25 |
| 2.3. Procedimentos .....  | 27 |
| 2.3.1. Descrição do Procedimento de adaptação da EAGM-M .....                         | 27 |
| 2.3.2. Procedimento de Recolha de dados .....   | 29 |
| 2.3.3. Procedimento de Tratamento de Dados .....                                      | 30 |
| <b>3. Resultados</b> .....  | 31 |
| <b>4. Análise e Discussão dos Resultados</b> .....                                    | 37 |
| <b>Conclusão</b> .....  | 40 |
| <b>Referências Bibliográficas</b> .....   | 42 |



## Índice De Tabelas

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 - Dados sociodemográficos .....   | 22 |
| Tabela 2 - Dados referentes à gravidez.....  | 23 |
| Tabela 3 - Distribuição dos Resultados totais do AUDIT.....  | 29 |
| Tabela 4 - Resultados dos itens 1 e 2 do AUDIT.....  | 30 |
| Tabela 5 - Resultados referentes às 3 perguntas do AUDIT .....   | 30 |
| Tabela 6 - Apresentação dos resultados relativos a comparação entre os consumos<br>das grávidas grávidas adultas e adolescentes..... | 31 |
| Tabela 7 - Valores das médias e desvios padrões do grupo totam e Grupo de consumos.....  | 31 |
| Tabela 8 - Resultados dos dados comparativos entre as mulheres que consomem álcool<br>e as que não consomem álcool.....              | 32 |
| Tabela 9 – Resultados dos dados comparativos entre as mulheres adultas que consomem<br>álcool e as que não consomem álcool.....      | 33 |
| Tabela 10 – Correlação entre o Valor total - AUDIT e subescalas da EAGM-M.....   | 33 |
| Tabela 11 - Correlação entre Valor total - AUDIT e subescalas da EAGM no subgrupo<br>das grávidas adultas.....                       | 34 |



## **Índice de Anexos**

Anexo 1- AUDIT

Anexo 2 - EAGM-M

Anexo 3 - Folha de Informação e Consentimento informado ao Participante - *Hospital Geral José Macamo*

Anexo 4 –Folha De Informação e Consentimento informado ao Participante (Tutor)- *Hospital Geral José Macamo*

Anexo 5 –Folha De Informação e Consentimento informado ao Participante - *Hospital Geral De Mavalane*

Anexo 6 - Folha De Informação e Consentimento informado ao Participante (Tutor) - *Hospital Geral de Mavalane*



## **Índice de Abreviaturas**

AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test

EAGM - Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade

EAGM –M - Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade para Moçambique

FASD – Fetal Alcohol Spectrum Disorders

OMS – Organização Mundial da Saúde

UNFPA - Fundo das Nações Unidas para a População

SFA - Síndrome Fetal Alcoólico



## **Introdução**

O projeto “Estudo exploratório sobre o consumo de Álcool e atitudes sobre a Gravidez e Maternidade em grávidas utentes dos Hospitais Gerais: José Macamo e Mavalane” que foi realizado nestes dois hospitais públicos da Cidade de Maputo, Moçambique, corresponde à Dissertação a apresentar no âmbito do Mestrado em Psicologia – Especialização em Educação e Desenvolvimento Humano, da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, Porto.

O consumo de álcool é reportado em África como um fator problemático, pois, os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007) sugerem que este tende a aumentar. Uma consulta técnica sobre os problemas de saúde pública causados pelo uso nocivo do álcool, realizada em 2006 por esta organização (OMS, 2007), reconheceu que os problemas relacionados ao álcool são uma questão de saúde pública nesta região. Em Moçambique, o consumo de álcool constituiu a principal causa de procura de cuidados nas unidades sanitárias em 2012, segundo o Relatório Anual das Atividades Desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (2012). Dados da OMS (2011), sobre os padrões de consumo de álcool referentes ao período compreendido entre 1990-2006, em Moçambique, alertaram-nos para o facto de os padrões de consumo das mulheres (12,3%) terem sido relativamente superiores aos padrões de consumo dos homens (12,2%). Atualmente, os dados apontam para uma perspectiva diferente, visto que, em 2010 verificou-se que o consumo de álcool nos homens (13,0%) foi superior ao consumo de álcool das mulheres (11,7%) (OMS, 2014). Outros estudos apresentam valores ainda mais elevados (Padrão et al, 2011; Pires, Padrão, Damasceno, Matos & Lunet, 2003). Estes dados são preocupantes na medida em que percebemos que as mulheres pela sua constituição física revelam menor capacidade de metabolização do álcool (e.g. Brands, Sproule & Marsman, 1998).

Dentro do grande grupo das mulheres, ao abordar o consumo de álcool pelas mulheres grávidas, as nossas preocupações agravam-se porque o consumo de álcool durante a gravidez tem vindo a ser relacionado com situações problemáticas para a gravidez e o desenvolvimento da criança (subtis ou marcantes) tanto no período pré-natal como ao longo da vida (e.g. Popova, Lange, Burd & Rehm, 2012). A exposição pré-natal ao álcool tem vindo a ser associada a Síndrome Fetal Alcoólico [SFA], que integra problemas ao nível do Sistema Nervoso Central [SNC], atrasos no desenvolvimento e alterações faciais (e.g. Popova et al., 2012) e uma constelação de outros problemas neuro-comportamentais, mais ou menos subtis, que no seu todo, constituem o que atualmente se designa Espectro de Desordens do alcoolismo Fetal (Fetal Alcohol Spectrum Disorders – FASD). Estes défices são muitas vezes "invisíveis" e a falta de um indicador óbvio da deficiência, torna a condição difícil de identificar (McLachlan, Roesch, Viljoen & Douglas, 2014). De acordo com SAMHSA (2014) os indivíduos com FASD podem apresentar baixa capacidade cognitiva, baixo nível de funcionamento adaptativo e as capacidades de leitura, escrita e aritmética podem estar prejudicadas. A FASD é a

problemática mais comum na África do Sul, quando comparada com a Síndrome de Down e defeitos do tubo neural combinado (Viljoen, 2011 cit in OMS, 2011).

Os dados existentes, focando-se essencialmente nas consequências no desenvolvimento da criança exposta ao álcool durante a gestação (e.g. O'Leary & Bower, 2012), revelam o não conhecimento da dose mínima segura de consumo de álcool, fazendo com que a OMS (2012), alerte para a não utilização de bebidas alcoólicas durante a gravidez. No entanto, apesar da alerta sobre os riscos do consumo de álcool durante a gravidez, verifica-se que muitas mulheres grávidas continuam a consumi-lo nas diferentes fases da gravidez (e.g. Skagerstrom, Chang & Nilsen, 2010).

Em Moçambique não existem dados sobre o consumo de álcool durante a gravidez. Este facto dificulta que estas mulheres sejam acompanhadas durante a gravidez e que as crianças expostas ao álcool possam receber cuidados médicos adequados, serviços sociais com ações específicas, intervenções eficazes no plano educacional e ao nível do seu desenvolvimento socio emocional. Diferentes autores (e.g. Toutain et al.2010) defendem que considerando as consequências negativas para os bebés nascidos de mães que não modificam o seu padrão de consumo de álcool durante a gravidez, torna-se importante que estas mães sejam identificadas e providas de um melhor atendimento. Assim, é da maior importância que cada país conheça a sua realidade de consumos durante a gravidez de forma a organizar estratégias adequadas de prevenção e intervenção precoces que permitiriam reduzir os enormes custos humanos, financeiros e materiais que são uma consequência direta do consumo de álcool durante a gravidez.

A experiência de gerar um filho constitui uma fase de destaque no ciclo vital da mulher. A vivência da gravidez é marcada por um conjunto de tarefas que a mulher grávida deve ultrapassar (e.g. Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994). A resolução positiva destas tarefas terá uma influência significativa no modo como a mulher vai vivenciar a gravidez e a maternidade, estando relacionado com a prestação de cuidados à criança e com o seu desenvolvimento (e.g. Xavier, 2001).

Considerando que o uso de álcool traz inúmeras consequências, tanto para as gestantes como para o feto/criança (e.g. Foltran, Gregori, Franchin, Verduci & Giovannini, 2011), a pertinência desta investigação prende-se com a necessidade de explorar um campo totalmente novo em Moçambique, contribuindo tanto para o conhecimento do tipo de consumos durante a gravidez (até agora desconhecidos) como também das características da vivência psicológica da gravidez destas mulheres.

Dentro do grupo das mulheres grávidas, interessa-nos igualmente estudar a vivência psicológica das grávidas adolescentes pois, segundo o relatório sobre a situação da população mundial, realizado pelo Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA, 2013), todos os dias, 20 000 meninas com menos de 18 anos dão à luz nos países em desenvolvimento. O facto de pertencer a uma minoria étnica ou a um grupo marginalizado, não ter opções e oportunidades na vida, possuir pouco ou nenhum acesso à saúde sexual e reprodutiva, incluindo informação e serviços de contraceção, cria maior probabilidade da ocorrência da gravidez (UNFPA, 2013). Ainda de acordo com os dados do relatório do UNFPA (2013), Moçambique figura como um dos países onde uma rapariga em cada 10

teve um filho antes de ter completado os 15 anos e 35% das raparigas de 15-19 anos de idade estão casadas ou vivem maritalmente. Quando comparado com os outros países africanos verifica-se que a percentagem de raparigas que tiveram filhos antes de ter completado os 15 anos em Moçambique é de 42%, abaixo do Níger (51%), Chade (48%), Mali (46%) e Guiné-Conacri (44%). Comparado com Portugal, percebe-se que existe uma diferença significativa quando falamos da taxa de fecundidade na adolescência, visto que em Portugal, situava-se nos 14.7% em 2010 (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

Acredita-se que o conhecimento sobre a prevalência e a caracterização dos consumos e da vivência psicológica desta fase da vida contribuirá para a adoção de medidas de prevenção/ identificação e intervenção, a fim de se evitar consequências mais danosas. Ou seja, ao prevenir o uso de substâncias durante a gravidez irá aumentar a possibilidade de todas as crianças começarem a vida com o potencial de se tornarem cidadãos produtivos e responsáveis (Riley, Clarren, Weinberg & Jonsson, 2011).

Sendo assim, pretende-se com este estudo, avaliar os consumos de álcool nas mulheres grávidas (adultas e adolescentes) que frequentam as unidades públicas de saúde da Cidade de Maputo (Hospital Geral José Macamo e Hospital de Mavalane), explorar a vivência psicológica da gravidez nas mulheres grávidas que consomem álcool e avaliar a correlação entre o consumo de álcool e a vivência psicológica da gravidez e maternidade.

O presente estudo encontra-se dividido em duas partes. Na primeira, denominada *Enquadramento teórico* começamos por apresentar a contextualização teórica sobre o tema, nomeadamente o consumo de álcool em Moçambique, salientando a prevalência do consumo neste contexto. De seguida, é apresentado um capítulo dedicado à gravidez e maternidade como mudança, salientando as mudanças psicológicas que emergem nestas fases. São de seguida abordadas as tarefas desenvolvimentais que devem ser ultrapassadas durante a gravidez e maternidade e por fim, terminamos abordando a gravidez na adolescência tendo em consideração as características desta fase e os desafios relativos a gravidez e maternidade enfrentados pelas mães adolescentes. Por fim é apresentado um capítulo que aborda os principais fatores de risco para o consumo de álcool pelas mulheres grávidas e sobre os efeitos do consumo de álcool no desenvolvimento do feto e ao longo do desenvolvimento.

Na segunda parte do projeto, intitulada Estudo Empírico, serão apresentados os objetivos da investigação, é realizada a descrição dos participantes, dos instrumentos utilizados. De seguida são apresentados os procedimentos: procedimento de recolha e análise de dados e um capítulo dedicado ao processo de adaptação para Moçambique da Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade – EAGM (Xavier, Paúl & Sousa, 2001) . É nesta Parte do projeto que serão apresentados os resultados obtidos e a discussão dos respetivos resultados. Por fim, na conclusão é possível encontrar a síntese dos principais resultados da investigação.



## **Parte 1 - Enquadramento Teórico**

### **1. Álcool**

#### **1.1. Consumo de Álcool em Moçambique**

Silva (2000), afirma que desde os tempos primitivos que o homem sempre teve facilidade em obter o álcool através da fermentação de frutas. Entretanto, devido ao efeito que este provocava tanto nas mulheres como nos homens, ao longo da história, as sociedades sempre manifestaram a necessidade de criar normas formais e regras informais para o consumo socialmente aceitável (desta e de outras substâncias psicoativas) (Correia cit. in Borges & Filho, 2004). O álcool tem um papel importante na vida social quotidiana, estando presente em ocasiões sociais tão diversas como por exemplo, o nascimento de uma criança, casamentos e funerais, assim como na transição entre o trabalho e o lazer, facilitando o intercâmbio social (Anderson, Gual & Colom, 2005).

Em vários países africanos as bebidas alcoólicas tradicionais continuam a constituir dimensões ocultas (OMS, 2007). Muito do que é consumido, especialmente nas áreas rurais e zonas pobres urbanas, inclui bebidas de fabrico caseiro usando métodos tradicionais de fermentação ou destilação de grãos maltados, frutas, cana-de-açúcar, mel ou seiva de palmeira (OMS, 2007). Os dados da OMS (2014) referentes ao consumo de álcool em Moçambique, no período compreendido entre 1961-2010 revelam que as bebidas alcoólicas tradicionais representam 25% das substâncias consumidas, 63% corresponde a cerveja, 7% ao vinho e 4% a outras substâncias. Pires e colaboradores (Pires, Padrão, Damasceno, Matos & Lunet, 2003) realizaram um estudo com uma amostra representativa de 20 033 moçambicanos com idades compreendidas entre 25-64 anos em 2003, com o objetivo de estimar o consumo de álcool em Moçambique e comparar a informação fornecida pelos sujeitos entrevistados e a informação fornecida pelos familiares que estavam ausentes durante a entrevista. Os dados da pesquisa revelaram que um quarto das mulheres e metade dos homens eram consumidores atuais e mais de 75% relataram que a bebida tradicional era a mais consumida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2012) atualmente, apesar de apenas metade da população mundial consumir álcool, esta organização alerta para o facto do consumo de álcool ser a terceira causa principal de problemas de saúde e morte prematura no mundo.

Em Moçambique, 54% do total de pacientes em todo país recorre aos serviços de saúde devido a problemas mentais e de comportamento causados pelo consumo nocivo de bebidas alcoólicas (Departamento de Saúde Mental, 2012). Padrão e colaboradores (Padrão et al, 2011) realizaram um estudo em Moçambique com o objetivo de descrever o consumo de álcool, discriminando o comportamento de consumo por divertimento e a variação por semana nos padrões de consumo e para quantificar a associação entre características sociodemográficas e a ingestão de álcool. A amostra era constituída por 3.265 indivíduos com idades compreendidas entre os 25-64 anos. Os dados do estudo revelaram que 40% dos bebedores relatou ter consumido álcool por divertimento pelo menos uma vez na semana anterior. No grupo avaliado, a prevalência de consumo foi de 28,9% para as mulheres e

57,7% para os homens. Relativamente à associação entre as características sociodemográficas e a ingestão de álcool, os dados revelaram que a prevalência de consumo aumentou com a idade e escolaridade entre as mulheres e com a renda entre os homens. Os resultados relativamente à prevalência de consumo entre homens e mulheres são congruentes com os dados atuais sobre os padrões de consumo de álcool em Moçambique que revelam que os homens consomem mais álcool [13,0%] quando comparados com as mulheres [11,7%] (OMS, 2014). O Ministério da Saúde tem realizado anualmente palestras dirigidas aos estudantes do ensino Secundário, utentes das Unidades Sanitárias e reclusos com o objetivo de informar, educar e sensibilizar as comunidades sobre as consequências para a saúde do consumo nocivo de substâncias psicoativas incluindo as bebidas alcoólicas (Ministério da Saúde, 2012).

No entanto, relativamente aos utentes que frequentam as unidades sanitárias não existem dados sobre a percentagem de mulheres grávidas que consomem álcool durante a gravidez. Também não existem em Moçambique quaisquer outros tipos de resultados que integrem informação relativa ao consumo de álcool durante a gravidez.

De seguida, passamos a abordar o tema Gravidez e Maternidade com especial enfoque as tarefas desenvolvimentais que a mulher deve ultrapassar nesta fase.

## **2. Gravidez e Maternidade**

### **2.1. Gravidez e Maternidade como mudança**

O processo de constituição da maternidade inicia-se muito antes da concepção. Ela surge a partir das primeiras relações e identificações da mulher, passando pela atividade lúdica infantil, a adolescência, o desejo de ter um filho e a gravidez propriamente dita (Piccinini, Gomes, Nardi & Lopes, 2008).

Canavarro (2001) afirma que do ponto de vista psicológico, a gravidez e maternidade são processos dinâmicos, de construção e desenvolvimento. Cada gravidez é única e existe uma certa qualidade da experiência interior que parece ser característica da condição de gravidez (Colman & Colman, 1994). Quando existe um projeto adaptativo de maternidade, a gravidez é um período que psicologicamente permite a preparação para ser mãe. Esta ideia é corroborada por Correia (2004), ao afirmar que a “idealização da criança que irá nascer bem como a alteração das motivações e das prioridades que a futura mãe passa a adotar como sua, transformam a gravidez num período muito rico e numa oportunidade para crescer e amadurecer como pessoa” (p. 135). As imagens da maternidade estão à nossa volta por exemplo, na mídia, textos médicos, manuais de acolhimento de crianças, textos feministas, biografias e autobiografias. Estas representações de maternidade comunicam ideais e estereótipos e nos dizem como é esperado que as mães sintam, pensem e ajam (Klee, Jackson & Suzy, 2002).

Contrariando a perspectiva do senso comum, Canavarro (2001) chama-nos a atenção para o equivocado pressuposto de que todas as mulheres nascem com o instinto para a maternidade. Esta ideia é reforçada por Tobin (1999, cit. in Canavarro, 2001), ao afirmar que a mulher nasce com a capacidade de reprodução, e unicamente essa capacidade é biologicamente oferecida. Entretanto, só esta capacidade, não é o fundamental para que uma mulher deseje ter uma criança ou seja capaz de assumir as tarefas inerentes a maternidade.

Os fatores associados a época histórica e a organização sociocultural onde a mulher está inserida, influenciam significativamente a forma como esta percebe a maternidade e gravidez, alertando para as dimensões psicológicas e sociais da gravidez, para além da dimensão física (Klee et al, 2002). O avanço científico e tecnológico permite em alguns contextos que a mulher tenha mais controlo sobre a gravidez e consequentemente, nas opções que faz em relação a sua vida, como por exemplo, quando engravidar.

Relativamente aos fatores desenvolvimentais, que estão associados à história do indivíduo, Canavarro (2001, p. 26) destaca a relação que a mulher estabeleceu com sua própria mãe “ (...) a sua própria mãe, é para cada mulher o primeiro e principal modelo de comportamentos e afetos maternos”. No entanto, esta influência não é linear, ou seja não é o único determinante do desenvolvimento.

Refletindo sobre o conceito de “boa mãe”, que antigamente estava associado a capacidade de garantir a sobrevivência física do bebé Tobin (1998, cit in Canavarro, 2001), salienta que este

conceito, atualmente, parece estar associado a capacidade pessoal de sacrificar as suas próprias necessidades – de privacidade, tempo e coisas materiais em favor do filho. Esta abordagem é igualmente baseada na observação de que as mães deverão apresentar somente o amor materno incondicional, serem centradas na criança e estarem disponíveis recetivas (Klee et al., 2002). No entanto, surgem muitos momentos em que as necessidades de cuidados do bebé concorrem com as motivações de prestação de cuidados da mãe. Devido a modelos socialmente construídos, as mulheres internalizam expectativas sociais da maternidade e, portanto, se sentem culpadas quando não podem alcançar os padrões impostos, (Klee et al., 2002). A imagem de ser boa mãe transporta uma mensagem difícil para a mulher grávida pois, transparece que a mulher deve ser perfeita nos cuidados para com o filho. Entretanto, sabe-se que as mães são imperfeitas e somente podem fazer o seu melhor (Colman & Colman, 1994). Esta ideia é corroborada por vários autores (e.g. Klee et al., 2002) ao afirmarem que este estereótipo é impossível viver, até mesmo nas mais privilegiadas circunstâncias. É particularmente pernicioso para as mães que vivem em situações de extrema pobreza ou em condições ambientais extremas e muitas vezes com apoio mínimo (Klee et al, 2002).

Tendo em consideração que a gravidez pode por um lado, ser concebida como um período rico em experiências, expectativas e simbolismos e por outro, potenciar um período de crise e de maior vulnerabilidade pessoal, de seguida são apresentadas as tarefas desenvolvimentais que a mulher grávida vai enfrentar ao longo da gravidez.

## **2.2. As Tarefas Desenvolvimentais da Gravidez e Maternidade**

Segundo uma perspetiva desenvolvimental, a gravidez e a maternidade são considerados um período desenvolvimental que, tal como outras fases de desenvolvimento, caracterizam-se pela necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas e viver uma crise própria (e.g. Canavarro, 2001; Xavier, 2001). Na perspetiva de Canavarro (2001), o conceito de crise está diretamente ligada à mudança e ao *stress*. Tal como sucede com outras crises existenciais, a gravidez cria um equilíbrio delicado entre experiências positivas e negativas, entre expansão e regressão. Mesmo que haja problemas emocionais na gravidez, a maior parte tem as suas raízes nas reações normais à mudança e desenvolvimento (Colman & Colman, 1994).

A resolução positiva das tarefas poderá ser gratificante para o indivíduo, pois segundo Canavarro (2001, p. 37), permitirá “ (...) o acesso a níveis de funcionamento superiores, no sentido da resolução de anteriores problemas desenvolvimentais e organização de constelações intrapsíquicas e relacionais mais complexas e gratificantes”.

Vários autores têm buscado identificar as tarefas em causa durante a fase de maternidade. Estudos têm procurado estabelecer a relação entre as tarefas de desenvolvimento que caracterizam esta fase e o desenvolvimento cronológico da gravidez e puerpério (e.g. Canavarro, 2001 e Colman & Colman, 1994). Embora exista alguma concordância da existência de alguma correspondência entre as

dimensões tempo cronológico e tarefa desenvolvimental, esta ligação não é linear. Existem tarefas que se prolongam para além do período proposto (usualmente trimestre), outras que cujo início não coincide com o princípio do período em causa, porque o *timing* na resolução das tarefas depende de mulher para mulher.

De seguida, são apresentadas as tarefas desenvolvimentais propostas por Colman & Colman (1994) e Canavarro (2001):

- Aceitar a gravidez - A primeira tarefa é aceitar a realidade da gravidez. Apesar de ser uma tarefa intrínseca, é possível que haja alguma ambivalência entre o desejo e o medo da gravidez. Normalmente, a confirmação definitiva do estado de gravidez, a aceitação e o apoio por parte dos familiares mais chegados, são cruciais para ajudar a ultrapassar esta ambivalência. É neste momento que se inicia igualmente o processo de identificação com a figura materna, ou seja, a gestante procura referências nos modelos maternos conhecidos especialmente na sua própria mãe.

- Aceitar a realidade do feto - Na fase inicial da gravidez, do ponto de vista das fantasias, a mãe vê o bebé como parte integrante de si. A sua atenção está sobretudo virada para as transformações do seu corpo. Ao longo da gravidez, gradualmente, a representação do bebé vai-se tornando mais autónoma e realista, nomeadamente pelas sensações e visualização da existência real do bebé, através dos movimentos fetais e das ecografias.

- Reavaliar e reestruturar a relação com os pais - Esta tarefa exige o confronto com a família de origem, na qual a mulher reavalia o tipo de relacionamento que teve com os seus próprios pais, à procura de um modelo. Especificamente, a mãe funciona como principal modelo de comportamento materno para a mulher. Para que a mulher se sinta confortável com o seu novo papel, é importante que consiga integrar todas as experiências positivas e negativas que teve enquanto filha, aceitando os sucessos e também os fracassos dos seus pais. Isso permitirá que ela adote os comportamentos adequados da sua mãe, substituindo por outros que possam estar desajustados à sua situação e contexto, e permitirá igualmente que possa aceitar as suas próprias falhas como mãe.

O nascimento de uma criança assume várias vezes o significado de continuidade geracional, constituindo-se como um meio unificador de gerações. É importante que haja o reajuste sobre os papéis a desempenhar após o nascimento, para que a mulher possa viver plenamente a maternidade.

- Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro - O nascimento de um filho obriga a uma reestruturação importante na vida do casal visto que, este se prepara para incorporar um novo membro.

Os membros do casal, que até agora constituíam uma aliança romântica e conjugal, passam a partilhar uma nova realidade, o papel parental. O casal deve reajustar a sua relação no plano afetivo, de rotina diária e de relacionamento sexual. Obviamente que a adaptação a este novo papel depende da organização prévia do casal. A apropriação positiva do papel parental permitirá a partilha e articulação das tarefas domésticas e de cuidados, e a tomada de decisão aos vários níveis, como

financeiro ou profissional e sobretudo, que cada membro do casal esteja mais sensível às necessidades do outro e seja capaz de comunicar, partilhar e ajudar o outro a lidar com as novas experiências.

Este período de risco, se for ultrapassado com sucesso pode revelar-se como um momento privilegiado de desenvolvimento pessoal, conjugal e familiar.

- Aceitar o bebé como pessoa separada - Este período é caracterizado pelo aumento da ansiedade devido a aproximação do parto. A mulher vivencia alguns sentimentos ambivalentes que se caracterizam pelo desejo de ver o filho e terminar com a gravidez, e ao mesmo tempo, a vontade de estender a gravidez para adiar o parto e as novas exigências que o nascimento implica. A tarefa desta fase consiste em aceitar a separação do bebé, simbolizada principalmente pelo parto, reconhecendo, nomeadamente pela mãe, que o bebé existe separado desta, com características e necessidades próprias.

- Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade (para integrar a identidade materna) - Esta tarefa integra um pouco de todas as tarefas descritas anteriormente. Esta nova tarefa implica a avaliação das perdas e dos ganhos introduzidos pela parentalidade e a aceitação das mudanças provocadas por este novo estágio. A adaptação a esta tarefa depende largamente dos significados atribuídos a estas novas mudanças. Por exemplo, as mulheres que sempre atribuíram maior valor aos aspetos profissionais e cujo estilo de vida não incluía tarefas domésticas, podem sentir-se desconfortáveis em relação a este novo papel.

No entanto, se algumas mães sentem uma grande descontinuidade com a identidade anterior, outras sentem que esta nova função foi aquilo com que sempre sonharam, pelo que a adaptação a esta nova fase irá depender da identidade prévia de cada mulher.

- Reavaliar e estruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s) - Quando a mãe já têm outros filhos, acresce ainda uma sétima tarefa, que se refere à reestruturação da relação com os outros filhos. Nesta fase, é importante que a mulher integre o novo filho como mais uma pessoa separada, não o assimilando à identidade dos outros filhos.

### **2.3. Gravidez na Adolescência**

A adolescência corresponde ao período da vida caracterizado pela reorganização biológica, cognitiva, emocional e social, com o objetivo de se adaptar o adolescente às expectativas culturais de se tornar um adulto (e.g. Lerner & Steinberg, 2004). A puberdade, que corresponde a fase inicial da adolescência, começa com mudanças subtis nos processos cerebrais neuro-endócrinos, concentrações hormonais, nas características físicas e morfológicas e culmina na maturidade reprodutiva (e.g. Lerner & Steinberg, 2004). A crescente maturação fisiológica é habitualmente acompanhada pela súbita descoberta de novas relações e experiências, de ordem afetiva e sexual, muitas vezes geradoras de intensos conflitos para o adolescente (Rodrigues, 2010).

As mudanças psicológicas que se produzem neste período, que são por sua vez correlacionadas com as mudanças corporais, implicam uma nova relação com os pais e com o mundo. Os contextos sociais, culturais, socioeconômicas e especialmente o contexto familiar, têm influências no desenvolvimento da identidade do adolescente (e.g. Canavarro & Pedrosa, 2012). A sexualidade e a formação da identidade sexual são aspetos importantes da adolescência, que recebem um lugar de destaque na literatura existente (e.g. Cano, Ferriani, & Gomes, 2000). A sexualidade por sua vez agrega uma dimensão biológica, que diz respeito ao corpo e às suas transformações, uma dimensão relacional, referente às representações dos relacionamentos, estilos de comunicação e estabelecimento de compromissos, uma dimensão ética e sociocultural, associada com as escolhas, responsabilidades da vivência sexual e a influência da cultura, valores e regras e, ainda, uma dimensão psicológica, ligada às emoções, sentimentos, afetos e atitudes (Reis, Ramiro & Matos, 2012 cit. in Matos & Tomé, 2012).

A revolução sexual trouxe para a população adolescente, duas mudanças que parecem estar indiscutivelmente provadas: a redução da idade em que os jovens estreiam as relações sexuais e a promiscuidade daquelas (Almeida, 2003). A sexualidade do adolescente não é necessariamente harmoniosa, visto que a maturidade emocional nem sempre acompanha a maturidade física (Reis et al. 2012 cit. in Matos & Tomé, 2012; Rodrigues, 2010). A iniciação sexual precoce entre adolescentes tem acarretado uma preocupação cada vez maior entre profissionais de saúde, pais e professores em decorrência da falta de conhecimentos sobre concepção e o não uso de contraceptivos.

Alguns adolescentes não sabem como evitar a gravidez porque são incapazes de obter contraceptivos ou porque não conhecem o período de maior fertilidade do ciclo menstrual (Canavarro, 2001). No entanto, mesmo onde os contraceptivos estão amplamente disponíveis, os adolescentes sexualmente ativos são menos propensos a usar contraceptivos quando comparados com os adultos. Em algumas situações, as adolescentes podem ser incapazes de recusar manter relações sexuais. A violência sexual é generalizada e afeta particularmente as adolescentes, dados revelam que mais de um terço das meninas em alguns países relata que sua primeira relação sexual foi forçada (OMS, 2012).

Verifica-se que muitas raparigas não assumem a possibilidade de engravidar porque não conseguem se imaginar como mulheres. Há aquelas que pensam que não engravidarão na primeira vez que tiverem relações sexuais, se o rapaz não ejetar ou se elas próprias não tiverem orgasmo. Muitas acham menos embaraçoso ter relações sexuais do que prepararem-se com contraceptivos para o ato sexual ou existem aquelas que acham que os rapazes tem menos respeito pelas raparigas que usam meios contraceptivos (Almeida, 2003).

Menos se conhece sobre a vivência da gravidez adolescente em países em desenvolvimento, nomeadamente em África. No entanto, trabalhos nestes contextos costumam sublinhar a importância dos elementos culturais, nomeadamente dos ritos de iniciação e casamentos precoces mais habitualmente relacionados com as taxas de gravidez adolescente (que abordamos seguidamente) e

suas consequências, por exemplo na continuação ou não da escolaridade do que com a vivência psicológica desta fase (UNFPA, 2013).

O aumento nas taxas de gravidez na adolescência pode ser explicado por diferentes causas, podendo variar de país para país (Santos, Paludo, Schirò & Koller, 2010).

Cerca de 16 milhões de meninas com idade entre 15 a 19 anos e dois milhões de meninas com menos de 15 anos dão à luz todos os anos. No mundo, uma em cada cinco meninas deu à luz com a idade de 18 anos. De acordo com estimativas de 2010 (OMS, 2012), 36,4 milhões de mulheres em países em desenvolvimento, com idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos afirmaram ter dado à luz antes dos 18 anos. Nas regiões mais pobres do mundo, esse número sobe para mais de uma em cada três meninas. Nos países de baixa e média renda, mais de 30% das meninas se casam antes dos 18 anos de idade; cerca de 14% antes dos 15 anos. Além disso, adolescentes casadas tendem a engravidar e dar à luz, de acordo com as normas sociais (OMS, 2012).

Relativamente a Moçambique, apesar do governo moçambicano ter proibido o casamento antes dos 16 anos e, desde 2004, quando a nova Lei de Família entrou em vigor, ficar estipulado que não pode haver casamento antes dos 18 anos sem o consentimento dos pais, estima-se que 40% das jovens de 20-24 anos tiveram filhos antes dos 18 anos (UNFPA, 2011). A frequência da gravidez na adolescência está diretamente associada ao casamento prematuro, uma vez que 18% das jovens deste grupo etário estão casadas antes de 15 anos de idade, e 52% casaram antes de completar 18 anos (UNFPA, 2013). As províncias do norte de Moçambique (e.g. Cabo Delgado e Niassa) mostram maior proporção de raparigas casadas (52%) do que as províncias localizadas no sul do país (e.g. Maputo Cidade), 13%. Globalmente há evidências de que os casamentos prematuros estão associados com a gravidez precoce e alta fecundidade (UNFPA, 2013).

Diferenças por região, local de residência e *status* educacional ou económico são igualmente observáveis e comuns dentro do mesmo país. Em Moçambique, as zonas rurais evidenciaram as taxas de fecundidade em adolescentes mais elevadas, em 2011, porém com uma tendência de queda muito mais acentuada no período de 2003 a 2011, quando comparada com a área urbana (UNFPA, 2013). A mesma organização chama-nos a atenção para o facto de ao nível da distribuição regional a taxa de fecundidade das adolescentes ser muito elevada no norte do país, particularmente nas províncias de Cabo Delgado (224) e Niassa (239) quando comparada com Maputo-Cidade (73) que possui níveis mais baixos.

As raparigas de baixo nível económico e sem nenhuma escolaridade têm um número de filhos duas vezes maior quando comparadas com as raparigas com o nível de escolaridade secundária e elevado nível económico. A educação é um fator importante de proteção para a gravidez precoce: quanto mais anos de escolaridade, menos se verificarão as gravidezes precoces. As taxas de natalidade entre as mulheres com baixa escolaridade são mais elevadas do que para aquelas com ensino secundário ou superior (OMS, 2012).

Muito embora a maternidade na adolescência não se traduza numa condição de risco para todas as mães, é verdade que esta revela-se um desafio para o qual a grande maioria não está preparada (Figueiredo, 2001). O mesmo autor afirma que do ponto de vista desenvolvimental a situação de imaturidade desenvolvimental, característica da adolescência, se sobrepõe as tarefas desenvolvimentais da maternidade. A jovem adolescente passa por um processo de inúmeras mudanças, associadas com as tarefas desenvolvimentais da adolescência, às quais adicionam as que caracterizam os períodos da gravidez e maternidade (Canavarro, 2001). A gravidez ao ocorrer na idade adulta, verifica-se que as tarefas desenvolvimentais relativas à adolescência se encontram quase sempre resolvidas assim, a situação de imaturidade usualmente não se verifica.

De seguida são apresentadas algumas tarefas desenvolvimentais da adolescência que podem estar em conflito com as tarefas desenvolvimentais da maternidade (Figueiredo, 2001).

Ao nível do corpo percebe-se que a aceitação das alterações corporais provenientes da gravidez e a sua integração numa imagem corporal adaptada pode estar dificultada, visto que quando a gravidez surge, a adolescente está ainda a aceitar e a integrar a sua nova identidade corporal às mudanças pubertárias relativas ao seu corpo sexuado.

Ao nível cognitivo, algumas limitações do pensamento como por exemplo, o egocentrismo, dificultam que a adolescente tenha uma resposta adaptada à maternidade. Esta característica pode dificultar que a mãe adolescente perceba o bebé enquanto realidade separada e distinta e com necessidades próprias.

Ao nível relacional, a autonomia progressiva é uma tarefa essencial da adolescência. No entanto, a gravidez pode ser um impedimento para a autonomia progressiva porque se por um lado precipita, por outro, dificulta porque diversas vezes a adolescente coloca-se numa situação de dependência como por exemplo, a nível socioeconómico. Numa altura em que os pares assumem um papel de maior destaque na vida do adolescente, a mãe adolescente vê-se obrigada a transferir esse protagonismo para a família. Esta regressão pode dificultar o desenvolvimento das suas relações e competências interpessoais.

A gravidez impõe novas formas de funcionamento e de relacionamento familiar, que são características da vida adulta, alterações ao nível do desenvolvimento psicológico (identidade, desenvolvimento sociocognitivo, atitudes maternas e desenvolvimento sócio emocional), no contexto familiar, no contexto da relação com os pares e com o companheiro e no âmbito escolar (Simões, 2005; Canavarro, 2001). Um estudo realizado em Portugal por Simões (2005) com mães adolescentes revelou que a maioria das adolescentes identificou mudanças na sua vida, em consequência da maternidade precoce, dominando as situações de perceção de maior responsabilidade e amadurecimento ou dificuldade. Aproximadamente metade das adolescentes referenciou que a sua vida mudou muito, os seus planos de vida foram modificados e perderam a sua juventude. Muitas jovens sentiram, igualmente, dificuldades económicas por não ainda terem estabilidade financeira.

Dependendo do contexto social em que está inserida a adolescente, a forma como a família vai lidar com a antecipação da redefinição das tarefas e dos papéis familiares que a passagem à idade adulta de um dos seus membros obriga (Figueiredo, 2001) a gravidez pode ser encarada como evento normal, não problemático, aceite dentro das suas normas e costumes (Rodrigues, 2010).

Por sua vez, o processo de construção da identidade que implica uma reflexão sobre o que o indivíduo foi no passado, do que é no presente e do que antecipa no futuro no caso da adolescente em que a identidade se encontra em construção quando acontece a gravidez, esta tarefa pode estar dificultada, podendo ocorrer ou a rejeição da identidade parental ou uma falsa definição de identidade (Figueiredo, 2001).

Geralmente, como as mulheres adolescentes não têm concluído a sua escolaridade e não estão academicamente preparadas para o mercado de trabalho, elas tem pouco tempo para fazer os ajustes a longo prazo nas suas relações pessoais e raramente têm meios financeiros para se sustentar (Hanna, 2001).

No que concerne ao apoio de social prestado a adolescente, o estudo já referido, realizado por Simões (2005) revelou que a avó materna é a pessoa nomeada como a principal figura de apoio da adolescente nos cuidados com a criança (56.7%), seguindo-se o pai do bebé (50.0%), a avó paterna (23.3%) e a tia do bebé (13.3%). Quando a mãe adolescente beneficia de apoio por parte da sua mãe, pode recorrer menos ao pai do seu filho ou, noutro sentido, quando recebe pouco apoio por parte do pai do seu filho, poderá ser compensada pelo apoio da sua mãe. Canavarro (2001) refere que o suporte prestado pela mãe da adolescente contribui positivamente para o ajustamento da jovem e do filho, a curto e longo prazo no entanto, quando este apoio se prolonga para além do período perinatal, isto pode ter implicações negativas para o ajustamento da adolescente e no seu desempenho enquanto mãe. Para além da função de suporte, as mães das adolescentes servem igualmente para a definição de modelos maternal nas adolescentes. As adolescentes que se sentem mais aprovadas como pessoas e mais afetivamente ligadas às suas mães, identificam-se mais com as suas mães, no momento da maternidade precoce, e, de igual modo, são mais influenciadas pelo modelo maternal das suas progenitoras, o que irá influenciar o modo como perspetivam a maternidade, em geral, e o papel maternal, em particular Simões (2005). Almeida (2003) afirma que por vezes, o comportamento das mães adolescentes tende a ser mais agressivo quando comparado com o de mães maduras. Este comportamento pode ser explicado pelo *stress* emocional a que as adolescentes estão sujeitas, o que por sua vez, vai diminuir a tolerância para as demandas do latente. Este fator associado a uma menor instrução que possuem, condiciona a interpretação das mensagens transmitidas pelos filhos. Um estudo realizado por Lavine et al. (1985, cit. in Almeida, 2003), sobre a relação entre a idade da mãe e a interação com o filho revelou que a interação face-to-face não parecia ser influenciada pela idade. Entretanto, relativamente a capacidade para ensinar, notou-se que havia diferenças significativas entre as mães adolescentes e as não adolescentes. Na medida que, enquanto as mães não adolescentes

apoiavam os seus filhos em todos os passos de uma tarefa, as mães adolescentes restringiam-se a dizer ao filho que a fizesse e notava-se que estas mães proporcionavam menos estímulo intelectual.

Os recursos financeiros também assumem um papel muito importante no ajustamento da adolescente à maternidade. Simões (2005) afirma que eventualmente, as adolescentes que percebem o seu sistema familiar como melhor dotado em recursos – em comparação, pelo menos, com as mães com situação material mais precária – tendem a minorar o impacto da maternidade inesperada na sua vida ou sentir menor peso na mudança, visto se avaliarem como mais protegidas no ambiente familiar.

Em resumo a gravidez na adolescência traz vários desafios para a jovem mãe por um lado, por estar a passar pelas tarefas desenvolvimentais que caracterizam a adolescência por outro, porque também deve enfrentar as tarefas desenvolvimentais da gravidez. É evidente que os percursos das adolescentes são diferenciados e o contexto em que jovem está inserida influencia significativamente o modo como a jovem vai vivenciar a gravidez.

De seguida passamos a abordar a o capítulo sobre o consumo de álcool durante a gravidez. Cientes que existem vários fatores que podem contribuir para o consumo de álcool durante a gravidez, passamos a apresentar no capítulo a seguir os fatores de risco que a investigação científica tem identificado para o consumo de álcool pelas mulheres grávidas.



### 3. Consumo de Álcool na Gravidez

#### 3.1. Fatores de risco para o consumo de álcool na gravidez e suas consequências

A falta de consenso sobre os níveis de consumo permitidos durante a gravidez tem sido motivo de debate entre os investigadores (O'Leary & Bower, 2013). Apesar de ser reconhecido que o consumo de álcool tem efeitos maléficos ao feto, ainda não se sabe ao certo a dosagem mínima que pode originar o problema. Considerando que não existem limites seguros, considera-se que uma gestação será plenamente segura apenas se estiver livre de álcool (Anthony & Andrade, 2009) sendo por isso que a OMS aconselha a abstinência durante a gravidez (OMS, 2012).

Como já referimos, o nascimento de uma criança é um evento importante na vida de uma mulher, que pode requerer um ajuste substancial à mudança de papel e novas demandas. Tal como acontece com outros eventos importantes na vida, pode haver um risco elevado de *stress*, doença física e psicológica e reduzida satisfação, mas também o potencial para aprender novas habilidades de enfrentamento e de autodesenvolvimento positivo (Klee et al., 2002).

Dependendo da forma como é vivenciada a gravidez, vários autores (e.g. Testa & Leonard, 1995), têm sugerido vários fatores ambientais específicos que originam o consumo de álcool. Testa & Leonard (1995) afirmam que há evidências de que as mulheres grávidas podem ser mais propensas a consumir álcool, quando este ato é apoiado por suas redes sociais. Os mesmos autores afirmam que as redes sociais que reconhecem os potenciais riscos do consumo de álcool durante a gravidez podem constituir um grande suporte nos casos em que as mulheres desejam reduzir ou extinguir o consumo de álcool.

Um estudo realizado por Jones & Joanne (2012) procurou perceber em 12 mulheres Australianas quais eram os fatores que as motivavam a não beber durante a gravidez. As participantes relataram terem sido fortemente influenciada por duas normas sociais conflituosas: por um lado o “beber” da norma, que rotula os não-bebedores como antissociais e faz com que muitas mulheres se sintam pressionadas a consumir álcool e por outro lado, a norma “boa mãe”, o que gera um sentimento de culpa associado ao beber durante a gravidez.

Toutain (2010), ao realizar um estudo na França, com uma amostra de 42 mulheres, com o objetivo de compreender a opinião das mulheres relativamente a abstinência durante a gravidez, constatou que para algumas mulheres o consumo de álcool durante a gravidez não era problemático pois, fazia parte do seu estilo de vida e das experiências das suas próprias mães.

Um estudo realizado com 619 mulheres Sul-africanas grávidas com idades entre 18 e 41 anos, com o objetivo de identificar os fatores de alto risco associados ao consumo de álcool antes do reconhecimento da gravidez. Os resultados revelaram que o consumo de álcool foi associado ao facto de ser mais jovem, solteira, ter melhores condições de vida, tabagismo, ter o tempo de gestação avançado antes do reconhecimento da gravidez, com um maior número de parceiros sexuais e uma maior incidência de violência íntima pelos parceiros (O'Connor, et al., 2011).

Tendo em conta que o presente projeto versa sobre o consumo de álcool durante a gravidez, torna-se importante refletir sobre os efeitos do consumo do álcool sobre no feto.

### **3.2. Consumo de álcool na gravidez e os seus efeitos no Desenvolvimento**

Silva (2000), afirma que sendo o álcool uma droga de consumo milenar, esta também foi a primeira droga a ser associada a distúrbios do desenvolvimento fetal. A autora afirma que já os filósofos gregos discutiam os possíveis efeitos teratogénicos do consumo do álcool pela mãe sobre os filhos.

Do ponto de vista biológico, as mulheres são metabolicamente menos tolerantes ao álcool quando comparadas com os homens. São vários fatores que podem explicar este fenómeno, dentre os quais, destaca-se o facto das mulheres tipicamente apresentarem menor volume de água no corpo e uma reduzida atividade das enzimas metabolizantes do álcool no fígado (e.g. Oliveira, Dell'agnolob, Ballani, Carvalho & Pelloso, 2012). Deste modo, torna-se evidente que devido a sua constituição física as mulheres que consomem álcool estão propensas a desenvolver problemas de saúde quando são expostas a mesma quantidade de álcool consumida pelos homens, para além de que o álcool aumenta a probabilidade de ocorrência de mortalidade (Oliveira et al. 2012).

Atualmente, apesar das recomendações clínicas e das campanhas sobre os riscos associados ao consumo pré-natal do álcool, estudos em vários países mostram que muitas mulheres grávidas continuam a consumi-lo (e.g. Skagerstrom, Chang & Nilsen, 2010).

Um estudo envolvendo 5882 mães, orientado por Walker, Sahab, Islam & Tamim, (2011), com o objetivo de identificar a epidemiologia do consumo de álcool durante a gravidez no Canadá, revelou que 10.8% das mulheres estudadas consumiu álcool em algum período da gravidez.

Xavier, Moreira & Gordinho (enviado para publicação) realizaram um estudo em Portugal, com o objetivo de descrever os padrões de consumo de álcool e as atitudes relacionadas com a gravidez e a maternidade em uma amostra selecionada de mulheres grávidas que procuraram a assistência pré-natal (cursos de preparação para o parto) em serviços públicos de saúde entre 2011 e 2012 no norte de Portugal (Matosinhos). A amostra era constituída por 89 mulheres com idades compreendidas entre os 21 aos 41 anos. Os resultados revelaram que 24,5% das mulheres grávidas continuaram a beber durante a gravidez. No grupo que relatou o consumo, a maioria (82,6%) relatou uma frequência de consumo de uma vez/mês ou menos e 17,4% relataram o uso de duas ou quatro vezes/mês.

Apesar de a abstinência ser a abordagem mais indicada para as mulheres grávidas, este conceito revela-se pouco claro em alguns contextos. Um estudo realizado por Toutain (2010), em França, revelou que para a maioria das mulheres abordadas, a conceção de abstinência não estava associada ao facto da mulher abster-se totalmente do consumo, mas sim, da quantidade de álcool considerada aceitável para a mulher grávida.

Ao contrário do que se podia pensar, estudos realizados em alguns países revelam que algumas mulheres reconhecem os efeitos do consumo do álcool. Por exemplo, um estudo realizado na Austrália por Peardon e colaboradores (Peardon, Payne, Henley, D'Antoine, Bartu, O'Leary, Bower, Elliott, 2010), com o objetivo de identificar o conhecimento e atitude das mulheres em relação ao consumo de álcool durante a gravidez, revelou que 61.5% das mulheres tinha ouvido falar sobre os efeitos do álcool no feto e 55.3% havia ouvido falado do Síndrome Alcoólica Fetal (que abordaremos seguidamente).

A OMS (2012) alerta para o facto de o álcool ser teratogénico, afetando o desenvolvimento do feto.

A exposição ao álcool durante a gravidez pode prejudicar o desenvolvimento do cérebro e está associado a défices intelectuais que se manifestam na infância e/ou mais tarde ao longo da vida (Popova et al., 2012; Xavier, 2011;).

Segundo Popova et al., (2012), o consumo crónico de álcool durante a gravidez está associado a ocorrência do Síndrome Alcoólico Fetal (SAF), um grupo de distúrbios graves, onde a exposição ao álcool causa danos congénitos ao Sistema Nervoso Central e a outros sistemas e órgãos do feto que subsequentemente conduzem a efeitos adversos. SAMHSA (2014) afirma que por outro lado, o consumo moderado de álcool está associado a um conjunto de sintomas mais ou menos subtis. No seu todo, estas conseqüências constituem o que atualmente se designa Espetro de Desordens do alcoolismo Fetal - Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD). O FASD não é um diagnóstico, mas sim, um termo genérico que cobre toda a gama de possíveis defeitos de nascimento e/ou deficiência de desenvolvimento que podem ser causados pela exposição pré-natal ao álcool (DEN, 2011). O FASD é frequentemente declarada como uma deficiência "invisível", porque a maioria dos indivíduos que vivem com FASD não apresentam, necessariamente, qualquer uma ou todas as características do SAF (DEN, 2011). As crianças com FASD podem apresentar problemas sérios de aprendizagem que poderão não ser identificados até ao início da escolaridade (Xavier, 2011). Os efeitos primários associados com a exposição pré-natal ao álcool são aqueles que refletem mais claramente uma lesão cerebral subjacente. Normalmente, o dano cerebral pode refletir-se em défices cognitivos, como dificuldades de aprendizagem, dificuldades de atenção, hiperatividade e impulsividade, défices motores, deficiências de comunicação funcionais, défices de memória, dificuldades na regulação e adaptação ao ambiente, e também como défices em funções executivas, tais como planeamento, pensamento flexível, mudando e inibindo e julgamento (e.g. Riley et al., 2011). Estas dificuldades são resumidas no quadro abaixo de acordo com DEN (2011):

|   |   |
|---|---|
| Dificuldades no funcionamento executivo | -Dificuldade em planejar, prever, organizar, priorizar e definir metas<br>-Dificuldade em cumprir as obrigações |
| Fraca capacidade de memorização         | -Dificuldades na entrada, integração, formação de   |

|   |   |
|---|---|
|   | associações, recuperação e de saída de informação<br>-Pouca aprendizagem através da experiência   |
| Dificuldades ao nível dos conceitos abstratos | -Dificuldades na compreensão de conceitos matemáticos   |
| Incapacidade de tomar decisões                | -Incapacidade de reconhecer o perigo<br>-Dificuldades em diferenciar a fantasia da realidade  |
| Incapacidade de generalização da informação   | -Dificuldades em aplicar uma regra aprendida a novas situações  |
| Comunicação e Linguagem                       | -Dificuldades em compreender instruções<br>-Dificuldade em compreender o significado da linguagem<br>-Dificuldade em se envolver em uma conversa                      |
| Impulsividade                                 | -Juntamente com a incapacidade de abstração (julgamento e conseqüências) e prever os resultados, o indivíduo pode atuar em primeiro lugar sem prever as conseqüências |
| Perseverança                                  | -Rigidez no pensamento.<br>-Dificuldades em lidar com as mudanças de rotina   |
| Imaturidade                                   | -Funcionamento social, emocional e cognitivo abaixo do que é esperado para a idade cronológica  |

Na África do Sul, estima-se que pelo menos um milhão de pessoas têm FASD e aproximadamente cinco milhões têm síndrome alcoólica fetal parcial e outros transtornos do espectro do álcool fetal. Com base em pesquisas realizadas e estudos em andamento, estima-se que entre 70 e 80 por 1000 recém-nascidos, no Cabo Ocidental têm a síndrome - a incidência mais alta no mundo. E o problema não se limita apenas as regiões rurais do Cabo Ocidental (Viljoen, 2011 cit in OMS, 2011).

Toutain, et al. (2010) realizaram um estudo com o objetivo de mostrar as conseqüências imediatas e de longo prazo nos recém-nascidos cujas mães não reduziram ou pararam o consumo de álcool quando estavam grávidas. Entre o grupo de 170 bebês, faziam parte do estudo 56 mães que não tinham modificado o seu consumo de álcool quando estavam grávidas, 30 mães que tinham reduzido o seu consumo de álcool e 84 mães que declararam ter sido abstinentes. De acordo com os resultados, os bebês nascidos de mães que não modificaram seu consumo de álcool durante a gravidez, (30%) estavam mais propensos a nascer prematuros e (60,7%) a serem internados na unidade de neonatologia do hospital. Eles precisavam de cuidados específicos por períodos significativamente maior do que os bebês expostos in útero a outras substâncias psicoativas ( $P < 0,005$ ) e foram mais frequentemente diagnosticados com perturbações do espectro do alcoolismo fetal (18%) e colocados em famílias substitutas (18%). Streissguth, Barr & Sampson (1990, cit. in Martin & Dombrowski,

2008) ao investigarem a relação entre competências cognitivas e o consumo moderado de álcool em crianças de sete anos identificaram que o consumo moderado estava significativamente negativamente relacionado com a capacidade intelectual e aos problemas de comportamento. O consumo de duas bebidas por dia ou mais, estava relacionada à diminuição de aproximadamente sete pontos no teste de inteligência. Howell et al. (2006, cit. in Martin & Dombrowski, 2008) afirmam que em adolescentes o consumo moderado de álcool tem efeitos significativos nas habilidades cognitivas e nos resultados acadêmicos Estes resultados são corroborados por vários autores (e.g. Willford, Richardson, Leach & Day, 2004 cit in Martin & Dombrowski, 2008) ao afirmarem que a leve ou moderada exposição ao álcool durante o primeiro trimestre prenuncia défices na aprendizagem verbal, memória de curto e longo prazo.

Relativamente aos problemas de comportamento, Sood et al. (2001, cit in Martin & Dombrowski, 2008) ao realizarem um estudo com um grupo de 665 famílias afroamericanas apuraram que o baixo consumo (> 0 menos de 0,3 litros uma vez por dia) estava relacionado a resultados altos na escala de externalização e comportamentos agressivos na prova CBCL. O consumo moderado e pesado de álcool (>0,3 litros uma vez por dia) associavam-se a resultados elevados na escala dos problemas e delinquência. Esta conclusão foi suportada por Olson et al. (1997, cit in Martin & Dombrowski, 2008) ao afirmar que mesmo o beber socialmente poderia produzir efeitos no comportamento.

Não negligenciando os efeitos diretos das substâncias sobre o organismo em desenvolvimento, Xavier (2011), alerta-nos para os efeitos “índiretos” que poderão, efetivamente, ser tão ou mais negativos no desenvolvimento da criança do que os anteriormente referenciados. Strathearn & Kim (2013) afirmam que o entendimento, a priorização e a resposta a estímulos afetivos infantis é uma componente-chave da maternidade, com implicações de longo prazo para o desenvolvimento socio-emocional infantil. Nas mulheres que consomem álcool, a habilidade de prestar cuidados ao filho poderá estar comprometida pela continuação do consumo, pelas características de personalidade, psicopatologia (como, por exemplo, depressão), ou ainda pela percepção (real ou distorcida) que a própria mãe tem da criança e do seu comportamento (e.g. Xavier, 2011).

Um estudo realizado por Tyrlik, Konečný (2011), com 3,569 mulheres tchecas, com o objetivo de explorar o efeito do consumo moderado de álcool sobre o comportamento da mãe para com seu filho revelou que em comparação com as mães de consumo moderado, as mães abstinentes expressavam mais emoções para com a criança, lidavam melhor com as demandas da maternidade e prestavam mais atenção às atividades educativas com a criança. Ao mesmo tempo, as mães abstinentes apresentavam um nível mais elevado de preocupação em relação à higiene da criança. Por outro lado, não houve diferenças significativas entre as mães de consumo moderado e abstinentes em relação à frequência de atividades de contacto físico (abraçar, tocar físico e caminhadas) com a criança.

Em resumo, percebe-se que em alguns contextos o consumo de álcool pelas mulheres grávidas surge pela necessidade de integração em grupos onde este consumo é permitido e incentivado.

Consequentemente, apesar de algumas mulheres reconhecerem que o consumo de álcool é prejudicial para o desenvolvimento do feto, elas apresentam dificuldades em abandonar o consumo e outras, acreditam que pequenas doses de álcool não são prejudiciais. Exatamente porque não se conhece a quantidade exata capaz de causar danos ao feto, a OMS (2012), recomenda tolerância zero para o consumo de álcool durante a gravidez.

Relativamente aos efeitos do consumo de álcool durante a gravidez vários autores (e.g Toutain, et al. 2010) relatam que o consumo de álcool durante a gravidez pode variar desde efeitos graves no desenvolvimento do feto e da criança a curto prazo e longo prazo a sequelas subtis que também influenciam significativamente o desenvolvimento da criança (Xavier, 2011). Deste modo torna-se importante perceber a prevalência dos consumos de álcool durante a gravidez, no grupo de mulheres grávidas de Maputo.

## Parte 2 – Estudo Empírico

### 1. Objetivos e Hipóteses

Almeida & Freire (2008) afirmam que qualquer investigação é realizada com o objetivo de buscar soluções, clarificar uma dúvida, replicar um fenómeno ou testar uma teoria. Sendo assim, com o intuito de explorar os consumos das mulheres grávidas em Moçambique e estudar a vivência psicológica das mulheres grávidas que consomem álcool, foi realizado um estudo exploratório baseado na metodologia quantitativa. A investigação quantitativa expressa-se através de números, ou seja, por entidades abstratas que representam uma contagem, uma medição (Ribeiro, 2008).

Esta metodologia parece-nos mais viável, visto que, ela permite-nos responder às hipóteses de investigação através da recolha e tratamento de dados sistematicamente, controlo de variáveis e a generalização dos resultados de forma mais ampla (Sampiere, Collado & Lucio, 2006).

O objetivo geral do nosso trabalho é analisar os consumos de álcool e a vivência psicológica da gravidez nas mulheres grávidas (adultas e adolescentes) que frequentam os Hospitais gerais da cidade de Maputo - José Macamo e Mavalane e para além disso, analisar a correlação entre o consumo de álcool e a vivência psicológica da gravidez nas mulheres grávidas. Quanto a aos Objetivos específicos, estes seriam:

1. Avaliar os consumos de álcool nas grávidas que frequentam os Hospitais Geral José Macamo e o Hospital Geral de Mavalane;
2. Comparar consumos entre grávidas adolescentes e grávidas adultas;
3. Validar a Escala de Atitudes na gravidez e Maternidade para as mulheres grávidas Moçambicanas;
4. Explorar a vivência psicológica da gravidez nas grávidas que consomem álcool e verificar se existem diferenças entre este subgrupo e o subgrupo de mulheres que não consomem;
5. Comparar a vivência psicológica da gravidez nas grávidas adolescentes que consomem álcool e nas grávidas adultas que consomem álcool;
6. Analisar a relação entre o consumo de álcool e a vivência psicológica da gravidez nas mulheres grávidas (adultas e adolescentes).

Foram colocadas as seguintes hipóteses:

**H1:** As mulheres grávidas que frequentam o Hospital Geral José Macamo e o Hospital Geral de Mavalane consomem álcool.

**H2:** Existem diferenças nos consumos entre as mulheres grávidas adultas e as grávidas adolescentes.

**H3:** As mulheres grávidas que consomem álcool apresentam diferenças na vivência psicológica da gravidez quando comparadas com as mulheres que não consomem álcool.

**H4:** As mulheres grávidas adultas que consomem álcool apresentam diferenças na vivência psicológica da gravidez quando comparadas com as que não consomem álcool.

**H5:** As mulheres grávidas adolescentes que consomem álcool apresentam diferenças na vivência psicológica da gravidez quando comparadas com as que não consomem álcool.

**H6:** Dentro do grupo de mulheres que consomem álcool, existem diferenças na vivência psicológica da gravidez entre adultas e adolescentes.

**H7:** A vivência psicológica da gravidez nas mulheres grávidas adultas está correlacionada com os tipos de consumos.

**H8:** A vivência psicológica da gravidez nas mulheres grávidas adolescentes está correlacionada com os tipos de consumos.

## **2 - Metodologia**

### **2.1. Amostra**

A amostra foi constituída por 252 mulheres grávidas utentes os Hospitais Gerais de Maputo, nomeadamente Hospital Geral José Macamo e Hospital Geral de Mavalane, que recorrem a consulta pré-natal entre fevereiro de 2013 e julho de 2014.

Foram considerados critérios de inclusão na pesquisa: mulheres grávidas, de todas as idades, que estivessem realizando, no período de recolha de dados, a consulta pré-natal nas unidades hospitalares referidas, que fossem capazes de compreender as questões e que a mesma ou o responsável (nos casos das menores de 18 anos) consentissem a sua participação.

O tipo de amostragem é não probabilístico por conveniência, cumprindo os participantes os critérios de inclusão.

Para a caracterização da amostra foi utilizada estatística descritiva dos dados relativos as mulheres grávidas, obtendo assim o número de sujeitos, a percentagem, a média e o desvio padrão para as diferentes variáveis.

Relativamente à idade constatou que as grávidas têm idades compreendidas entre os 14 e os 45 anos sendo estas as idades mínima e máxima respectivamente. A média das idades corresponde aos 25 anos e desvio padrão é de 5,68.

Seguidamente apresentamos a caracterização sociodemográfica e informação referente à gravidez (tabela 1 e 2).

**Tabela 1.** Dados sociodemográficos

|   | N   | %    |
|---|-----|------|
| <b>Idade</b>                                |     |      |
| < 18 anos                                   | 13  | 5,8  |
| 18-21                                       | 54  | 24,0 |
| 22-35                                       | 147 | 65,3 |
| >35   | 11  | 4,9  |
| Total                                       | 225 | 100  |
| <b>Grau de escolaridade</b>                 |     |      |
| Primário (1ª a 7ª classe)                   | 19  | 14,8 |
| Secundário (8ª a 12ª classe)                | 95  | 74,2 |
| Técnico profissional                        | 3   | 2,3  |
| A frequentar o Ensino superior              | 3   | 2,3  |
| Superior                                    | 8   | 6,3  |
| Total                                       | 128 | 100  |
| <b>Estado civil</b>                         |     |      |
| Solteira                                    | 116 | 71,6 |
| Casada                                      | 36  | 22,2 |
| União de facto                              | 10  | 6,2  |
| Total                                       | 162 | 100  |
| <b>Atualmente empregada</b>                 |     |      |
| Sim   | 52  | 30,2 |
| Não   | 120 | 69,8 |
| Total                                       | 172 | 100  |
| <b>Profissão</b>                            |     |      |
| Estudante                                   | 33  | 26,2 |
| Doméstica                                   | 55  | 43,7 |
| Profissões associadas a formação específica | 18  | 14,3 |
| <b>e/ou grau académico nível superior</b>   |     |      |
| Curandeira                                  | 1   | 0,8  |
| Profissões sem formação específica          | 19  | 15,1 |

**Tabela 2.** Dados referentes à gravidez

|   | N   | X    |
|---|-----|------|
| Gravidez planeada                       |     |      |
| Sim                                     | 110 | 61,8 |
| Não                                     | 68  | 38,2 |
| Total                                   | 178 | 100  |
| Sexo do bebé                            |     |      |
| Feminino                                | 19  | 7,5  |
| Masculino                               | 18  | 7,1  |
| Total                                   | 37  | 100  |
| Tempo de gravidez                       |     |      |
| Primeiro trimestre (1-15 meses)         | 19  | 17,3 |
| Segundo trimestre (16-24 meses)         | 53  | 48,2 |
| Terceiro trimestre (25 meses em diante) | 38  | 34,5 |
| Total                                   | 110 | 100  |

## 2.2. Instrumentos

As técnicas de auto preenchimento são as mais adequadas para avaliar muitos aspetos inerentes ao sujeito que são muito morosos de observar ou não são observáveis de todo (Ribeiro, 2008).

A avaliação do consumo de álcool foi realizada com recurso ao instrumento AUDIT -Alcohol Use Disorders Identification Test – versão para estudo (Xavier & Canda, 2013) adaptada da versão para Moçambique (Programa Nacional de Saúde Mental, 2013) (Anexo 1). Segundo (Babor et al., (2001), este questionário utilizado a nível internacional, foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar o consumo de álcool, sintomas de dependência e consequências nocivas da utilização abusiva de álcool. Este instrumento já tem vindo a ser utilizado nas consultas de psiquiatria e saúde mental para a realização do despiste de consumo de álcool em Moçambique (Programa Nacional de Saúde Mental de Moçambique, 2013).

A versão para estudo (Xavier & Canda, 2013) que foi utilizada neste trabalho integra especificamente a referência aos consumos durante a presente gravidez.

O AUDIT foi particularmente concebido para o uso de profissionais de saúde, em contextos de saúde, mas com instruções adequadas ele pode ser autoadministrado ou usado por outros profissionais que não trabalham neste contexto.

Este instrumento é de aplicação individual e tem um tempo de aplicação de aproximadamente, dois a quatro minutos. Na aplicação do questionário pede-se ao sujeito que, para cada um dos 10 itens se posicione em relação às opções de resposta. Para os itens, um, três, quatro, cinco, seis, sete e oito as

respostas se baseiam numa escala de cinco pontos (Zero – nunca, Um – uma vez por mês ou menos, Dois – duas a quatro vezes por mês, Três – duas a três vezes por semana, Quatro – quatro ou mais por semana). O item dois que avalia a quantidade de copos consumidos é respondido segundo uma escala de Zero – um ou dois, Um - Três ou quatro, Dois – cinco ou seis, Três – sete ou nove, Quatro – dez ou mais.

Por fim, os itens nove e dez são respondidos segundo uma escala de Zero – nunca, Dois – sim, mas não no último ano e quatro – sim, durante o último ano. O questionário tem o resultado máximo de 40 pontos.

Segundo a OMS, uso de baixo risco é aquele que não extrapola os limites recomendados (homens: 2 doses-padrão por dia ou 3 doses por ocasião; mulheres e idosos: 1 dose-padrão por dia ou 2 doses por ocasião). O 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 seria o caracterizado pelo consumo que acarreta dano real à saúde física ou mental, consequências sociais adversas e críticas por outras pessoas; e, por fim, a dependência, que teria 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.

Os autores (Babor et al., 2001) sugerem a seguinte interpretação das pontuações: pontuações de 8 a 15 são apropriadas para o aconselhamento simples focado na redução do consumo de risco; pontuações entre 16 e 19 sugerem uma terapia breve e uma abordagem contínua; pontuações iguais ou superiores a 20 exigem claramente uma avaliação diagnóstica da dependência do consumo de álcool.

O cabeçalho do instrumento integra ainda três questões: Existe alguém da sua família que tenha tido problemas por causa do consumo de álcool? Quem? Que problemas? Estas questões permitem obter informação complementar sobre a presença de consumos no contexto familiar mais próximo e o tipo de problemas causados pelo consumo de álcool.

A avaliação da vivência e atitudes sobre a Gravidez e Maternidade foi realizada através da Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade para Moçambique (versão para estudo) – EAGM-M (Xavier & Canda, 2013) trabalhada a partir da Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade – EAGM (Xavier, Paúl & Sousa, 2001) (Anexo 2).

A EAGM (Xavier, Paúl & Sousa, 2001) permite avaliar a vivência psicológica da gravidez e maternidade em mulheres grávidas. A escala é constituída por 42 itens organizados em sete dimensões, nomeadamente: “O Filho Imaginado”, “Boa Mãe”, “Gravidez como Fator de Mudança/Crescimento Pessoal”, “Aspetos Difíceis da Gravidez/Maternidade”, “Relação com a Própria Mãe”, “Apoio do Marido/Companheiro” e “Imagem Corporal” e “Necessidade de Dependência”. A subescala “A gravidez como fator de mudança/crescimento pessoal” (englobando itens como “Ter filhos altera a vida de uma mulher” ou “Desde que estou grávida que vejo a vida de forma diferente”)

tem como objetivo explorar a forma como cada mulher vivência o período da gravidez, as alterações na sua vida mental e dos seus papéis sociais. Sendo um processo fácil ou difícil, gratificante ou não. A subescala “Boa mãe” está associada as lembranças que a mulher grávida resgata da sua própria infância. Fazem parte desta subescala questões como por exemplo “Penso que vou ser uma boa mãe” ou “Uma boa mãe afasta a criança das dificuldades da vida”.

A administração é individual não tendo tempo limite. Após a leitura das instruções o sujeito deve responder a cada item, utilizando uma escala de quatro pontos (um - “Sempre”, dois - “muitas vezes”, três - “poucas vezes” e quatro - “nunca”).

Os valores são somados para cada subescala, obtendo-se assim valores diferentes para cada uma das sete dimensões da gravidez que são avaliadas.

Os resultados da versão original, validada para Portugal, demonstram que este instrumento possui qualidades psicométricas, particularmente em termos de fidelidade, consistência interna, fiabilidade, validade do conteúdo e validade discriminativa (Xavier et al., 1996).

A escala possui uma consistência interna razoável há exceção das subescalas “Relação com a própria mãe”, Apoio do marido /companheiro” com valores considerados aceitáveis. A subescala “imagem corporal e necessidade de dependência” é a que apresenta menor consistência interna (.58). O que é justificado pelos autores pela própria característica dos itens que a constitui (Xavier et al., 1996).

Como foi referido anteriormente, a EAGM é uma escala elaborada e validada para a avaliação de mulheres grávidas portuguesas. Tendo em conta as diferenças culturais entre o contexto português e o moçambicano, especificamente de Maputo Cidade, houve necessidade de realizar a adaptação transcultural do instrumento que será explicada mais adiante.

## **2.3 Procedimentos**

No que diz respeito aos procedimentos, optou-se por apresentar inicialmente a descrição do processo de adaptação da EAGM-M, seguindo-se a descrição dos procedimentos para a recolha e tratamento de dados.

### **2.3.1 Descrição do Procedimento de adaptação da EAGM-M**

O termo “adaptação cultural” é utilizado para explicar um processo que tem em consideração a tradução e a adaptação cultural de um questionário para o uso em outro contexto (Beaton & Guillemin, 2000).

O processo de adaptação de um instrumento já existente, em detrimento da elaboração de um novo instrumento, específico para a população-alvo, possui vantagens consideráveis. Ao adaptar um instrumento e produzir instrumentos que sejam equivalentes em diferentes culturas o investigador é capaz de realizar estudos transculturais que se traduzem na comparação dos dados obtidos em

diferentes amostras, de diferentes contextos, permitindo uma maior equidade na avaliação uma vez que se trata de uma mesma medida, que avalia o constructo a partir de uma mesma perspectiva teórica e metodológica (Borsa, Damasio & Bandeira, 2012).

A adaptação intercultural de um instrumento envolve dois passos principais nomeadamente: a avaliação das equivalências conceituais e linguísticas e a avaliação das propriedades psicométricas (e.g. Borsa et al., 2012). Relativamente a avaliação da equivalência conceptual, o primeiro aspeto a ser trabalhado através do processo de adaptação diz respeito à relevância e ao significado, noutra cultura, de um conceito ou dimensão tidas como relevantes na cultura original. A equivalência linguística (ou semântica) compreende a verificação se a construção das perguntas (ou dos itens) mantem o mesmo significado quando comparado com o instrumento original. Este processo tem como finalidade explorar se os diferentes domínios abarcados pelo instrumento original na definição dos conceitos de interesse são relevantes e pertinentes ao novo contexto ao qual está sendo adaptado, propiciando um efeito nos respondentes semelhante nas duas culturas. Se há o mesmo significado referencial de uma palavra no instrumento original e na respetiva tradução, presume-se que existe uma correspondência literal entre elas. Essa correspondência transcende a literalidade das palavras, pois abarca aspetos mais subtis, como o impacto que um termo tem no contexto cultural da população-alvo. A apreciação é necessária porque a correspondência literal de um termo não implica que a mesma reação emocional ou afetiva seja evocada em diferentes culturas (Serralta, Cony, Cembranel & Szobot, 2010).

Relativamente as propriedades psicométricas percebe-se que os instrumentos de medida, devem possuir certas características métricas no sentido de garantirem uma boa qualidade da medida que nos permitam formular conclusões válidas. A equivalência ou medida psicométrica é alcançada quando as propriedades psicométricas são observadas no instrumento original e na prova adaptada. A equivalência de item é observada quando: os itens não são diferencialmente mais difíceis na cultura alvo do que no original; o peso de itens reflete a importância comparativa de itens em todos os grupos e o significado e a distância entre a resposta escolhas é semelhante entre as culturas (Acquadro, Conway, Hareendran & Aaronson, 2008).

Uma vez adaptado o instrumento, é possível realizar estudos entre diferentes populações, comparando características de indivíduos inseridos em diferentes contextos culturais, (Borsa, et al., 2012).

Conforme foi descrito anteriormente a EAGM (Xavier, Paúl & Sousa, 2001) é uma escala construída, em Portugal, que permite avaliar a vivência psicológica da gravidez e maternidade em mulheres grávidas. Segundo o Portal do Governo de Moçambique, 2014 Moçambique, tem como língua oficial a língua portuguesa. Apesar de a língua do local de origem ser idêntica à língua do local onde será aplicada a escala, existem variedades linguísticas que se relacionam com o facto da cultura portuguesa ser distinta da cultura moçambicana. Neste contexto, torna-se importante realizar a adaptação transcultural seguindo os passos supracitados, de modo a garantir que a escala estará adaptada ao contexto em que será aplicada. O processo de adaptação transcultural da EAGM (Xavier,

Paúl & Sousa, 2001) consistiu, inicialmente, na avaliação das equivalências conceptuais e linguísticas da escala conforme sugere a literatura (e.g. Borsa, et al., 2012). Esta avaliação foi realizada pela investigadora principal (proveniente do contexto onde será aplicado do instrumento) e por três indivíduos (duas psicólogas e um informático) que vivem no contexto onde será aplicada a escala. Este processo seguiu o princípio proposto por Ferreira e Marques (2008) que afirmam que a tradução deve ser realizada por dois ou mais tradutores independentes, cuja língua-mãe é a da versão que se pretende elaborar. Uma vez conseguidas as quatro versões, foi realizada a harmonização semântica do instrumento. Este processo foi realizado em colaboração com uma das autoras da escala original. Ferreira & Marques (2008) afirmam que no caso dos conceitos potencialmente ambíguos o tradutor e o investigador devem estar em sintonia com o autor do instrumento original relativamente à semântica dos conceitos utilizados.

Os restantes passos nomeadamente dizendo respeito à avaliação das qualidades psicométricas, integrando um dos objetivos específicos do trabalho, serão apresentados no capítulo referente aos resultados.

### **2.3.2 Procedimento de Recolha de dados**

O Estudo exploratório sobre o consumo de Álcool e atitudes sobre a gravidez e Maternidade em grávidas utentes dos Hospitais Gerais José Macamo e Mavalane foi realizado em Moçambique, concretamente, em dois Hospitais Gerais da Cidade de Maputo. Os dados (subgrupos adultas/adolescentes) do presente estudo foram recolhidos no momento de espera para as consultas pré-natal dos dois Hospitais Gerais referidos.

Os aspetos éticos são cruciais em investigação. Na ausência de um código de ética que aponte limites e oriente os passos da investigação, esta poderá ficar em causa (Ribeiro, 2008). Tendo em conta a importância dos procedimentos formais e éticos prévios à recolha de dados, procedemos inicialmente ao pedido de autorização às instituições competentes. O processo de solicitação da autorização para a recolha de dados em Moçambique iniciou-se em setembro, com o pedido formal à Direção de Saúde da Cidade de Maputo, órgão responsável pela gestão dos hospitais escolhidos para a realização da investigação. Uma vez conseguida a autorização deste órgão, foi enviado um pedido formal ao Comité de Ética do Ministério da Saúde de Moçambique. Após a avaliação do protocolo, o comité sugeriu algumas correções e após a segunda submissão, obtivemos a aprovação para iniciar a recolha de dados. Para a recolha de dados nos dois hospitais a investigadora contou com a colaboração de colegas, Psicólogas, que ficaram responsáveis pela recolha de dados.

O questionamento direto sobre o consumo de álcool parece ser a estratégia menos eficaz para a identificação do consumo de álcool durante a gravidez, visto que, muitas mulheres por constrangimento e receio de avaliação não revelam o consumo (Kaup, Barbosa Merighi, Tsuneshiroem, 2001). Assim, foram apresentados às mães, individualmente ou em conjunto,

consoante a sua presença no período de espera para a consulta, os objetivos do estudo, explicado o tipo de colaboração que se pretende, assegurada a confidencialidade de toda a informação prestada e obtido o seu consentimento informado ou do seu tutor, por escrito (Anexo 3,4,5,6), para a participação no estudo. Ribeiro (2008) afirma que um aspeto relevante na realização de uma investigação consiste em obter o consentimento informado dos participantes. Uma das formas de o fazer, é através de uma folha de rosto do questionário que contém um conjunto de informações que permitem esclarecer o que se pretende do participante. Na parte final da folha é importante incluir um espaço destacado para o participante assinar a sua concordância em participar na investigação (Ribeiro, 2008). Em seguida foram aplicados os questionários AUDIT e EAGM-M. O preenchimento foi individual salvo nas situações em que as participantes necessitavam do apoio das colegas encarregues pela recolha de dados.

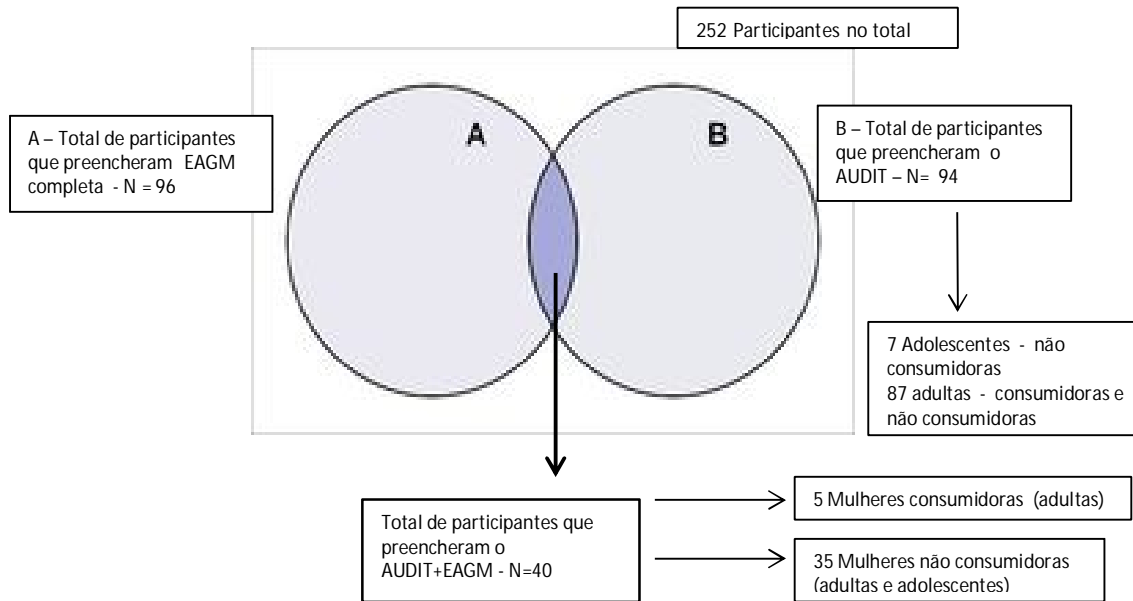
### **2.3.3. Procedimento de Tratamento de Dados**

No que diz respeito aos procedimentos de tratamento dos dados, após a aplicação dos questionários os dados foram inseridos no programa IBM SPSS 20 e, a partir daí, foi realizado o tratamento de dados utilizando o mesmo programa. Para a descrição da amostra e tratamento dos dados da EAGM-M e do AUDIT recorreu-se a estatísticas descritiva e inferencial. A estatística descritiva permite caracterizar os dados de determinada amostra. Este é um procedimento básico incluído em todas as investigações. A estatística inferencial permite decidir sobre o nível de confiança a partir do qual se pode generalizar os resultados adquiridos à população geral (Ribeiro, 2008). Depois da análise exploratória dos dados revelar não estarem cumpridos os pressupostos subjacente à utilização de testes paramétricos, recorreu-se a estatística não para métrica, nomeadamente o teste de Mann-Whitney. A escolha do tipo de estatística a usar depende da natureza da distribuição dos dados. Se os valores se distribuem segundo uma curva tipo sino, apropriada e simétrica opta-se pela estatística paramétrica se não, como foi o nosso caso, recorre-se a estatística não-paramétrica (Ribeiro, 2008). O teste deMann-Whitney investiga se as ordens de medida de dois grupos independentes ao nível de uma variável dependente ordinal diferem. Trata-se de um teste que permite comparar dois grupos ao nível de uma variável ordinal (Martins, 2011).

Quanto à EAGM, procedeu-se inicialmente ao estudo das suas características psicométricas (validade e fidelidade) – análise fatorial exploratória e análise da consistência interna (alfa de Cronbach). A análise fatorial exploratória é um procedimento utilizado com o objetivo de avaliar a estrutura das provas ou medidas utilizadas. Este é um procedimento de referência para o estudo da validade de construto (Ribeiro, 2008). A Validade refere-se ao que o teste mede. É uma garantia que o teste dá que mede o que se propõe a medir. A Fidelidade sustenta que se a avaliação for repetida, nas mesmas circunstâncias, com os mesmos participantes, o resultado será o mesmo (Ribeiro, 2008).

### 3. Resultados

De modo a tornar mais clara a apresentação dos dados (e posterior discussão) optou-se por organizar um resumo dos dados relativos às mulheres que participaram no estudo e que é apresentado no esquema seguinte:



A apresentação dos resultados será realizada seguindo a ordem dos objetivos específicos. Deste modo, de acordo com o Objetivo 1 - Avaliar os consumos de álcool nas grávidas que frequentam os Hospitais Geral José Macamo e o Hospital Geral de Mavalene apresentamos os dados do AUDIT (Xavier & Canda, 2013). Do total de 252 mulheres grávidas da amostra, obtivemos resultados totais do AUDIT em 94 mulheres. Estas apresentam valores totais com média de 0,53 e desvio padrão de 1,818 variando os resultados entre 0 e 10. Os resultados apresentam-se distribuídos da seguinte forma:

**Tabela 3.** Distribuição dos Resultados totais do AUDIT

|                            | N  | %    |
|----------------------------|----|------|
| Resultados totais do AUDIT | 94 | 100  |
| 0                          | 82 | 87,2 |
| 1                          | 3  | 3,2  |
| 2                          | 3  | 3,2  |
| 4                          | 2  | 2,1  |
| 5                          | 1  | 1,1  |
| 9                          | 2  | 2,1  |
| 10                         | 1  | 1,1  |

Assim, segundo os resultados totais do AUDIT, 12,8 % (N=12) das participantes que responderam ao instrumento revelaram consumir álcool durante a gravidez e 87,2% (N = 82) revelaram não consumir. Tendo em conta que o item 1 (“Com que frequência consome bebidas alcoólicas?”) se refere especificamente à frequências de consumos e o item 2 (“Quando bebe, qual é a quantidade de bebida alcoólica por dia”) à quantidade, consideramos importante discriminar os resultados obtidos nestes itens:

**Tabela 4.** Resultados dos itens 1 e 2 do AUDIT

|                            | N  | %    |
|----------------------------|----|------|
| <b>Item 1</b>              |    |      |
| Nunca                      | 75 | 88,2 |
| Mensalmente ou menos       | 6  | 7,1  |
| 2-4 vezes ao mês           | 3  | 3,5  |
| 4 ou mais vezes por semana | 1  | 1,2  |
| <b>Item 2</b>              |    |      |
| 1 ou 2                     | 41 | 93,2 |
| 3 ou 4                     | 2  | 4,5  |
| 10 ou mais                 | 1  | 2,3  |

Ainda no âmbito dos consumos, apresentamos seguidamente uma tabela com os resultados referentes às perguntas: Existe alguém da sua família que tenha tido problemas por causa do consumo de álcool? Quem? Que problemas?

**Tabela 5.** Resultados referentes às 3 perguntas do AUDIT

|  | N   | %    |
|--|-----|------|
| <b>Existe alguém da sua família que tenha tido problemas por causa do consumo de álcool?</b> |     |      |
| Sim  | 46  | 23,1 |
| Não  | 153 | 76,9 |
| <b>Quem tem problemas decorrentes do consumo de álcool?</b>                                  |     |      |
| Marido   | 9   | 22,0 |
| Pai  | 11  | 26,8 |
| Mãe  | 2   | 4,9  |
| Irmão  | 10  | 24,4 |
| Primo/Prima  | 2   | 4,9  |
| Cunhado  | 1   | 2,4  |
| <b>Que tipo de problemas?</b>  |     |      |
| Doença   | 12  | 44,4 |
| Violência  | 8   | 29,6 |
| Morte  | 1   | 3,7  |

|             |   |      |
|-------------|---|------|
| Dependência | 5 | 18,5 |
| Acidente    | 1 | 3,7  |

Quanto ao objetivo 2 - Comparar os consumos entre grávidas adolescentes e grávidas adultas, os dados estão presentes na seguinte tabela:

**Tabela 6.** Apresentação dos resultados relativos a comparação entre os consumos das grávidas adultas e grávidas adolescentes

|                  | <b>Consumo Grávidas<br/>adolescentes<br/>(n = 7)<br/>Ordem Média</b> | <b>Consumo Grávidas<br/>adultas<br/>(n = 86)<br/>Ordem Média</b> | u      |
|------------------|--|--|--------|
| Total de Consumo | 41,00  | 47, 49   | 259,00 |

De acordo com os resultados conclui-se que não existem diferenças significativas entre os dois sub-grupos.

Quanto ao objetivo 3 -Validar a Escala de Atitudes na gravidez e maternidade para as mulheres grávidas moçambicanas foi iniciado um estudo exploratório das características de validade e fidelidade da EAGM-M. A análise exploratória dos revelou que a excepção de uma subescala não estavam cumpridas os pressupostos subjacentes a utilização dos testes paramétricos. Optou-se assim para a utilização de estatística não paramétrica. No entanto, não foi possível validar a escala, visto que não identificamos a existência de uma amostra robusta para realizar a análise fatorial. A amostra obtida disponível para a análise fatorial exploratória apenas continha 96 sujeitos e o instrumento é constituído por 42 itens. Para se realizar a análise fatorial deve existir pelo menos cinco sujeitos por variável (Bartlett, Kotrlik & Higgins, 2001 cit in Ribeiro, 2008). Decidiu-se prosseguir com as análises estatísticas seguintes recorrendo à estrutura da escala original portuguesa (Xavier, Paúl & Sousa, 2001). Relativamente à consistência interna, concluiu-se que a escala apresenta qualidades psicométricas aceitáveis para a pesquisa (0,812). Desta forma, pode ser considerado um instrumento válido e confiável para ser utilizado nesta população.

O objetivo 4 pretende Explorar a vivência psicológica da gravidez nas grávidas que consomem álcool. Seguidamente são apresentados os valores das médias e desvios padrões para a amostra total que respondeu à EAGM (Grupo Total) e para o sub grupo das mulheres que revelaram consumir (Grupo Consumos)

**Tabela 7.** Valores das médias e desvio padrões do Grupo total e Grupo de consumos

|                           | <b>Grupo Total</b><br>(n = 96)<br><i>Média (DP)</i> | <b>Grupo de Consumos</b><br>(n = 5)<br><i>Média (DP)</i> |
|---------------------------|---|--|
| Boa mãe                   | 11,08 (2,790)                                       | 13,80 (4,868)  |
| Filho imaginado           | 15,27 (3,456)                                       | 18,00 (6,442)  |
| Gravidez como mudança     | 10,07 (3,477)                                       | 12,40 (4,879)  |
| Aspetos difíceis          | 19,26 (4,463)                                       | 17,60 (5,273)  |
| Relação com o marido      | 6,16 (2,568)  | 7,00 (4,123)   |
| Relação com a própria mãe | 6,40 (2,469)  | 7,20 (3,564)   |
| Imagem corporal           | 7,32 (1,960)  | 7,20 (2,864)   |

Ainda quanto ao objetivo 4 -Explorar a vivência psicológica da gravidez nas grávidas que consomem álcool e verificar se existem diferenças entre este subgrupo e o subgrupo de mulheres que não consomem, as nossas hipóteses integravam a comparação da vivência psicológica da gravidez entre as mulheres que consomem álcool e as que não consomem, e no sub grupo das adolescentes comparar as que consomem e as que não consomem e realizar a mesma comparação em relação ao, subgrupo das adultas que consomem e não consomem.

**Tabela 8.** Resultados dos dados comparativos entre as mulheres que consomem álcool e as que não consomem álcool:

|                           | <b>Mulheres que<br/>consumem álcool</b><br>(n = 5)<br><i>Ordem Média</i> | <b>Mulheres que não<br/>consumem álcool</b><br>(n = 34)<br><i>Ordem Média</i> | <i>u</i> |
|---------------------------|--|---|----------|
| Boa mãe                   | 27,50  | 18,90   | 47,50    |
| Filho imaginado           | 26,10  | 19,10   | 54,50    |
| Gravidez como mudança     | 27,10  | 18,96   | 49,50    |
| Aspetos_difíceis          | 16,50  | 20,51   | 67,50    |
| Relação com o marido      | 23,80  | 19,44   | 66,00    |
| Relação com a própria mãe | 23,60  | 19,47   | 67,00    |
| Imagem corporal           | 19,00  | 20,15   | 80,00    |

Não se encontraram diferenças significativas entre os dois sub-grupos.

A análise da base de dados mostra que todas as grávidas que preencheram a EAGM-M e que revelaram consumir álcool são adultas (n=5). Este número reduzido impossibilitou a realização da comparação dos consumos dentro do grupo das adolescentes e respetiva análise estatística.

Em relação a comparação da vivência psicológica da gravidez entre as mulheres adultas que consomem álcool e as que não consomem, os resultados são apresentados na tabela abaixo:

**Tabela 9.** Resultados dos dados comparativos entre as mulheres que consomem álcool e as que não consomem álcool

|                           | <b>Mulheres grávidas<br/>adultas que consomem<br/>álcool</b><br>(n = 5)<br><i>Ordem Média</i> | <b>Mulheres grávidas<br/>adultas que não<br/>consumem álcool</b><br>(n = 34)<br><i>Ordem Média</i> | <i>u</i> |
|---------------------------|---|--|----------|
| Boa mãe                   | 26,60   | 17,81  | 42,00    |
| Filho imaginado           | 25,30   | 18,02  | 48,50    |
| Gravidez como mudança     | 26,20   | 17,88  | 44,00    |
| Aspetos difíceis          | 15,70   | 19,52  | 63,50    |
| Relação com o marido      | 23,00   | 18,38  | 60,00    |
| Relação com a própria mãe | 22,90   | 18,39  | 60,50    |
| Imagem corporal           | 18,60   | 19,06  | 78,00    |

Não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos.

Relativamente ao objetivo 5 - Comparar a vivência psicológica da gravidez nas grávidas adolescentes que consomem álcool e nas grávidas adultas que consomem álcool também não foi possível realizar as análises estatísticas pelo facto de todas as grávidas que preencheram a EAGM-M e que revelaram consumir álcool serem adultas (n=5).

Quanto ao objetivo 6 - Analisar a relação entre o consumo de álcool e a vivência psicológica da gravidez nas mulheres grávidas (adultas e adolescentes), embora a amostra seja muito reduzida para a análise estatística dos dados, realizou-se a análise das correlações entre os resultados do AUDIT-valor total e as subescalas da ESGM-M, não se tendo encontrado resultados estatisticamente significativos.

**Tabela 10.** Correlação entre o Valor total - AUDIT e subescalas da EAGM-M

|                           | Valor total – AUDIT |
|---------------------------|---------------------|
| Boa mãe                   | .27                 |
| Filho Imaginado           | .22                 |
| Gravidez como mudança     | .24                 |
| Aspetos difíceis          | -.11                |
| Relação com o Marido      | .15                 |
| Relação com a própria mãe | .12                 |
| Imagem corporal           | -.03                |

Em relação a hipótese 7 - A vivência psicológica da gravidez nas mulheres grávidas adultas está correlacionada com os tipos de consumos, a hipótese não foi confirmada. Os resultados são apresentados na tabela a seguir:

**Tabela 11.** Correlação entre Valor total - AUDIT e subescalas da EAGM no subgrupo das grávidas adultas

|                           | Valor total – AUDIT |
|---------------------------|---------------------|
| Boa mãe                   | .29                 |
| Filho Imaginado           | .24                 |
| Gravidez como mudança     | .27                 |
| Aspetos difíceis          | -.11                |
| Relação com o Marido      | .17                 |
| Relação com a própria mãe | .14                 |
| Imagem corporal           | -.01                |

Em relação a hipótese 8 - A vivência psicológica da gravidez nas mulheres grávidas adolescentes está correlacionada com os tipos de consumos, não foi possível testar a hipótese devido ao n=7 reduzido de grávidas adolescentes.

De seguida passamos a apresentar a análise e discussão dos resultados.

#### 4. **Análise e Discussão dos Resultados**

Em Psicologia, e em outras áreas correlatas, as pesquisas que procuram estudar a personalidade, os valores, as atitudes e até mesmo os sintomas psicopatológicos são frequentemente realizadas com recurso a instrumentos de autorrelato (Gouveia, Guerra, Sousa, Santos & Costa, 2009). Nestes, os participantes devem fornecer informações acerca de si mesmos, afirmar se têm certos comportamentos ou descrever suas características. Nas situações de avaliação os participantes podem simplesmente se recusar a participar da pesquisa (Gouveia, Guerra, Sousa, Santos & Costa, 2009) ou dependendo dos níveis escolares, socioeconómicos e culturais alguns indivíduos podem concordar com as respostas que são mais adequadas socialmente (Ribeiro, 2008). A confirmação do consumo de álcool na gestação nem sempre é fácil, provavelmente, pelo constrangimento da mulher em informar sobre o consumo.

Em relação à primeira hipótese que sustenta que as mulheres grávidas que frequentam o Hospital Geral José Macamo e o Hospital Geral de Mavalane consomem álcool, os dados obtidos revelam que no universo das 252 mulheres grávidas apenas 37,3% das participantes (N= 94) responderam adequadamente ao AUDIT. Neste grupo 12,8% revelaram que são consumidoras, confirmando-se assim a Hipótese 1. 87,2% afirmaram que não são consumidoras e 158 optou por não dar informações em relação aos consumos. Várias hipóteses podem explicar este fenómeno, passamos a destacar algumas hipóteses que nos parecem fazer algum sentido. A avaliação psicológica recorre usualmente a material escrito em questionários que impõem uma capacidade razoável de leitura (Ribeiro, 2008). Relativamente à população em estudo a baixa taxa de respostas pode estar associada ao facto desta população não estar familiarizada com esta tipologia de avaliação, apesar do AUDIT ser um instrumento simples utilizado a nível internacional (Babor et al., 2001). Um número significativo de mulheres (n=124) não colocou informação referente ao nível de escolaridade. A ausência destes dados não nos permitiu inferir sobre o nível académico destas mulheres e sobre a capacidade para responder aos instrumentos propostos.

No grupo que forneceu informação em relação ao nível de escolaridade percebemos que 14,8% possui o nível académico primário, de acordo com a organização do sistema educativo Moçambicano. A utilização de questionários por populações pouco letradas impõe cuidados no texto escrito das questões e, se os procedimentos de passagem forem cuidados a utilidade desta avaliação não é prejudicada (Ribeiro, 2008). Outra hipótese que pode explicar a baixa frequência nas respostas relativas ao consumo de álcool pode estar associada ao facto do consumo de álcool pelas mulheres grávidas ser considerado inapropriado. Sendo assim, as mulheres podem ter tido receio de revelar o consumo durante a gravidez. Toutain (2010) afirma que no contexto de saúde, as mulheres grávidas que consomem álcool, são percebidas como sendo más mães e estigmatizadas pelos profissionais de saúde. Relativamente as adolescentes (n=13), o facto do consumo de álcool antes dos 18 anos ser proibido por lei em Moçambique, pode ter contribuído para que este grupo não relatasse os consumos.

Os resultados das questões 1 (frequência de consumo) e 2 (quantidade de consumo) chamam-nos atenção para a discrepância dos dados. Na amostra recolhida 88,2% revelam que nunca consumiu álcool durante a gravidez, no entanto, 93,2% revelaram que desde que estão grávidas consomem 1 a 2 copos por dia e 6,8 % revelam consumir mais (3 ou 4 ou 10 ou mais).

Apesar dos dados sobre o consumo total de álcool avaliado pelos valores totais do AUDIT serem relativamente baixos (12,8%) e destes apenas 3,3% (N=3) terem valores que apropriados para o aconselhamento simples focado na redução do consumo de risco, os resultados na sua totalidade tornam-se preocupantes porque a OMS alerta para o facto de não existir uma dose mínima segura para o consumo de álcool durante a gravidez (OMS, 2012). Sendo por essa razão que Anthony & Andrade (2009) afirmam que uma gestação será plenamente segura apenas se estiver livre de álcool. Assim, os consumos que não seriam preocupantes se a mulher não estivesse grávida mas nesta circunstância tornam-se consumos de risco.

Moçambique figura como um dos países onde uma rapariga em cada 10 teve um filho antes de ter completado os 15 anos e 35% das raparigas de 15-19 anos de idade estão casadas ou vivem maritalmente (FNUAP, 2013). Estes dados não foram confirmados no presente estudo, visto que a percentagem de adolescentes grávidas é de 5,8% quando comparadas com as mulheres adultas. Entretanto estes dados baixos podem derivar do facto de não termos dados completos sobre as idades de uma percentagem da população que participou na pesquisa.

Relativamente ao estado civil os resultados apontam uma percentagem maior de mulheres solteiras (71,6%) quando comparado com as mulheres casadas (22,2%). É importante referir que um grupo de mulheres (n=90) não referiu o seu estado civil. A omissão desta informação pode estar associada ao facto dos instrumentos não contemplarem o casamento tradicional “Lobolo” que é usual em Moçambique. É importante referir que foi identificada uma percentagem maior (69,8%) de mulheres desempregadas quando comparadas com as mulheres (30,2%) empregadas. relativamente ao tempo de gravidez 48,2% encontra-se entre as 16-24 semanas. No grupo de mulheres 61,8% referiram que a gravidez foi planeada, apenas 14,6% referiu o sexo do bebé.

De acordo com os resultados das questões relativas ao tipo de problema decorrente do uso de álcool de um familiar próximo, 23,1% das mulheres gravidadas relatam o consumo de álcool de alguém na família. O consumo de álcool é associado a doença (44,4%), violência (29,6%), dependência (18,5%) morte (3,7%), e acidente (3,7%). O consumo de álcool é a terceira maior fator de risco no mundo para doenças e incapacidades principalmente em países de renda média. Quase 4% de todas as mortes no mundo são atribuídas ao consumo de álcool. O álcool é ainda associado a muitas questões sociais sérias, incluindo a violência, negligência infantil e abusos e absentismo no trabalho (OMS, 2014).

Relativamente à hipótese que pretende verificar se existem diferenças nos consumos entre as mulheres grávidas adultas e as grávidas adolescentes não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Assim sendo a Hipótese 2 não foi confirmada.

Este resultado pode estar associado ao facto de amostra de mulheres grávidas adolescentes ser reduzida (n=7).

Não se confirmou a hipótese 3 que refere que as mulheres grávidas que consomem álcool apresentam diferenças na vivência psicológica da gravidez quando comparadas com as mulheres que não consomem álcool, visto que, não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos. Estes resultados podem ser explicados pelo número reduzido de mulheres que responderam ao AUDIT na sua totalidade.

Relativamente a hipótese 4 - As mulheres grávidas adultas que consomem álcool apresentam diferenças na vivência psicológica da gravidez quando comparadas com as que não consomem álcool) não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos. Deste modo, a hipótese não foi confirmada.

A amostra reduzida de grávidas (n=7), nomeadamente de grávidas adolescentes que revelam consumos de álcool (n=0) condicionou a exploração das hipóteses 5 (As mulheres grávidas adolescentes que consomem álcool apresentam diferenças na vivência psicológica da gravidez quando comparadas com as que não consomem álcool), hipótese 6 (Dentro do grupo de mulheres que consomem álcool, existem diferenças na vivência psicológica da gravidez entre adultas e adolescentes) e hipótese 8 (A vivência psicológica da gravidez nas mulheres grávidas adolescentes está correlacionada com os tipos de consumos).

A hipótese 7 - A vivência psicológica da gravidez nas mulheres grávidas adultas está correlacionada com os tipos de consumos não foi confirmada. Estes resultados podem ter sido condicionados pelo facto de dispormos de uma população pequena e termos utilizados uma organização por sub-escalas que diz respeito ao instrumento para Portugal.

De seguida passo a apresentar as conclusões gerais do estudo, as principais dificuldades e pistas para futuras investigações.



## Conclusão

Considerando o objetivo do presente estudo, dentro dos limites metodológicos e amostrais, e de acordo com a análise e discussão dos resultados passamos a apresentar as principais conclusões do estudo. O rastreio do consumo do álcool é uma medida importante para a identificação das mulheres em risco e para a prevenção do FASD e dos efeitos tardios do desenvolvimento neurológico em filhos de gestantes que consumiram álcool (e. g. Skagerstrom, Chang & Nilsen, 2011). Os dados da OMS, (2014) relativos ao consumo de álcool em Moçambique, em 2010, alertam-nos para a existência de padrões de consumo relativamente baixos das mulheres (11,7%) quando comparadas com os homens (13,0%). Apesar de se verificar que as mulheres consomem menos álcool em relação aos homens, ainda assim, o consumo pelas mulheres tornam-se preocupantes, pois, é sabido que a mulher pela sua condição física apresenta menor capacidade de metabolização do álcool (e.g. Brands, Sproule & Marsman, 1998) e ao falarmos de consumos durante a gravidez, o consumo torna-se ainda mais preocupante devido ao risco da ocorrência do FASD (DEN, 2011).

No presente estudo não foi possível realizar um rastreio efetivo dos consumos de álcool pelas mulheres grávidas adultas e adolescentes dos dois hospitais, visto que, uma parte significativa das mulheres grávidas não preencheu a todos os itens do AUDIT. Conforme foi discutido anteriormente, o não preenchimento do AUDIT pode estar associado ao facto das mulheres não se sentirem à vontade para revelar os consumos. No grupo que respondeu devidamente ao AUDIT, (12,8%) revelaram consumos. Estes dados são corroborados por vários autores (e. g. Skagerstrom, Chang & Nilsen, 2011) que relatam que apesar das campanhas de saúde pública sobre os riscos associados ao consumo do álcool durante a gravidez em muitos países, muitas mulheres continuam a consumi-lo durante este período. O consumo de álcool relatado pelas mulheres torna-se preocupantes pois, é sabido que não existe uma quantidade segura de álcool que possa ser ingerida durante a gravidez (O'Leary & Bower). A abstinência durante a gravidez é, portanto, considerada a melhor conduta a adotar. No entanto estudos revelam que muitas mulheres apresentam dúvidas sobre o conceito de abstinência durante a gravidez (Toutain, 2009).

Relativamente à gravidez na adolescência apesar de a literatura referir que Moçambique figura como um dos países africanos que evidencia taxas elevadas de gravidez na adolescência (FNUAP, 2013), no presente estudo não se constatou esse pressuposto; pois, a amostra das grávidas adolescentes foi bastante reduzida (n=7) quando comparada com as grávidas adultas. O baixo número de adolescentes pode ser explicado pelo facto de um número significativo de participantes não ter referido a idade. A gravidez, a maternidade é um momento importante no ciclo vital feminino que pode dar à mulher a oportunidade de atingir novos níveis de integração e desenvolvimento (Canavarro, 2001). O presente estudo tinha como objetivo avaliar se existe correlação entre a vivência psicológica da gravidez e o consumo de álcool, no entanto, os dados revelaram que não existe correlação entre as duas variáveis.

Foi relatada a existência de situações problemáticas associadas ao consumo de álcool por parte de um familiar, nomeadamente: doença (44,4%), violência (29,6%), dependência (18,5%) morte (3,7%), e acidente (3,7%). A OMS, (2011), chama-nos a atenção para o facto do consumo de álcool ser perigoso tanto para a pessoa que o consome como para as pessoas à sua volta.

É importante destacar o carácter pioneiro desta pesquisa em Moçambique, e sendo assim, eram esperadas algumas limitações que foram surgindo ao longo do processo. Constituíram limitações neste estudo a morosidade no processo de obtenção das autorizações para o início da recolha de dados, o facto de a investigadora não ter acompanhado recolha de dados, pois não se encontrava em Moçambique, a dificuldade em ter acesso aos questionários aplicados e o número limitado de participantes para o processo de validação de EAGM-M e exploração dos consumos.

Como sugestões para estudos futuros, sugere-se que se continue com a linha de investigação de modo a ampliar a amostra, e assim, cumprir-se com os objetivos propostos. A validação da EAGM-M revela-se muito importante pois este instrumento poderá ser de grande utilidade na investigação científica em Moçambique, na realização de estudos transculturais e também para a utilização clínica no âmbito do acompanhamento psicológico das mulheres grávidas (em contexto hospitalar e /ou na prática clínica privada).

Entretanto, chama-se à atenção para a necessidade de controlar os fatores que terão contribuído para as dificuldades supracitadas, por exemplo, o facto de as mulheres não preencherem todos os itens dos instrumentos. Para estudos futuros seria recomendável explorar o conhecimento das mulheres grávidas sobre as consequências do consumo de álcool durante a gravidez.

Por fim, seria igualmente importante através de uma abordagem qualitativa, explorar as percepções das mulheres grávidas em relação aos consumos e prováveis dificuldades no abandono do consumo de álcool durante a gravidez. A identificação dos fatores de risco pra o consumo de álcool poderia contribuir para a elaboração de medidas preventivas em cuidados pré-natais (e. g. Skagerstrom, Chang & Nilsen, 2011).

## Referências Bibliográficas

- Acquadro, C., Conway, K., Hareendran, A., & Aaronson, N., (2008). Literature Review of Methods to Translate Health-Related Quality of Life Questionnaires for Use in Multinational Clinical Trials. *Value in Health*, 11, (3), 509–521
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, J. (2003). *Adolescência e Maternidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Anderson, P., Gual, A. & Colom, J. (2005). Álcool e Cuidados de Saúde Primários. Recomendações Clínicas para a Detecção e Intervenções Breves. Barcelona. Disponível em: <http://www.phepa.net>.
- Anthony, J. & Andrade, G. (2009). Álcool e suas consequências: Uma abordagem multiconceitual. São Paulo: Minha Editora.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care*. (2nd Ed.). Genebra
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B., (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191
- Borges C. F., & Filho, H. C. (2004). *Usos, abusos e dependências. Alcoolismo e Toxicodependência*. Lisboa: Climepsi Editora.
- Borsa, J. C., DamásioB., F., & Bandeir, D. R. (2012). Cross-Cultural Adaptation and Validation of Psychological Instruments: Some Considerations *Paidéia*, 22(53), 423-432 doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1982-4327225320131>
- Brands, B., Sproule, B., & Marshman, J. (1998). Ethyl Alcohol (Beverage Alcohol, Ethanol). *Addiction Research Foundation*, 268-281.
- Canavarro, M. C. & Pedrosa, A. A (2012). Gravidez e parentalidade na adolescência: perspetivas teóricas. *Saúde Reprodutiva Sexualidade e Sociedade*. 2, 34-55.
- Colman, L.L. & Colman, A.D. (1994). *Gravidez: a experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Canavarro, M. C. (2001). *Gravidez e Maternidade-Representações e Tarefas de Desenvolvimento. Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cano, M. A. T., Ferriani, M. D. G. C. & Gomes, R. (2000). Sexualidade na adolescência: Um estudo bibliográfico. *Revista Latino Americana De Enfermagem*, 8(2), 18-24.
- DEN (2011). Living with Fetal Alcohol Spectrum Disorder- A Guide for Parents and Caregivers. Disponível em [www.den.org.au/wp-content/uploads/2011/08/Living-with-FASD.2011.pdf](http://www.den.org.au/wp-content/uploads/2011/08/Living-with-FASD.2011.pdf).
- Ferreira, P., L., & Marques, F., B. (1998). Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Princípios Metodológicos Gerais. *Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra*.

- Figueiredo, B. (2001). 'Maternidade na Adolescência: Do risco à Prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3(2), 221-38.
- Foltran F., Gregori, D., Franchin, L., Verduci, E. & Giovannini M. (2011). Effect of alcohol consumption in prenatal life, childhood, and adolescence on child development. *Nutrition Reviews*, 69(11), 642–659. doi:10.1111/j.1753-4887.2011.00417.x.
- Hanna, B. (2001). Negotiating motherhood: the struggles of teenage mothers. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 456-464.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Anuário Estatístico de Portugal – 2010*. Lisboa: INE
- Jones, S. C. & Joanne T. (2012). What influences Australian women to not drink alcohol during pregnancy? *Australian Journal of Primary Health*, 18(1), 68-73. doi: 10.1071/PY10077.
- Kaup, Z. O., Merighi, M. A. & Tsunehiro, M. A. (2001). Avaliação do Consumo de Bebida Alcoólica Durante a Gravidez. *RBGO*, 23(9), 575-580.
- Klee, H., Jackson, M. & Lewis, S. (2002). *Drug misuse and motherhood*. London: Routledge
- Lerner, R. M., & Steinberg, L. (2004). *Handbook of adolescent psychology*. New Jersey. John Wiley & Sons, INC.
- Martin, R. P. & Dombrowski, S. C. (2008). *Prenatal exposures. Psychological and Educational consequences for children*. New York: Springer Science.
- Matos, M. G. D., & Tomé. G. (2002). *Aventura social: Promoção de competências e do capital social para um Empreendedorismo com Saúde na escola e na comunidade*. Lisboa: Placedo Editora LDA.
- Departamento de Saúde Mental. (2012) Relatório Anual Das Actividades Desenvolvidas Pelo Misau. Não publicado.
- McLachlan, K., Roesch, R., Viljoen, J. & Douglas, K. (2014). Evaluating the Psycholegal Abilities of Young Offenders With Fetal Alcohol Spectrum Disorder. *Law and Human Behavior*. 38(1), 10–22, doi: 10.1037/lhb0000037.
- Oliveira, G. C., Dell'agnolo, C. M., ballani, t. Da S. L., carvalho. M. D. De B., & Pelloso, S. M. (2012). Consumo abusivo de álcool em mulheres. *Rev Gaúcha Enferm*, 33(2), 60-68.
- O'Connor, M. J., Tomlinson, M., LeRoux, I. M.; et al. (2011). Predictors of alcohol use prior to pregnancy recognition among township women in Cape Town, South Africa. *Social Science & Medicine*. 72(1), 83-90. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.049.
- O'Leary CM, Bower C. (2012). Guidelines for pregnancy: What's an acceptable risk, and how is the evidence (finally) shaping up? *Drug Alcohol Rev*. 31(2), 170–188. doi: 10.1111/j.1465-3362.2011.00331.x.
- Organização Mundial de Saúde. (2007). *Harmful use of alcohol in the who african region: situation analysis ans perspectives*. Republic of Congo.
- Organização Mundial de Saúde. (2011). *Mozambique. Socioeconomic Context*. United Nations.

- Organização Mundial de Saúde. (2012). *Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches*. Denmark.
- Organização Mundial de Saúde. (2011). Fetal alcohol syndrome: dashed, hopes, damage lives. *Bulletin of the World Health Organization*, 89, 398-399. doi:10.2471/BLT.11.020611
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*.
- Padrão P, Damasceno A, Silva-Matos C, Laszczńska O, Prista A, Gouveia L, Lunet N (2011). Alcohol consumption in Mozambique: regular consumption, weekly pattern and binge drinking. *Pub Med*. 115(2), 87-93. doi: 10.1016/j.
- Papalia, D. E.; Olds, S. W.; Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança*. Lisboa: MCGRAW-HILL.
- Peadon, E., Payne J., Henley N., D'Antoine H., Bartu A., O'Leary C., Bower C., Elliott, E. J. (2010). Women's knowledge and attitudes regarding alcohol consumption in pregnancy: a national survey. *BMC Public Health*. doi:10.1186/1471-2458-10-510.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Nardi, T., D. & Lopes, R., S., (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72.
- Pires, J., Padrão, P., Damasceno, A. (2012). Alcohol consumption in Mozambique: Results from a national survey including primary and surrogate respondents (2012). *Annals Of Human Biology* 39(6): 534-537. doi: 10.3109/03014460.2012.710249.
- Popova, S., Lange, S., Burd, L. & Rehm, J. (2012). Health Care Burden and Cost Associated with Fetal Alcohol Syndrome: Based on Official Canadian Data. *PLOS ONE*, 7(8): e43024. doi:10.1371.
- Portal do Governo de Moçambique. Informações geral sobre Moçambique. Disponível em: <http://www.portaldogoverno.gov.mz/Mozambique> [Consultado em 18/02/2014]
- Riley, E., Clarren, S., Weinberg, J. & Jonsson, E. (2011). *Fetal Alcohol Spectrum Disorder- Management and Policy Perspectives of FASD*. Weinheim: Wiley-Blackwell.
- Rodrigues, R. M. (2010). Gravidez na adolescência. *Nascer e Crescer*. 19(3): s201.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F. & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Serralta, F. B., Cony, F., Cembranel, Z., Greyson, B. & Szobot, C., M., (2010). Equivalência semântica da versão em português da Escala de Experiência de Quase-Morte. *Psico-USF*. 15(1), 35-46.
- Silva, V. A. D. (2000). Ambiente e desenvolvimento: Efeitos do Álcool Etílico e da Desnutrição. *Mundo & Vida*. 2(1).
- Simões, S. (2005). Apoio e outros afectos na construção da maternidade na adolescência. *Interacções*. 8, 185-208.
- Skagerstrom, J., Chang, G., & Nilsen, P.(2010). Predictors of Drinking During Pregnancy: A Systematic Review. *Journal Of Women's Health*, 20(6), doi: 10.1089/jwh.2010.2216.

- Testa, M. & Leonard K. E. (1995). Social Influences on Drinking During Pregnancy. *Psychology of Addictive Behaviors*. *Educational Publishing Foundation*, 9(4), 258-268. doi: 10.103/0893-164X.9.4.
- Toutain, S., (2010). What women in France say about alcohol abstinence during pregnancy. *Australasian Professional Society on Alcohol and other Drugs*. 29, 184–188. doi: 10.1111/j.1465-3362.2009.00136.x.
- Toutain, S., Simmat-Durand L., Crenn-Hébert C., Simonpoli AM, Vellut N., Genest L., Miossec E. & Lejeune C (2010). Consequences for the newborn of alcohol consumption during pregnancy. *Archives de Pédiatrie*. 17, 1273-1280. doi: 10.1016/j.arcped.2010.06.018.
- Tyrlík, M., Konečný, Š. (2011). Moderate alcohol consumption as a mediator of mother's behaviour towards her child. *Cent Eur J Public Health*. 19(3), 143–146.
- UNFPA. (2011). Relatório sobre a Situação da População Mundial 2011. Moçambique.
- UNFPA. (2013). Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/SP-SWOP2013.pdf> [Consultado a 20/09/2013].
- UNFPA. (2013). Gravidez na Adolescência – Desafios e respostas de Moçambique. Disponível em: [http://mozambique.unfpa.org/drive/SWOP\\_Suplemento\\_PAGINACAOFINAL0312134.pdf](http://mozambique.unfpa.org/drive/SWOP_Suplemento_PAGINACAOFINAL0312134.pdf) [Consultado a 24/09/2013].
- Walker, M. J., Al-Sahab, B., Islam, F. & Tamim, H., (2011). The epidemiology of alcohol utilization during pregnancy: An analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey (MES). *BioMed Central*. Canadá Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/11/52> [Consultado a 12/01/2013].
- Santos, E. C., Paludo, S.D.S., Schirò, E. D. B. D., & Koller, S.H., (2010). Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. *Psicologia em Estudo* 15(1), 73-85.
- Strathearn, L. & Kim, S. (2013). Mothers' amygdala response to positive or negative infant affect is modulated by personal relevance. *Frontiers in Neuroscience*. 7, 176 doi: 10.3389/fnins.2013.00176.
- Xavier, M.R. & Paúl, M.C. (1996). “Construção e validação de uma escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade”, *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. IV, 419-424.
- Xavier, M.R., Paul, M.C. & Sousa, L. (2001). *Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade – EAGM* (Cedido pelos autores).
- Xavier, M.R. (2011). *Crianças expostas ao álcool e a substâncias ilícitas durante a gestação – algumas reflexões*. (Cedido pela autora).
- Xavier, M. R., Moreira, T., Gordinho, C., (2012). *Alcohol use during pregnancy in a group of Portuguese women*. (Cedido pelos autores).
- Xavier, M. R. & Canda, E. D. (2013). *Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade – EAGM* (Cedido pelos autores).

# Anexos

## Anexo 1. AUDIT

Data: \_\_\_/\_\_\_/2014

Código:

Idade: \_\_\_\_\_ Anos. Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão:

Existe alguém da sua família que tenha tido problemas por causa do consumo de álcool? Sim  Não

Quem: \_\_\_\_\_

Que

Problemas? \_\_\_\_\_

AUDIT (Piccinelli et al, 1997,; Adaptado pelo Programa Nacional de Saúde Mental de Moçambique, 2013; versão para estudo Xavier, M. & Canda, E., 2013)

| N.º | <b>Responda as questões, assinalando com "X", na resposta que mais se aplica a si:</b>   |          |                       |                            |                      |                            |
|-----|--|----------|-----------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|
|     | <b>Questão</b>   | <b>0</b> | <b>1</b>              | <b>2</b>                   | <b>3</b>             | <b>4</b>                   |
| 1   | Com que frequência consome bebidas alcoólicas?   | nunca    | mensalmente ou menos  | 2-4 vezes ao mês           | 2-3 vezes por semana | 4 ou mais vezes por semana |
|     | - E desde que está grávida?  | nunca    | mensalmente ou menos  | 2-4 vezes ao mês           | 2-3 vezes por semana | 4 ou mais vezes por semana |
| 2   | Quando bebe, qual é a quantidade de bebida alcoólica que consome por dia?  | 1 ou 2   | 3 ou 4                | 5 ou 6                     | 7 a 9                | 10 ou mais                 |
|     | - E desde que está grávida?  | 1 ou 2   | 3 ou 4                | 5 ou 6                     | 7 a 9                | 10 ou mais                 |
| 3   | Com que frequência consome mais de 6 doses (copos) numa única ocasião?   | nunca    | menos que mensalmente | mensalmente                | semanalmente         | quase diária               |
|     | - E desde que está grávida?  | nunca    | menos que mensalmente | mensalmente                | semanalmente         | quase diária               |
| 4   | Com que frequência nos últimos doze meses sentiu-se incapaz de parar de consumir depois de ter começado?                       | nunca    | menos que mensalmente | mensalmente                | semanalmente         | quase diária               |
|     | - E desde que está grávida?  | nunca    | menos que mensalmente | mensalmente                | semanalmente         | quase diária               |
| 5   | Nos últimos doze meses você não conseguiu fazer algo ou cumprir com o seu plano por causa da bebida?                           | nunca    | menos que mensalmente | mensalmente                | semanalmente         | quase diária               |
|     | - E desde que está grávida?  | nunca    | menos que mensalmente | mensalmente                | semanalmente         | quase diária               |
| 6   | Com que frequência nos últimos doze meses você precisou consumir de manhã para se recuperar de uma ressaca/bebedeira?          | nunca    | menos que mensalmente | mensalmente                | semanalmente         | quase diária               |
|     | - E desde que está grávida?  | nunca    | menos que mensalmente | mensalmente                | semanalmente         | quase diária               |
| 7   | Com que frequência nos últimos doze meses você sentiu "culpa" após ter consumido?  | nunca    | menos que mensalmente | mensalmente                | semanalmente         | quase diária               |
|     | - E desde que está grávida?  | nunca    | menos que mensalmente | mensalmente                | semanalmente         | quase diária               |
| 8   | Com que frequência no último ano você não conseguiu lembrar-se do que aconteceu na noite anterior devido ao consumo de bebida? | nunca    | menos que mensalmente | mensalmente                | semanalmente         | quase diária               |
|     | - E desde que está grávida?  | nunca    | menos que mensalmente | mensalmente                | semanalmente         | quase diária               |
| 9   | Você já se machucou ou machucou alguém como resultado do consumo de álcool?  | não      |                       | sim, mas não no último ano |                      | sim, no último ano         |
|     | - E desde que está grávida?  | não      |                       | sim, mas não no último ano |                      | sim, no último ano         |
| 10  | Alguém (familiar, amigo ou médico) se preocupou com seu hábito ou forma de beber?  | não      |                       | sim, mas não no último ano |                      | sim, no último ano         |
|     | - E desde que está grávida?  | não      |                       | sim, mas não no último ano |                      | sim, no último ano         |

**Anexo 2. EAGM-M**



CATÓLICA PORTO  
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

**ESCALA DE ATITUDES SOBRE A GRAVIDEZ E A MATERNIDADE – EAGM -M**

(Xavier, M.R.; Paul, M.C.; Sousa, L., 1998; Xavier, M.R. Canda, E. – versão para estudo)

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data de nascimento da mãe:

Escolaridade:

Estado civil:

Profissão:

Atualmente empregada: Sim / Não

Tempo de gravidez (em semanas):

Sexo do bebé (quando conhecido): F / M

Número de filhos (nascidos anteriormente):

Gravidez planeada? Sim / Não

Por favor, leia atentamente as afirmações que se seguem e responda rapidamente, de acordo com a primeira ideia que lhe ocorrer. Note que não há respostas certas ou erradas, é apenas uma questão de opinião.

Faça um círculo à volta do número que corresponde à sua opinião.

|        |              |              |       |
|--------|--------------|--------------|-------|
| SEMPRE | MUITAS VEZES | POUCAS VEZES | NUNCA |
| 1      | 2            | 3            | 4     |

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 1. Penso que vou ser uma boa mãe   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Com a gravidez sinto-me mais responsável  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. A gravidez é um período difícil na vida de uma mulher   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais ajuda   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Considero a minha própria mãe como uma verdadeira amiga   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Imagino-me a brincar com o meu filho  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. A ajuda do marido/companheiro é muito importante durante a gravidez   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Durante a gravidez tenho-me preocupado com a minha aparência  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Os bebés são todos iguais no primeiro ano de vida   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Desde que estou grávida que me sinto mais próxima do meu marido/<br>companheiro                              | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Imagino-me a passear com o bebé ao colo  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Desde que se preste os cuidados básicos ao bebé, como dar-lhe de comer e<br>mantê-lo limpo, tudo correrá bem | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. A minha mãe compreendia os meus problemas e preocupações   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Estar grávida é um enorme desgaste psicológico   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. O meu marido / companheiro tem ajudado durante a gravidez  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. A gravidez está a fazer-me mudar para melhor   | 1 | 2 | 3 | 4 |

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 17. Tenho pensado no futuro do meu bebé  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Uma criança põe uma mulher nervosa se esta tiver que estar com ela todo o dia                | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Ter filhos muda a vida de uma mulher   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. O pai não é importante para ajudar a criar o seu filho                                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Desde que estou grávida sinto que o meu marido/companheiro compreende as minhas necessidades | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Desde que estou grávida que vejo a vida de forma diferente                                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Uma boa mãe afasta as crianças das dificuldades da vida                                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Este bebé vai mudar a minha vida   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. A ajuda do meu marido / companheiro tem sido muito importante durante a gravidez             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Imagino-me a brincar no jardim com o meu filho, quando ele for mais crescido                 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. É importante ser eu a ensinar o meu filho a usar o pinico                                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. A gravidez faz-me sentir importante  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais carinhos                               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Depois do bebé nascer a minha vida vai mudar   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Imagino-me a mudar as fraldas ao meu bebé  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. As avós têm mais tempo para cuidar das crianças  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Estar grávida é um enorme desgaste físico  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Preocupo-me com a capacidade do meu marido / companheiro lidar com o bebé                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. A minha mãe merece o meu respeito pela forma como me educou                                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Tenho pensado como a gravidez é uma fase muito importante na minha vida                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. A minha mãe não me ajudou tanto quanto eu precisava  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Tenho pensado que depois do bebé nascer a minha vida vai mudar                               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Estou preocupada com a minha capacidade para enfrentar o parto                               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Durante a gravidez tenho-me preocupado em arranjar-me e vestir roupas bonitas                | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Desde que estou grávida que me sinto uma pessoa diferente.                                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. A minha mãe dava-me carinho  | 1 | 2 | 3 | 4 |

### **Anexo 3. Folha de informação ao participante e Consentimento informado**

#### **FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE**

##### **Hospital Geral José Macamo**

**Título da pesquisa:** Estudo exploratório sobre o consumo de Álcool e atitudes sobre a gravidez e Maternidade em grávidas utentes dos Hospitais Gerais: José Macamo e Mavalane

**Pesquisadora:** Elda Denise Canda. e-mail: denise1061@gmail.com

**Responsável e Supervisor da Pesquisa:** Maria Raul Andrade Martins Lobo Xavier. e-mail: mxavier@porto.ucp.pt

**Co investigadora:** Saida Thompson. Email: saida.thompson@gmail.com

Um grupo de investigadores da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa está a desenvolver um projecto de investigação acerca da vivência psicológica da gravidez e consumos de bebidas alcoólicas nas mulheres grávidas utentes dos serviços de saúde em Portugal e em Moçambique. O objectivo geral deste projecto é o aprofundar de conhecimentos sobre a vivência psicológica da gravidez e sua relação com os consumos de álcool.

Antes de decidir se deve ou não participar, a Sra. é convidada a familiarizar-se com o conteúdo desta declaração, que tem a finalidade de dar-lhe todas as informações necessárias sobre a pesquisa, de modo a ajudar-lhe a tomar uma decisão sobre se quer ou não participar. Nessa pesquisa, devem participar mulheres grávidas, independentemente da sua idade e tempo de gestação. A participação é voluntária e livre. Portanto, ninguém tem o direito de lhe pressionar ou obrigar a participar. A Sra. é livre de recusar, e não haverá nenhum tipo de consequência, pressão, penalização ou crítica por isso. Entretanto, a Sra. tem direito à informação sobre a pesquisa e sobre o pessoal envolvido, podendo apresentar todas as dúvidas e preocupações a qualquer deles. A Sra. pode igualmente apresentar, sempre que necessário, preocupações ou questões relacionadas com as condutas e procedimentos do pessoal da pesquisa, sobre possíveis irregularidades e danos que possa sofrer por participar na pesquisa. A Sra. é convidada a ler com toda a atenção esta declaração, e a ficar devidamente esclarecida antes de tomar uma decisão.

- 1. Considerações gerais sobre a pesquisa.** Dados da OMS (2011), sobre os padrões de consumo de álcool referentes ao período compreendido entre 1990-2006, alertaram-nos para o fato de os padrões de consumo das mulheres (12,3%) serem relativamente superiores aos padrões de consumo dos homens (12,2%). Em Moçambique, não existem dados sobre o consumo de álcool durante a gravidez. Sendo assim, pretende-se com este estudo, avaliar os consumos de álcool nas

mulheres grávidas que frequentam as principais unidades de saúde da Cidade de Maputo. Para além disso, pretende-se explorar a vivência psicológica da gravidez nas mulheres grávidas que consomem álcool e analisar a correlação entre o consumo de álcool e a vivência psicológica da gravidez nas mulheres grávidas que frequentam as consultas pré-natais no Hospital Geral José Macamo e Hospital de Mavalane.

2. **Objectivos da pesquisa:** Duma forma geral, importa estudar a vivência psicológica da gravidez e consumos de bebidas alcoólicas nas mulheres grávidas utentes dos Hospitais Gerais de Mavalane e José Macamo.

3. **Procedimentos da pesquisa:**

- A aplicação (individual) de 2 (dois) questionários. A aplicação dos 2 poderá durar uma média de 20 minutos; no entanto, o tempo para o questionário não é limitado, podendo o indivíduo trabalhar num ritmo que for de sua conveniência, porém, dentro de limites da norma.

- A assinatura de 2 (dois) exemplares da «**Declaração de Consentimento de Participação**», antes do início da aplicação dos questionários. Um exemplar dessa declaração será para si, e o outro será para o Pesquisador.

4. **Custos de participação na pesquisa:** Não existe nenhum custo para participar na pesquisa.

5. **Riscos:** A pesquisa a efectuar não representará riscos para a saúde e integridade dos participantes.

6. **Benefícios:** A pesquisa não traz benefícios financeiros nem materiais para os participantes. No entanto, existem benefícios, individuais e colectivos, que resultam da possibilidade de: adquirir informações e conhecimentos sobre o consumo de álcool durante a gravidez.

7. **Interrupção da participação na pesquisa:** Todo o indivíduo que aceite participar na pesquisa é livre de, a qualquer momento, interromper a sua participação, sem que lhe aconteça alguma coisa. As pessoas não são questionadas nem obrigadas ou forçadas a prosseguir a sua participação sem o desejar.

8. **Contactos importantes:** Em caso de necessidade, para apresentar qualquer tipo de dúvida, pergunta, questão ou preocupação relacionada com a pesquisa, com os investigadores ou outras pessoas envolvidas, pode contactar a Dra. Saida Thompson através do contacto 840663462 e pelo endereço de e-mail: denise1061@gmail.com

9. **Confidencialidade:** Para garantir o anonimato, o sigilo e o segredo profissional e a privacidade, serão criadas todas as condições necessárias no sentido de todos os participantes e todos os dados e informações que possam fornecer serem devidamente protegidos. Esta pesquisa é anónima, o que significa que a Sra. não precisa de fornecer o seu nome verdadeiro, podendo fornecer qualquer pseudónimo, código ou nome não verdadeiro, à sua escolha. Ademais, toda a informação ligada aos participantes será altamente protegida, mantida em segredo e só os técnicos terão acesso a ela. Deste modo, nem antes, nem durante a pesquisa nem depois dela a Sra. poderá ser identificado ou associado aos dados e informações que fornecer. Quando os resultados da pesquisa forem publicados, toda a informação que possa possibilitar a identificação dos participantes será eliminada, removida ou alterada. Entretanto, em todas as

fases da pesquisa será devidamente respeitada a sua liberdade e a decisão que tomar, e toda a sua participação na pesquisa – será sempre com base na sua aceitação voluntária.

## **Anexo 4 – FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE (TUTOR)**

*Hospital Geral José Macamo*

### **FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE (TUTOR)**

*Hospital Geral José Macamo*

**Título da pesquisa:** Estudo exploratório sobre o consumo de Álcool e atitudes sobre a gravidez e Maternidade em grávidas utentes dos Hospitais Gerais: José Macamo e Mavalane

**Pesquisadora:** Elda Denise Canda. e-mail: denise1061@gmail.com

**Responsável e Supervisor da Pesquisa:** Maria Raul Andrade Martins Lobo Xavier. e-mail: mxavier@porto.ucp.pt

Co investigadora: Saida Tompson. Email: saida.thompson@gmail.com

Um grupo de investigadores da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa está a desenvolver um projecto de investigação acerca da vivência psicológica da gravidez e consumos de bebidas alcoólicas nas mulheres grávidas utentes dos serviços de saúde em Portugal e em Moçambique. O objectivo geral deste projecto é o aprofundar de conhecimentos sobre a vivência psicológica da gravidez e sua relação com os consumos de álcool.

Antes de decidir se autoriza ou não participar, é convidada/o a familiarizar-se com o conteúdo desta declaração, que tem a finalidade de dar-lhe todas as informações necessárias sobre a pesquisa, de modo a ajudar-lhe a tomar uma decisão sobre se quer ou não fazer parte dela. Nessa pesquisa, devem participar mulheres grávidas, independentemente da sua idade e tempo de gestação. A participação é voluntária e livre. Portanto, ninguém tem o direito de lhe pressionar ou obrigar a participar. O/a Sr.(a) é livre de recusar, e não haverá nenhum tipo de consequência, pressão, penalização ou crítica por isso. Entretanto, o/a Sr(a) tem direito à informação sobre a pesquisa e sobre o pessoal envolvido, podendo apresentar todas as dúvidas e preocupações a qualquer deles. O/(a) Sr.(a) pode igualmente apresentar, sempre que necessário, preocupações ou questões relacionadas com as condutas e procedimentos do pessoal da pesquisa, sobre possíveis irregularidades e danos que possa sofrer por participar na pesquisa. O/a Sr.(a) é convidado/a a ler com toda a atenção esta declaração, e a ficar devidamente esclarecido/a antes de tomar uma decisão.

**6. Considerações gerais sobre a pesquisa.** Dados da OMS (2011), sobre os padrões de consumo de álcool referentes ao período compreendido entre 1990-2006, alertaram-nos para o fato de os padrões de consumo das mulheres (12,3%) serem relativamente superiores aos padrões de consumo dos homens (12,2%). Em Moçambique, não existem dados sobre o consumo de álcool durante a gravidez. Sendo assim, pretende-se com este estudo, avaliar os consumos de álcool nas

mulheres grávidas que frequentam as principais unidades de saúde da Cidade de Maputo. Para além disso, pretende-se explorar a vivência psicológica da gravidez nas mulheres grávidas que consomem álcool e analisar a correlação entre o consumo de álcool e a vivência psicológica da gravidez nas mulheres grávidas que frequentam as consultas pré-natais no Hospital Geral José Macamo e Hospital de Mavalane.

**7. Objectivos da pesquisa:** Duma forma geral, importa estudar a vivência psicológica da gravidez e consumos de bebidas alcoólicas nas mulheres grávidas utentes dos Hospitais Gerais de Mavalane e José Macamo.

**8. Procedimentos da pesquisa:**

- A aplicação (individual) de 2 (dois) questionários. A aplicação dos 2 poderá durar uma média de 20 minutos; no entanto, o tempo para o questionário não é limitado, podendo o indivíduo trabalhar num ritmo que for de sua conveniência, porém, dentro de limites da norma.

- A assinatura de 2 (dois) exemplares da «**Declaração de Consentimento de Participação**», antes do início da aplicação dos questionários. Um exemplar dessa declaração será para si, e o outro será para o Pesquisador.

**9. Custos de participação na pesquisa:** Não existe nenhum custo para participar na pesquisa.

**10. Riscos:** A pesquisa a efectuar não representará riscos para a saúde e integridade dos participantes.

**8. Benefícios:** A pesquisa não traz benefícios financeiros nem materiais para os participantes. No entanto, existem benefícios, individuais e colectivos, que resultam da possibilidade de: adquirir informações e conhecimentos sobre o consumo de álcool durante a gravidez.

**9. Interrupção da participação na pesquisa:** Todo o indivíduo que aceite participar na pesquisa é livre de, a qualquer momento, interromper a sua participação, sem que lhe aconteça alguma coisa. As pessoas não são questionadas nem obrigadas ou forçadas a prosseguir a sua participação sem o desejar.

**10. Contactos importantes:** Em caso de necessidade, para apresentar qualquer tipo de dúvida, pergunta, questão ou preocupação relacionada com a pesquisa, com os pesquisadores ou outras pessoas envolvidas, pode contactar a Dra. Saida Thompson através do contacto 840663462 e pelo endereço de e-mail: denise1061@gmail.com

**11. Confidencialidade:** Para garantir o anonimato, o sigilo e o segredo profissional e a privacidade, serão criadas todas as condições necessárias no sentido de todos os participantes e todos os dados e informações que possam fornecer serem devidamente protegidos. Esta pesquisa é anónima, o que significa que a participante não precisa de fornecer o seu nome verdadeiro, podendo fornecer qualquer pseudónimo, código ou nome não verdadeiro, à sua escolha. Ademais, toda a informação ligada aos participantes será altamente protegida, mantida em segredo e só os técnicos terão acesso a ela. Deste modo, nem antes, nem durante a pesquisa nem depois dela a participante poderá ser identificado ou associado aos dados e informações que

fornecer. Quando os resultados da pesquisa forem publicados, toda a informação que possa possibilitar a identificação dos participantes será eliminada, removida ou alterada. Entretanto, em todas as fases da pesquisa será devidamente respeitada a sua liberdade e a decisão que tomar, e toda a sua participação na pesquisa – será sempre com base na sua aceitação voluntária.



### **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, \_\_\_\_\_compreendi a explicação que me foi fornecida sobre o estudo, assim como o direito de decidir livremente que a jovem sob minha tutela aceite ou recuse participar na investigação, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e para as quais obtive respostas satisfatórias.

Fui também informada que a identidade da jovem permanecerá confidencial, assegurando-se a máxima privacidade e confidencialidade dos dados e que ela poderá deixar de participar em qualquer momento, sem que isso comprometa de modo algum a assistência que lhe é facultada neste hospital pela equipa de saúde.

Assim sendo, aceito que a jovem sob a minha tutela responda aos questionários no âmbito desta investigação.

Autorizo ainda, que ela seja futuramente contactada com os mesmos objectivos.

**Data:** \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

**(Contactos: Dra. Saida Thompson - 840663462)**

**(Comité Nacional de Bioética para a Saúde – 824066350)**

Investigado

Investigador(es)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Anexo 5 - Folha De Informação Ao Participante - Hospital Geral De Mavalane**

### **FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE**

#### ***Hospital Geral De Mavalane***

**Título da pesquisa:** Estudo exploratório sobre o consumo de Álcool e atitudes sobre a gravidez e Maternidade em grávidas utentes dos Hospitais Gerais: José Macamo e Mavalane

**Pesquisadora:** Elda Denise Canda. e-mail: denise1061@gmail.com

**Responsável e Supervisor da Pesquisa:** Maria Raul Andrade Martins Lobo Xavier. e-mail: mxavier@porto.ucp.pt

Co investigadora: Saida Tompson. email: saida.thompson@gmail.com

Um grupo de investigadores da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, da Unidade de Alcoologia do Porto Dr José Barrias/DRN/Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. e em colaboração com a ULS de Matosinhos está a desenvolver um projecto de investigação acerca da vivência psicológica da gravidez e consumos de bebidas alcoólicas nas mulheres grávidas utentes da ULS de Matosinhos. O objectivo geral deste projecto é o aprofundar de conhecimentos sobre a vivência psicológica da gravidez e sua relação com os consumos de álcool.

Antes de decidir se deve ou não participar, a Sra. é convidada a familiarizar-se com o conteúdo desta declaração, que tem a finalidade de dar-lhe todas as informações necessárias sobre a pesquisa, de modo a ajudar-lhe a tomar uma decisão sobre se quer ou não participar. Nessa pesquisa, devem participar mulheres grávidas, independentemente da sua idade e tempo de gestação. A participação é voluntária e livre. Portanto, ninguém tem o direito de lhe pressionar ou obrigar a participar. A Sra. é livre de recusar, e não haverá nenhum tipo de consequência, pressão, penalização ou crítica por isso. Entretanto, a Sra. tem direito à informação sobre a pesquisa e sobre o pessoal envolvido, podendo apresentar todas as dúvidas e preocupações a qualquer deles. A Sra. pode igualmente apresentar, sempre que necessário, preocupações ou questões relacionadas com as condutas e procedimentos do pessoal da pesquisa, sobre possíveis irregularidades e danos que possa sofrer por participar na pesquisa. A Sra. é convidada a ler com toda a atenção esta declaração, e a ficar devidamente esclarecida antes de tomar uma decisão.

**11. Considerações gerais sobre a pesquisa.** Dados da OMS (2011), sobre os padrões de consumo de álcool referentes ao período compreendido entre 1990-2006, alertaram-nos para o fato de os padrões de consumo das mulheres (12,3%) serem relativamente superiores aos padrões de consumo dos homens (12,2%). Em Moçambique, não existem dados sobre o consumo de álcool durante a gravidez. Sendo assim, pretende-se com este estudo, avaliar os consumos de álcool nas

mulheres grávidas que frequentam as principais unidades de saúde da Cidade de Maputo. Para além disso, pretende-se explorar a vivência psicológica da gravidez nas mulheres grávidas que consomem álcool e analisar a correlação entre o consumo de álcool e a vivência psicológica da gravidez nas mulheres grávidas que frequentam as consultas pré-natais no Hospital Geral José Macamo e Hospital de Mavalane.

**12. Objectivos da pesquisa:** Duma forma geral, importa estudar a vivência psicológica da gravidez e consumos de bebidas alcoólicas nas mulheres grávidas utentes dos Hospitais Gerais de Mavalane e José Macamo.

**13. Procedimentos da pesquisa:**

- A aplicação (individual) de 2 (dois) questionários. A aplicação dos 2 poderá durar uma média de 20 minutos; no entanto, o tempo para o questionário não é limitado, podendo o indivíduo trabalhar num ritmo que for de sua conveniência, porém, dentro de limites da norma.

- A assinatura de 2 (dois) exemplares da «*Declaração de Consentimento de Participação*», antes do início da aplicação dos questionários. Um exemplar dessa declaração será para si, e o outro será para o Pesquisador.

**14. Custos de participação na pesquisa:** Não existe nenhum custo para participar na pesquisa.

**15. Riscos:** A pesquisa a efectuar não representará riscos para a saúde e integridade dos participantes.

**10. Benefícios:** A pesquisa não traz benefícios financeiros nem materiais para os participantes. No entanto, existem benefícios, individuais e colectivos, que resultam da possibilidade de: adquirir informações e conhecimentos sobre o consumo de álcool durante a gravidez.

**11. Interrupção da participação na pesquisa:** Todo o indivíduo que aceite participar na pesquisa é livre de, a qualquer momento, interromper a sua participação, sem que lhe aconteça alguma coisa. As pessoas não são questionadas nem obrigadas ou forçadas a prosseguir a sua participação sem o desejar.

**12. Contactos importantes:** Em caso de necessidade, para apresentar qualquer tipo de dúvida, pergunta, questão ou preocupação relacionada com a pesquisa, com os investigadores ou outras pessoas envolvidas, pode contactar a Dra. Saida Thompson através do contacto 840663462 e pelo endereço de e-mail: denise1061@gmail.com

**13. Confidencialidade:** Para garantir o anonimato, o sigilo e o segredo profissional e a privacidade, serão criadas todas as condições necessárias no sentido de todos os participantes e todos os dados e informações que possam fornecer serem devidamente protegidos. Esta pesquisa é anónima, o que significa que a Sra. não precisa de fornecer o seu nome verdadeiro, podendo fornecer qualquer pseudónimo, código ou nome não verdadeiro, à sua escolha. Ademais, toda a informação ligada aos participantes será altamente protegida, mantida em segredo e só os técnicos terão acesso a ela. Deste modo, nem antes, nem durante a pesquisa nem depois dela a Sra. poderá ser identificado ou associado aos dados e informações que fornecer. Quando os

resultados da pesquisa forem publicados, toda a informação que possa possibilitar a identificação dos participantes será eliminada, removida ou alterada. Entretanto, em todas as fases da pesquisa será devidamente respeitada a sua liberdade e a decisão que tomar, e toda a sua participação na pesquisa – será sempre com base na sua aceitação voluntária.



## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_compreendi a explicação que me foi fornecida sobre o estudo, assim como o direito de decidir livremente aceitar ou recusar participar na investigação, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e para as quais obtive respostas satisfatórias.

Fui também informada que a minha identidade permanecerá confidencial, assegurando-se a máxima privacidade e confidencialidade dos dados e que poderei deixar de participar em qualquer momento, sem que isso comprometa de modo algum a assistência que me é facultada neste hospital pela equipa de saúde.

Assim sendo, aceito responder aos questionários no âmbito desta investigação.

Autorizo ainda, ser futuramente contactada com os mesmos objectivos.

**Data:** \_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

**(Contactos: Dra. Saida Thompson - 840663462)**

**(Comité Nacional de Bioética para a Saúde – 824066350)**

Investigado

Investigador(es)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Anexo 6 - Folha De Informação Ao Participante (Tutor) - *Hospital Geral de Mavalane***

### **FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE (TUTOR)**

*Hospital Geral de Mavalane*

**Título da pesquisa:** Estudo exploratório sobre o consumo de Álcool e atitudes sobre a gravidez e Maternidade em grávidas utentes dos Hospitais Gerais: José Macamo e Mavalane

**Pesquisadora:** Elda Denise Canda. e-mail: denise1061@gmail.com

**Responsável e Supervisor da Pesquisa:** Maria Raul Andrade Martins Lobo Xavier. e-mail: mxavier@porto.ucp.pt

Co investigadora: Saida Thompson. Email: saida.thompson@gmail.com

Um grupo de investigadores da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, da Unidade de Alcoologia do Porto Dr José Barrias/DRN/Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. e em colaboração com a ULS de Matosinhos está a desenvolver um projecto de investigação acerca da vivência psicológica da gravidez e consumos de bebidas alcoólicas nas mulheres grávidas utentes da ULS de Matosinhos. O objectivo geral deste projecto é o aprofundar de conhecimentos sobre a vivência psicológica da gravidez e sua relação com os consumos de álcool.

Antes de decidir se autoriza ou não participar, é convidada/o a familiarizar-se com o conteúdo desta declaração, que tem a finalidade de dar-lhe todas as informações necessárias sobre a pesquisa, de modo a ajudar-lhe a tomar uma decisão sobre se quer ou não fazer parte dela. Nessa pesquisa, devem participar mulheres grávidas, independentemente da sua idade e tempo de gestação. A participação é voluntária e livre. Portanto, ninguém tem o direito de lhe pressionar ou obrigar a participar. O/a Sr.(a) é livre de recusar, e não haverá nenhum tipo de consequência, pressão, penalização ou crítica por isso. Entretanto, o/a Sr(a) tem direito à informação sobre a pesquisa e sobre o pessoal envolvido, podendo apresentar todas as dúvidas e preocupações a qualquer deles. O/(a) Sr.(a) pode igualmente apresentar, sempre que necessário, preocupações ou questões relacionadas com as condutas e procedimentos do pessoal da pesquisa, sobre possíveis irregularidades e danos que possa sofrer por participar na pesquisa. O/a Sr.(a) é convidado/a a ler com toda a atenção esta declaração, e a ficar devidamente esclarecido/a antes de tomar uma decisão.

**16. Considerações gerais sobre a pesquisa.** Dados da OMS (2011), sobre os padrões de consumo de álcool referentes ao período compreendido entre 1990-2006, alertaram-nos para o fato de os padrões de consumo das mulheres (12,3%) serem relativamente superiores aos padrões de consumo dos homens (12,2%). Em Moçambique, não existem dados sobre o consumo de álcool durante a gravidez. Sendo assim, pretende-se com este estudo, avaliar os consumos de álcool nas

mulheres grávidas que frequentam as principais unidades de saúde da Cidade de Maputo. Para além disso, pretende-se explorar a vivência psicológica da gravidez nas mulheres grávidas que consomem álcool e analisar a correlação entre o consumo de álcool e a vivência psicológica da gravidez nas mulheres grávidas que frequentam as consultas pré-natais no Hospital Geral José Macamo e Hospital de Mavalane.

**17. Objectivos da pesquisa:** Duma forma geral, importa estudar a vivência psicológica da gravidez e consumos de bebidas alcoólicas nas mulheres grávidas utentes dos Hospitais Gerais de Mavalane e José Macamo.

**18. Procedimentos da pesquisa:**

- A aplicação (individual) de 2 (dois) questionários. A aplicação dos 2 poderá durar uma média de 20 minutos; no entanto, o tempo para o questionário não é limitado, podendo o indivíduo trabalhar num ritmo que for de sua conveniência, porém, dentro de limites da norma.

- A assinatura de 2 (dois) exemplares da «**Declaração de Consentimento de Participação**», antes do início da aplicação dos questionários. Um exemplar dessa declaração será para si, e o outro será para o Pesquisador.

**19. Custos de participação na pesquisa:** Não existe nenhum custo para participar na pesquisa.

**20. Riscos:** A pesquisa a efectuar não representará riscos para a saúde e integridade dos participantes.

**12. Benefícios:** A pesquisa não traz benefícios financeiros nem materiais para os participantes. No entanto, existem benefícios, individuais e colectivos, que resultam da possibilidade de: adquirir informações e conhecimentos sobre o consumo de álcool durante a gravidez.

**13. Interrupção da participação na pesquisa:** Todo o indivíduo que aceite participar na pesquisa é livre de, a qualquer momento, interromper a sua participação, sem que lhe aconteça alguma coisa. As pessoas não são questionadas nem obrigadas ou forçadas a prosseguir a sua participação sem o desejar.

**14. Contactos importantes:** Em caso de necessidade, para apresentar qualquer tipo de dúvida, pergunta, questão ou preocupação relacionada com a pesquisa, com os pesquisadores ou outras pessoas envolvidas, pode contactar a Dra. Saida Thompson através do contacto 840663462 e pelo endereço de e-mail: denise1061@gmail.com

**15. Confidencialidade:** Para garantir o anonimato, o sigilo e o segredo profissional e a privacidade, serão criadas todas as condições necessárias no sentido de todos os participantes e todos os dados e informações que possam fornecer serem devidamente protegidos. Esta pesquisa é anónima, o que significa que a participante não precisa de fornecer o seu nome verdadeiro, podendo fornecer qualquer pseudónimo, código ou nome não verdadeiro, à sua escolha. Ademais, toda a informação ligada aos participantes será altamente protegida, mantida em segredo e só os técnicos terão acesso a ela. Deste modo, nem antes, nem durante a pesquisa nem depois dela a participante poderá ser identificado ou associado aos dados e informações que

fornecer. Quando os resultados da pesquisa forem publicados, toda a informação que possa possibilitar a identificação dos participantes será eliminada, removida ou alterada. Entretanto, em todas as fases da pesquisa será devidamente respeitada a sua liberdade e a decisão que tomar, e toda a sua participação na pesquisa – será sempre com base na sua aceitação voluntária.



## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_compreendi a explicação que me foi fornecida sobre o estudo, assim como o direito de decidir livremente que a jovem sob minha tutela aceite ou recuse participar na investigação, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e para as quais obtive respostas satisfatórias.

Fui também informada que a identidade da jovem permanecerá confidencial, assegurando-se a máxima privacidade e confidencialidade dos dados e que ela poderá deixar de participar em qualquer momento, sem que isso comprometa de modo algum a assistência que lhe é facultada neste hospital pela equipa de saúde.

Assim sendo, aceito que a jovem sob a minha tutela responda aos questionários no âmbito desta investigação.

Autorizo ainda, que ela seja futuramente contactada com os mesmos objectivos.

**Data:** \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

**(Contactos: Dra. Saida Thompson - 840663462)**

**(Comité Nacional de Bioética para a Saúde – 824066350)**

Investigado

Investigador(es)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_