



CATOLICA

FACULDADE DE
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA
PORTO

VIVÊNCIA PSICOLÓGICA DA GRAVIDEZ COMO PREDITORA PARA O CONSUMO DE ÁLCOOL DURANTE A GESTAÇÃO

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Beatriz Vieira Correia

Porto, julho 2026



CATOLICA
FACULDADE DE
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA
PORTO

VIVÊNCIA PSICOLÓGICA DA GRAVIDEZ COMO PREDITORA PARA O CONSUMO DE ÁLCOOL DURANTE A GESTAÇÃO

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Beatriz Vieira Correia

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof.^a Maria Raul Xavier

Porto, julho 2026

Declaração sobre o Uso de Ferramentas de Inteligência Artificial

Foram utilizadas ferramentas de Inteligências Artificial (*Gemini* e *Microsoft Copilot*) transversalmente ao longo das diferentes secções da presente dissertação para tarefas de reestruturação de frases e auxílio na interpretação de dados estatísticos, com o objetivo de garantir uma maior fluidez, clareza e coesão na leitura de todo o documento. Todo o conteúdo do documento é da responsabilidade e autoria da estudante.

Agradecimentos

À Prof.^a Maria Raul, agradeço pela orientação, suporte e conhecimento partilhado ao longo deste processo. O seu apoio foi fundamental para a concretização desta dissertação.

À minha família, com um agradecimento especial aos meus pais, pelo amor e suporte incondicional, pelo incentivo constante e por estarem presentes em todas as etapas da minha vida. Obrigada por tornarem este sonho possível.

Ao Cristiano, pelo carinho, paciência e por estar sempre ao meu lado a celebrar todas as conquistas e a suportar os dias mais desafiantes.

À Ana e à Kika, pela amizade ao longo destes anos, pelas palavras e pelos momentos de riso que tornaram este caminho mais leve e feliz.

A todos os que fizeram parte deste processo, o meu obrigada.

Índice

Resumo	8
Abstract.....	9
Introdução	10
Enquadramento Teórico	13
Vivência Psicológica da Gravidez.....	13
Consumo de Álcool Durante a Gravidez e as suas Principais Consequências.....	15
Preditores Associados ao Consumo de Álcool Durante a Gravidez.....	16
Vivência Psicológica da Gravidez enquanto Preditora para o Consumo de Álcool Durante a Gestação	18
Método.....	19
Objetivos e Hipóteses de Investigação	20
Objetivos Específicos	20
Hipóteses de Investigação	20
Amostra	21
Instrumentos	23
Formulário com Questões Sociodemográficas e sobre a Gravidez	24
Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT).....	24
Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade – Versão Reduzida (EAGM-R)	25
Procedimentos	25
Procedimento de Recolha de Dados	25
Procedimento de Tratamento de Dados.....	26
Resultados.....	27
Discussão.....	35
Conclusão	38
Referências	41

Lista de Abreviaturas

AUDIT: *Alcohol Use Disorder Identification Test*

EAGM: Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade

PEAF: Perturbações do Espetro do Alcoolismo Fetal

SAF: Síndrome Alcoólica Fetal

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização da Amostra – Dados Sociodemográficos.....	22
Tabela 2. Caracterização da Amostra – Dados Relativos à Gravidez	23
Tabela 3. Níveis de Risco AUDIT.....	24
Tabela 4. Teste de Qui-Quadrado (X ²) – Associação entre Variáveis Sociodemográficas e Consumo de Álcool Antes da Gravidez.....	28
Tabela 5. Níveis de Risco Antes da Gravidez (AUDIT)	29
Tabela 6. Níveis de Risco Durante a Gravidez (AUDIT).....	29
Tabela 7. Teste de Wilcoxon (Z) – Diferenças ao Nível das Frequências, Quantidade de Consumo e o AUDIT Total Antes e Durante a Gravidez.....	30
Tabela 8. Coeficiente de Correlação de Spearman – Correlação entre AUDIT Total e AUDIT.G Total	30
Tabela 9. Teste de Qui-Quadrado (X ²) – Associação entre Variáveis Sociodemográficas e Consumo de Álcool Durante a Gravidez	31
Tabela 10. Teste de Qui-Quadrado (X ²) – Associação entre Variáveis da Gravidez e Consumo de Álcool Durante a Gravidez.....	32
Tabela 11. Teste de Mann-Whitney – Diferenças entre Grávidas com Consumos e Não Consumos de Álcool Durante a Gravidez e as Subescalas da EAGM-R.....	33
Tabela 12. Regressão Logística Binária – Variáveis Tipicamente Associadas como Preditoras do Consumo de Álcool Durante a Gravidez.....	34
Tabela 13. Regressão Logística Binária – Variáveis Preditoras do Consumo de Álcool Durante a Gravidez.....	35

Resumo

Este estudo teve como objetivo primordial explorar os principais preditores associados ao consumo de álcool durante a gravidez em Portugal, focando-se na vivência psicológica da gestação como possível preditora.

Através da metodologia quantitativa, uma amostra de 558 grávidas responderam a um questionário *online* que, para este estudo, englobou o *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT), uma nova versão reduzida da Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade (EAGM) e o Formulário com Questões Sociodemográficas e sobre a Gravidez. Os resultados evidenciaram que, apesar de existir uma diminuição significativa dos consumos, 20.5% das grávidas continuam a consumir bebidas alcoólicas durante o período gestacional. Estes consumos tendem a associar-se a mulheres mais velhas, com menor nível de escolaridade, solteiras/divorciadas, com gravidezes não planeadas e que têm acompanhamento exclusivo nos Serviços de Saúde Pública.

Os dados demonstram que os consumos prévios, menores níveis de escolaridade e gravidezes não planeadas são fortes preditores dos consumos durante a gestação. Relativamente à vivência psicológica, a subescala Imagem Corporal da EAGM foi o único preditor significativo, sendo que pontuações mais elevadas estão associadas a perceções mais negativas da imagem corporal que, consequentemente, aumentam a probabilidade dos consumos durante a gravidez.

Palavras-Chave: Consumo de álcool; Gravidez; Preditores do consumo; Vivência Psicológica da Gravidez

Abstract

The primary aim of this study was to investigate the main predictors of alcohol consumption during pregnancy in Portugal, focusing on the psychological experience of pregnancy as a predictive factor. Through a quantitative methodology, a sample of 558 pregnant women answered an online questionnaire that, for this study, included the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), a new reduced version of the Pregnancy and Maternity Attitudes Scale (EAGM) and a sociodemographic and pregnancy-related questionnaire.

Results indicated that, despite a significant decrease in alcohol consumption during pregnancy, 20.5% of the women continued to consume during the gestational period. This consumption tends to be associated with older women, lower educational levels, single or divorced status, unplanned pregnancy, and receiving exclusive care from Public Health Services.

The findings demonstrate that pre-pregnancy consumption, lower education, and unplanned pregnancy are robust predictors of alcohol use. Regarding the psychological experience, the Body Image subscale of the EAGM emerged as the sole significant predictor, where higher scores were associated with a more negative perception of body image, consequently increasing the probability of consumption during pregnancy.

Keywords: Alcohol consumption; Pregnancy; Predictors of consumption; Psychological experience of pregnancy

Introdução

O presente estudo decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia, com Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP). Este estudo visa explorar os principais preditores do consumo de álcool durante o período gestacional, com particular foco na vivência psicológica da gestação.

A gravidez constitui um acontecimento de vida tipicamente marcado por alterações somáticas, sociais e psicológicas que, consequentemente, implicam uma reestruturação e reajustes na vida da mulher, assim como nos contextos em que se insere (Leal, 2005). Estas mudanças tendem a conduzir a projeções relativas à transição para um papel parental, podendo originar preocupações relacionadas com o parto, com a saúde do bebé, entre outras dimensões associadas à maternidade (Conde & Figueiredo, 2007). Para além disso, a gravidez tende a ser acompanhada de um conjunto de tarefas desenvolvimentais específicas, que incluem a aceitação da gravidez, a adaptação às mudanças corporais, a reorganização da identidade, a construção da relação com o bebé e a reavaliação das relações mãe-grávida e marido/companheiro-grávida. Tais tarefas são determinantes para o modo como a mulher vivencia psicologicamente este período (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1971). Assim, a forma como a mulher vivencia psicologicamente a gravidez constitui um fator determinante não só para o seu bem-estar emocional, mas também para os cuidados que a mesma terá com o bebé e, consequentemente, para o desenvolvimento futuro da criança (O'Connor et al., 2002; Verdult, 2021).

Embora, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2023, se tenha constado um ligeiro aumento da natalidade em Portugal (INE, 2024), o país continua a apresentar um contexto marcado pelo reduzido número de nascimentos (Eurostat, 2025), tornando-se, por isso, particularmente relevante promover condições que favoreçam o desenvolvimento saudável das crianças desde a fase pré-natal. Tal é crucial para procurar garantir não apenas a sobrevivência, mas também um crescimento físico, emocional e psicológico positivo (Black et al., 2017). A gravidez assume, deste modo, um papel central, sendo considerado um período crítico para a prevenção de riscos e promoção da saúde ao longo do ciclo de vida (Gluckman & Hanson, 2007).

Atualmente, são destacados diversos fatores de risco que podem ter um impacto significativo desde a conceção, influenciando o desenvolvimento fetal, sendo alguns de

natureza biológica ou genética – não controláveis – e outros de natureza comportamental e ambiental, sendo por isso potencialmente passíveis de intervenção (Schetter, 2011). Entre estes últimos, destaca-se a exposição pré-natal ao álcool, reconhecida como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento infantil (Popova et al., 2017; Riley et al., 2011).

O estudo do consumo de álcool durante a gravidez é atual e pertinente, dado que em Portugal esta é a substância psicoativa mais consumida (European Commission, 2025). Este consumo é prejudicial não só para o consumidor, como também para outros indivíduos associados ao mesmo, como é o caso do feto/bebé (Popova et al., 2017). A recomendação é de abstinência total durante a gravidez (World Health Organization [WHO], 2014), dado que a ingestão de álcool durante este processo, mesmo em níveis baixos e moderados, é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de consequências adversas (e.g., aborto espontâneo, parto prematuro) (Bakhireva et al., 2024), impactando potencialmente o desenvolvimento físico e neurológico ao longo da vida (Brown et al., 2019; Cook et al., 2016). O conjunto destes efeitos corresponde às Perturbações do Espectro do Alcoolismo Fetal (PEAF), que integram na sua manifestação mais severa a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) (Popova et al., 2017). De acordo com Popova e colaboradores (2017), as pessoas expostas ao álcool durante a gestação podem apresentar, por exemplo, insucesso escolar, consumo de substâncias, problemas de saúde mental e maior dificuldade de viver de modo independente. Embora estas consequências sejam mais prevalentes em filhos(as) de mulheres que consumiram grandes quantidades de álcool durante a gravidez, as PEAF incluem dificuldades que podem surgir mesmo perante consumos menos elevados (Popova et al., 2017).

Os estudos realizados com grávidas que consomem bebidas alcoólicas em Portugal são escassos (Xavier, 2021). Porém, estes consumos continuam a ocorrer (Xavier, 2021) e a investigação científica mostra que têm impacto a longo prazo, como mencionado previamente (Brown et al., 2019; Cook et al., 2016). Em Portugal, a investigação em torno desta temática tem sido assegurada pela equipa de investigação do Centro de Investigação para o Desenvolvimento Humano (CEDH) da FEP-UCP, em que o presente estudo está incluído.

Nas últimas décadas, diversas equipas têm-se dedicado a estudos sobre preditores de consumos de álcool na gravidez (e.g., Alati et al., 2013; Bailey & Sokol, 2021). Tal possibilita compreender que fatores físicos, psicológicos e/ou sociais estão relacionados aos consumos e identificar mulheres mais vulneráveis a estes consumos. Espera-se que

tais informações sejam úteis para políticas públicas e programas de prevenção mais eficazes (Popova et al., 2021). No geral, os trabalhos têm apontado para o consumo prévio à gravidez como o principal preditor do consumo de álcool na gestação (Ethen et al., 2008; Skagerström et al., 2011), havendo outros preditores que são identificados com resultados distintos em diferentes países. É o caso da idade (Bhuvaneswar et al., 2007; Bailey & Sokol, 2021) e da escolaridade (Corrales-Gutierrez et al., 2020; Mårdby et al., 2017), apontando para a importância de dimensões contextuais.

Dada a escassez de literatura nacional, torna-se relevante identificar preditores do consumo de álcool na gravidez, com particular destaque para a vivência psicológica do período gestacional (Xavier, 2021). Esta integração justifica-se pelo facto da gravidez constituir uma fase de profunda transição de papéis e de desafios psicossociais, englobando aspetos gratificantes, mas também potencialmente stressores (Conde & Figueiredo, 2007). Quando vivenciada como uma fase de maior vulnerabilidade e/ou sobrecarga, este processo poderá ter relação com o consumo de álcool. Para além disso, a gravidez pode representar um fator de alerta e/ou proteção, permitindo identificar, por exemplo, riscos para a mãe e para o bebé (Davis & Narayan, 2020). Adicionalmente, tanto quanto é do nosso conhecimento, a integração da vivência psicológica da gravidez em estudos de preditores de consumos de álcool durante a gestação não tem sido considerada, reforçando a vertente inovadora da presente investigação.

Após a introdução será apresentado o enquadramento teórico, seguindo-se o método. O enquadramento teórico corresponde à contextualização do tema, recorrendo à literatura existente e abordando a vivência psicológica da gravidez, o consumo de álcool, o impacto do mesmo e a exploração dos principais preditores associados ao consumo de álcool durante a gestação. Considerando o objetivo central deste trabalho, o último ponto do enquadramento teórico diz respeito à vivência psicológica da gravidez enquanto possível preditora para estes consumos. No que concerne ao método, este engloba os objetivos, a amostra, os instrumentos e os procedimentos de recolha e análise de dados. Posteriormente, serão revelados e discutidos os resultados e, ainda, serão apresentadas a conclusão e a lista de referências bibliográficas.

Enquadramento Teórico

Vivência Psicológica da Gravidez

A gravidez é um processo que dura cerca de 40 semanas, desde a concepção até ao parto, e que influencia as crenças e os comportamentos que as mulheres adotam em relação a elas mesmas, ao contexto envolvente e no que remete à sua vida futura (Canavarro, 2001). Assim, a vivência psicológica da gravidez é variável e individual, dado que cada mulher percebe as mudanças subjacentes deste processo de diferentes formas (Bjelica et al., 2018; Canavarro, 2001).

O desenvolvimento psicológico durante a gravidez pode ser entendido como uma sucessão de etapas que visam responder aos desafios anteriores e preparar as grávidas para os conflitos e tarefas que surgirão subsequentemente (Monforte & Mineiro, 2006). Nesse sentido, Colman e Colman (1994) identificaram seis tarefas desenvolvimentais que as mulheres vivenciam durante a gravidez e que estão associadas a diferentes experiências psicológicas características deste processo. A primeira tarefa está relacionada com a aceitação da gravidez como uma realidade, tendendo a ser acompanhada por sentimentos ambivalentes entre os quais o desejo e o receio da maternidade (Canavarro, 2001). A segunda envolve a aceitação do feto, sendo um momento essencial para o início do processo de diferenciação entre a mãe e o bebé (Canavarro, 2001). A terceira tarefa remete para uma reflexão sobre o relacionamento passado e atual das grávidas com os seus próprios pais, principalmente com a mãe. Esta reflexão é realizada com o intuito das mulheres se sentirem mais seguras no novo papel de mãe, integrando, num primeiro momento, as vivências positivas e negativas experienciadas enquanto filha (Canavarro, 2001). Desse modo, é comum que as mulheres reavaliem estes tipos de relacionamentos, decidindo repetir ou diferenciar a sua atuação. Assim, as suas experiências prévias de vinculação tendem a influenciar a vivência psicológica da gravidez e a relação que, posteriormente, terão com os seus filhos (Colman & Colman, 1994). Relativamente à quarta tarefa, esta refere-se à necessidade de repensar e reorganizar a relação com o cônjuge ou companheiro. Nesta etapa, o casal prepara-se para a integração de um novo membro no sistema familiar, exigindo adaptações no vínculo afetivo, nas rotinas e na intimidade do relacionamento (Canavarro, 2001). Durante esta fase, o companheiro passa a assumir um novo papel no contexto familiar e algumas necessidades avaliadas como irracionais ou despropositadas podem originar sentimentos de abandono, assim como preocupações com o apoio e a compreensão que será disponibilizada (Colman & Colman,

1994). Consequentemente, na quinta tarefa as grávidas começam a reconhecer o bebê como um ser individual, devendo aceitar o(a) filho(a) como uma pessoa única e distinta, a quem deve prestar cuidados, de modo a que este(a) possa desenvolver as suas potencialidades. Esta fase, geralmente, começa no último trimestre da gestação, momento em que emergem sentimentos relacionados com o parto iminente, bem como com o desejo crescente de conhecer o filho (Canavarro, 2001). Por último, a sexta tarefa é, igualmente, crucial, envolvendo uma reavaliação e reorganização da própria identidade da mulher, exigindo a reflexão sobre as perdas e conquistas decorrentes deste processo e a aceitação das mudanças subjacentes ao mesmo (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Xavier, 2000).

Para além disso, os estudos realizados por Bjelica e colaboradores (2018) e Mirabzadeh e colaboradores (2013) evidenciaram que a vivência psicológica tende a estar associada ao suporte percebido por parte do marido/companheiro, contribuindo para uma maior aceitação da gravidez e do bebê, assim como para vivências mais positivas do parto (Cepêda et al., 2005). Do mesmo modo, a relação com a própria mãe, as expectativas existentes sobre o bebê, as preocupações relativas à relação com a criança, bem como as exigências e mudanças específicas deste processo tendem a impactar a vivência psicológica da gravidez (Bjelica et al., 2018; Mirabzadeh et al., 2013).

Perante os desafios subjacentes às diferentes tarefas mencionadas, este evento de vida pode ser potencialmente stressante para as mesmas, devido às mudanças psicossociais e fisiológicas geralmente associadas (Esper & Furtado, 2019). As grávidas precisam de se reorganizar, tendo em conta integração de um novo papel social, enquanto mães, devido a uma transição do seu próprio corpo, o seu *self*, bem como o papel que desempenham na comunidade. Desse modo, durante este processo as mulheres são caracterizadas como apresentando uma maior vulnerabilidade, sendo imprescindível, para uma maximização dos efeitos positivos, um apoio por parte da rede de suporte e das relações próximas das grávidas (Bjelica et al., 2018; Mirabzadeh et al., 2013). Assim, o estado emocional das mulheres é um fator determinante para o desenvolvimento saudável da gravidez (Bjelica et al., 2018; Staneva et al., 2015). Isto deve-se ao facto do *stress* e da saúde mental materna poderem ter um impacto significativo no desenvolvimento cognitivo, físico e emocional da criança a curto e longo prazo (International Marcé Society [IMS], 2020).

Consumo de Álcool Durante a Gravidez e as suas Principais Consequências

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a União Europeia é a região a consumir a maior quantidade de álcool *per capita* do mundo (WHO, 2025), estimando-se que uma média de 2 em 3 adultos consomem bebidas alcoólicas (WHO, 2024). Em Portugal, o álcool é a substância psicoativa mais consumida, apresentando um consumo *per capita* superior ao da média europeia (European Commission, 2025). Os homens tendem a ingerir mais álcool do que as mulheres, consumindo cerca de 19,4 litros de álcool *per capita* por ano, enquanto as mulheres tendem a consumir cerca de 5,6 litros (Carapinha et al., 2019; WHO, 2021). No contexto nacional, estes consumos elevados são corroborados pelo maior estudo realizado com uma amostra de mulheres portuguesas, no qual 86% das participantes referem ingerir bebidas alcoólicas (Sagnier & Morell, 2019).

Este consumo tende a persistir durante a gravidez, dado que a prevalência do consumo de etanol durante a mesma na Europa é de, aproximadamente, 25%, revelando-se como a maior do mundo (Popova et al., 2017). No panorama português, verifica-se uma carência de dados robustos no que concerne aos consumos durante o período gestacional (Xavier, 2021). Embora a evidência em Portugal seja limitada por amostras reduzidas e geograficamente circunscritas (Xavier, 2021), os dados disponíveis são elucidativos. Concretamente, na investigação de Xavier (2021), que contou com 456 participantes, 19% das mulheres corroboraram a existência de consumos, relatando a continuidade da ingestão de álcool ao longo da gravidez.

Para quantidades equivalentes de consumo, o impacto do álcool tende a ser mais acentuado no sexo feminino do que no masculino, devido a algumas das suas características físicas (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2021). Assim, alguns fatores (e.g., baixo peso corporal) fazem com que os níveis de álcool sejam, após ingestão, mais elevados nas mulheres do que nos homens. Tal tende a ser explicado, igualmente, pelos baixos níveis de enzimas desidrogenase – enzima que desempenha um papel crucial no metabolismo do álcool – das mulheres, assim como pela menor quantidade de água no corpo (Milic et al., 2018).

Para além disso, o álcool é um agente teratogénico que atravessa facilmente a placenta, podendo comprometer gravemente o desenvolvimento fetal. Esta exposição pré-natal pode resultar num conjunto de consequências funcionais e estruturais que se agrupam no que é designado como Perturbações do Espetro do Alcoolismo Fetal (PEAF) (Popova et al., 2017). Dentro destas perturbações, a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF)

representa a manifestação clínica mais severa, caracterizando-se por um conjunto de malformações físicas, cognitivas e de desenvolvimento (Popova et al., 2017). Esta síndrome é muito prevalente em crianças cujas mães consumiram grandes quantidades de álcool durante a gravidez, sendo que uma em cada 67 grávidas que consumiram etanol teriam um filho com SAF. Tal significa que a cada ano, em todo o mundo, nascem 119 000 crianças com SAF (Popova et al., 2017). Podem, de igual modo, surgir outros efeitos adversos associados ao consumo previamente mencionado, como morte e nascimento prematuro, aborto espontâneo, assim como baixo peso ao nascimento e/ou atraso do crescimento intrauterino (Popova et al., 2017). Na SAF, as repercussões estendem-se às malformações craniofaciais (e.g., lábio superior fino) e anomalias congénitas (e.g., doenças cardíacas), comprometendo significativamente o nível funcional, a cognição, a coordenação motora e o processamento emocional (Dörrie et al., 2014; Houchi et al., 2015). Ao longo da vida, estas crianças enfrentam desafios persistentes que incluem insucesso escolar, maior propensão ao abuso de substâncias, problemas de saúde mental e, por exemplo, incapacidade de viver de modo independente (Popova et al., 2017). São, ainda, frequentes as dificuldades no controlo de impulsos, estabelecimento de relações interpessoais, bem como no funcionamento executivo (e.g., atenção e memória) (Ward et al., 2021). Consequentemente, o desenvolvimento a longo prazo nestas crianças tende a ser marcado por interrupções e/ou fracassos em diferentes domínios. Desta forma, a criação de ambientes protetores é crucial para mitigar riscos secundários, como a delinquência e/ou experiência de abuso físico/sexual (Dörrie et al., 2014).

Assim, uma vez que existem diversas consequências adversas associadas ao consumo de álcool durante a gravidez, é fulcral sensibilizar para a importância da abstinência total desta substância, dado que não existe um nível seguro para a ingestão de bebidas alcoólicas durante a gestação (Chiodo et al., 2019; WHO, 2014).

Preditores Associados ao Consumo de Álcool Durante a Gravidez

O consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez pode ser influenciado por fatores demográficos, sociais, comportamentais e psicológicos (Alati et al., 2013).

Alguns estudos destacam a idade, escolaridade, estado civil e o consumo prévio como possíveis preditores para o consumo de álcool durante a gravidez (Alati et al., 2013; Elek et al., 2013; Skagerström et al., 2011). Para além desses, são destacados, ainda, a reduzida e/ou informação contraditória referente a estes consumos, a gravidez não

planeada, a pressão social, bem como o tipo de acompanhamento da gravidez (Anderson et al., 2014; Murphy et al., 2013).

No que concerne à idade e à escolaridade, os estudos podem ser contraditórios. Por exemplo, um estudo realizado por Bhuvaneswar e colaboradores (2007) revela que mulheres mais jovens tendem a consumir mais álcool quando comparadas com mulheres mais velhas. Contudo, outros estudos mostram que existe uma maior tendência para que mulheres mais velhas, entre os 30 e os 40 anos, apresentem maiores taxas de consumo, tipicamente associados a consumos prévios (Bailey & Sokol, 2021). No que remete à escolaridade, a maioria dos estudos indicam que existe uma maior prevalência deste consumo em mulheres com níveis de escolaridade mais elevados. Estes dados tendem a ser explicados pelo acesso facilitado ao álcool, assim como pela adoção de diferentes padrões sociais (Corrales-Gutierrez et al., 2020). Para além disso, a transição e a vivência do ensino universitário, por exemplo em Portugal, estão associadas à normalização e ao aumento significativo dos consumos de bebidas alcoólicas, enraizados nas práticas sociais e culturais (Saldanha et al., 2025). Contrariamente, outros resultados, obtidos noutros países, refutam esta informação, demonstrando que um maior nível de escolaridade pode estar associado a uma melhor compreensão dos riscos, o que culmina em menores taxas de consumo (Mårdby et al., 2017).

Já no que remete para o estado civil, este é, igualmente, apresentado como um fator importante para o consumo de álcool durante a gravidez, demonstrando que mulheres solteiras/divorciadas apresentam maiores taxas de consumo (Skagerström et al., 2011).

De igual modo, um dos preditores mais relacionados com a ingestão de bebidas alcoólicas durante a gravidez e comum a todos os estudos relativos a preditores é o consumo prévio, revelando que as mulheres que ingeriam previa e regularmente apresentam uma maior probabilidade de manter esse hábito durante a gestação (Ethen et al., 2008; Skagerström et al., 2011).

Também características específicas da gravidez, como a gravidez não planeada podem estar relacionadas com estes consumos, dado que aumentam a probabilidade de as grávidas não interromperem e/ou diminuírem a ingestão de bebidas alcoólicas (Kitsantas et al., 2014). Os estudos revelam que quando a gravidez não é planeada ou é descoberta numa fase mais tardia, as mulheres tendem a não alterar estes consumos, por uma maior probabilidade de existirem fatores stressores e uma menor ligação à gestação (Dott et al., 2010; Ethen et al., 2008). Para além disso, a não interrupção/diminuição dos

consumos pode, ainda, estar relacionada ao estigma e julgamento associados aos mesmos, dado que estes tendem a aumentar a desconfiança, criando barreiras à recuperação e procura de ajuda (Ross et al., 2026).

Para além disso, outros estudos, não de análise de preditores, constataam que a falta de conhecimento sobre este tema pode ser um fator que influencia as taxas de consumo. Os estudos demonstram que grande parte das grávidas não obtém informação detalhada e adequada relativamente às recomendações que remetem para o evitamento do consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez (Mendoza et al., 2019). Tal pode conduzir a uma desinformação sobre as consequências da exposição pré-natal ao álcool, o que destaca a importância de intervenções preventivas eficazes (Xavier et al., 2020). Esta falta de conhecimento pode ser influenciada pelo tipo de acompanhamento médico – público ou privado (Murphy et al., 2013). Neste sentido, estudos indicam que as mulheres que experienciam um acompanhamento público tendem a ter menos informações sobre os riscos da ingestão de álcool durante a gravidez, contribuindo para maiores taxas de consumo (Tesfaye et al., 2020). Enquanto, pelo contrário, grávidas que frequentam cuidados de saúde privados tendem a receber informações mais detalhadas e personalizadas por parte dos prestadores de cuidados de saúde, sendo que estes apresentam um papel fulcral na sua decisão de reduzir e/ou interromper os consumos (Meurk et al., 2014).

Vivência Psicológica da Gravidez enquanto Preditora para o Consumo de Álcool Durante a Gestação

Como já referido previamente, o presente estudo apresenta um carácter inovador na exploração da integração das dimensões da vivência psicológica da gravidez enquanto preditora dos consumos de álcool na gestação. No entanto, existem diversos aspetos da evidência científica que sustentam este estudo.

A gravidez pode ser considerada, do ponto de vista psicológico e desenvolvimental, um momento de crise, onde é exigido que as mulheres revivam sentimentos e experiências prévias, de modo a atualizá-las e, consecutivamente, para originar respostas mais ou menos adaptativas consoante os seus recursos (Xavier, 2000).

Cada grávida vive os desafios inerentes à gravidez de distintas formas, podendo ser influenciados por diferentes fatores, tais como as pressões culturais, expectativas sociais, assim como valores individuais (Canavarro, 2001). Desse modo, as mulheres/famílias podem ter diferentes respostas ao fator de *stress* – gravidez – em

função das mudanças subjacentes à gestação, dos recursos individuais (e.g., autoestima), familiares (e.g., coesão) e sociais/comunitários (e.g., apoio social). A resposta pode, igualmente, estar associada à percepção/compreensão que a grávida tem face aos stressores, bem como aos recursos que possui (McCubbin & Patterson, 1982). Esta avaliação por parte das grávidas pode estar associada ao não cumprimento das expectativas que derivam de mensagens que são transmitidas em contexto social (Delmore-Ko et al., 2000). Tal tende a ser considerado problemático quando consome grande parte do tempo das mulheres, impedindo-as de cumprir com as suas tarefas diárias e com a capacidade de cuidar de si mesmas (Wenzel & Souza, 2011).

Embora grande parte das grávidas se adapte adequadamente ao período gestacional (Lynn et al., 2011), os consumos de álcool podem estar presentes em algumas situações como estratégia para lidar com as tarefas da gravidez descritas (Beijers et al., 2014; Xavier, 2021). As mulheres podem assumir o consumo de bebidas alcoólicas como forma de lidar com os stressores e emoções negativas, estando muitos deles associados à gestação (Esper & Furtado, 2019; Watt et al., 2014). Assim, a exposição elevada a eventos de vida potencialmente stressantes durante o período da gestação (e.g., dificuldades financeiras), tende a contribuir para o aumento da sintomatologia ansiosa e depressiva (Meijer et al., 2014) e, consequentemente, para uma maior probabilidade dos consumos de bebidas alcoólicas ocorrerem (Beijers et al., 2014; Lloyd & Turner, 2008).

Assim, o consumo de álcool pode ser uma estratégia adotada pelas grávidas na tentativa de evitar o confronto com possíveis stressores e/ou com outros desafios experienciados durante esta fase (Kaysen et al., 2007; Robinson et al., 2009). Desse modo, a vivência psicológica da gravidez pode ser preditora do consumo de álcool durante este processo, dado que este acontecimento de vida implica inevitavelmente uma mudança (Bjelica et al., 2018; Staneva et al., 2015).

Método

A metodologia adotada neste estudo é de natureza quantitativa, sendo que os dados foram obtidos através de um questionário *online* que integra a aplicação de diversos instrumentos psicométricos.

Esta investigação adota o método hipotético-dedutivo, em que as hipóteses são elaboradas a partir da teoria e de investigação prévia e o estudo permitirá confirmar/rejeitar as mesmas (Martins, 2011). Seguirá um design correlacional e comparativo, que visa não só descrever e medir o grau de associação entre as variáveis,

como também analisar as diferenças entre as mesmas (Cresswell, 2011). O estudo assume, igualmente, uma vertente preditiva ao identificar variáveis preditoras e avaliar o seu impacto nos resultados, permitindo verificar a correspondência entre as previsões iniciais e os dados obtidos (Creswell, 2011).

Objetivos e Hipóteses de Investigação

Tendo em consideração a revisão bibliográfica realizada, apresentam-se os objetivos e hipóteses de investigação.

Objetivos Específicos

1. Conhecer a prevalência do consumo de álcool nas grávidas portuguesas.
2. Identificar as características sociodemográficas e da gravidez das mulheres que consomem e não consomem bebidas alcoólicas.
3. Analisar os principais preditores associados ao consumo de bebidas alcoólicas antes e durante a gravidez.
4. Explorar a vivência psicológica da gravidez enquanto preditora do consumo de álcool durante a gestação.

Hipóteses de Investigação

- H1. Existem consumos de álcool durante a gravidez em grávidas portuguesas.
- H2. Existem diferenças dos consumos realizados antes e após o conhecimento da gravidez, sendo inferiores e/ou interrompidos durante o período gestacional.
- H3. Existem associações significativas entre os consumos (consumo/não consumo) e as características sociodemográficas das grávidas (e.g., idade, escolaridade, estado civil, situação laboral).
- H4. Existe uma associação positiva entre a idade da mãe e os consumos, sendo que mulheres mais velhas tendem a apresentar maior probabilidade de consumo de álcool durante a gravidez.
- H5. Existe uma associação positiva entre a escolaridade da mãe e os consumos, sendo que mulheres com maior nível de escolaridade tendem a apresentar maior probabilidade de consumo de álcool durante a gravidez.
- H6. Existe uma associação positiva entre o estado civil da mãe e os consumos, sendo que mulheres solteiras/separadas apresentam maiores taxas de consumo de álcool durante a gravidez.

H7. Mulheres que ingeriam álcool de forma regular e prévia à gravidez continuam os consumos durante este processo.

H8. Existem associações significativas entre os consumos (consumo/não consumo) e as variáveis da gravidez (e.g., gravidez planeada, tempo gestacional).

H9. Existe uma associação positiva entre o tipo de acompanhamento médico da mãe (público ou privado) e os consumos, sendo que mulheres exclusivamente acompanhadas no serviço público apresentam maior probabilidade de consumo de álcool durante a gravidez.

H10. A vivência psicológica da gravidez é preditora do consumo de álcool, sendo que aspetos mais negativos/desafiantes (e.g., baixa perceção de suporte por parte do companheiro) estão associados a maiores taxas de consumo nas grávidas.

Amostra

O presente estudo contou com uma amostra de 658 mulheres portuguesas grávidas, realizando-se uma amostragem por conveniência para seleção das mesmas. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: (i) estar grávida, (ii) ser portuguesa e (iii) ter 18 anos ou mais.

A idade média das participantes é de 30.70 (DP = 5.14), oscilando entre os 18 e os 52 anos. A média do tempo de gravidez é de 26.26 (DP = 9.86) semanas, compreendendo valores entre as duas e as 41 semanas. De seguida, na Tabela 1 e na Tabela 2 serão apresentados os restantes dados de caracterização da amostra.

Tabela 1*Caracterização da Amostra – Dados Sociodemográficos*

	n	%
Idade		
Até aos 20 anos	15	2.2
Dos 21 aos 24 anos	52	7.8
Dos 25 aos 29 anos	203	30.4
Dos 30 aos 34 anos	235	35.2
Dos 35 aos 39 anos	117	17.5
40 anos ou mais	31	4.6
Estado Civil		
Solteira	123	18.7
Casada	267	40.6
Divorciada	18	2.7
União de facto	250	38
Escolaridade		
Até ao 2º ciclo	1	0.2
Até ao 9º ano	48	7.3
Até ao 12º ano	201	30.5
Licenciatura, Mestrado	383	58.2
Doutoramento, Pós Graduação	18	2.7
Situação Laboral		
Desempregada	126	19.1
Empregada	532	80.9

Tabela 2*Caracterização da Amostra - Dados Relativos à Gravidez*

	n	%
Gravidezes Anteriores		
Primigesta	261	39.7
Multigesta	249	37.8
Trimestre da Gravidez		
1º Trimestre	89	13.5
2º Trimestre	232	35.3
3º Trimestre	332	50.5
Planeamento da Gravidez		
Não	173	26.3
Sim	485	73.7
Acompanhamento Médico		
Público	240	36.5
Privado	81	12.3
Ambos	336	51.1

Instrumentos

Este estudo englobou a aplicação de um questionário *online* que integra, inicialmente, o consentimento informado, que visa fornecer informações relativas aos objetivos do estudo, bem como assegurar a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos. O questionário referido contempla seguidamente um Formulário com Questões Sociodemográficas e sobre a Gravidez, o *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) (Babor et al., 2001), recorrendo à versão para estudo com mulheres grávidas portuguesas (Xavier et al., 2014), a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade (EAGM) (Xavier et al., 2001) e, ainda, o Inventário de Personalidade de 10 Itens (TIPI-P) (Gosling et al., 2003 – versão adaptada para a população portuguesa Nunes et al., 2018). No entanto, neste estudo o último instrumento não será utilizado. Será considerada a nova versão reduzida da EAGM – EAGM-R - Versão Reduzida –, que integra 26 itens da versão anterior (Xavier & Costa, 2025).

Formulário com Questões Sociodemográficas e sobre a Gravidez

Este primeiro instrumento engloba questões sociodemográficas, referentes à idade, estado civil, nível de escolaridade, nível socioeconómico do agregado familiar, profissão e situação laboral. De igual modo, contempla questões focadas na gravidez, como o tempo de gravidez, número de filhos, planeamento da gravidez, qual o tipo de acompanhamento médico atual, bem como sobre o consumo de álcool antes e durante a gravidez.

Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

O AUDIT foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no final da década de 1980 como um método de *screening* para o consumo excessivo de álcool, sendo por isso um instrumento que permite auxiliar numa avaliação breve e precisa. É composto por 10 itens, em que as respostas são classificadas tendo em consideração uma escala *Likert* que varia entre 0 e 4. Os itens 1 a 8 são cotados com uma pontuação que varia progressivamente entre 0 (frequência mínima/nunca) e 4 (frequência máxima/quase diariamente). Já no que toca aos itens 9 e 10, estes podem obter uma cotação de 0 (“Nunca”), 2 (“Sim, mas não no último ano”) ou 4 (“Sim, durante o último ano”), não existindo pontuações intermédias (Babor et al., 2001). Tendo em consideração a pontuação obtida é possível identificar padrões de consumo, constatados na Tabela 3.

Utilizou-se uma versão do questionário adaptada para grávidas, que duplicou cada item, viabilizando a recolha de dados retrospectivos (antes da gravidez) e atuais (durante a gravidez) para o consumo de álcool.

O AUDIT apresenta boas qualidades psicométricas no que concerne à fidelidade, consistência interna, fiabilidade, validade de conteúdo e divergente (Xavier et al., 2014).

Tabela 3

Níveis de Risco AUDIT

Níveis de Risco AUDIT	Pontuação AUDIT
Nível I – Bebedores abstinentes de baixo risco	0-7
Nível II – Bebedores de risco	8-15
Nível III – Bebedores com consumo nocivo	16-19
Nível IV – Bebedores dependentes	20-40

Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade – Versão Reduzida (EAGM-R)

Considerando que se pretende analisar a vivência psicológica da gravidez como possível preditora do consumo de álcool durante a gestação, utilizou-se pela primeira vez a EAGM na sua versão reduzida – EAGM-R – (Xavier & Costa, 2025).

O instrumento original (Xavier et al., 2001) destina-se a mulheres grávidas e engloba 42 itens, recorrendo a uma escala de *Likert* de 4 pontos, em que 1 corresponde a “sempre”, 2 a “muitas vezes”, 3 a “poucas vezes” e 4 a “nunca”. Como mencionado previamente, para este estudo foi considerada a versão reduzida do instrumento, composta por 26 itens (Xavier & Costa, 2025). Os itens organizam-se em 8 subescalas, sendo elas (1) “O Filho Imaginado” e (2) “Aspetos Positivos da Gravidez”, (3) “Gravidez como Fator de Mudança/Crescimento Pessoal”, que englobam 4 itens cada, (4) “Aspetos Difíceis da Gravidez/Maternidade” e a (5) “Relação com a Própria Mãe”, com 3 itens cada, o (6) “Apoio do Marido/Companheiro” com 4 itens e, por fim, (7) “Necessidade de Dependência” e (8) “Imagem Corporal” ambas com 2 itens cada. A cotação é realizada somando a pontuação dos itens para cada subescala, obtendo-se diferentes valores para as oito dimensões consideradas (Xavier & Costa, 2025).

A EAGM apresenta boas qualidades psicométricas, particularmente em termos de fidelidade, consistência interna, fiabilidade, validade da conteúdo e divergente. No que concerne à consistência interna, isto é, para estimar o grau de equivalência entre um grupo de itens que aborda o mesmo construto, o *Alpha de Cronbach* obteve um valor de .76 para a primeira subescala, .72 na subescala “Boa Mãe”, a terceira subescala obteve um *Alpha* de .75 e a quarta subescala .71. De igual forma, a dimensão “Relação com a Própria Mãe” obteve um *Alpha* de .69, a sexta subescala de .68 e a última subescala de .58. Todas as subescalas à exceção da sétima (“Imagem Corporal e Necessidade de Dependência”) apresentam valores aceitáveis, por isso apenas a última dimensão apresenta uma menor consistência interna (Xavier et al., 2001).

Procedimentos

Procedimento de Recolha de Dados

A presente investigação obteve o parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa, assegurando o cumprimento rigoroso de todos os pressupostos deontológicos. Antes de iniciarem a sua participação no estudo, as grávidas foram devidamente informadas sobre os objetivos do mesmo, a

natureza confidencial dos dados e o seu tratamento estritamente científico no âmbito de dissertações de mestrado e outros projetos de investigação desta equipa. A participação foi voluntária, mediante a leitura e aceitação do formulário de consentimento informado *online*.

No que concerne à recolha de dados, esta realizou-se exclusivamente *online* e, como mencionado anteriormente, com recurso a um *Google Forms* para obter uma maior taxa de resposta e facilitar a aplicação dos diferentes instrumentos. Tal permite contribuir para uma amostra mais ampla e, ainda, para uma maior representatividade da população, devido ao acesso facilitado a uma rede de participantes geograficamente dispersa e demograficamente diversa (Rouse, 2020). A divulgação do *link* para o formulário foi realizada através das redes sociais, como *Facebook* e *Instagram* e decorreu entre março de 2017 a junho de 2026. Foi utilizada, de igual modo, a rede de contactos da equipa de investigação para maximizar o alcance do estudo.

Segundo a literatura, este tipo de recolha de dados em investigações com temáticas que abordam comportamentos mais sensíveis e/ou passíveis de estigma social – como o consumo de álcool durante a gravidez – contribui para respostas mais fidedignas, devido à ausência de contacto presencial do investigador, diminuindo o risco de viés associado à desejabilidade social (Kreuter et al., 2008; McCabe et al., 2002).

Procedimento de Tratamento de Dados

Após o preenchimento dos questionários, para a análise de dados foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS) versão 31.

Inicialmente, realizou-se a criação de duas novas variáveis dicotómicas sobre consumos antes e durante a gravidez, com recurso aos itens 1 e 2 do AUDIT e a uma pergunta relativa aos consumos antes/depois na parte introdutória do questionário. Estas variáveis foram utilizadas em diversas análises estatísticas posteriores.

Com recurso à estatística descritiva, recorrendo a medidas de tendência central e dispersão, foi possível caracterizar a amostra relativamente ao seu perfil sociodemográfico, às variáveis específicas da gravidez e aos hábitos de consumo (Martins, 2011). Esta análise permitiu descrever e explorar padrões de consumo em função de fatores como a idade, escolaridade e planeamento da gravidez.

Através da estatística inferencial, foram realizadas análises de associação e comparativas para avaliar a associação e as diferenças entre duas ou mais variáveis, nomeadamente entre os consumos de álcool durante a gravidez e os fatores que os

influenciam. Por fim, para o estudo dos preditores foi realizada uma análise de regressão logística binária, sendo a variável dependente dicotômica – consome e não consome –, (Gonzalez, 2018).

Resultados

Em consonância com os objetivos delineados para o presente estudo e de acordo com uma sequência temporal cronológica, apresentam-se inicialmente os dados relativos a antes da gravidez. Tendo em consideração a variável dicotômica referente aos consumos antes da gravidez (não consome/consome) verifica-se que a maioria da amostra menciona ter consumido bebidas alcoólicas antes da gestação (Tabela 4).

Com o intuito de conhecer de forma aprofundada o perfil da amostra quanto aos consumos de álcool antes da gestação, analisaram-se as relações entre estes consumos e as características sociodemográficas das mulheres. Os resultados evidenciados na Tabela 4 demonstram que as variáveis idade, situação laboral e estado civil não apresentam associações estatisticamente significativas com os consumos de álcool antes da gravidez. No entanto, verificou-se uma associação significativa entre o nível de escolaridade e o consumo de álcool antes da gravidez, sendo que mulheres com Licenciatura/Mestrado registaram uma maior prevalência de consumo face aos restantes grupos com representatividade expressiva da amostra, como as participantes com escolaridade até ao 12º ano.

Tabela 4

Teste de Qui-Quadrado (X^2) – Associação entre Variáveis Sociodemográficas e Consumo de Álcool Antes da Gravidez

Consumo de álcool Antes da Gravidez			
	Não Consome (13.4%)	Consome (86.6%)	Teste Qui-Quadrado
Idade			3.23
Até aos 20 anos	2 (13.3%)	13 (86.7%)	
Dos 21-24 anos	10 (19.2%)	42 (80.8%)	
Dos 25-29 anos	28 (13.8%)	175 (86.2%)	
Dos 30-34 anos	33 (14%)	202 (86%)	
Dos 35-39 anos	11 (9.4%)	106 (90.6%)	
40 anos ou mais	4 (12.9%)	27 (87.1%)	
Escolaridade			10.70*
Até ao 2º ciclo	0 (0.0%)	1 (100%)	
Até ao 9º ano	6 (12.5%)	42 (87.5%)	
Até ao 12º ano	39 (19.4%)	162 (80.6%)	
Licenciatura/Mestrado	38 (9.9%)	345 (90.1%)	
Doutoramento/Pós Graduação	3 (16.7%)	15 (83.3%)	
Situação Laboral			.11
Desempregada	18 (14.3%)	108 (85.7%)	
Empregada	70 (13.2%)	462 (86.8%)	
Estado Civil			5.16
Solteira	12 (9.8%)	111 (90.2%)	
Casada	41 (15.4%)	226 (84.6%)	
Divorciada	0 (0.0%)	18 (100%)	
União de facto	35 (14%)	215 (86%)	

Nota. * $p < .05$

De seguida, com base nos critérios descritos no manual do AUDIT (Babor et al., 2001), serão apresentados os níveis de risco associados aos consumos de álcool prévios à gravidez.

Tendo em conta os resultados obtidos, os dados revelam que a maioria das mulheres da amostra se encontrava no Nível I, enquanto os consumos de risco e dependentes apresentaram uma prevalência significativamente inferior (Tabela 5).

Tabela 5

Níveis de Risco Antes da Gravidez (AUDIT)

Nível de Risco	n	%
I	616	93.6
II	35	5.3
III	4	0.6
IV	3	0.5

De seguida, procedeu-se à exploração dos hábitos de consumo de álcool durante a gravidez. Os dados relativos aos consumos de risco estruturados pelo AUDIT estão apresentados na Tabela 6, verificando-se que quase toda a amostra se situa no Nível I.

Tabela 6

Níveis de Risco Durante a Gravidez (AUDIT)

Nível de Risco	n	%
I	651	98.9
II	6	0.9
III	1	0.2
IV	0	0

De modo a compreender a evolução e as eventuais alterações, procedeu-se a uma análise comparativa dos consumos antes e durante a gravidez. Para tal foram considerados o item 1 – frequência dos consumos – e o item 2 – quantidade de consumos – do AUDIT, bem como dos resultados totais do instrumento antes e durante a gravidez (Tabela 7). Os resultados obtidos revelam diferenças estatísticas e altamente significativas na frequência, quantidade dos consumos e AUDIT Total nas comparações antes e durante a gravidez. Em todos estes parâmetros, os valores obtidos durante a gravidez são inferiores aos constatados antes da gestação.

Tabela 7

Teste de Wilcoxon (Z) – Diferenças ao nível das Frequências, Quantidade de Consumo e o AUDIT Total Antes e Durante a Gravidez

	AUDIT (N = 658) Média (DP)	AUDIT.G (N = 658) Média (DP)	z
Item 1 (Frequência de Consumo)	1.55 (.96)	.26 (.55)	-20.29***
Item 2 (Quantidade de Consumo)	.19 (.51)	.08 (.35)	-4.18***
AUDIT Total	2.99 (3.20)	.64 (1.67)	-19.92***

*Nota. ***p < .001*

Na Tabela 8 apresenta-se a correlação entre os dados do AUDIT antes e durante a gravidez, evidenciando-se uma correlação positiva, estatística e altamente significativa entre a pontuação total do AUDIT antes da gravidez (AUDIT Total) e durante a mesma (AUDIT.G Total).

Tabela 8

Coefficiente de Correlação de Spearman – Correlação entre AUDIT Total e AUDIT.G Total

	AUDIT.G Total
AUDIT Total	.393***

*Nota. ***p < .001*

Posteriormente, à semelhança do realizado para os dados antes da gravidez, realizou-se uma análise de modo a explorar as associações entre diferentes variáveis sociodemográficas e os consumos durante a gravidez (Tabela 9). Considerou-se, para essa análise, uma nova categorização da variável idade em dois grupos, de modo a permitir uma comparação mais robusta e adequada à distribuição das frequências durante a gravidez. Para tal, utilizou-se como critério a idade em que a gravidez pode ser considerada de risco (Kahveci et al., 2018).

Através dos resultados evidenciados na Tabela 9, constata-se que 20.5% das grávidas continuam a consumir bebidas com álcool durante a gestação. Para além disso, destacam-se associações estatisticamente significativas em diversas variáveis em estudo.

No que concerne à idade, existe uma associação estatisticamente significativa com o consumo, sendo que participantes com idade igual ou superior aos 40 anos são as que mais consomem. Relativamente à escolaridade, as diferenças são estatística e altamente significativas, sendo que as mulheres com menos escolaridade apresentam maiores taxas de consumos. Por fim, verificou-se uma associação altamente significativa com o estado civil, evidenciando-se que o consumo é superior em mulheres solteiras e/ou divorciadas.

Quanto à situação laboral, não se verificam associações significativas com o consumo de álcool durante a gravidez.

Tabela 9

Teste de Qui-Quadrado (X^2) – Associação entre Variáveis Sociodemográficas e Consumo de Álcool Durante a Gravidez

Consumo de álcool Durante a Gravidez			
	Não Consome (79.5%)	Consome (20.5%)	Teste Qui- Quadrado
Idade			4.47*
Até aos 39 anos	499 (80.2%)	123 (19.8%)	
40 anos ou mais	20 (64.5%)	11 (35.5%)	
Escolaridade			42.77***
Até ao 2º ciclo	0 (0.0%)	1 (100%)	
Até ao 9º ano	22 (45.8%)	26 (54.2%)	
Até ao 12º ano	162 (80.6%)	39 (19.4%)	
Licenciatura/Mestrado	320 (83.6%)	63 (16.4%)	
Doutoramento/Pós Graduação	16 (88.9%)	2 (11.1%)	
Situação Laboral			1.60
Desempregada	95 (75.4%)	31 (24.6%)	
Empregada	428 (80.5%)	104 (19.5%)	
Estado Civil			12.75**
Solteira	92 (74.8%)	31 (25.2%)	
Casada	217 (81.3%)	50 (18.7%)	
Divorciada	9 (50%)	9 (50%)	
União de facto	205 (82%)	45 18%)	

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Os resultados apresentados na Tabela 10 demonstraram associações alta e estatisticamente significativas para as variáveis planeamento da gravidez e tipo de acompanhamento. No que diz respeito ao planeamento da gravidez, o consumo registou-se maioritariamente em mulheres que não planearam a gravidez. Relativamente ao tipo de acompanhamento, verificou-se que os consumos mais elevados ocorreram entre as participantes que eram acompanhadas somente nos Serviços de Saúde Pública.

Tabela 10

Teste de Qui-Quadrado (X^2) – Variáveis da Gravidez e Consumo de Álcool Durante a Gravidez

Consumo de álcool Durante a Gravidez			
	Não Consome (79.5%)	Consome (20.5%)	Teste Qui- Quadrado
Gravidez Anteriores			.004
Primigesta	205 (78.5%)	56 (21.5%)	
Multigesta	195 (78.3%)	54 (21.7%)	
Planeamento da Gravidez			18.30***
Não	118 (68.2%)	55 (31.8%)	
Sim	405 (83.5%)	80 (16.5%)	
Trimestre da Gravidez			2.81
1º Trimestre (1ª – 13ª)	69 (77.5%)	20 (22.5%)	
2º Trimestre (14ª – 27ª)	193 (83.2%)	39 (16.8%)	
3º Trimestre (a partir da 28ª)	258 (77.7%)	74 (22.3%)	
Tipo de Acompanhamento			15.71***
Serviços de Saúde Pública	171 (71.3%)	69 (28.7%)	
Médico Privado	67 (82.7%)	14 (17.3%)	
Ambos	284 (84.5%)	52 (15.5%)	

Nota. *** $p < .001$

Posteriormente, procurou-se analisar as diferenças nas diversas subescalas da EAGM-R entre mulheres grávidas com e sem consumo de álcool durante a gravidez. Os dados evidenciados na Tabela 11 constataam que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas do instrumento. Os resultados alta e estatisticamente significativos estão presentes nas subescalas “Filho Imaginado”, “Aspetos Positivos da

Gravidez”, “Relação com a Própria Mãe”, “Relação com o Marido/Companheiro” e “Imagem Corporal”.

Tabela 11

Teste de Mann-Whitney – Diferenças entre Grávidas com Consumos e Não Consumos de Álcool Durante a Gravidez e as Subescalas da EAGM-R

Subescalas EAGM	Consumos Durante a Gravidez		
	Não Consome	Consome	
	(n = 523)	(n = 135)	
	Ordem média	Ordem média	U
“Filho Imaginado”	315.55	391.29	2961.00***
“Aspetos Positivos da Gravidez”	312.94	393.66	26641.50***
“Gravidez como Mudança”	319.68	367.54	30167.50*
“Dificuldades na Gravidez”	335.99	304.37	31910.50*
“Relação com a Própria Mãe”	315.91	382.16	28193.00***
“Relação com o Marido/Companheiro”	311.63	398.71	25959.00***
“Necessidade/Dependência”	319.27	369.15	29950.00*
“Imagem Corporal”	313.62	391.01	26999.00***

Nota. Na EAGM-R, valores mais elevados indicam menor presença/frequência do construto avaliado (1 = sempre; 4 = nunca). * $p < .05$. *** $p < .001$.

Tendo em conta os restantes objetivos delineados referentes ao estudo dos preditores dos consumos de álcool durante a gravidez, realizaram-se dois modelos de regressão logística binária que incluem variáveis tipicamente exploradas e outras menos estudadas. A primeira análise foca-se nas variáveis mais exploradas em estudos sobre preditores do consumo de álcool durante a gravidez (Tabela 12) e a segunda (Tabela 13) contempla uma diversidade mais ampla de variáveis, incluindo características associadas à gravidez e à vivência da mesma (e.g., subescalas do instrumento EAGM).

Através da análise das variáveis tipicamente relacionadas aos consumos de álcool durante a gravidez, constatou-se que todas as variáveis são preditoras significativas e/ou altamente significativas dos consumos durante a gestação (Tabela 12). O AUDIT Total –

consumos prévios – e a escolaridade apresentaram uma associação positiva, estatística e altamente significativa com os consumos. Relativamente à idade, verifica-se uma associação positiva e significativa, destacando-se coeficientes estatisticamente significativos em todas as faixas etárias até aos 34 anos, quando comparadas com a faixa etária dos 40 anos ou mais, que é a categoria de referência.

Para este modelo utilizaram-se os valores de referência de *Cox & Snell R Square* e *Nagelkerke R Square*, que explicam 13.6% a 21.5% da variância da significância no consumo de álcool durante a gestação.

Tabela 12

Regressão Logística Binária – Variáveis Tipicamente Associadas como Preditoras do Consumo de Alcool Durante a Gravidez

	B	S.E.	Wald	Sig.
Idade			12.109	.033*
Até aos 20 anos	-2.808	1.088	6.667	.010*
Dos 21-24 anos	-1.240	.576	4.640	.028*
Dos 25-29 anos	-1.354	.466	8.438	.004*
Dos 30-34 anos	-1.061	.452	5.524	.019*
Dos 35-39 anos	-.762	.480	2.523	.112
Escolaridade			27.702	<.001***
Até ao 12º ano	-1.503	.380	15.618	<.001***
Licenciatura/Mestrado	-21.946	.377	26.639	<.001***
Doutoramento/Pós Graduação	-2.491	.853	8.531	.003*
AUDIT Total	.249	.038	42.046	<.001***

Nota. * $p < .05$; *** $p < .001$

Posteriormente, procedeu-se, como mencionado anteriormente, a uma análise que considerou variáveis menos estudadas, como a vivência psicológica da gravidez (Tabela 13). Este modelo considerou diversas variáveis: todas as subescalas da EAGM-R, a idade, escolaridade, planeamento da gravidez e a existência de consumos antes da gravidez, sendo que na Tabela 13 estão apresentadas somente as estatisticamente significativas. A escolaridade constitui um preditor positivo e altamente significativo do consumo de álcool durante a gestação, observando-se que todos os níveis de escolaridade

considerados se associam a uma menor probabilidade de consumo quando comparados com o de referência (até ao 9º ano). Os consumos prévios são, igualmente, preditores altamente significativos dos consumos durante a gravidez. De todas as subescalas da EAGM, a única com significância estatística neste modelo de regressão foi a Imagem Corporal, indicando que valores mais altos nesta subescala estão associados a uma maior probabilidade de consumos. A análise do planeamento da gravidez é negativa e estatisticamente significativa, sugerindo que gravidezes planeadas se associam a menores probabilidades de consumo de álcool.

Para este modelo considerou-se o valor de *Cox & Snell R Square* e *Nagelkerke R Square*, que explicam 12.8% a 20.2% da variância da significância dos consumos de álcool durante a gravidez.

Tabela 13

Regressão Logística Binária – Variáveis Predictoras do Consumo de Álcool Durante a Gravidez

	B	S.E.	Wald	Sig.
Escolaridade			19.323	<.001***
Até ao 12º ano	-1.461	.382	14.603	<.001***
Licenciatura/Mestrado	-1.621	.377	18.515	<.001***
Doutoramento/Pós Graduação	-1.952	.853	5.241	.022*
Existência de Consumos	3.398	1.024	11.019	<.001***
Antes da Gravidez				
Subescala Imagem Corporal	.234	.065	12.822	<.001***
Planeamento da Gravidez	-.513	.238	4.635	.031*

Nota. Na EAGM-R, valores mais elevados indicam menor presença/frequência do construto avaliado (1 = sempre; 4 = nunca). * $p < .05$. *** $p < .001$

Discussão

O presente estudo teve como objetivo primordial explorar os preditores do consumo de álcool durante a gravidez em mulheres portuguesas, com foco na vivência psicológica da gestação.

Tanto quanto é do nosso conhecimento, a amostra deste estudo (N = 658) é a maior da última década de trabalhos com preditores de consumo de álcool durante a gravidez em Portugal, permitindo oferecer contributos para a compreensão deste fenómeno no contexto nacional. No que concerne à caracterização sociodemográfica das participantes, considera-se que a maioria das grávidas deste estudo estão na faixa etária dos 30-34 anos (35.7%), estando em concordância com os dados de Portugal, que indicam que essas faixas etárias correspondem às maiores taxas de fecundidade (PORDATA, 2025). A maioria das grávidas estão casadas (40.6%) ou em união de facto (38%), 58.2% das participantes têm licenciatura/mestrado e 80.9% empregadas.

Os resultados obtidos mostram que, antes da gravidez, os consumos de álcool eram elevados (86.6%), corroborando a informação de que Portugal apresenta elevadas taxas de consumo, sendo o álcool a substância psicoativa mais consumida (European Commission, 2025). Durante a gravidez, 20.5% das mulheres manteve esse consumo, aceitando-se H1. Ao analisarmos estatisticamente as participantes que se encontravam nos níveis de risco III e IV do AUDIT antes da gravidez (n = 7), constatou-se que estas são as mesmas que apresentam consumos de risco durante o período gestacional, refletindo, como esperado, a continuidade desses hábitos (H7) (Ethen et al., 2008; Skagerström et al., 2011). Os valores do AUDIT antes e durante a gravidez também são altamente relacionados e há associações significativas quanto à frequência, quantidade e valor total do AUDIT e os dois momentos, sempre com valores mais elevados antes da gravidez. Observou-se, ainda na análise estatística, que uma grávida passou a consumos de níveis de maior gravidade, podendo tal ser explicado pelos múltiplos desafios somáticos, psicológicos e sociais inerentes à gravidez (Kaysen et al., 2007; Robinson et al., 2009). Contudo, a maioria das grávidas diminuiu significativamente os consumos durante o período gestacional, permitindo confirmar H2 que afirma que após o conhecimento da gravidez, os consumos tendem a ser diminuídos/interrompidos, estando de acordo com a literatura (Kitsantas et al., 2014).

Verifica-se uma associação significativa entre os consumos e os dados sociodemográficos, confirmando-se H3, demonstrando que as mulheres mais velhas (40 anos ou mais) apresentam maiores taxas de consumo durante a gestação, possivelmente devido a hábitos de consumos mais enraizados (Bailey & Sokol, 2021) – confirmando H4. Em termos de escolaridade, os resultados evidenciam que mulheres com menores níveis académicos apresentam taxas de consumo significativamente mais elevadas durante a gestação, rejeitando H5. Estes dados corroboram estudos de alguns países,

nomeadamente o de Mårdby e colaboradores (2017) que constataram que grávidas com maior nível de escolaridade apresentam menores taxas de consumo durante a gravidez, possivelmente devido a uma maior literacia em saúde e compreensão dos riscos associados a estes hábitos. O estado civil apresentou uma forte associação com os consumos gestacionais, demonstrando que mulheres casadas (18.7%) e/ou em união de facto (18%) consomem menos do que mulheres solteiras (25.2%) e divorciadas (50%), aceitando H6. Tal é constatado na literatura, indicando que aspetos psicológicos e sociais das interações conjugais podem contribuir para uma menor probabilidade dos consumos e, consequentemente, funcionar como fator protetor de regulação mútua (Kendler et al., 2016). Por outro lado, hábitos sociais de mulheres solteiras/divorciadas, como a maior facilidade de socialização e ambientes propícios ao consumo de álcool, poderão justificar estes consumos (Liang & Chikritzhs, 2012).

No que remete às variáveis específicas da gravidez, aceita-se H8, confirmando que existem associações significativas entre as mesmas e os consumos durante a gestação. Para o planeamento da gravidez, evidenciou-se que mulheres que não planearam a gestação consumiram mais bebidas com etanol durante este período (31.8%). Tal está em total concordância com a literatura (e.g., Dott et al., 2010; Ethen et al., 2008), que demonstra que os consumos relacionados com a ausência de planeamento estão associados à não alteração desses comportamentos, à maior probabilidade de existirem fatores stressores e, ainda, a um menor vínculo inicial. O tipo de acompanhamento médico revelou-se uma das variáveis mais interessantes deste estudo, evidenciando que os consumos estão associados ao tipo de acompanhamento da gravidez – confirmando H9 – , sendo que mulheres acompanhadas exclusivamente nos Serviços de Saúde Pública (28.7%) são as que consomem mais álcool. As taxas mais baixas foram observadas em grávidas acompanhadas em simultâneo nos dois setores (15.5%) – público e privado. Tal está em concordância com a literatura que indica que mulheres que experienciam somente um acompanhamento no setor público tendem a identificar que falta informação clara e que esse é um dos fatores associado aos consumos de risco (Tesfaye et al., 2020). Em Portugal, o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015) delineou orientações específicas para a promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco, recomendado que os consumos de álcool e/ou de outras substâncias psicoativas sejam explorados e abordados em todas as consultas. Contudo, os dados do nosso trabalho e de um estudo recente com grávidas portuguesas (Ribeiro, 2025), apontam que estas orientações não estarão a ser devidamente executadas.

Considerando a validação das hipóteses anteriores, torna-se expectável que variáveis como a idade, escolaridade, pontuação do AUDIT antes e durante a gravidez e o planeamento da gestação sejam preditoras dos consumos no período gestacional.

A regressão logística binária permitiu constatar que os consumos prévios são fortes preditores do consumo de álcool durante a gravidez. No que concerne à análise das subescalas da EAGM, foi possível constatar que quanto maior a pontuação obtida nas diferentes subescalas, menor o ajustamento da gravidez/maternidade, dado que este instrumento é composto por uma escala de *Likert* que varia entre 1 (“sempre”) e 4 (“nunca”) (Xavier et al., 2001). Assim, na subescala preditora quanto maior a pontuação obtida, pior será o ajustamento das participantes à sua imagem corporal durante a gravidez. Os dados obtidos para a subescala Imagem Corporal refletem-se em respostas dadas aos dois itens específicos que constituem a EAGM-R: o item 8 (“Durante a gravidez tenho-me preocupado com o meu aspeto”) e o item 40 (“Durante a gravidez tenho-me preocupado em arranjar-me e vestir roupas bonitas”). Assim, na regressão logística binária revelou-se que pontuações mais elevadas na subescala Imagem Corporal são preditoras dos consumos durante a gestação. Estes dados são corroborados por estudos prévios, que demonstram que durante a gravidez a mulher sofre mudanças no aspeto físico num período relativamente curto (Linde et al., 2022). Essas alterações forçam as grávidas a reavaliar a sua imagem, que muitas vezes é interpretada de forma positiva e transitória, contudo outras vezes podem provocar insatisfação com a imagem corporal (Fahami et al., 2018). Esta insatisfação tem sido frequentemente associada a sintomas depressivos, ansiosos, isolamento social, diminuição da autoestima, que impactam significativamente a vivência da gravidez e o período pós-parto (Fahami et al., 2018; Linde et al., 2022). Tal é igualmente constatado na Tabela 11 que evidencia diferenças estatisticamente significativas entre grávidas que consomem e não consomem bebidas com álcool e as diferentes subescalas da EAGM-R, sugerindo que o consumo de álcool está associado a um pior ajustamento da gravidez/maternidade. Esta análise permite aceitar H10, demonstrando que a vivência psicológica é preditora dos consumos durante a gestação, sendo que estes consumos tendem a estar associados a aspetos percecionados pelas grávidas como mais negativos/desafiantes.

Conclusão

Os dados obtidos neste estudo sustentam que, embora a transição para a maternidade atue como um fator que contribui para a redução da frequência e da

quantidade de consumo de álcool, a prevalência dos consumos durante a gravidez persiste em 20.5% das mulheres. Estes resultados demonstram que muitas grávidas ainda se encontram expostas ao efeito do álcool durante a gravidez, alinhando-se com as tendências europeias (Popova et al., 2017).

Esta investigação permitiu, numa amostra significativa e representativa da população, caracterizar as grávidas portuguesas que consomem e não consomem bebidas alcoólicas. Assim, destaca-se o consumo prévio como um dos principais preditores do consumo de álcool durante a gestação, sendo que as grávidas que apresentam consumos de risco já apresentavam esse tipo de consumos antes de engravidar. Para além dos consumos prévios, salientam-se fatores sociodemográficos, como a idade, a escolaridade e o estado civil, sendo os consumos prevalentes em mulheres mais velhas (40 anos ou mais), com menores níveis de escolaridade e solteiras/divorciadas. De igual modo, as variáveis específicas da gravidez podem aumentar as taxas de consumos durante o período gestacional, destacando-se a ausência de planeamento da gravidez e o acompanhamento médico realizado exclusivamente em Serviços de Saúde Pública.

No que concerne à vivência psicológica da gravidez, verificou-se que as mulheres que consomem bebidas com álcool durante a gestação apresentam uma perceção mais negativa/desafiante da gravidez/maternidade. Porém, só a subescala Imagem Corporal da EAGM foi preditora, segundo o modelo utilizado. Assim, é crucial salientar que os dados obtidos na subescala Imagem Corporal evidenciaram que mulheres com uma perceção mais negativa da sua imagem corporal durante a gestação apresentam maior probabilidade de consumir bebidas alcoólicas durante este período. Tal é relevante, visto que em países ocidentais, como Portugal, a imagem corporal assume-se como uma preocupação para as mulheres devido à pressão social/cultural exercida para manter determinados padrões estéticos (Dryer, 2021). Assim, os medos associados à aparência podem originar sintomatologia ansiosa/depressiva e stress, impactando negativamente a vivência do período gestacional (Dryer, 2021; Linde et al., 2022). O consumo de álcool está frequentemente relacionado a dificuldades na regulação emocional e a dimensões como a solidão e a ansiedade, atuando diversas vezes como estratégia de *coping* (Pérez et al., 2026; Veilleux et al., 2014). Desse modo, os dados obtidos para esta subescala demonstram que a dimensão Imagem Corporal pode ser um importante indicador de vulnerabilidade emocional durante a gravidez, que tende a contribuir para o aumento do stress, ansiedade e diminuição do autoconceito da grávida (Fahami et al., 2018). Perante as dificuldades de gerir o sofrimento associado à insatisfação com a imagem corporal, o

álcool pode funcionar como estratégia de *coping*, justificando o seu papel altamente preditor no modelo estudado ($p < .001$) (Esper & Furtado, 2019; Watt et al., 2014).

As conclusões deste estudo oferecem orientações claras para a otimização dos cuidados durante a gestação em Portugal. Dado que 50.4% das grávidas são acompanhadas em ambos os setores – público e privado – e 36% exclusivamente nos Serviços de Saúde Pública é crucial uniformizar a intervenção e implementar o rastreio sistemático dos consumos. Para além disso, é imperativo desenvolver estratégias de literacia em saúde que reforcem as recomendações de abstinência total da OMS, desmistificando as crenças de que consumos sociais não são considerados de risco.

Importa assinalar algumas limitações que influenciam as conclusões deste estudo, como o viés de desejabilidade social (Kreuter et al., 2008; McCabe et al., 2002), podendo as respostas das participantes terem sido influenciadas pelo estigma social inerente a estes comportamentos. Uma outra limitação está associada às subescalas da EAGM-R, uma vez que as participantes realizaram o preenchimento da escala original e não apenas dos itens da versão reduzida, podendo o número de itens e a sua ordem ter alguma influência nos resultados. Estudos futuros só com os itens da nova versão reduzida e na sequência definitiva trarão informações complementares.

Como linhas de investigação futura, realça-se a pertinência de realizar estudos longitudinais que considerem a evolução destes consumos, considerando antes da gravidez até ao pós-parto, permitindo avaliar o impacto na díade mãe-bebé. Adicionalmente, abordagens mistas que considerassem, de igual modo, entrevistas semiestruturadas seriam de extrema relevância para explorar mais aprofundadamente as dimensões psicológicas associadas aos consumos e à vivência psicológica da gravidez enquanto preditora destes consumos.

Por fim, esta investigação permitiu contribuir de forma significativa para o estudo de preditores em Portugal, considerando uma amostra de grande dimensão e preditores pouco considerados, como a vivência psicológica da gravidez. Permite reforçar que o consumo de álcool durante a gestação constitui um fenómeno complexo e influenciado por diversas variáveis. Por isso é crucial adotar uma abordagem preventiva e transversal que considere o rastreio destes comportamentos, a literacia em saúde e a sensibilidade à realidade subjetiva da vivência psicológica de cada mulher face à gravidez.

Referências

- Alati, R., Davey Smith, G., Lewis, S. J., Sayal, K., Draper, E. S., Golding, J., Fraser, R., & Gray, R. (2013). Effect of prenatal alcohol exposure on childhood academic outcomes: contrasting maternal and paternal associations in the ALSPAC study. *PloS one*, 8(10), e74844. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074844>
- Anderson, A. E., Hure, A. J., Kay-Lambkin, F. J., & Loxton, D. J. (2014). Women's perceptions of information about alcohol use during pregnancy: A qualitative study. *BMC Public Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1048>
- 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 health care. *World Health Organization*. <https://iris.who.int/handle/10665/67205>
- Bailey, B. A., & Sokol, R. J. (2021). Prenatal alcohol exposure and miscarriage, stillbirth, preterm delivery, and sudden infant death syndrome. *Alcohol Research & Health*, 34(1), 86-91.
- Bakhireva, L. N., Ma, X., Wiesel, A., Wohrer, F. E., DiDomenico, J., Jacobson, S. W., & Roberts, M. H. (2024). Dose-response effect of prenatal alcohol exposure on perinatal outcomes. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 48(4). <https://doi.org/10.1111/acer.15284>
- Beijers, C., Ormel, J., Meijer, J. L., Verbeek, T., Bockting, C. L., & Burger, H. (2014). Stressful events and continued smoking and continued alcohol consumption during mid-pregnancy. *Plos one*, 9(1), e86359. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086359>
- Bhuvaneshwar, C. G., Chang, G., Epstein, L. A., & Stern, T. A. (2007). Alcohol use during pregnancy: Prevalence and impact. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 5(6), 274-279. <https://doi.org/10.4088/pcc.v09n0608>

- Bjelica, A., Cetkovic, N., Trninic-Pjevic, A., & Mladenovic-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy – A psychological view. *Ginekologia polska*, 89(2), 102-106. <https://doi.org/10.5603/GP.a2018.0017>
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E., & Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: Science through the life course. *The Lancet*, 389(10064), 77-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
- Brown, J. M., Bland, R., Jonsson, E., & Greenshaw, A. J. (2019). The standardization of Diagnostic criteria for fetal alcohol spectrum disorder (FASD): implications for research, clinical practice and population health. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(3), 169-176. <https://doi.org/10.1177/0706743718777398>
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carapinha, L., Calado, P., & Ferreira, M. (2019). *Inquérito Nacional de Saúde 2019*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Cepêda, T., Brito, I., & Heitor, M. J. (2005). *Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Direção-Geral da Saúde.
<https://www.dgs.pt/promocao-da-saude-mental-na-gravidez-e-primeira-infancia>
- Chiodo, L. M., Cosmian, C., Pereira, K., Kent, N., Sokol, R. J., & Hannigan, J. H. (2019). Prenatal Alcohol Screening During Pregnancy by Midwives and Nurses. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(8), 1747–1758. <https://doi.org/10.1111/acer.14114>
- Colman, L.L., & Colman, A.D. (1994). *Gravidez – A Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

- Conde, A., & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 25(3), 381-398. <https://doi.org/10.14417/ap.452>
- Cook, J. L., Green, C. R., Lilley, C. M., Anderson, S. M., Baldwin, M. E., Chudley, A. E., Conry, J. L., LeBlanc, N., Loock, C. A., Lutke, J., Mallon, B. F., McFarlane, A. A., Temple, V. K., & Rosales, T. (2016). Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan. *Cmaj*, 188(3), 191-197. <https://doi.org/10.1503/cmaj.141593>
- Corrales-Gutierrez, I., Mendoza, R., Gomez-Baya, D., & Leon-Larios, F. (2020). Understanding the relationship between predictors of alcohol consumption in pregnancy: Towards effective prevention of FASD. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1388. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041388>
- Creswell, W. J. (2011). *Educational research: Planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research*.
- Davis, E. P., & Narayan, A. J. (2020). Pregnancy as a period of risk, adaptation, and resilience for mothers and infants. *Development and Psychopathology*, 32(5), 1625-1639. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001121>
- Delmore-Ko, P., Pancer, S. M., Hunsberger, B., & Pratt, M. (2000). Becoming a parent: the relation between prenatal expectations and postnatal experience. *Journal of Family Psychology*, 14(4), 625-640. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.14.4.625>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. <https://platform.who.int/docs/programa-nacional-vigilancia-gravidez>
- Dörrie, N., Föcker, M., Freunscht, I., & Hebebrand, J. (2014). Fetal alcohol spectrum disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23(10), 863–875. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0571-6>

- Dott, M., Rasmussen, S. A., Hogue, C. J., Reefhuis, J., & National Birth Defects Prevention Study. (2010). Association between pregnancy intention and reproductive-health related behaviors before and after pregnancy recognition, National Birth Defects Prevention Study, 1997–2002. *Maternal and child health journal*, 14(3), 373-381. <https://doi.org/10.1007/s10995-009-0458-1>
- Dryer, R. (2021). Psychosocial functioning, body image, and pregnancy-related anxiety. In R. Dryer & R. Brunton (Eds.), *Pregnancy-Related Anxiety* (pp. 189-202). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003014003>
- Elek, E., Harris, S. L., Squire, C. M., Margolis, M., Weber, M. K., Dang, E. P., & Mitchell, B. (2013). Women's knowledge, views, and experiences regarding alcohol use and pregnancy: opportunities to improve health messages. *American Journal of Health Education*, 44(4), 177-190. <https://doi.org/10.1080/19325037.2013.768906>
- Esper, L. H., & Furtado, E. F. (2019). Stressful life events and alcohol consumption in pregnant women: A cross-sectional survey. *Midwifery*, 71(1), 27–32. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.019>
- Ethen, M. K., Ramadhani, T. A., Scheuerle, A. E., Canfield, M. A., Wyszynski, D. F., Druschel, C. M., & Romitti, P. A. (2008). Alcohol consumption by women before and during pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*, 13(2), 274-285. <https://doi.org/10.1007/s10995-008-0328-2>
- Eurostat. (2025). *Fertility statistics*. European Commission. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained>
- Fahami, F., Amini-Abchuyeh, M., & Aghaei, A. (2018). The relationship between psychological wellbeing and body image in pregnant women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(3), 167-171. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_178_16

- Gluckman, P. D., & Hanson, M. (2007). The fetal matrix: evolution, development, and disease. *Cambridge, University Press*.
- Gonzalez, L. A. (2018). Regressão logística e suas aplicações. [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Maranhão]. Biblioteca Digital de Monografias da UFMA. <http://hdl.handle.net/123456789/3572>
- Houchi, H., Pierrefiche, O., Naassila, M., & Daoust, M. (2015). Alcohol use in pregnancy. *Cahiers de Nutrition et de Dietetique*, 50(2), 103–108. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2015.01.001>
- International Marcé Society. (2020). *Archives of Women's Mental Health*. <https://marcesociety.com/resources/journal-awmh/>
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estatísticas demográficas 2023*. <https://www.ine.pt/xportal>
- Kahveci, B., Melekoglu, R., Evruke, I. C., & Cetin, C. (2018). The effect of advanced maternal age on perinatal outcomes in nulliparous singleton pregnancies. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 343. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1984>
- Kaysen, D., Dillworth, T. M., Simpson, T., Waldrop, A., Larimer, M. E., & Resick, P. A. (2007). Domestic violence and alcohol use: Trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addictive behaviors*, 32(6), 1272-1283. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.09.007>
- Kendler, K. S., Lönn, S. L., Salvatore, J., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2016). Effect of marriage on risk for onset of alcohol use disorder: a longitudinal and co-relative analysis in a Swedish national sample. *American Journal of Psychiatry*, 173(9), 911-918. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15111373>
- Kitsantas, P., Gaffney, K. F., Wu, H., & Kastello, J. C. (2014). Determinants of alcohol cessation, reduction and no reduction during pregnancy. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 289(4), 771–779. <https://doi.org/10.1007/s00404-013-3056-9>

- Kreuter, F., Presser, S., & Tourangeau, R. (2008). Social desirability bias in cati, ivr, and web surveys the effects of mode and question sensitivity. *Public opinion quarterly*, 72(5), 847-865. <https://doi.org/10.1093/poq/nfn063>
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Fim de Século Edições.
- Liang, W., & Chikritzhs, T. (2012). Brief report: marital status and alcohol consumption behaviours. *Journal of Substance Use*, 17(1), 84-90. <https://doi.org/10.3109/14659891.2010.538463>
- Linde, K., Lehnig, F., Nagl, M., Stepan, H., & Kersting, A. (2022). Course and prediction of body image dissatisfaction during pregnancy: a prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(719). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05050-x>
- Lloyd, D. A., & Turner, R. J. (2008). Cumulative lifetime adversities and alcohol dependence in adolescence and young adulthood. *Drug and alcohol dependence*, 93(3), 217-226. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.09.012>
- Lynn, F. A., Alderdice, F. A., Crealey, G. E., & McElnay, J. C. (2011). Associations between maternal characteristics and pregnancy-related stress among low-risk mothers: An observational cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 48(5), 620-627. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.10.002>
- Mårdby, A., Lupattelli, A., Hensing, G., & Nordeng, H. (2017). Consumption of alcohol during pregnancy – A multinational European study. *Women and Birth*, 30(4), 207– 213. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.01.003>
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS*. Psiquilíbrios.
- McCabe, S., Boyd, C., Couper, M., Crawford, S., & d'Arcy, H. (2002). Mode effects for collecting alcohol and other drug use data: Web and US mail. *Journal of studies on alcohol*, 63(6), 755-761. <https://doi.org/10.15288/jsa.2002.63.755>

- McCubbin, H., & Patterson, J. (1982). Family Adaptation to Crises. In H. McCubbin, A. Cauble, & J. Patterson (Eds.), *Family Stress, Coping and Social Support* (pp. 26-47). Springfield.
- Meijer, J. L., Bockting, C. L., Stolck, R. P., Kotov, R., Ormel, J., & Burger, H. (2014). Associations of life events during pregnancy with longitudinal change in symptoms of antenatal anxiety and depression. *Midwifery*, 30(5), 526-531. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.008>
- Meurk, C. S., Broom, A., Adams, J., Hall, W., & Lucke, J. (2014). Factors influencing women's decisions to drink alcohol during pregnancy: Findings of a qualitative study with implications for health communication. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-246>
- Mendoza, R., Morales-Marente, E., Palacios, M. S., Rodríguez-Reinado, C., Corrales-Gutiérrez, I., & García-Algar, Ó. (2019). Consejo sanitario sobre el consume de alcohol en embarazadas de Sevilla (España). *Gaceta Sanitaria*, 34(5), 449–458. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.11.008>
- Milic, J., Glisic, M., Voortman, T., Borba, L. P., Asllanaj, E., Rojas, L. Z., Troup, J., Kieft-de Jong, J. C., van Beeck, E., Muka, T., & Franco, O. H. (2018). Menopause, ageing, and alcohol use disorders in women. *Maturitas*, 111, 100 – 109. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.03.006>
- Mirabzadeh, A., Dolatian, M., Forouzan, A., Sajjadi, H., Majd, H., & Mahmoodi, Z. (2013). Path analysis associations between perceived social support, stressful life events and other psychosocial risk factors during pregnancy and preterm delivery. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(6), 507. <https://doi.org/10.5812/ircmj.11271>
- Monforte, M., & Mineiro, A. (2006). As vivências da mulher durante a gravidez. *Nursing*. 17-23. <http://hdl.handle.net/10400.10/391>

- Murphy, D., Mullally, A., Cleary, B., Fahey, T., & Barry, J. (2013). Behavioural change in relation to alcohol exposure in early pregnancy and impact on perinatal outcomes – a prospective cohort study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 13(8). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-8>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2021). Alcohol and Pregnancy in the United States.
- Pérez, M. P., Francisco, M., Hipólito, L., & Serrano, M. A. (2026). Loneliness, anxiety, and alcohol use across age and sex: The role of emotional regulation. *Alcohol*, 132, 30-40. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2026.03.003>
- Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G., & Rehm, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(3), 290-299. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(17\)30021-9](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(17)30021-9)
- Popova, S., Dozet, D., Akhand Laboni, S., Brower, K., & Temple, V. (2022). Why do women consume alcohol during pregnancy or while breastfeeding?. *Drug and Alcohol Review*, 41(4), 759-777. <https://doi.org/10.1111/dar.13425>
- PORDATA. (2025). Idade média da mãe ao nascimento de um filho. <https://www.pordata.pt/portugal/idademediadamae>
- Ribeiro, M. M. (2025). Voz na gravidez: Um estudo sobre as perspetivas, conhecimentos e comportamentos das mulheres acerca do consumo de álcool durante o período de gestação. [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati.
- Riley, E. P., Infante, M. A. & Warren, K. R. (2011). Fetal alcohol spectrum disorders: an overview. *Neuropsychology Review*, 21, 73–80. <https://doi.org/10.1007/s11065-011-9166-x>
- Robinson, J., Sareen, J., Cox, B. J., & Bolton, J. (2009). Self-medication of anxiety disorders with alcohol and drugs: Results from a nationally representative

sample. *Journal of anxiety disorders*, 23(1), 38-45.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.03.013>

Ross, S., Brown, R. H., McDougall, S., & O'Rourke, S. (2026). Parallel journeys: Exploring the lived experience of pregnant women with alcohol/substance use problems in Scotland. *Women and Birth*, 39(1), 102148.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2025.102148>

Rouse, S. V. (2020). Reliability of MTurk data from masters and workers. *Journal of Individual Differences*, 41(1), 30-36. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000300>

Sagnier, L., & Morell, A. (2019). As mulheres em Portugal, hoje. <https://ffms.pt/as-mulheres-em-portugal-hoje.pdf>

Saldanha, L., Crego, A., Almeida-Antunes, N., Rodrigues, R., Sampaio, A., & López-Caneda, E. (2025). From abstainers to dependent drinkers: alcohol consumption patterns and risk factors among Portuguese university students. *PeerJ*, 13, e20026
<https://doi.org/10.7717/peerj.20026>

Schetter, C. D. (2011). Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual Review of Psychology*, 62(1), 531-558.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.031809.130727>

Skagerström, J., Chang, G., & Nilsen, P. (2011). Predictors of drinking during pregnancy: A systematic review. *Journal of Women's Health*, 20(6), 901-913.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2216>

Staneva, A., Bogossian, F., & Wittkowski, A. (2015). The experience of psychological distress, depression, and anxiety during pregnancy: A meta-synthesis of qualitative research. *Midwifery*, 31(6), 563-573.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.015>

Tesfaye, G., Demlew, D., Gtsadik, M., Habte, F., Molla, G., Kifle, Y., & Gebreegziabher,

- G. (2020). The prevalence and associated factors of alcohol use among pregnant women attending antenatal care at public hospitals Addis Ababa, Ethiopia, 2019. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02747-1>
- Veilleux, J. C., Skinner, K. D., Reese, E. D., & Shaver, J. A. (2014). Negative affect intensity influences drinking to cope through facets of emotion dysregulation. *Personality and Individual Differences*, 59, 96-101. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.11.012>
- Verdult, R. (2021). Prenatal Roots of Attachment. In K. Evertz, L. Janus, & R. Linder (Eds.), *Handbook of prenatal and perinatal psychology: Integrating research and practice* (pp. 227–246). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41716-1_14
- Ward, N., Correia, H., & McBride, N. (2021). Maternal psycho-social risk factors associated with maternal alcohol consumption and Fetal Alcohol Spectrum Disorder: a systematic review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 304(6), 1399–1407. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06206-4>
- Watt, M. H., Eaton, L. A., Choi, K. W., Velloza, J., Kalichman, S. C., Skinner, D., & Sikkema, K. J. (2014). “It’s better for me to drink, at least the stress is going away”: Perspectives on alcohol use during pregnancy among South African women attending drinking establishments. *Social Science and Medicine*, 116, 119–125. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.048>
- Wenzel, D. & Souza, S. B. (2011). Prevalência do aleitamento materno no Brasil segundo condições socioeconômicas e demográficas. *Journal of Human Growth and Development*, 21(2), 251–258.
- World Health Organization. (2014). Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548731>

- World Health Organization. (2021). Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the global strategy to reduce the harmful use of alcohol. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use>
- World Health Organization. (2024). Adults in the European Region consume on average 9.2 litres of pure alcohol every year – making them the heaviest drinkers in the world. <https://www.who.int/europe/europeconsume>
- World Health Organization. (2025). The science is clear: smart alcohol policies can prevent cancer. <https://www.who.int/europe/smart-alcohol-policies>
- Xavier, M. R. L. (2000). Estatuto de risco das crianças expostas a substâncias ilícitas durante a gestação – as crianças que não podem dizer não. [Doctoral dissertation, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Universidade do Porto.
- Xavier, M. R. L., Paul, M. C. & Sousa, L. (2001). Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (cedido pelos autores). Universidade do Porto.
- Xavier, M. R. L., Pacala, J. R., & Hoffmeister, K. (2014). *AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test*. Versão para estudo com mulheres grávidas portuguesas.
- Xavier, M. R. L. (2021). Álcool e gravidez: algumas reflexões em torno de um fenómeno Complexo. In V. Calado (Org.), *Comportamentos aditivos: perspectivas e desafios* (pp. 115-126). Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e outras Dependências (SICAD), Ministério da Saúde. <http://hdl.handle.net/10400.14/40993>
- Xavier, M. R. L. & Costa, M. (2025). EAGM-R – Versão Reduzida [Unpublished]. Universidade Católica Portuguesa.