



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**Consumo de Álcool e Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade nas Grávidas  
Utentes da Unidade Local de Saúde de Matosinhos**

Dissertação apresentada à

Universidade Católica Portuguesa para a obtenção

do grau de Mestre em Psicologia

Especialização em: Psicologia Clínica e da Saúde

por

Claúdia Cristina Ferreira Gordinho

Faculdade de Educação e Psicologia

Janeiro, 2013



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**Consumo de Álcool e Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade nas Grávidas  
Utentes da Unidade Local de Saúde de Matosinhos**

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

Especialização em: Psicologia Clínica e da Saúde

por  
Claúdia Cristina Ferreira Gordinho

Trabalho efetuado sob a orientação de  
Professora Doutora Maria Raul Lobo Xavier

Faculdade de Educação e Psicologia

Janeiro, 2013

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar quero agradecer à Professora Doutora Maria Raúl Lobo Xavier, por todos os ensinamentos e pela disponibilidade que sempre revelou...

Um Muito Obrigado a todos os meus amigos e familiares que me apoiaram e me deram força para continuar.

No fundo, Um Muito Obrigada a todos os que fazem parte da minha vida!!

## **Resumo**

O presente estudo teve como objectivo geral conhecer o consumo de álcool e atitudes sobre a gravidez e a maternidade nas grávidas utentes na Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Especificamente pretende-se conhecer os consumos de álcool, explorar as atitudes sobre a gravidez e a maternidade e, por último, explorar as correlações entre tipos de consumo e atitudes sobre a gravidez e a maternidade.

Para este estudo, recorreu-se a 89 mulheres grávidas com idades compreendidas entre os 21 e os 41 anos. Os dados foram recolhidos nos cursos de preparação pós-parto, em três centros de saúde da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (Matosinhos, Senhora da Hora e Leça da Palmeira). Os instrumentos utilizados foram, a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade- EAGM e o Alcohol Use Disorder Identification Test- AUDIT. Os principais resultados sugerem que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as participantes do presente estudo e a população em geral em relação a algumas subescalas das atitudes sobre a gravidez e a maternidade e relativamente ao Alcohol Use Disorder Identification Test, apesar de a amostra ser limitada, os resultados mostraram-se alarmantes, uma vez que uma percentagem significativa de mulheres grávidas (20,2%) consome álcool durante a gravidez. Os resultados obtidos foram corroborados com a revisão bibliográfica realizada.

**Palavras-chave:** Consumo de álcool, Gravidez, Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade.

## **Abstract**

The present study aimed to understand the alcohol consumption and attitudes about pregnancy and maternity in pregnant users in Local Health Unit in Matosinhos. Specifically intended to meet the consumption of alcohol, explore attitudes about pregnancy and maternity and, finally, explore the correlations between consumption patterns and attitudes about pregnancy and maternity.

For this study, appealed to 89 pregnant women aged between 21 and 41 years. Data were collected in preparation courses postpartum health centers in 3 Local Health Unit in Matosinhos (Matosinhos, Senhora da Hora and Leça da Palmeira). The instruments used were Attitudes Scale on Pregnancy and Maternity- EAGM and Alcohol Use Disorder Identification Test- AUDIT. The main results suggest that there are no statistically significant differences between the participants of this study and the general population for some subscales of attitudes about pregnancy and maternity, and for the Alcohol Use Disorder Identification Test, although the sample is limited, results were alarming, since a significant percentage of pregnant women (20,2%) consumed alcohol during pregnancy. The results were corroborated with the literature review.

**Keywords:** alcohol consumption, pregnancy, attitudes about pregnancy and maternity.

**Lista de Abreviaturas:**

**AUDIT-** Alcohol Use Disorder Identification Test

**EAGM-** Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade

**FASD-** As desordens do espectro alcoólico fetal

**FEP-UCP-** Faculdade de Educação e Psicologia – Universidade Católica Portuguesa

**IDT-** Instituto da droga e toxicoddependência

**PNRPLA-** Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool

**SAF-** Síndrome alcoólico fetal

**OMS-** Organização Nacional de Saúde

**Índice de Tabelas:**

**Tabela 1.** Idade das participantes

**Tabela 2.** Caracterização sociodemográfica

**Tabela 3.** Número de filhos, tempo de gravidez, gênero do bebê

**Tabela 4.** Resultados para antecedentes familiares ligados ao álcool

**Tabela 5.** Níveis de risco do consumo de álcool.

**Tabela 6.** Resultados tipos de consumo de álcool (item 1)

**Tabela 7.** Pontuação Total- AUDIT

**Tabela 8.** Resultados da subescala “ O filho Imaginado”

**Tabela 9.** Resultados da subescala “Boa mãe”

**Tabela 10.** Resultados da subescala “Gravidez como Factor de Mudança/ Crescimento Pessoal”.

**Tabela 11.** Resultados da subescala “Aspectos difíceis da Gravidez/ Maternidade

**Tabela 12.** Resultados da subescala “Relação com a própria mãe”

**Tabela 13.** Resultados da subescala “Apoio do Marido/ Companheiro”

**Tabela 14.** Resultados da subescala “Imagem Corporal e necessidade de dependência”

**Anexos:**

**Anexo I-** Instrumentos de identificação de consumo de álcool

**Anexo II -** Alcohol Use Disorder Identification Test- AUDIT

**Anexo III-** *Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade – EAGM*

**Anexo IV-** Consentimento informado

## Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>Parte I- Enquadramento teórico</b>	
<b>1. O álcool e a sociedade</b> .....	3
<b>2. Gravidez</b>	
2.1 Os conceitos psicológicos da gravidez e da maternidade.....	7
2.2 Consumo de álcool durante a gravidez.....	11
2.3 Consequências do consumo de álcool no desenvolvimento.....	15
<b>Parte II- Estudo Empírico</b>	
<b>1. Objectivos</b> .....	18
<b>2. Metodologia</b> .....	18
2.1 Amostra.....	18
2.2 Instrumentos.....	21
2.3 Procedimentos.....	22
<b>3. Apresentação de resultados e discussão</b> .....	24
<b>3.1 Resultados</b> .....	25
<b>3.2 Discussão</b> .....	28
<b>Conclusão</b> .....	34
<b>Bibliografia</b> .....	38

## **Introdução:**

A presente Dissertação integra-se no Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Educação e Psicologia, da Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP), tendo sido orientada pela Prof<sup>a</sup>. Doutora Maria Raul Lobo Xavier. Este trabalho tem como tema o consumo de álcool e atitudes sobre a gravidez e maternidade nas grávidas.

O objectivo geral do presente estudo, pretende conhecer o consumo de álcool e as atitudes sobre a gravidez e a maternidade nas grávidas utentes na Unidade Local de Saúde de Matosinhos que frequentam os cursos de preparação para o parto. Este projecto faz parte de uma investigação mais alargada, que integra a Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica (- FEP-UCP), através do Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano (CEDH), em conjunto com o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) mais a Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos.

A amostra deste estudo é constituída por um conjunto de mulheres grávidas que entre Novembro de 2011 e Maio de 2012 aceitaram participar nesta investigação. A recolha de dados foi realizada nos cursos de preparação pós-parto, em três dos quatro centros de saúde da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (Matosinhos, Senhora da Hora e Leça da Palmeira).

Como objectivos específicos, pretende-se conhecer os consumos de álcool, explorar as atitudes sobre a gravidez e a maternidade e, por último, explorar as correlações entre tipos de consumo e atitudes sobre a gravidez e a maternidade.

A União Europeia apresenta as maiores taxas de consumo de álcool no mundo, aproximadamente 15 litros de álcool puro são consumidos por cada adulto todos os anos (Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (PNRPLA), 2009- 2012). As estatísticas indicam que a maioria dos Europeus consomem álcool, mas 55 milhões de adultos (15%) abstêm-se (Anderson & Baumberg, 2006). A incidência do uso de álcool em mulheres que não estão grávidas, entre os 15 e os 44 anos é de 53% e de acordo com estes dados estima-se que mais de 24% das mulheres jovens têm um consumo excessivo de álcool (Floyed, Jack , Cefalo, Atrash, Mahoney, Herron, Husten, Sokol, 2008). Aproximadamente cerca de 30% das mulheres consomem álcool muitas vezes em idade fértil (World Drink Treds, 2007). De acordo com a OMS, qualquer consumo que a mulher faz durante a gravidez é considerado um consumo de risco (OMS,2005).

O consumo de substâncias tem sido um dos principais problemas da sociedade, dando-se uma atenção particular ao consumo de álcool durante a gestação. Este tema tem-se mostrado preocupante por parte dos investigadores, considerando os efeitos na gravidez, tanto no desenvolvimento pré-natal como também as consequências que possa ocorrer futuramente na criança (e.g. Lester & Tronick, 1994; Xavier, 2002). Neste sentido, torna-se necessário conhecer mais sobre os consumos de álcool nesta população, em Portugal, uma vez que os únicos dados existentes, provenientes do Ministério da Saúde, são antigos e não está disponível informação sobre a sua proveniência (Ministério da Saúde, 2007). De acordo com o Ministério da Saúde, cerca de 44 a 89% das grávidas consomem álcool, nesta etapa desenvolvimental e 5-10% apresentam hábitos pesados de consumo (Ministério da Saúde, 2007).

Trata-se de um tema actual, contudo ainda há um longo caminho a percorrer no que diz respeito ao consumo de álcool na gravidez, tanto em termos de investigação assim como na necessidade de serem implementadas medidas de prevenção. Esperemos que o contributo deste estudo possa ser relevante para a comunidade científica, permitindo mais informação sobre esta problemática bem como o alargar da discussão sobre a eficácia dos métodos de identificação de consumos.

Como instrumentos de avaliação foi utilizado o *Alcohol Use Disorder Identification Test –AUDIT* (Babor, Biddle, Saunders, Monteiro, 2001) que pretende identificar os vários tipos de consumo de álcool. Nesta investigação, utiliza-se outro instrumento, a Escala de Atitudes de Gravidez e Maternidade -EAGM (Xavier, Sousa & Paul, 1996). Este instrumento pretende estudar as atitudes da mulher grávida sobre a gravidez e a maternidade e a vivência psicológica da mesma.

Durante a gravidez, o feto que estiver exposto ao álcool pode sofrer sérias complicações. A principal consequência deste consumo e também a mais devastadora é a síndrome alcoólica fetal- SAF. Os restantes tipos de consequências integram-se no que é conhecida como Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) que engloba uma série de perturbações que podem ser definidas como, atraso de crescimento pré e pós-natal e anomalias do sistema nervoso central (Keegan, Parva, Finnegan, Gerson & Belden, 2010).

Em Portugal, pouco se sabe sobre o consumo de álcool e os seus efeitos durante a gravidez, assim como das consequências a curto, médio e longo prazo no desenvolvimento do feto exposto in útero (Xavier, 2002). Neste sentido é pertinente conhecer os tipos de consumo de álcool durante a gravidez em Portugal, para podermos prevenir, identificar e intervir adequadamente (Xavier, 2002), sendo então importante a contribuição de mais estudos sobre o consumo de álcool durante a gestação. É importante identificar as mulheres

que se encontram potencialmente em risco durante a gravidez, sendo fundamental incluir estas mulheres num grupo de risco que merece uma atenção especial (Fleming, Lund, Wilton, Landry, & Scheets, 2008), indo de encontro às preocupações da OMS: - como não se sabe se existem limites considerados seguros do consumo de álcool durante a gravidez, a abstinência nesta etapa desenvolvimental é recomendada e deve ser cumprida (OMS, 2006). O plano nacional de redução de problemas ligados ao álcool, vem de encontro à mesma opinião, apresentando como objectivo geral, a diminuição no consumo de álcool durante a gravidez, em crianças que se encontram em contextos familiares com problemas ligados ao álcool e ainda uma redução do consumo de bebidas alcoólicas pela parte das crianças e jovens (Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (PNRPLA), 2009- 2012). As mulheres que consomem álcool durante a gravidez apresentam-se como um grupo vulnerável, sendo que o acompanhamento deverá ser feito e o mais precoce possível, devido às consequências que possa provocar tanto na mãe como no bebé (PNRPLA, 2012).

No que diz respeito à estrutura da dissertação, está dividida em duas partes. A primeira parte corresponde ao enquadramento teórico que se caracteriza por várias temáticas: - o álcool e a sociedade, os conceitos psicológicos da gravidez e da maternidade, o consumo de álcool durante a gravidez e as consequências dos efeitos do álcool no desenvolvimento do feto. A segunda parte, diz respeito ao trabalho empírico, na qual fazem parte: os objectivos, a metodologia (amostra, instrumentos e procedimentos), a apresentação de resultados e discussão e por último a conclusão do estudo.

## **Parte I- Enquadramento teórico**

### **1. O álcool e a sociedade**

O consumo de álcool existe há milhares de anos, sendo que as bebidas eram utilizadas como remédios, uma prática que foi continuada até ao princípio do século XX (Anderson & Baumberg, 2006).

Na idade média, na Europa eram consumidas essencialmente bebidas como o vinho e a cerveja, em que o modo de produção era feito através da fermentação. Mais tarde surgiu o processo de destilação, descoberto pelos Árabes, sendo que as bebidas produzidas tinham um teor alcoólico mais elevado (PNRPLA, 2009-2012). Foram os países cristãos do mediterrâneo, a iniciar a produção industrial destas bebidas destiladas.

No século XVI, com a expansão colonial, o álcool torna-se num produto comercial de importância, destacando-se com a revolução industrial e com o desenvolvimento das novas tecnologias de produção (PNRPLA, 2009-2012) que foram desenvolvidas e implantadas no resto da Europa no século XIX. Quando ocorreu a expansão europeia, o álcool tornou-se num dos produtos que produziu mais lucro quando o mercado mundial se iniciou (IDT, 2012). O tabaco e outras drogas, surgiram mais tarde, por volta do século XIX, em que também atingiram um protagonismo histórico (IDT, 2012).

A industrialização, o desenvolvimento das comunicações e das tecnologias, permitiram um maior desenvolvimento deste mercado, permitindo que a sociedade de consumo no século XX, se vá expandindo. Contudo, há medida que o consumo vai crescendo, desenvolvem-se também os problemas relacionados com estes produtos. É no século XX, que começam a ser implementadas medidas para a redução do consumo de álcool na sociedade. Exemplo concreto desta situação, foi a proibição nos Estados Unidos, nos anos 20 e as campanhas de prevenção, a partir dos anos 60, nos países desenvolvidos (IDT,2012).

As leis sobre o consumo de álcool existem mas, provavelmente pelo peso do mercado, os limites estabelecidos pela lei não são sempre levados em consideração (e.g. veja-se a venda de álcool a menores de 16 anos).

Actualmente considera-se que é dada pouca importância ao consumo de álcool (Anderson & Baumberg, 2006), nomeadamente na gravidez. A nível internacional, o álcool causa 1,8 milhões de mortes (3,2% do total) e a perda de 58,3 milhões (4% do total) de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALY) em todo o Mundo (OMS, 2005).

A União Europeia, tem vindo a apresentar as maiores taxas de consumo de álcool no mundo, em que cerca de 11L *per capita* são consumidos, sendo que 5% dos homens e 1 % das mulheres são dependentes (PNRPLA, 2009-2012 ) Entre a década de 60 e 80, ocorreu um aumento na Europa central e do Norte e uma diminuição na Europa do sul (Anderson & Baumberg,2006). De acordo com os dados mais recentes o consumo médio de álcool na UE tem vindo a decrescer, contudo a proporção de jovens e jovens adultos que apresentam padrões de consumos nocivos tem vindo a aumentar em muitos dos estados membros (PNRPLA, 2009-2012)

As estatísticas indicam que a maioria dos Europeus consomem álcool, mas 55 milhões de adultos (15%) abstêm-se. Tendo isto em consideração e o consumo que não é registado, o consumo de álcool pode chegar até aos 15 litros por ano (Anderson & Baumberg, 2006). No que diz respeito aos tipos de consumo, a cerveja conjuntamente com

o vinho (34%) e bebidas espirituosas (23%) parecem estar na preferência dos Europeus. Aproximadamente 40% das ocasiões de consumo na UE ocorrem durante as refeições da tarde/noite, embora na Europa do sul é mais provável que este consumo seja ao almoço. De acrescentar ainda, que o nível diário de consumo, parece ser mais comum na Europa central (Anderson & Baumberg, 2006). Desta forma podemos considerar que a Europa desempenha um papel central no mercado de álcool, sendo responsável por 1/4 da produção total a nível mundial (Eurocare, 2011).

De acordo com um estudo australiano, (Australian Institute of Criminology , 2001) a percentagem do consumo de álcool, no Reino Unido também tem vindo a aumentar nos últimos anos, sendo que entre 1980 para a década de 2000 o consumo de álcool aumentou cerca de 15,4%. De acordo com o mesmo estudo prevêem que se estes resultados continuarem, dentro dos próximos 10 anos, poderão ultrapassar a França, conhecida como tendo dos níveis mais elevados de consumo de álcool do mundo (Australian Institute of Criminology, 2001).

De acordo com dados World Drink Trends, Portugal em 2003 ocupava o oitavo lugar de consumo de álcool a nível mundial que correspondia a 9,6 litros de etanol *per capita*, em que 58,7 litros correspondiam ao consumo de cerveja, 42 litros ao consumo de vinho e 3,3 litros ao consumo de bebidas destiladas (World Drink Trends, 2005).

Em Portugal, o consumo de álcool constitui-se como um importante problema de saúde pública, tendo também em consideração que os estudos realizados em Portugal são escassos (PNRPLA, 2009-2012). Dados mais recentes desta investigação, sugerem que em Portugal existem cerca de um milhão de consumidores de álcool excessivos (World Drink Trends, 2007).

No que diz respeito ao consumo de álcool na adolescência, através de um inquérito realizado a nível nacional, em 2001 cerca de 30% dos jovens, entre os 15 e os 17 anos iniciam o consumo de bebidas alcoólicas, sendo que estes valores aumentaram para 40% em 2007 (Balsa, Vital, Urbano & Pascueiro, 2008) . Segundo a mesma fonte de pesquisa, 38,5% dos jovens entre os 20-24 anos e 34,6 % dos jovens dos 15-19, embriagaram-se no último ano, sendo que 2,8% dos jovens dos 20-24 anos e 1,2% dos jovens dos 15-19 anos embriagou-se 10 ou mais vezes (Balsa et al., 2008).

Segundo Dawson (2008), os indivíduos que iniciam o consumo de álcool na adolescência estão mais predispostos a sofrerem as consequências do consumo excessivo de álcool na idade adulta, nomeadamente o risco de desenvolver dependência.

Em Portugal, o consumo de álcool ocorre em todas as idades, mas através dos estudos apresentados anteriormente verifica-se que o consumo entre a faixa etária mais velha está a diminuir e tem vindo a aumentar junto da população mais jovem.

O consumo de álcool em Portugal é liderado pelos homens, em que de acordo com os dados da organização mundial de saúde representam 32,26%, comparativamente com as mulheres que apresentam um consumo de 19,86% (OMS, 2009).

No que diz respeito ao sexo feminino, o consumo de álcool tem apresentado como principal consequência, as doenças hepáticas, tendo estas aumentado para 15% (Centers for Disease Control and Prevention, 2009).

De acordo com alguns autores, as mulheres parecem ser mais susceptíveis ao consumo de álcool do que os homens (Tuyns & Péquignot, 1984; & Colantoni, 2003). A cirrose tem-se demonstrado como a principal consequência de consumo de álcool entre ambos os sexos. Embora esta apresente taxas de mortalidade mais elevadas no sexo masculino, as mulheres desenvolvem cirrose mais rápido do que os homens (Yoon, Yi & Grant, 2001).

Aproximadamente cerca de 30% do total de consumidores são mulheres, consumindo álcool muitas vezes em idade fértil (Xavier, 2002). Há trabalhos que estimam que aproximadamente 90% das mulheres que consomem substâncias estão em idade reprodutiva (Kuczkowski, 2007). Na UE, na maioria dos países, os padrões de consumo de alto risco estão a aumentar entre as mulheres, mais precisamente numa faixa etária mais jovem, nomeadamente em Portugal (PNRPLA, 2009-2012). Trata-se actualmente de uma área prioritária tal como foi previsto na estratégia da União Europeia (OMS, 2006).

Estudos realizados nos Estados Unidos, referem que a incidência do uso de álcool em mulheres, entre os 15 e os 44 anos é de 53% e de acordo com estes dados estima-se que mais de 24% das mulheres numa faixa etária jovem têm um consumo excessivo de álcool (Floyd et al., 2008). Outro estudo também realizado nos EUA, revela que mais de metade das mulheres em idade fértil confirmam ter consumido álcool no mês passado (Ebrahim, Anderson & Floyd, 1990). Tendo em conta que milhões de mulheres em idade fértil são sexualmente activas (considerando as que não usam contracepção ou não usam contracepção adequada) estima-se que aproximadamente 2% das mulheres, podem estar em risco de uma gravidez exposta ao álcool anualmente (Alcohol-exposed pregnancy, 2002).

Actualmente, o consumo de substâncias na mulher tem sido considerado como um dos maiores problemas de saúde pública (Finnegan, 2010). O estigma social é elevado em

relação às mulheres que são dependentes do consumo de substâncias, principalmente das mulheres que estão grávidas (Kandall,1996).

Esta informação sobre o consumo de álcool no nosso país tem revelado dados alarmantes, sendo por isso necessário uma atenção mais centrada na promoção da saúde mental, no que diz respeito a esta problemática (PNRPLA, 2009-2012). Deverá ser dada uma atenção especial, às áreas prioritárias do consumo de álcool que são consideradas pela Estratégia da União Europeia. Sendo então, identificadas cinco áreas prioritárias de intervenção: proteger jovens, crianças e crianças por nascer; reduzir o número de feridos e mortos devidos a acidentes de viação provocados pelo álcool; prevenir os efeitos nocivos do álcool nos adultos e reduzir as repercussões negativas no local de trabalho; informar, educar e sensibilizar para as consequências dos padrões de consumo de bebidas alcoólicas nocivos e perigosos, bem como para os padrões de consumo aceitáveis e por último, desenvolver, apoiar e manter uma base de dados comum.

## **2. Gravidez**

### 2.1 Os conceitos Psicológicos da Gravidez e da maternidade

A gravidez tem vindo a ser objecto de atenção por parte de clínicos e investigadores, sendo estudada como uma fase de desenvolvimento psicológico de grande importância (Colman & Colman, 1994; Leal, 1997; Canavarro, 2001). Podemos dizer que a gravidez corresponde a uma fase cada vez mais rara e tardia no ciclo de vida da mulher, em que este processo é adiado devido a questões profissionais e sociais (Leal,2005).

A gravidez refere-se ao período de mais ou menos 40 semanas, que medeia entre a concepção e o parto. “Esta fase acarreta vivências psicológicas particulares, sendo então considerado um momento particular de retorno a si própria, de investimento maciço no próprio corpo, na sua imagem e no que ela contém” (Leal,2005, p.11). Segundo Figueiredo (2005) a gravidez é um processo de transição que ocorre na vida da mulher, transportando consigo mudanças e promovendo um conjunto de aquisições desenvolvimentais (Figueiredo, 2005).

A partir de 1950, muitos investigadores têm estudado os factores biológicos, neurológicos e psicológicos, associados a alterações durante a gravidez. (e.g. Brazelton, 1981; Deutscher, 1971; Leifer, 1980). Estudos recentes, sugerem que as alterações no corpo da mulher durante a gravidez pode ser experienciada como uma mudança

desafiadora e ao mesmo tempo ameaçadora, tendo em conta a cultura e a imagem que a mulher tem acerca dos valores, estética, família, emprego e obrigações (Ellison, 2005).

Além das alterações biológicas e corporais, a literatura acerca desta temática tem destacado a mudança na gravidez também na identidade da mulher, em que as preocupações passam a ser vivenciadas por exemplo “de filha para mãe” (Pines, 1972), as ansiedades específicas nos diferentes estádios, (Ayers & Pickering, 2005; Soifer, 1971) o sentimento de ambivalência em relação ao parto (Langer, 1992) e os aspectos positivos ou negativos, na vida da mulher que afectem a sua resposta.

A gravidez, pode ser entendido por alguns autores como um momento de crise (Colman & Colman, 1994; Erickson, 1959) o que implica um maior envolvimento da mulher num processo psicológico, em que esta deverá fazer um esforço em manter uma situação positiva e gratificante (Lee, 1995; Lis & Zenaro, 1997).

Nem sempre a gravidez é sinónimo de felicidade. Para algumas mulheres pode desencadear processos psicológicos contrários, como a negação, em que agem como se não acreditassem no que está a acontecer e não aceitam a gravidez; situações em que as mulheres querem engravidar mas têm medo de sofrer um aborto; situações em que ocultam a informação dos companheiros, optando por revelar apenas quando as alterações são óbvias e muitas mulheres vivenciam a primeira gravidez com algum sentimento de frustração (Colman & Colman, 1991).

Durante a gravidez, podem estar associadas algumas condições psicológicas como o stress, a ansiedade e a depressão (Kathleen , Costigan, & Reusing, 2006; Geller, 2004). Estudos sugerem que altos níveis de *stress*, durante este período podem estar associadas como uma gestação mais prematura e/ou com um crescimento retardado do bebé (e.g. Kathleen, 2006).

O modo como estas mudanças são integradas, elaboradas e vivenciadas relaciona-se com a estrutura da personalidade da mulher, suporte conjugal, familiar e social, desejo e significado da gravidez e o projecto de maternidade (Leal,2005). As mulheres fazem desta etapa desenvolvimental um modo muito particular, transformando assim cada gravidez num acontecimento de vida único, em que o presente se liga ao imaginário. Podemos dizer que a vivência psicológica da gravidez vai envolver expectativas e atitudes por parte da mulher que espera um filho (Xavier & Paúl, 1996).

De acordo com (Kitzinger, 1978) quando a mulher está grávida ultrapassa todo um processo que está para além da sua própria vivência. No que diz respeito ao ponto de vista psicológico, é necessário compreender a gravidez como um processo dinâmico, de construção e desenvolvimento.

O contexto sociocultural também tem apresentado contributos importantes para esta temática e actualmente tem sido dos mais estudados. Vários estudos têm mostrado como o suporte social é uma preocupação consistente durante a gravidez (Poland, & Ager, 1990; Keinan, 1998; Feldman,1999).

Diversos estudos têm sido realizados ao longo da gravidez, no sentido de compreender as tarefas desenvolvimentais que caracterizam este período (Mendes,1999). Neste sentido, torna-se pertinente abordar as principais tarefas de desenvolvimento. A primeira tarefa corresponde em aceitar a gravidez, embora pareça um processo relativamente fácil, ocorrem vivências psicológicas na mulher que numa fase inicial correspondam a uma ambivalência entre o desejo e o receio da gravidez (Canavarro,2001). Nesta fase inicial, a ambivalência parece ser a atitude mais predominante. Esta poderá estar relacionada com a aceitação do feto, em que a mulher apresenta dúvidas e incertezas se é capaz de levar a gravidez adiante, resumindo este sentimento de ambivalência (sentimento de felicidade por estar grávida mas ao mesmo tempo a dúvida de conseguir levar a gravidez adiante) está intrinsecamente relacionada com as mudanças da própria maternidade (Colman & Colman). A segunda tarefa, corresponde em aceitar a realidade do feto, depois de ultrapassada a ambivalência em relação à gravidez descrita anteriormente. Esta fase é vivenciada como a mudança que ocorre no corpo da mulher (Colman & Colman, 1994). Esta fase também é importante nos processos psicológicos inerentes à gravidez, em que a mãe começa a aceitar o feto como uma entidade separada - aqui ocorre a diferenciação entre a mãe e o feto (Mendes,1999). Nesta etapa, as grávidas começam a idealizar o bebé, com o seu aspeto físico, temperamento e nome (Brazelton & Cramer, 1993; Colman & Colman). Posteriormente à fase de aceitação da gravidez e aceitação da realidade do feto, segue-se a terceira tarefa que se prende com o reavaliar e reestruturar a relação com os pais. Como o nome indica, nesta fase a mulher começa a ter um confronto com o passado. É relevante referir que a mãe tem um papel predominante no modelo de comportamento materno para a mulher. Segundo Colman e Colman (1994) nesta fase é predominante uma reavaliação com o relacionamento dos pais, mais especificamente com a mãe, durante a infância e adolescência. A representação que a mulher tem dos seus próprios pais é muito importante, uma vez que ajuda a avaliar a relação que teve com os mesmos, o que considerou positivo e negativo e o que considera mais adequado ao papel de mãe (Canavarro,2001). Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro é a quarta tarefa. Neste estágio o casal prepara-se para integrar o novo elemento na sua relação e a mulher passa a visualizar o marido também no papel de pai. Com a entrada de uma criança na família, principalmente no caso do primeiro filho, o casal ajusta novos papéis e funções que implicam novas responsabilidades (Canavarro,2001). Em seguida vem a quinta tarefa que consiste em

aceitar o bebê como pessoa separada. Este período é caracterizado por sentimentos ambivalentes, por um lado está a terminar o período da gravidez e por outro a mãe tem um desejo de conhecer o filho (Canavarro, 2001). Podemos dizer que é uma fase de transição entre o período da gravidez e o período pós-parto. Nesta fase é importante que a mãe aceite o bebê como pessoa separada, com características e necessidades próprias, sendo fundamental desde os primeiros meses que a mãe tenha um sentimento de autonomia para com o bebê (Canavarro,2001). Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade é a sexta tarefa de desenvolvimento. Neste estágio a maternidade ganha um novo papel, em que se introduzem as mudanças do processo de maternidade e em que se avaliam ganhos e perdas da mesma. Deste modo podemos dizer que há uma adaptação a uma nova realidade. As mulheres apresentam sentimentos distintos, em que por um lado se adaptam ao papel de mãe, que no caso de ser o primeiro filho é um papel novo e único em que muitas mulheres sentem-se confortáveis, mas existem também as mulheres que sempre se dedicaram à carreira profissional e para quem o processo pode ser experienciado de outra forma.

A última tarefa de desenvolvimento é reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outros(s) filho(s). Podemos dizer que esta etapa é mais exigente para a mulher, uma vez que tendo dois ou mais filhos vai exigir da mãe uma maior articulação entre os membros da família, sendo por isso considerada mais complexa do ponto de vista relacional (Mercer,1996). É importante mencionar que quando já existem filhos, apesar da mulher já ter experiência em lidar com recém nascidos, no quotidiano acabam por ter menos tempo para todas as tarefas que envolvem o bebê e as tarefas domésticas em comparação com as mães pela primeira vez (Canavarro,2001). Deste modo, torna-se fundamental que a mulher percepcione cada filho como um ser individualizado e separado a si, sendo importante também preparar o(s) outros filho(s) para a chegada do irmão (Mercer, 1996).

A maternidade pode ser definida como um processo que ultrapassa a gravidez (Canavarro, 2001). Esta pode ser influenciada por algumas variáveis, tais como a idade da mãe, o nível de educação, estatuto matrimonial, parentalidade e género infantil. De acordo com Stern, 1995, a maternidade não é um período crítico mas uma condição que pode ser permanente, transitória ou potencialmente activada.

Durante a gravidez, as mulheres vão desenvolvendo diferentes níveis de afeição com o feto, tanto enquanto estão grávidas como no seu “papel” enquanto mães. É no desenvolvimento pré-natal que toda esta experiência emocional se desenrola (Lawson, Shelly & Johansson, 2006). Podemos dizer que esta etapa desenvolvimental se transforma num vínculo afetivo entre a mulher e o feto (Muller, 1993).

É quando a mulher começa a desenvolver uma imagem acerca do bebé que o vínculo afetivo se forma (Rubin 1975 & Speckhard, 1997) e também representa as emoções que a mãe vai desenvolver com o feto (Muller, 1997). Estudos sugerem que os sentimentos que a mãe começa a desenvolver pelo bebé, surgem no início da gravidez (Caccia et al, 1991) e aumentam mais rapidamente até às 16 semanas de gestação (Grace, 1989).

De acordo Bowlby,1982 a relação que a mãe estabelece com o bebé é fundamental para o desenvolvimento emocional e social do mesmo. Este relacionamento pode influenciar a forma como a criança se relaciona com os outros e com o meio envolvente e consequentemente como é capaz de resolver questões interpessoais mais tarde na sua vida.

## 2.2 Consumo de álcool durante a gravidez

Considerando os efeitos sobre o consumo de álcool na gravidez os dados nacionais sobre a problemática são limitados e provavelmente nascem muitas crianças com a Síndrome Fetal Alcoólica (Xavier, 2002), como principal consequência deste consumo. Actualmente a investigação tem mostrado progressos nesta área e a nível estatístico existem mais dados, mas ainda assim são escassos. Os únicos dados que conhecemos respeitante a Portugal pertencem ao ministério da saúde, descrevendo que cerca de 44 a 89% das grávidas consomem álcool, nesta etapa desenvolvimental e 5-10 % apresentam hábitos pesados de consumo (Ministério da Saúde, 2007). Estes dados são antigos e não há informações actuais sobre a temática.

Estudos realizados na Europa, mostram que existe um número substancial de mulheres que continuam a consumir álcool durante a gravidez. As estatísticas apontam que 25% das mulheres em Espanha consomem álcool nesta etapa desenvolvimental; 35-50% na Holanda e os dados mais elevados apresentam-se entre o Reino Unido e Irlanda, apontando para 79% deste consumo (Eurocare, 2011). Estima-se que o consumo de álcool, possa estar relacionado com grande parte dos abortos espontâneos que acontecem todos os anos na EU (Eurocare, 2011).

De acordo com dados obtidos, nos Estados Unidos o consumo de álcool pré-natal varia entre os 10-12%, sendo pois que a Europa apresenta as taxas mais elevadas (Anderson & Bolling et al., 2009).

Alguns estudos, indicam que o consumo de álcool diminui ao longo dos primeiros três meses (Ludberg, Bracken, Saftlas, 1997). Através de outras pesquisas, constatou-se que os padrões de consumo de álcool durante a gravidez, indicam que quando a mulher tem consciência da gravidez e continua a consumir álcool, maior a probabilidade de continuar a beber durante a gravidez (Bolling et al., 2009 & Harrison et al., 2009).

Por norma, as mulheres que não recebem os cuidados pré-natais, poderão estar mais predispostas a ter um padrão elevado de consumo de álcool que pode afectar a gravidez. Isto poderá dever-se a um conjunto de situações específicas, tais como: encontram-se numa situação de desemprego, perderam a guarda dos filhos por negligência; maus-tratos ou abandono (Floyed et al., 2008).

Verificou-se também através de outras investigações, que nas mulheres que consomem álcool durante a gravidez, a rotina pré-natal tem-se constatado bastante limitada (Goransson et al., 2003 & Elliott., 2008 & Magnusson A., 2000). Podemos dizer que os cuidados pré-natais, são de extrema importância para estas mulheres, em que a sua aderência a estes regimes deveria ser cumprida. Deste modo, os cuidados pré-natais estendem-se para além dos processos psicológicos associados à gravidez, assim como o devido acompanhamento em ajudar a mulher na adaptação desta etapa desenvolvimental e a sua preparação para a maternidade.

Neste sentido, torna-se então fundamental adoptar medidas de intervenção, uma vez que é preponderante intervir em mulheres em idade fértil, de modo a combater o consumo de álcool durante a gravidez. O que seria mais eficaz é uma intervenção precoce. Pretende-se que o objectivo geral seja uma diminuição à exposição ao álcool e as respectivas consequências pós-natal, que podem ser provocadas futuramente nas crianças, passando também pela redução de consumo de bebidas alcoólicas nas crianças e jovens. Esta é a intenção descrita no nosso país no Plano Nacional de Redução dos problemas ligados ao Álcool, proposto para o ano entre 2009\2012 (Ministério da Saúde, 2004). Neste plano, “considera-se que qualquer consumo durante a gravidez é um consumo de risco” (PNRPLA, 2009-2012, pág.5), o que vai de encontro às recomendações da OMS. Tendo em conta todas as alterações da exposição ao álcool na gestação, esta é uma área prioritária, tal como foi previsto na estratégia da União Europeia (PNRPLA, 2009-2012).

Nos Estados Unidos, em 1981 foi feito um comunicado de saúde pública, alertando que o consumo de álcool durante a gravidez poderia provocar danos no feto (FDA Drug Bulletin, 1981). Uns anos mais tarde, em 1989 foi obrigatório a colocação de um rótulo nas bebidas alcoólicas (Hankin, 1994).

A França foi o primeiro país da UE a introduzir uma lei que consta a colocação de um aviso em todas as bebidas alcoólicas, alertando para as consequências do consumo de álcool durante a gravidez. O Reino Unido também desempenhou uma acção preponderante, em que o governo entrou em negociações com os produtores de álcool para a colocação de um rótulo nas bebidas alcoólicas, em que estaria descrito o parecer de um médico, mais precisamente que este fosse um chefe de equipa. No aviso colocado nos rótulos estaria descrito, “ não beber se estiver grávida ou a tentar engravidar”. Podemos dizer que os produtores do álcool apresentaram um papel fundamental na concretização deste objectivo (Eurocare, 2011).

Já se têm implementado medidas para combater o consumo de álcool durante a gravidez e como foi explicado anteriormente a colocação de um rótulo já foi obrigatório, contudo em Portugal esta lei não existe. É de acrescentar que deve ser feito muito mais para a restrição do consumo de álcool na gravidez, devendo também ser implementadas medidas rígidas.

“Desde o momento da fecundação o indivíduo está potencialmente ou efectivamente em risco quanto a uma série de situações. Abordar a questão do risco implica considerar que o bem estar da criança é posto em causa, tendo em conta factores adversos de ordem biológica e \ou ambiental que podem interferir no decurso do desenvolvimento, antes ou depois do nascimento” (Xavier,2002)”.

Consumir álcool durante a gravidez e o respectivo padrão de consumo de álcool, apresentam-se como factores de risco durante a gestação (Leigh et al.,1994 & Wilsnack.,1995 & Astley et al 2000).

O álcool pode afectar o desenvolvimento do feto, se a mãe ingerir bebidas alcoólicas durante a gravidez. Tal pode afectar o desenvolvimento da criança e dar origem a consequências mais graves como a FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) que será explorado numa fase posterior do trabalho (ponto 2.3). Pesquisas recentes sugerem que o consumo de álcool durante a gravidez pode afectar a criança, mesmo que durante o período gestacional a mãe consuma moderadamente ou mesmo pequenas quantidades de álcool, podem provocar consequências comportamentais e neurocognitivas na criança (e.g. Creasy et al., 2009; Gunzerath,et al,2004).

Deste modo, considera-se que qualquer consumo durante a gravidez é um consumo de risco. Este corresponde a um tipo de consumo que pode provocar danos no embrião, aumentando assim a probabilidade de sofrer doenças, lesões cerebrais, problemas comportamentais entre outros (OMS, 2005). Mesmo baixos níveis de consumo de álcool

podem levar a uma gravidez negativa, como por exemplo a exclusão de milhões de neurónios do cérebro em desenvolvimento (Ikonomidou et al., 2000).

Algo que acontece com frequência é que muitas mulheres continuam a consumir álcool casualmente antes de saberem que estão grávidas (primeiro trimestre) (Floyed,2008). Estudos epidemiológicos mencionam que cerca de 10,1% das mulheres continuam a beber, mesmo depois de saberem da gravidez e 1,9% bebe mais seriamente após saber da gravidez (Tsai et al., 2007).

Neste sentido, o período pré-concepção é extremamente relevante, para identificar as mulheres em risco, uma vez que o desenvolvimento do feto, pode ser afectado nesta fase inicial (Floyed,2008). Este período é ainda importante para intervir na redução ou interromper o consumo de álcool nas mulheres (Chang G, 2001). Outros estudos também apontam que o acompanhamento pré-natal é benéfico para a mulher. Contudo é difícil convencer as mulheres que consomem substâncias a recorrer aos cuidados pré natais, mas as mulheres que o fazem apresentam uma redução nos consumos (Boer et al., 1994).

Muitas mulheres podem não referir que consomem álcool porque podem ficar envergonhadas ou com medo em admitir que bebem durante a gravidez. Podem também desconhecer que mesmo pequenas quantidades de álcool vão ter consequências no feto (Jacobson et al.,2002).

É complicado obter dados específicos sobre o consumo de álcool durante a gravidez, uma vez que não se sabe ao certo as quantidades de álcool que a mulher poderá ingerir sem afectar o feto. (Clift-Matthews V.,2008 & Gill J. S.,2004). De acordo com as políticas governamentais internacionais sobre o consumo de álcool na gravidez (ICAP Reports.,1999), tem-se gerado alguma controvérsia através da bibliografia, no que diz respeito ao que constitui ser um consumo seguro de álcool. Têm sido apresentadas diferentes advertências neste âmbito. Segundo alguns autores, defendem a abstinência total do álcool durante a gravidez, comparativamente com outros que referem que as mulheres durante o período gestacional podem ter um consumo reduzido de álcool (aproximadamente entre 1 ou 2 unidades de álcool) (Department of Health. *Drinking in Pregnancy Guidance*,2008). É possível concluir que estes últimos estudos, não têm dados suficientes para justificar que as mulheres podem consumir entre 1 \2 unidades de álcool, apresentando limitações neste sentido. Tendo em conta todos estes elementos a OMS concluiu que durante a gravidez não deverá existir consumo de bebidas alcoólicas, assumindo uma tolerância zero (OMS, 2007).

Deste modo, também a Associação Médica Britânica, concordou que tendo em conta a incerteza do risco para o feto em desenvolvimento e a falta de informações claras, a mensagem que poderiam passar à população é não consumir álcool durante a gravidez

(Centers for Disease Control and Prevention, 2008) . De acordo com o Departamento de Saúde do Reino Unido, apresenta duas estratégias para a diminuição de consumo de álcool durante a gravidez: primeiro as mulheres que estejam grávidas e as que tentam engravidar devem evitar o consumo de álcool, e as que optarem por beber, não devem consumir mais de uma ou duas unidades de álcool, correspondendo entre uma a duas vezes por semana, de modo a minimizar o risco para o bebé (World Drink Trends 2005).

Torna-se por isso pertinente, realizar um acompanhamento mais estruturado ao longo do percurso de vida, pois a partir das estatísticas sabemos que nascem muitas crianças que estão expostas durante a gestação. Contudo em Portugal são poucos os componentes disponíveis sobre o desenvolvimento e integração ambiental das crianças expostas (Xavier, 2002).

### 2.3 Consequências do consumo de álcool no desenvolvimento

É hoje reconhecido que consumir álcool durante a gravidez e ter uma longa história associada ao consumo de álcool, são factores de risco que contribuem para o aparecimento de FAS e problemas relacionados com défices no nascimento (Stratton K, Howe C, & Battaglia F.,1996).

De acordo com a revisão da literatura, o consumo de álcool durante a gravidez, tem sido estudado como um das principais causas que afectam o desenvolvimento do feto (Organização Mundial de Saúde,2006). Tendo em conta os dados obtidos pela OMS (2006) anualmente, 12.000 bebés no mundo nascem com a síndrome alcoólica fetal (FAS). Durante a gravidez, o feto que está exposto ao álcool pode ser severamente afectado.

Provas médicas consistentes sugerem que consumir álcool ou consumir de um modo mais abusivo durante a gravidez, pode dar origem a altos níveis de FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder – Desordens do Espectro alcoólico fetal) (Creasy, Resnik & Iams., 2009).

A FASD engloba uma série de perturbações, entre elas a SAF (Síndrome alcoólica fetal), Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder (ARND) e o Alcohol Related Birth Defects (ARBD). As características associadas a estas perturbações são permanentes e tem consequências tanto no bebé como na família (Creasy et al., 2009). As desordens do espectro alcoólico fetal (FASD) descreve a variedade de consequências que podem ocorrer

num indivíduo, cuja mãe bebeu álcool durante a gravidez. Estas podem ser físicas, mentais, comportamentais e dificuldades de aprendizagem, com possíveis implicações ao longo da vida.

A síndrome alcoólica fetal (FAS) tem-se mostrado como uma das consequências mais severas da exposição fetal ao álcool. Esta foi descoberta por Jones & Smith (1973), nos Estados Unidos. De acordo com este autor foram identificadas um conjunto distinto de anomalias faciais, nomeadamente, face média plana, lábio superior fino e um sulco entre o nariz e o lábio superior fino. Conclui-se que estas características surgiam em crianças cujo as mães apresentam um nível de consumo “pesado” durante a gravidez (Jones & Smith, 1973).

Algumas destas consequências, podem aparecer mais tardiamente, por volta dos 3 a 4 anos de idade (OMS, 2007). Segundo alguns autores a idade ideal para diagnosticar FAS é entre os 6 meses e os três anos, em que as características são mais predominantes (Gellmann & Appelbaum, 1995). A FAS tem-se apresentado como a consequência mais comum do consumo de álcool, tendo esta uma prevalência de 10 mil nascimentos (Sampson et al., 1997).

A FAS engloba ainda, o crescimento retardado pré e pós- natal, anomalias do sistema nervoso central e anomalias crânio-encefálicas (Creasy et al.,2009). As anomalias mais comuns ao efeito fetal são as deformações ao nível facial, insuficiências cardíacas e alterações articulares (Keegan, et al., 2010).

Como consequências pós-natais, a criança pode apresentar uma diversidade de problemas físicos, cognitivos e comportamentais. As consequências podem assim repercutir-se futuramente na criança, podendo estas estar mais predispostas para o risco de problemas mentais, fracasso escolar e delinquência (Streissguth et al.,2004). Segundo alguns autores, as doenças mentais têm-se manifestado como sendo das causas mais comuns na criança, derivado do consumo de álcool durante a gravidez (Creasy et al., 2009).

Nos Estados Unidos, a prevalência da FAS situa-se entre dois em mil nascimentos por ano. Estima-se que cada criança que nasce com FAS, algumas podem não apresentar as características físicas desta patologia, contudo podem desenvolver défices neurocomportamentais, resultantes da exposição pré-natal ao álcool, que afecta a aprendizagem e o comportamento (Sokol, Delaney, Nordstrom, 2003).

Estas podem ser descritas como perturbações do álcool neurocomportamental, ou defeitos congénitos ligados ao álcool (Sokol et al 2003;. Mattson et al. 1997, Maio & Gossage 2001) . Contudo, nem todos os indivíduos com a exposição pré-natal ao álcool apresentam os critérios para o preenchimento de FAS (Síndrome Alcoólica Fetal), mas são diagnosticados com (FAS) parcial, desordens do desenvolvimento neurológico do álcool (ARND) ou defeitos congénitos relacionados com o álcool (ARBD) (Wiley -Liss, 2009).

Segundo Salmon (2008), as mães com exposição fetal ao álcool podem sentir-se confrontadas com problemas de abuso de substâncias e podem sentir-se estigmatizadas com os factores de risco que podem provocar na criança e as possíveis consequências.

Segundo Streissguth (1991), a exposição pré-natal ao álcool está relacionada com níveis de irritabilidade durante a infância. Através de outro estudo, verificou-se através da aplicação de um questionário, California Verbal Learning test (CVLT) a adultos com SAF que estes apresentaram dificuldades em memorizar uma lista de palavras, constatou-se que tinham dificuldade em reter o que aprendiam (Kerns, Don, & Mateer, 1997).

Outros estudos acerca da SAF revelam que as crianças podem ter défices de atenção, ou seja desconcentram-se na presença de um fator detrativo (Carmichael Olson et al., 1992 Kerns et al. 1997; Coles et al. 1997). A falta de concentração que aumenta com a exposição pré-natal ao álcool foi também verificada em crianças expostas primariamente a baixos níveis associados ao ARND (Streissguth et al. 1994; Jacobson et al. 1998. A flexibilidade cognitiva reduzida também foi manifestada em crianças com FAS num teste de fluência verbal (Mattson et al. 1999).

O diagnóstico pode ser considerado um factor protector de perturbações secundárias de crianças com FASD ( Streissguth, Barr, Kogan & Bookstein, 1996; Streissguth & Kantaer, 1997) e os psicólogos também podem desempenhar um papel importante no reconhecimento, diagnóstico e tratamento da FAS e FASD o mais antecipadamente possível, de modo a assegurar que as crianças afectadas obtenham um tratamento imediato e abrangente.

## **Parte II- Metodologia**

### **1. Objectivos**

#### **Objectivo geral**

O objectivo geral deste estudo é conhecer o consumo de álcool e atitudes sobre a gravidez e a maternidade nas grávidas utentes na Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

#### **Objectivos específicos**

1. Conhecer os consumos de álcool;
2. Explorar as atitudes sobre a gravidez e a maternidade;
3. Explorar as correlações entre tipos de consumo e atitudes sobre a gravidez e a maternidade.

### **2. Metodologia**

#### **2.1 Amostra**

Depois de definidos os objectivos da presente investigação, importa agora definir a amostra.

Da amostra deste estudo, fazem parte 89 indivíduos do sexo feminino, sendo estas um grupo de mulheres grávidas, utentes de 3 dos 4 Centros de Saúde da ULS de Matosinhos que entre Novembro de 2011 e Junho de 2012 participaram nos cursos de preparação para o parto e aceitaram fazer parte desta investigação. A recolha de dados foi efectuada nos centros de saúde de Matosinhos, Senhora da Hora e Leça da Palmeira. É importante mencionar que as participantes deste estudo (N=89) correspondem a 52 % do total de mulheres que nesse intervalo de tempo frequentaram os cursos de preparação para o parto e aceitaram participar no estudo. As restantes (48%) não estiverem presentes nas sessões em que se solicitou a participação ou não aceitaram fazer parte do estudo.

Todas as Mulheres grávidas do conselho de Matosinhos que durante a gravidez têm contacto com alguns dos centros de saúde e/ou o hospital são posteriormente contactadas para a realização de um curso de preparação para o parto. Estes cursos de preparação para o parto tinham um grupo novo num espaço de tempo de 2 meses/ 2 meses e meio, este

tempo era previsto para serem leccionadas as aulas teóricas e práticas. Foi neste contexto que a nossa a ostra foi contactada.

Foram registados os dados relativos à idade da mãe, estado civil, nível de escolaridade, actualmente empregada, número de filhos, género do bebé (quando conhecido) e o tempo de gravidez (em semanas). Estes dados de caracterização da amostra do estudo estão presentes nas tabelas abaixo.

**Tabela 1- Idade das participantes**

	N	Média	DP
<b>Idade</b>	84	30,92	4,232

**Tabela 2- Caracterização sociodemográfica**

	N	%	
<b>Estado Civil</b>	Solteira	28	32
	Casada	58	65,2
	Divorciada	2	2,2
	União de facto	1	1,1
<b>Escolaridade</b>	9º ano	9	10,1
	Ensino secundário	36	40,4
	Licenciatura	41	46,1
	Pós-graduação	1	1,1

<b>Actualmente empregada</b>	Sim	60	67,4
	Não	28	31,5

**Tabela 3- Número de filhos, tempo de gravidez, género do bebé.**

		N	%
	0	77	86,5
<b>Número de filhos</b>	1	10	11,2
	2	2	2,2
<b>Género do bebé</b>	Masculino	42	47,2
	Feminino	46	51,7
	Desconhecido	0	

  

		N	Média	DP
<b>Tempo de gravidez (em semanas)</b>		89	30,226	5,8915

**Tabela 4- Resultados para antecedentes familiares ligados ao álcool.**

	N	%
<b>Sim</b>	4	4,3
<b>Não</b>	84	89,4

## 2.2 Instrumentos

Para a identificação do consumo de álcool têm sido utilizados diversos instrumentos (anexo I). No presente trabalho será utilizado o *Alcohol Use Disorder Identification Test – AUDIT* (Babor et al.,2001) (anexo II) em que pretende estudar os vários tipos de *consumo*. É um instrumento que pode ser aplicado facilmente, com objectivo de identificar bebedores com um consumo de baixo risco, nocivo, de risco ou dependentes de álcool. Foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, tendo como objectivo ser um método simples e de fácil aplicação para o consumo de álcool excessivo, baseando-se numa intervenção breve e eficaz (Babor & Biddle & Saunders & Monteiro, 2001). Uma das principais vantagens deste instrumento é a sua utilização acontecer em diversos países (e.g. Espanha e França, Babor & Biddle & Saunders & Monteiro) permitindo comparações entre resultados com outros instrumentos que indicaram boas provas da sua aplicação. É ainda um instrumento fácil de preencher, rápido, de fácil cotação e permite respostas mais precisas quando comparado com outros instrumentos.

Este instrumento é composto por dez questões: três relacionadas com o uso de álcool, quatro sobre dependência e três sobre problemas decorrentes de consumo. O seu preenchimento dura aproximadamente dois a cinco minutos, e a pontuação vai do 0 a 40. A pontuação igual ou superior a 8, indica a necessidade de um diagnóstico mais específico (Babor et al.,2001). O sujeito deve responder a cada item, utilizando uma escala de 5 pontos (1-“Nunca”, 2-“ 1 vez por mês ou menos”, 3- “2 a 4 vezes por mês”, 4- “2 a 3 vezes por semana”, 5- “4 ou mais por semana”).

No manual do AUDIT, está presente uma tabela que explica os níveis de risco do consumo de álcool e a intervenção que passo a explicitar seguidamente.

**Tabela 5-** Níveis de risco do consumo de álcool.

<b>Nível de Risco</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Pontuação do AUDIT</b>
Nível I- Bebedores abstinentes e de Baixo risco	Educação sobre o Álcool	<b>0 – 7</b>
Nível II- Bebedores de risco	Aconselhamento Simples	<b>8 – 15</b>
Nível III- Bebedores com consumo nocivo	Aconselhamento Simples + Intervenção Breve + Monitorização Contínua	<b>16 – 19</b>
Nível IV- Bebedores Dependentes	Encaminhamento para Especialista (Aval. Diagnóstica e Tratamento)	<b>20 – 40</b>

Tendo em conta as indicações da OMS para as grávidas não beberem durante a gravidez, os resultados do nível I que sejam maiores que zero (uma vez que neste nível a pontuação encontra-se entre 0-7) deverão ser vistos como de risco para o desenvolvimento pré e pós natal (OMS,2006).

Como queremos explorar as atitudes das grávidas face à gravidez e à maternidade outro instrumento utilizado neste estudo é a EAGM, (Escala de Atitudes de Gravidez e Maternidade) (Xavier & Paúl,1996) (anexo III). A partir de um projecto sobre a gravidez e o desenvolvimento dos primeiros tempos de vida de um grupo de crianças, sentiu-se que os instrumentos semelhantes a esta escala eram inexistentes. Deste modo, sentiu-se a necessidade de construção de uma escala aferida para a população portuguesa (Xavier & Paúl, 1996). A Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade é constituída por 42 itens – respondidos através de uma escala de tipo Likert de 4 pontos (1-“Sempre”, 2-“Muitas vezes”, 3-“Poucas Vezes” e 4-“Nunca”) – que se organizam em 7 dimensões ou sub-escalas: sub-escala “O Filho Imaginado”, sub-escala “Boa Mãe”, Sub-escala “Gravidez como Factor de Mudança/Crescimento Pessoal, sub-escala “Aspectos Dífceis da Gravidez/Maternidade”, sub-escala “Relação com a Própria Mãe”, sub-escala “Apoio do

Marido/Companheiro” e sub-escala “Imagem Corporal e Necessidade de Dependência”. Convém ainda mencionar que a população alvo desta escala destina-se a mulheres grávidas (Xavier & Paúl, 1996).

A administração de ambas as provas foi pois individual e sem tempo limite.

### 2.3 Procedimentos

As utentes foram contactadas nos cursos de preparação pós parto que pertencem à ULS de Matosinhos que são constituídos por aulas teóricas e práticas, sendo os questionários entregues nas aulas teóricas. Estão integrados na ULS de Matosinhos, o Centro de Saúde de Matosinhos, o Centro de Saúde de S.Mamede de Infesta, o Centro de Saúde da Senhora da Hora e por último o Centro de Saúde de Leça da Palmeira. Na presente investigação apenas fazem parte três centros de saúde, sendo o Centro de Saúde de Matosinhos, Senhora da Hora e Leça da Palmeira, onde foi efectuada a recolha de dados. Todas as Mulheres grávidas do concelho de Matosinhos que durante a gravidez têm contacto com algum dos centros de saúde e/ou o hospital são posteriormente contactadas para a realização de um curso de preparação para o parto. Estes centros realizam pois os Cursos de Preparação para o Parto das grávidas do concelho e/ou que vão fazer o parto no concelho.

Tendo sido previamente obtida autorização da direcção da ULS (Unidade Local de Saúde) de Matosinhos/Comissão de Ética (no âmbito do projecto de investigação mais alargado em que este estudo se insere), este projecto foi iniciado com reuniões (com a investigadora responsável do projecto alargado e a investigadora deste estudo) em cada um dos Centros de Saúde em que decorreram as recolhas de dados com o objectivo de se combinarem as datas em que se contactariam os grupos de grávidas. Em cada uma das datas previstas, foi realizado um contacto presencial com os grupos, apresentando-se brevemente o estudo e solicitando a participação. Posteriormente foram entregues os instrumentos juntamente com o formulário de Consentimento Informado (Anexo IV).

A administração foi individual e sem tempo limite. O tempo total de administração foi de aproximadamente 15 a 20 minutos. A recolha de dados foi efectuada pela investigadora deste estudo, embora em algumas situações as enfermeiras ficassem encarregues de entregar os questionários pessoalmente. Aquando da aplicação dos questionários no grupo de mulheres grávidas, foi expressamente mencionado que as respostas às questões dos

instrumentos- destacando uma atenção particular para o AUDIT (uma vez que surgiam dúvidas sempre que se aplicava instrumentos a um grupo novo, se este instrumento dizia respeito ao momento antes ou depois da gravidez) - diziam respeito ao momento actual.

Em relação ao tratamento de dados, a análise efectuada é a análise quantitativa. Esta análise, assenta no positivismo lógico e refere-se ao conjunto de métodos quantitativos utilizados na análise e descrição de um fenómeno. É uma análise objectiva, apresentando rigor e controlo sobre os fenómenos. A análise abrange a estatística descritiva, que inclui medidas de tendência central (frequência, média, desvio padrão). Será também utilizada a estatística correlacional.

Para a comparação entre os dados obtidos com a EAGM com a amostra do estudo e a população de grávidas em geral, recorreu-se ao cálculo dos valores de  $z$ , nas diferentes subescalas (Filho Imaginado, Gravidez como factor de mudança/pessoal, Aspectos difíceis da gravidez/maternidade, Relação com a própria mãe, Apoio do marido/companheiro e Imagem corporal e necessidade de dependência), utilizando-se a seguinte fórmula (Clark-Carter, 1997):

$$z = \frac{\text{Média da amostra} - \text{Média da população}}{\left[ \frac{\text{Desvio padrão da população}}{\sqrt{\text{Tamanho da amostra}}} \right]}$$

Depois de calculados os valores de  $z$ , estes valores são analisados na tabela de probabilidades de  $z$  (Clark-Carter, 1997), obtendo-se os valores de *p-value* que mostraram a existência ou não de diferenças significativas entre os grupos.

### 3. Apresentação de resultados e discussão

#### 3.1 Resultados

Seguidamente serão apresentados os resultados relativos aos valores obtidos para os tipos de consumo de álcool, tendo como base o instrumento- AUDIT. Na tabela 6 estão descritos os resultados relativos à primeira questão do instrumento (item 1) - “Quantas vezes bebe uma bebida alcoólica?”. O questionário encontra-se em (anexo II).

**Tabela 6- Resultados tipos de consumo de álcool (item 1)**

Quantas vezes bebe uma bebida alcoólica?	N	%
<b>Nunca</b>	65	69,1
<b>Uma vez por mês ou menos</b>	19	20,2
<b>Duas a quatro vezes por mês</b>	4	4,3
<b>Total</b>	88	93,6

A tabela seguinte apresenta os resultados obtidos na cotação total do AUDIT.

**Tabela 7- Pontuação Total- AUDIT**

Pontuação	N	%
<b>0</b>	71	75,5
<b>1</b>	15	16
<b>2</b>	3	3,2
<b>Total</b>	89	94,7

Seguidamente serão apresentados os resultados obtidos para as sete subescalas da Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade-EAGM (Paúl, Sousa & Xavier, 2001, cedido pelos autores):

Para a subescala “O Filho Imaginado”, não se encontram diferenças significativas em termos estatísticos, comparativamente a população em geral (Tabela 8).

**Tabela 8- Resultados da subescala “O Filho Imaginado”.**

	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>População geral</b>	11,56	2,93
<b>Participantes</b>	10,07	3,03
	Z= 0,89	P= 0,18

Na subescala “Boa mãe”, não se encontram diferenças significativas em termos estatísticos, comparativamente à população em geral (Tabela 9).

**Tabela 9- Resultados da subescala “Boa Mãe”.**

	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>População geral</b>	20,09	3,87
<b>Participantes</b>	18,66	3,87
	Z= 0,73	P=0,23

Na subescala “Gravidez como Factor de Mudança/ Crescimento Pessoal”, não se encontram diferenças significativas, comparativamente à população em geral (Tabela 10).

**Tabela 10- Resultados da subescala “Gravidez como Factor de Mudança/ Crescimento Pessoal”.**

	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>População geral</b>	12,32	3,47
<b>Participantes</b>	10,07	3,43
	Z= 1,19	P= 0,11

Na subescala “Aspectos difíceis da Gravidez/ Maternidade”, não se encontram diferenças significativas entre os grupos (Tabela 11).

**Tabela 11- Resultados da subescala “Aspectos difíceis da Gravidez/ Maternidade”.**

	Média	Desvio Padrão
<b>População geral</b>	23,09	3,72
<b>Participantes</b>	21,80	4,03
	Z= 0,69	P= 0,24

Na subescala “Relação com a própria Mãe”, não se encontram diferenças significativas, comparativamente à população em geral (Tabela 12).

**Tabela 12- Resultados da subescala “Relação com a Própria Mãe”.**

	Média	Desvio Padrão
<b>População geral</b>	6,48	2,03
<b>Participantes</b>	6,44	2,43
	Z=0,03	P= 0,48

Na subescala “Apoio do Marido/Companheiro”, também não se encontram diferenças significativas, em relação à população geral (Tabela 13).

**Tabela 13- Resultados da subescala “Apoio do Marido/Companheiro”.**

	Média	Desvio Padrão
<b>População geral</b>	5,79	1,70
<b>Participantes</b>	5,79	2,08
	Z=0	P=0,50

Na subescala “ Imagem corporal e Necessidade de Dependência” os valores obtidos não são significativamente diferentes em termos estatísticos, comparativamente com a população em geral (Tabela 14).

**Tabela 14- Resultados da subescala “ Imagem corporal e Necessidade de Dependência”.**

	Média	Desvio Padrão
<b>População geral</b>	8,71	2,34
<b>Participantes</b>	8,10	1,80
	Z= 0,35	P= 0,36

Tendo em conta a não existência de variabilidade nos dados obtidos com a utilização do AUDIT, não foi possível realizar correlações entre os resultados do AUDIT e as atitudes sobre a gravidez e a maternidade avaliadas com a EAGM.

### **3.2 Discussão**

Este capítulo pretende interpretar os resultados, de acordo com os objectivos propostos. Na discussão dos resultados vão ser inicialmente abordadas algumas características sociodemográficas das participantes. Posteriormente vão ser discutidos os resultados dos instrumentos AUDIT e da subescala da EAGM, com a bibliografia existente sobre o tema.

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica, as participantes do estudo que estiveram presentes nos grupos de preparação para o parto corresponde a uma amostra de 89 sujeitos. No que concerne à variável da idade, verificou-se que as participantes situam-se numa faixa etária entre os 30 e os 31 anos (média 30,92). Sendo que a participante com menos idade corresponde aos 21 anos e a participante com mais idade corresponde aos 41 anos. É de notar que das 89 participantes, apenas 84 referiram o fator idade nos questionários. Quanto à escolaridade a maioria das participantes tem a

licenciatura (46,1%), seguidamente apresenta-se o ensino secundário como tendo o maior número de participantes (40,4%). No que diz respeito ao estado civil, verificou-se que maioritariamente as participantes se encontram casadas (65,2%). Em relação à situação profissional, a maioria das participantes encontra-se actualmente empregada (67,4%), havendo assim uma taxa de desemprego de 31,5% no grupo de participantes deste estudo (superior à taxa de desemprego nacional que é de 15,7% da população activa) (eurostat, 2012).

No que diz respeito às semanas de gravidez, averiguou-se que no momento de participação do estudo, as gravidezes encontram-se predominantemente numa média de 30,226 semanas, sendo que a maioria se situa nas 33 e 34 semanas. Quanto ao género do bebé, verificou-se que maioritariamente é do sexo feminino (51,7%), sendo que 47,2% do sexo masculino. Na variável número de filhos, a maioria das participantes não têm filhos (86,5%) sendo esta gravidez a primeira. As mulheres que já têm um filho corresponde a 11,2% e as participantes que já têm dois filhos corresponde a (2,2%). No que diz respeito aos antecedentes familiares ligados ao álcool, 4,3% das mulheres afirmam ter familiares que tiveram problemas com o álcool, sendo que 89,4% referiram não ter ou desconhecer.

Quanto ao primeiro objectivo, conhecer os consumos de álcool, verificou-se nos resultados do AUDIT que das 89 participantes do estudo que responderam ao item 1- “Quantas vezes bebe uma bebida alcoólica?” 69,1% referem que nunca consumiram uma bebida alcoólica desde que tomaram conhecimento da gravidez (uma vez que foi dito às pacientes aquando do preenchimento dos questionários que teriam que responder às questões tendo em conta o período de tempo da gravidez) 20,2% afirmam beber uma vez por mês ou menos e 4,3 % das participantes afirma beber duas a quatro vezes por mês.

No que diz respeito ao resultado total da pontuação do AUDIT 75,5 % das participantes obtiveram uma pontuação de 0; 16% obtiveram um ponto e 3,2% apresentaram uma pontuação de 2 valores. De acordo com estes resultados, podemos concluir que a pontuação máxima obtida na aplicação deste instrumento é de 2 pontos, isto significa que segundo o manual do AUDIT a maioria das participantes encontra-se no nível I que refere-se a consumidores de baixo risco ou bebedores abstinentes da população em geral. É de ter em consideração que todos os níveis de risco (nível I ao nível IV) descritos no manual do AUDIT, dizem respeito à população em geral.

Apesar dos resultados se mostrarem positivos, uma vez que a maioria das participantes afirma não ter consumido álcool desde que tomaram conhecimento da gravidez (69,1%), ainda existe uma percentagem considerável que o faz, sendo que 20,2% consumiram uma vez por mês ou menos e 4,3% consumiram 2 a 4 vezes por mês. Isto

significa que esta percentagem de participantes (24,5%) que consumiram durante a gravidez se apresenta como uma percentagem de risco. Tendo em consideração, as recomendações específicas da Organização Mundial de Saúde (OMS) que recomenda uma “tolerância 0” para os consumos, (na medida em que não se sabe se há limites seguros para o consumo de álcool) e aconselha e encoraja que a abstinência do álcool durante a gravidez seja cumprida (OMS, 2006), estes resultados podem ser vistos como negativos. Indo de encontro à mesma ideia, o plano nacional de saúde também não deixa de advertir que qualquer consumo de álcool durante a gravidez é um consumo de risco (Plano nacional de saúde 2009/2012). De referir ainda que para a UE, esta temática é considerada uma área prioritária (Eurocare, 2011).

Ponderando que a amostra do estudo é limitada, os resultados apresentados não deixam de ser preocupantes, uma vez que continuam a existir consumos, o que indica que as grávidas não estão a cumprir as normas da OMS, do plano nacional de saúde nem das advertências da UE. Podemos desta forma reflectir que muitas destas mulheres podem desconhecer as consequências que o consumo de álcool pode provocar no feto ou algumas podem até conhecer estes efeitos e ignorar esta situação.

Também se desconhece se algum estágio particular da gravidez é mais vulnerável aos efeitos do álcool. A partir da bibliografia presente no enquadramento teórico é possível constatar que a opinião dos diferentes autores acerca do consumo de álcool durante a gestação é convergente, alguns autores sugerem que o consumo de álcool pode afectar a criança, mesmo que a mãe consuma moderadamente ou mesmo pequenas quantidades de álcool nesta etapa desenvolvimental (e.g. Creasy et al., 2009; Gunzerath L, et al, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde, cerca de 44 a 89% das grávidas consomem álcool durante a gravidez e 5-10% apresentam hábitos pesados de consumo (*Ministério da Saúde, 2007*). Outros dados indicam que a Europa apresenta as taxas mais elevadas, de aproximadamente 25-54%, principalmente no Reino Unido (*Anderson et al., & Bolling et al., 2009*). Os resultados obtidos, são inferiores aos valores que acabamos de referir, contudo é necessário ter em atenção a amostra desta população (N=89). Em alguns países da Europa os resultados mostram-se mais alarmantes: segundo um estudo realizado em Dublin, 2006 revelou que 63% das mulheres beberam durante a gravidez; outro estudo em Barcelona apresentou um consumo de 35% e na Holanda revelou um consumo de 50%. Comparativamente, os resultados por nós obtidos são mais baixos.

Quanto aos resultados de Portugal apresentados pelo Ministério da Saúde (2007) e os obtidos no presente estudo, não é possível analisar mais detalhadamente os valores

tendo em conta que não existem disponíveis quaisquer elementos sobre os instrumentos e procedimentos que se utilizaram para se chegar aos valores de consumos nacionais.

O fato de nesta investigação se terem utilizado instrumentos de auto-relato, também poderá ter contribuído de alguma forma para estes resultados. Neste estudo, verifiquei aquando da administração dos questionários nos cursos de preparação para o parto, em que foram colocadas dúvidas relativamente a alguns itens do questionário (AUDIT) por parte das participantes, mais precisamente no que diz respeito ao primeiro item: "Quantas vezes bebe uma bebida alcoólica?": - algumas vezes as participantes não tinham compreendido se era antes da gravidez ou actualmente. Assim que foi novamente explicado que as questões do AUDIT seriam para ser respondidas quanto à gravidez, era por vezes notório no comportamento não-verbal (expressão facial) algumas indicações que levariam a pensar que já tinha havido consumos nesta fase. Algumas destas mulheres mostraram-se envergonhadas e constrangidas, em assinalar no instrumento AUDIT que consumiam ou consumiram durante a gravidez, algumas destas mesmas participantes referiram-me que consumiam esporadicamente (no momento em que estavam a colocar dúvidas) contudo quando preencheram o formulário assinalaram que não consumiam álcool. Podemos dizer que este instrumento de autopreenchimento, se apresentou como um obstáculo para esta investigação, uma vez que o consumo de álcool durante a gravidez poderá estar associado a um estigma mental por parte da sociedade, e estas mulheres poderão sentir-se constrangidas relativamente a este consumo, poderão influenciar os resultados.

O Plano de Acção Europeu tem vindo a implementar medidas para a redução do consumo prejudicial do álcool, este plano está em discussão desde 2012 e prevê-se que continue até 2020. Uma das principais consequências que surge do consumo álcool durante a gravidez é a FAS/FASD. A OMS tem vindo a demonstrar preocupação acerca desta temática, sendo actualmente uma área prioritária no combate ao consumo de álcool durante a gravidez. Contudo os dados acerca da prevalência da FAS são incertos, estando apenas disponíveis em 21 países (OMS, 2011). Contudo, a prevenção, identificação e intervenção para indivíduos com FAS tem que ser aprovada.

Neste sentido, torna-se fundamental pensarmos em conjunto no que deve ser feito para mudar a situação e o papel que a sociedade deve ter relativamente a esta questão. Isto leva-nos também a reflectir que nesta população é necessário intervir na "educação sobre o álcool". A prevenção surge como um papel central em alertar para as consequências do consumo de álcool durante a gravidez. Seria então necessário passar uma mensagem à população; a informação deveria, na nossa opinião ser feita pelos profissionais de saúde, pelo governo e pela comunicação social. Deste modo, seria fundamental que o governo

começasse a apresentar um papel mais activo, implementando medidas para restringir o consumo de álcool na gravidez, assim como já acontece noutros países (PNRPLA, 2009-2012).

Depois de examinar o primeiro objectivo do estudo, segue-se a discussão do segundo objectivo (explorar as atitudes sobre a gravidez e a maternidade). Após a análise dos resultados da escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade (Paúl, Sousa & Xavier, 2001) não se encontraram diferenças significativas em nenhuma das subescalas: - “Filho Imaginado”, “Boa Mãe”; “Gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal”; “Aspectos difíceis da gravidez/ Maternidade”; “Relação com a própria mãe”; “Apoio do marido/companheiro”, “Imagem corporal e necessidade de dependência”.

Na subescala o “Filho imaginado”, não se encontraram diferenças significativas entre o grupo de participantes e os valores da população em geral. Esta subescala avalia as expectativas da mulher grávida face ao futuro bebé (Paúl, Sousa & Xavier, 2001). Podemos dizer que esta fase acompanha o início de todo o processo que é a vinculação (Brazelton & Cramer, 1989). É neste período (gravidez) que o presente e imaginário se interligam (Pimentel, Teles & Xavier, 2004) em que as fantasias relativas ao feto começam a ser intensificadas, como por exemplo começando a imaginar as características do bebé (temperamento, aspecto físico) (Brazelton & Cramer, 1993; Ferrari, Lopes & Piccini, 2007).

Na subescala “Boa mãe” também não se encontraram diferenças significativas. A futura mãe idealiza-se como uma educadora perfeita, capaz de ultrapassar as dificuldades, considerando-se pronta para criar o filho. Mesmo através da nossa cultura e religião, é incutido a imagem de uma mãe que nos protege, cuida de nós e que está sempre pronta a nos fazer feliz (Paúl, Sousa & Xavier, 2001). É natural que durante os nove meses de gravidez, a mulher idealize o seu bebé assim como a forma como cuidará dele.

Também na subescala “Aspectos difíceis da gravidez e maternidade”, não se encontraram diferenças significativas entre os grupos. Esta subescala avalia a forma como a mãe encara os aspectos considerados mais difíceis no processo da gravidez.

Na subescala gravidez como factor de mudança/ crescimento pessoal, não se encontraram diferenças significativas entre os grupos. Esta subescala pretenderá explorar as vivências psicológicas da mulher na gravidez e alterações que daí recorrem. Para muitas mulheres é um processo fácil, contudo para outras já se revela mais difícil, mas mesmo assim vai implicar uma mudança na vida de cada mulher. Deste modo, a gravidez pode ser compreendida como um momento de “crise”, em que ocorrem importantes transformações (Bibring et al, 1961; Erikson, 1959; Lee, 1995; Lis & Zenaro, 1997).

Na subescala Apoio do marido/companheiro, os valores obtidos no nosso estudo também não apresentam valores significativos quando comparados com a população geral. Os itens desta subescala, estão relacionados com a forma como a mulher vive os sentimentos de dependência e abandono. Segundo Colman e Colan (1994) a gravidez constitui-se como uma etapa importante para o relacionamento de um casal. É com alguma frequência que nesta fase, as questões de dependência se tornam reais. Sendo também comuns os sentimentos de abandono e as preocupações face a algumas situações.

Na subescala “Relação com a própria mãe”, também não se encontraram diferenças significativas entre o grupo de participantes e os valores da população em geral. Esta subescala, procura analisar a forma como a grávida está a viver esta relação. É natural que nesta fase a futura mãe olhe para outros pais e faça termos de comparação, observando como estes são enquanto educadores. É mais habitual, reavaliarem o tipo de relacionamento que tiveram com os seus pais, mais nomeadamente com a mãe, decidindo ter um comportamento semelhante ou diferente desta. Esta avaliação pode interferir na vivência da própria gravidez (Paúl, Sousa & Xavier, 2001).

Os dados obtidos apontam pois para o fato da nossa amostra não apresentar diferenças quanto às atitudes sobre a da gravidez e a maternidade quando comparamos com a população em geral. Se tivermos em conta os valores obtidos com o AUDIT, então estamos face a um grupo de mulheres que se não estivessem grávidas apresentavam um tipo de consumo não problemático. Como estão grávidas, o consumo é problemático tendo em conta os possíveis efeitos no desenvolvimento do feto e da criança após o nascimento, mas provavelmente não terá as características que poderiam ser associadas a diferenças quanto à vivência psicológica da gravidez, face à população em geral.

É de reflectir, com base nestes resultados, a necessidade de mais investigação acerca desta problemática, uma vez que os dados que dispomos são muito limitados para nos permitirem tirar conclusões específicas do consumo de álcool durante a gravidez. Por outro lado, termos mais informação sobre esta área permite-nos não só obter mais conhecimentos acerca dos consumos, abrindo caminho para o estudo das consequências e efeitos do consumo de álcool na gravidez e sustentando formas de assim como poder intervir mais eficazmente.

Quanto ao terceiro objectivo desta investigação que seria - explorar as correlações entre tipos de consumo e atitudes sobre a gravidez e a maternidade, os resultados obtidos (resultados uniformes no AUDIT/ não variabilidade) não nos permitem recorrer à estatística correlacional e desta forma estudar correlações entre os valores dos dois instrumentos.

### 3.2 Conclusões

Com este trabalho procurou-se conhecer o consumo de álcool e as atitudes sobre a gravidez e a maternidade nas grávidas utentes na Unidade Local de Saúde de Matosinhos que frequentaram os cursos de preparação para o parto. Os estudos comprovam que o consumo de álcool na gravidez, pode provocar abortos espontâneos e uma série de consequências para o feto, incluindo malformações ao nível físico; crescimento pré e pós-natal retardado; danos no sistema nervoso central e anomalias ao nível neurológico (Windham, Behren, Fenster, Schaefer & Swan, 1997). Nos casos mais complexos associados a esta problemática, o feto que está exposto ao álcool, poderá desenvolver a síndrome alcoólica fetal (FAS).

Depois de uma recolha de dados e sua análise, apenas os dois primeiros objectivos foram alcançados, na medida em que ficamos a conhecer os consumos de álcool das mulheres grávidas que participaram nos cursos de preparação para o parto, assim como as atitudes sobre a gravidez e a maternidade. Contudo, o terceiro objectivo proposto para este trabalho – explorar as correlações entre tipos de consumos e atitudes sobre a gravidez e a maternidade, não foi alcançado. Neste sentido, os resultados obtidos (resultados uniformes no AUDIT/ não variabilidade) não nos permitem recorrer à estatística correlacional e desta forma estudar correlações entre os valores dos dois instrumentos.

Os resultados evidenciados no presente estudo, demonstram que apesar das informações acerca dos efeitos do consumo de álcool na gravidez, tanto para a mãe como para o bebé se mostrarem prejudiciais, mesmo assim continuam a existir consumos. A percentagem de participantes (24,5%) que consumiram nesta etapa desenvolvimental, não deixa de se preocupante, assumindo-se assim como uma percentagem de risco. Outros estudos realizados na Europa também vêm comprovar este fato, apontando, por exemplo, que 25% das mulheres em Espanha consomem álcool nesta etapa desenvolvimental; 35-50% na Holanda e os dados mais elevados apresentam-se entre o Reino Unido e Irlanda, apontando para 79% deste consumo (Eurocare, 2011). Posto isto, sabemos que os consumos de álcool durante a gravidez existem, apesar de os dados estatísticos nem sempre demonstrarem uma precisão exata. Contudo não sabemos como as atitudes sobre a gravidez e da maternidade que podem estar associadas a este consumo. A gravidez apesar de ser fisiológica, depende também do contexto de vida destas mulheres e das situações de risco associadas nomeadamente o consumo de álcool, podendo causar intenso sofrimento psíquico com graves consequências tanto maternas como fetais (Figueiredo, 1997).

Assim sendo, será importante no futuro procurar ter acesso a uma amostra maior e, possivelmente, integrar outras estratégias de identificação de consumos/tipos de consumos (que referiremos seguidamente).

Uma das limitações encontradas no presente estudo, prende-se com o número reduzido de participantes. Tal deve-se à dificuldade de ter acesso aos participantes nos grupos de preparação pós-parto, pelo fato de os grupos ocorrerem duas vezes por semana, muitas das participantes trocavam o seu horário das aulas; outro aspecto foi também a falta de participantes em determinados dias em que estes grupos ocorriam, contribuindo de certo modo para a amostra ser reduzida. Outro factor que também possa ter influenciado, deveu-se ao fato de num dos centros de saúde, num dos grupos em funcionamento a enfermeira ter ficado encarregue de administrar os questionários (devido a uma questão de incompatibilidades de horários por parte da investigadora deste estudo e porque a enfermeira assim o entendeu), sendo que este processo não decorreu como inicialmente planeado. Outro motivo que também contribui para o número limitado de participantes, deveu-se à situação de várias participantes mencionarem que preferiam preencher os questionários em casa. Esta situação poderá ser devido a factores como: o cansaço, má disposição e também não terem vontade de preencherem o questionário no momento das aulas de preparação para o parto, optando por ler o questionário com mais calma e deste modo responder às questões em casa. Em conclusão todos estes factores, ajudaram a contribuir para o número limitado de participantes. Tais dificuldades alertaram para a necessidade de procurar novas estratégias de contacto com estes grupos, na continuação deste estudo.

Existem inúmeras investigações acerca dos efeitos do consumo de álcool durante a gestação. Dados obtidos pela OMS (2006) referem que anualmente, 12.000 bebés no mundo nascem com a síndrome alcoólica fetal (FAS). Outros estudos demonstram que a criança poderá apresentar uma diversidade de problemas físicos, cognitivos e comportamentais, decorrentes deste consumo. Estas consequências podem assim repercutir-se futuramente na criança, podendo estas estar mais predispostas para o risco de desenvolvimento de perturbações mentais, fracasso escolar e delinquência (Streissguth e tal.,2004). Contudo estudos que ilustrem as atitudes da gravidez e da maternidade em grávidas que consomem álcool, ou as vivências deste consumo são muito escassos. Neste sentido, mostrou-se como uma grande lacuna tanto para o enquadramento desta temática como também para a discussão dos resultados deste estudo.

Como desenvolvimentos futuros, penso que seria importante recorrer a outro tipo de abordagens ou métodos complementares do que foi utilizado nesta investigação. Desta forma passaria a sugerir uma das abordagens que poderá vir a ser implementada, contudo

esta diz respeito apenas ao consumo de álcool na gravidez, em que mais uma vez se mostra a lacuna existentes de estudos entre a vivência psicológica da gravidez e o consumo de álcool.

Muitos dos trabalhos internacionais utilizam instrumentos semelhantes ou até mesmo o AUDIT, outros recorreram ainda a outras abordagens de identificação, como por exemplo o instrumento Drinking Patterns Questionnaire (DPQ) (Zitter & McCrady, 1979). Penso que neste estudo também poderia ter sido interessante utilizar o instrumento T-ACE, podendo ser útil, numa forma complementar de informação. Sugerimos que trabalhos no futuro deverão utilizar diferentes estratégias de recolha de informação.

Segundo alguns autores (Fischer, Bitschnau, Peternell, Eder & Topiz, 1999) afim de conhecer mais acerca do consumo de álcool durante a gravidez, para além dos métodos utilizados com mais frequência (e.g. C.A.GE), deveriam também ser utilizados exames de rastreio às amostras de urina, no sentido de verificar se existe ou não a ocorrência de abuso de substâncias durante a gravidez. Este controlo seria rigoroso e os exames deveriam ser frequentes. Este tipo de acompanhamento assim como outros cuidados de saúde necessários, seriam fundamentais tanto para o bem-estar da mãe como para o bebé.

A exposição pré-natal ao álcool pode afectar os indivíduos através das gerações. Seria neste sentido fundamental, implementar medidas de prevenção, como por exemplo avisos para a saúde, cartazes; etiquetas de advertência e divulgação através dos Mídia. Outro tipo de intervenção para a exposição ao álcool na gravidez, consiste em informar as mulheres relativamente ao uso de contracepção e reduzir o consumo de risco, o que vai prevenir a gravidez não planeada, contribuindo deste modo para uma diminuição da exposição ao álcool e da exposição fetal ao álcool ocorrer (FAS) (Manwell, Fleming, Mundt, Stauffacher, & Barry, (2000). Segundo alguns autores existem poucas intervenções para reduzir a exposição ao álcool durante a gravidez na população (Manwell et al., 2000). A intervenção educacional é outra estratégia posta em prática para a redução do consumo de álcool. Através de um estudo verificou-se que as mulheres que frequentavam esta intervenção, reduziram significativamente o consumo de álcool por semana, este reduziu cerca de 20% (Manwell et al., 2000).

A World Drink Trends (2005) sugere duas medidas ao combate no consumo de álcool durante a gravidez. Estas consistiam em colocar avisos nas bebidas alcoólicas (o que já se encontra implementado em alguns países europeus, como foi mencionado neste estudo) alertando para as consequências no consumo de álcool na gravidez ou para as mulheres que pretendiam engravidar. Estas ideias deram origem a uma grande controvérsia,

primeiro por se considerar as medidas exageradas e conseqüentemente por não haver evidências conclusivas da quantidade de álcool que pode ser prejudicial para o feto.

Pode-se ter um papel importante acerca do consumo de álcool durante a gravidez, agindo de forma preventiva nas mulheres em idade fértil. A prevenção é mais eficaz quando se relaciona com o conhecimento dos prestadores de serviços, crenças e atitudes acerca de problemas específicos de saúde (Green, Eriksen, & Schor, 1988). Contudo há poucos estudos que examinem o conhecimento, crenças e atitudes dos psicólogos acerca da FAS e de outras conseqüências do consumo de álcool durante a gravidez.

## Referências Bibliográficas:

- Ayers, S., Pickering, A.D. (2005), Women's expectations and experience of birth. *Psychology & Health*, 20, 79-92
- Anderson, P. (1995). Alcohol and risk of physical harm. In: Holder HD, Edwards G, eds. *Alcohol and public policy: evidence and issues*. Oxford: Oxford University Press, 1995:82–113.
- Anderson, P. & Baumberg (2006) *ALCOHOL IN EUROPE A PUBLIC HEALTH PERSPECTIVE* . A report for the European Commission. Disponível em : [http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu\\_content\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_content_en.pdf)
- Babor, F. T., Biddle, J.H., Saunders, J.B & Monteiro, M.G. *Alcohol Use Disorder Identification Test – AUDIT* (Babor et al.,2001)
- Balsa, C., Vital, C., Urbano, C. & Pascueiro, L. (2008). Inquérito nacional ao consumo de Substâncias psicoactivas na população geral - Portugal – 2007. Lisboa: IDT
- Brazelton, T.B. & Cramer, B.G. (1993). *A relação mais precoce*. Lisboa: Terramar.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Caccia, N., Johnson ,J., Robinson G.E & Barna T (1991). Impact of prenatal testing on maternal–fetal bonding: chorionic villus sampling versus amniocentesis. *Am J Obstet Gynecol* 1991;1122–5.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.

- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. (2008). Disponível em: <http://wonder.cdc.gov/cmfigd10.html>. Accessed March 12, 2009. Cit in, Journal of addictive diseases.
- Colantoni, A., Idilmaa, R., D.E Maria, N., et al. (2003) Hepatic apoptosis and proliferation in male and female rats fed alcohol: Role of cytokines. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 27: 1184–1189.
- Colman, L.L., & Colman, A.D. (1994). *Gravidez - A Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Creasy, R.K., Resnik, R., Iams, J.D. (2009). *Creasy and Resnik's maternal-fetal medicine : principles and practice*. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier.
- Ebrahim, S.H., Anderson A.k., Floyd, R.L. (1990). Alcohol consumption by reproductive-aged women in the USA: An update on assessment, burden and prevention in the 1990s. *Prenat Neonat Med* 1999;4:419-30.
- Ellison, K. (2005). *The mommy brain: How motherhood makes us smarter*. New York: Basic Books. Cit in MOTHERHOOD CONSTELLATION AND REPRESENTATIONAL CHANGE IN PREGNANCY
- Eurocare (2011). Protecting the unborn baby from alcohol, policy debate. Disponível em:  
[http://eu.ask.com/web?l=dis&q=Eurocare+%282011%29.+Protecting+the+unborn+baby+from+alcohol%2C+policy+debate.&o=APN10645A&apn\\_dtid=^BND406^YY^PT&shad](http://eu.ask.com/web?l=dis&q=Eurocare+%282011%29.+Protecting+the+unborn+baby+from+alcohol%2C+policy+debate.&o=APN10645A&apn_dtid=^BND406^YY^PT&shad)
- Eurostat (2012) [http://www.tsf.pt/PaginaInicial/Economia/Interior.aspx?content\\_id=2744665](http://www.tsf.pt/PaginaInicial/Economia/Interior.aspx?content_id=2744665)
- Figueiredo, B. (1997). *Depressão pós-parto, interação mãe-bebé e desenvolvimento infantil*. Dissertação de doutoramento em Psicologia Clínica apresentada à Universidade do Minho
- Figueiredo, B. (2000). *Psicopatologia do desenvolvimento da maternidade*. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)Adaptativas ao longo da Vida* (pp. 347- 380). Coimbra: Quarteto Editora;

- Fleming, M.F., Lund, M.R., Wilton, G., Landry, M & Scheets D. The Healthy Moms Study: the efficacy of brief alcohol intervention in postpartum women. *Alcohol Clin Exp Res* 2008; 32:1600–6. Cit in *Journal of Addictive Diseases*.
  
- Floyd, R. L., Ebrahim, S. H., Boyle, C. A., & Gould, D. W. (1999b). Observations from the CDC. Preventing alcohol-exposed pregnancies among women of childbearing age: The necessity of a pre conceptional approach. *Journal of Women's Health & Gender- Based Medicine*, 8(6), 733–736. doi:10.1089/152460999319048.(99)70139-0.
  
- Floyd, R. L., Ebrahim, S. H., Boyle, C. A., & Gould, D. W. (1999b). Observations from the CDC. Preventing alcohol-exposed pregnancies among women of childbearing age: The necessity of a pre conceptional approach. *Journal of Women's Health & Gender- Based Medicine*, 8(6), 733–736. doi:10.1089/152460999319048.
  
- Floyd, R.L., Jack, B.W., Cefalo, R., Atrash, H., Mahoney, J., Herron, A., Husten C., Sokol, R,J(2008). The clinical content of preconception care: alcohol, tobacco, and illicit drug exposures. *Am J Obstet Gynecol*; 199:S333–9.
  
- Gellmann, & Appelbaum, M (1995). Fetal alcohol syndrome: Diagnosis, management and prevention. *Nurse Practitioner*, 20, 24–36. Cit in *Fetal Alcohol Spectrum Disorders: An Overview of Interventions for Affected Individuals*
  
- Grace, J.T.(1989). Development of maternal–fetal attachment during pregnancy. *Nurs Res*;38:228– 32.
  
- Goransson, M., Magnusson ,A., Bergman, H., Rydberg, U., Heilig, M.(2003) Fetus at risk: prevalence of alcohol consumption during pregnancy estimated with a simple screening method in Swedish antenatal clinics.
  
- Hankin, J.R.(1994) FAS Prevention Strategies. *Alcohol Health and Res World*;18(1):62-66. *Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis*.
  
- IDT(2012) Disponivel em: <http://www.idt.pt/PT/Paginas/HomePage.aspx>
  
- Jones, K.L., & Smith, D.W (1973). Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet* 2:999–1001.

- Kandall, S.R.(1996). Substance and shadow: women and addiction in the United States. Cambridge,MA: Harvard University Press.
  
- Kathleen, A., Costigan, L.D., Atella, & Reusing, S.P. (2006). Maternal Psychological Distress During Pregnancy in Relation to Child Development at Age Two, 77(3), 573 – 587.
  
- Keinan, G. (1998). Social support, stress, and personality: Do all women benefit from their husband's presence during childbirth? In G. R. Pierce, B. Lakey, I. G. Sarason, & B. R. Sarason (Eds.), Sourcebook of social support and personality (pp. 409–427). New York:Plenum.
  
- Keegan, J., Parva, M., Finnegan , M., Gerson, A., Bendel, M. (2007) Addiction in Pregnancy. Journal of Addictive Diseases. 29:175–191. DOI: 10.1080/10550881003684723
  
- Kerns, K.; Don, A.; Mateer, C.A.; AND Streissguth, A.P. Cognitive deficits in normal IQ and borderline IQ adults with fetal alcohol syndrome. *Journal of Learning Disabilities* 30:685–693, 1997.
  
- Kitzinger (1978). Cit in Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
  
- Kuczkowski, K. (2007) The effects of drug abuse on pregnancy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*; 19:578–85. Langer, M.(1992). *Motherhood and sexuality*. New York: Guilford Press.
  
- Leal, I. (1997). Transformações socio-culturais da gravidez e da maternidade: Correspondente transformação psicológica. In J.L. Ribeiro (Ed.), *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: I.S.P.A.
  
- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade. Fim de século*edições. Sociedade unipessoal, LDA. Lisboa;

- Lee, R.E. (1995). Women look at their experience of pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 16, 192-205.
- LESTER, B.M. (1999). *Clinics in Perinatology: Prenatal drug exposure and child outcome*. Philadelphia: WB Saunders
- Lis, A., & Zennaro, A. (1997). A semistructured Interview with parents-to-be used during pregnancy: Preliminary data. *Infant Mental Health Journal*, 18(3), 306-323.
- Ludsberg, L.S, Bracken, M.B, Saftlas A.F(1997). Low to moderate gestational alcohol use and intrauterine growth retardation, low birthweight and preterm delivery. *Ann Epidemiol*;7:498–508.
- Mercer (1999) cit in M. Canavarro (2001) . Gravidez e maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: prioridades para 2004- 2010*. Lisboa: Ministério da Saúde. Cit in Plano Nacional para a redução dos problemas ligados ao Álcool, 2010\2011.
- Ministério da Saúde (2007). Tabaco, Álcool e Drogas na gravidez. Disponível em: <http://www.mac.min-saude.pt/clinica/tabacoalcooldrogas.html>. [Consultado em 04/11/2009].
- Muller, M.E. (1993). Development of the Prenatal Attachment Inventory. *West J Nurs Res*;15:199– 215.
- OMS (2006). Framework for alcohol policy in the WHO European Region. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/79396/E88335.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/79396/E88335.pdf)
- OMS (2005). World Health Organization (2005b). *Framework for Alcohol Policy in the European Region*. Copenhagen: WHO/Regional Office for Europe.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Alcohol policy in the WHO European Region: current status and the way forward*. Copenhagen: WHO/Regional Office for Europe.

- Paul, M.C., Sousa, L., & Xavier, M.R. (2001). Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (cedido pelos autores). Universidade do Porto.
- Pines, D.(1972). Pregnancy and motherhood: Interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45, 333.343.
- Plano Nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool (2009-2012). Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/DFF7BEF4-9F5F-4470-B058-8376F8644B16/0/PlanoNacionalPLA202009II.pdf>
- Rubin, R. (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Matern Child Nurs J* 1975; 6:67– 75
- Salmon, J. (2008). Fetal alcohol spectrum disorder: New Zealand birth mothers' experiences. Cit in *Can J Clin Pharmacol* 15:e191–e213.
- Sampson, P.D., Streissguth, A. P., Bookstein, F. L., Little, R. E., Clarren, S. K., Dehaene P.(1997) Incidence of fetal alcohol syndrome and prevalence of alcohol-related neurodevelopmental disorder. *Teratology* ; **56**: 317–26.
- Soifer, R. (1971). *Psicologia del embarazo, parto y puerperio [Psychology of pregnancy, delivery, and puerperium]*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Kargieman.
- Sokol, R. J., Delaney, B.V & Nordstrom, B. (2003). Fetal alcohol spectrum disorder. *Journal of the American Medical Association*, 290(22), 2996–2999. doi:10.1001/jama.290.22.2996.
- Stern, D.N. (1995). *The motherhood constellation: A uniPed view of parent.infant psychotherapy* New York: Basic Books. MOTHERHOOD CONSTELLATION AND REPRESENTATIONAL CHANGE IN PREGNANCY
- Stratton, K., Howe, C., Battaglia, F., (1996). *Fetal alcohol syndrome:Diagnosis, epidemiology, prevention and treatment.*Washington, DC: National Academy Press. 1996. Cit in *Changes in the Prevalence of Alcohol Use during Pregnancy among*

Recent and At-Risk Drinkers in the NLSY Cohort. JANET KAY BOBO, Ph.D., DANIEL H. KLEPINGER, Ph.D., and FREDERICK B. DONG, M.B.A

- Streissguth, A.P.; AASE, J.M.; Clarren, S.K.; et al. (1991). Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 265:1961–1967.
- Streissguth, A.P., Bookstein, F.L., Barr, H.M., et al. (2004). Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol. Cit in INTERVENTION FOR INDIVIDUALS WITH FETAL ALCOHOL SPECTRUM DISORDERS: TREATMENT APPROACHES AND CASE MANAGEMENT.
- Tunys, A.J., & Péquignot, G. (1984). Greater risk of ascitic cirrhosis in females in relation to alcohol consumption. *International Journal of Epidemiology* 13:53–57, 1984
- World Drink Trends (2005). Cit in Plano Nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool (2009-2012). Disponível em: <http://www.min.saude.pt/NR/rdonlyres/DF7BEF4-9F5F-4470-B058-8376F8644B16/0/PlanoNacionalPLA202009II.pdf>
- *World Drink Trends*. (2005). World Advertising Research Center.
- Yoon, Y.H., Yi, H., Grant, B..F, et al.(2001). Surveillance Report #57: liver cirrhosis mortality in the United States,98.Washington, DC: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2001. Cit in, *Journal of addictive diseases*.
- Xavier, M.R. & Paúl, M.C. (1996). Construção e validação de uma escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade. L.S. Almeida, S. Araújo, C. Machado & M.R. Simões (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, vol. IV. Braga: APPORT, Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Xavier, M.R. (2000). *Estatuto de risco das crianças expostas a substâncias ilícitas durante a gestação – as crianças que não podem dizer não*. Tese de 16 Doutoramento apresentada ao instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

## Anexos

Anexo I- Na Tabela 1 estão presentes a descrição dos instrumentos de identificação do consumo de álcool.

Instrumentos	Características
<p data-bbox="225 566 772 600">Timeline Followback Interview (<b>TLFB</b>)</p> <p data-bbox="225 645 794 734">Maisto, Sobell, Cooper &amp; Saunders, 1980</p>	<ul data-bbox="871 566 1390 1317" style="list-style-type: none"><li>✓ Usa-se um calendário, onde os sujeitos usam estimativas da ingestão diária durante um determinado período de tempo.</li><li>✓ Este instrumento tem demonstrado boas características psicométricas na variedade de grupos de consumidores.</li><li>✓ Permite fornecer feedback aos clientes acerca deles próprios, tem sido sugerido como uma estratégia para motivar os indivíduos para a mudança.</li></ul>
<p data-bbox="225 1379 727 1491">Composite International Diagnostic Interview-substance abuse module (<b>CIDI</b>)</p> <p data-bbox="225 1581 596 1615">SAM &amp; Robins et al., 1988</p>	<ul data-bbox="871 1379 1390 2007" style="list-style-type: none"><li>✓ Avalia as perturbações mentais de acordo com as definições e critérios da CID-10 e DSM-IV</li><li>✓ Além de ser utilizado para fins clínicos, utiliza-se também para estudos epidemiológicos.</li><li>✓ Abrange as seguintes perturbações de abuso de substâncias: tabaco, álcool e nove categorias de drogas.</li><li>✓ Determina ainda se as perturbações relacionadas com</li></ul>

	o álcool, estiveram presentes no ano passado, nos últimos 6 meses, no mês passado, nas últimas 2 semanas
Alcohol Dependence Data Questionnaire ( <b>SADD</b> )  Jorge & Masur ,1985	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Constituído por 15 itens;</li> <li>✓ Avalia o grau de severidade da dependência alcoólica em leve, moderada e grave.</li> </ul> <p>Aplica-se normalmente a indivíduos que se encontram entre o grau leve e moderado.</p>
Drinking Pattenrs Questionnaire ( <b>DPQ</b> ) Zitter & McCrady, 1979	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Questionário de auto-relato;</li> <li>✓ Concebido para identificar situações de alto risco de consumo.</li> <li>✓ Contem 189 itens com 8 categorias distintas: trabalho, financeiro, psicológico, interpessoal, casal, pais, criança e emocional.</li> </ul>
<b>C.A.G.E.</b>  Ewing & Rouse 1970 1974	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Questionário breve, para detecção de alcoolismo</li> <li>✓ Constituido por 4 questões de avaliação clinica</li> <li>✓ Dirigido a adultos e adolescentes acima de 16 anos</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mais significativo em aplicação clínica do que em investigação</li> </ul>
<p>Alcohol Use Disorders Identification Test-<b>AUDIT</b></p> <p>Babor et al.,2001</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Desenvolvido pela OMS</li> <li>✓ Identifica 4 tipos de consumo: consumo de baixo risco, nocivo, de risco ou dependentes de álcool</li> <li>✓ Composto por 10 itens.</li> <li>✓ método simples e de fácil aplicação</li> </ul>
<p>Tolerance, Annoyed, Cut down, Eye-Opener (T-Ace)</p> <p>Sokol e Claren<sup>(6)</sup>, em 1989</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Instrumento desenvolvido para o contexto de ginecologia e obstetrícia</li> <li>✓ Administração rápida e fácil, tem sido comprovado a sua eficácia.</li> <li>✓ Este instrumento de triagem funciona como uma medida preventiva quando auxiliado com acompanhamento adequado.</li> </ul>

Anexo II- Alcohol Use Disorder Identification Test – AUDIT (Babor et al.,2001)

**AUDIT + CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA**

Sexo  Masc.  Fem. ▶▶ Idade \_\_\_\_\_ ▶▶ Est. Civil \_\_\_\_\_ ▶▶ Peso \_\_\_\_\_ Kgs. ▶▶ Alt. \_\_\_\_\_ Mts. ▶▶ T. A. \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Habilitações Literárias  S/. Escolariz.  < 4.º Ano  5.º - 9.º  10.º - 12.º Ano  Ens. Superior

Profissão  S/. prof.  Quad. Sup. Adm. Públ; Dir. Empres.  Espec. prof. Intelect. e cient.  Tec. e Prof. Nível intermédio  Pers. Administ. e similar  Serviç. e vendedores  Agricult. qualif. e Pescas  Operário especializ. e Artífices  Trab. não qualif.

Idade de Início \_\_\_\_\_ Consumo \_\_\_\_\_ ▶▶ Consumo Excessivo \_\_\_\_\_

Consumo regular  Não  Sim  Diários  Fim-de-semana  Ocasional

Só p/. ♀ Tem filhos?  Sim  Não ▶▶ Bebeu grávida  Sim  Não ▶▶ Bebeu a amamentar?  Sim  Não

Tremores matinais  Sim  Não ▶▶ Náuseas matinais  Sim  Não ▶▶ Suores nocturnos  Sim  Não

Consumo de outras substâncias  Sim  Não ▶▶ Quais \_\_\_\_\_

Problemas com o consumo Sinistralidade rodoviária  Sim  Não ▶▶ Sinistralidade laboral  Sim  Não

Problemas Judiciais  Sim  Não ▶▶ Problemas familiares  Sim  Não

Antecedentes familiares alcoolismo  Sim  Não ▶▶ Quem \_\_\_\_\_

<b>1</b> Quantas vezes bebe uma bebida alcoólica?	Nunca <input type="checkbox"/>	1 vez por mês ou menos <input type="checkbox"/>	2 a 4 vezes por mês <input type="checkbox"/>	2 a 3 vezes por semana <input type="checkbox"/>	4 ou mais por semana <input type="checkbox"/>
<b>2</b> Num dia normal, quantos copos de uma bebida alcoólica bebe habitualmente?	1 ou 2 <input type="checkbox"/>	3 ou 4 <input type="checkbox"/>	5 ou 6 <input type="checkbox"/>	7 ou 9 <input type="checkbox"/>	10 ou mais <input type="checkbox"/>
<b>3</b> Qual a frequência com que bebe 6 ou mais copos de uma bebida alcoólica numa única ocasião?	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de 1 vez por mês <input type="checkbox"/>	Pelo menos 1 vez por mês <input type="checkbox"/>	Uma vez por semana <input type="checkbox"/>	Todos os dias ou quase <input type="checkbox"/>
<b>4</b> Durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu ter começado a beber uma bebida alcoólica e não conseguir parar?	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de 1 vez por mês <input type="checkbox"/>	Pelo menos 1 vez por mês <input type="checkbox"/>	Uma vez por semana <input type="checkbox"/>	Todos os dias ou quase <input type="checkbox"/>
<b>5</b> Durante o último ano, quantas vezes não conseguiu fazer uma coisa a que se tinha comprometido devido às bebidas alcoólicas?	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de 1 vez por mês <input type="checkbox"/>	Pelo menos 1 vez por mês <input type="checkbox"/>	Uma vez por semana <input type="checkbox"/>	Todos os dias ou quase <input type="checkbox"/>
<b>6</b> Durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu ter necessidade de beber uma bebida alcoólica pela manhã, para se sentir bem, depois de beber muito no dia anterior?	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de 1 vez por mês <input type="checkbox"/>	Pelo menos 1 vez por mês <input type="checkbox"/>	Uma vez por semana <input type="checkbox"/>	Todos os dias ou quase <input type="checkbox"/>
<b>7</b> Durante o último ano quantas vezes lhe aconteceu sentir-se culpado ou com remorsos depois de ter bebido?	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de 1 vez por mês <input type="checkbox"/>	Pelo menos 1 vez por mês <input type="checkbox"/>	Uma vez por semana <input type="checkbox"/>	Todos os dias ou quase <input type="checkbox"/>
<b>8</b> Durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu não se conseguir lembrar do que sucedeu na noite anterior por ter bebido?	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de 1 vez por mês <input type="checkbox"/>	Pelo menos 1 vez por mês <input type="checkbox"/>	Uma vez por semana <input type="checkbox"/>	Todos os dias ou quase <input type="checkbox"/>
<b>9</b> O facto de ter bebido já foi a causa de ferimentos em si próprio ou noutras pessoas?	Nunca <input type="checkbox"/>		Sim, mas não no último ano <input type="checkbox"/>		Sim, durante o último ano <input type="checkbox"/>
<b>10</b> Alguma vez um familiar, amigo, médico ou outra pessoa ligada à saúde se preocupou com os seus hábitos de bebida ou sugeriu-lhe que reduzisse a bebida?	Nunca <input type="checkbox"/>		Sim, mas não no último ano <input type="checkbox"/>		Sim, durante o último ano <input type="checkbox"/>

AUDIT

Cotação do AUDIT \_\_\_\_\_

Processo clínico n.º \_\_\_\_\_

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

Anexo III- Escala de Atitudes de Gravidez e Maternidade EAGM (Xavier & Paúl,1996)



ESCALA DE ATITUDES SOBRE A GRAVIDEZ E A MATERNIDADE - EAGM  
Xavier, M.R.; Paul, M.C.; Sousa, L.

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

Data de nascimento do mãe:

Escolaridade:

Estado civil:

Profissão:

Actualmente empregada: Sim / Não

Tempo de gravidez (em semanas):

Sexo do bebé (quando conhecido): F / M

Número de filhos (nascidos anteriormente):

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

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

SEMPRE            MUITAS VEZES            POUCAS VEZES            NUNCA  
1                            2                            3                            4

1. Penso que vou ser uma boa mãe	1	2	3	4
2. Com a gravidez sinto-me mais responsável	1	2	3	4
3. A gravidez é um período difícil na vida de uma mulher	1	2	3	4
4. Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais apoio	1	2	3	4
5. Considero a minha própria mãe como uma verdadeira amiga	1	2	3	4
6. Imagino-me a brincar com o meu filho	1	2	3	4
7. O apoio do marido/companheiro é muito importante durante a gravidez	1	2	3	4
8. Durante a gravidez tenho-me preocupado com o meu aspecto	1	2	3	4
9. Os bebés são todos iguais no primeiro ano de vida	1	2	3	4
10. Desde que estou grávida que me sinto mais próxima do meu marido/ companheiro	1	2	3	4
11. Imagino-me a passear com o bebé ao colo	1	2	3	4
12. Desde que se preste os cuidados básicos ao bebé, como dar-lhe de comer e mantê-lo limpo, tudo correrá bem	1	2	3	4
13. A minha mãe compreendia os meus problemas e preocupações	1	2	3	4
14. Estar grávida é um enorme desgaste psicológico	1	2	3	4
15. O meu marido / companheiro tem ajudado durante a gravidez	1	2	3	4
16. A gravidez está a fazer-me mudar para melhor	1	2	3	4
17. Tenho pensado no futuro do meu bebé	1	2	3	4
18. Uma criança põe uma mulher nervosa se esta tiver que estar com ela todo o dia	1	2	3	4
19. Ter filhos altera a vida de uma mulher	1	2	3	4
20. O pai não é importante para ajudar a criar o seu filho	1	2	3	4

21. Desde que estou grávida sinto que o meu marido/companheiro compreende as minhas necessidades	1	2	3	4
22. Desde que estou grávida que vejo a vida de forma diferente	1	2	3	4
23. Uma boa mãe afasta as crianças das dificuldades da vida	1	2	3	4
24. Este bebé vai alterar a minha vida	1	2	3	4
25. O apoio do meu marido / companheiro tem sido muito importante durante a gravidez	1	2	3	4
26. Imagino-me a brincar no jardim com o meu filho, quando ele for mais crescido	1	2	3	4
27. É importante ser eu a ensinar o meu filho a usar o bacio	1	2	3	4
28. A gravidez faz-me sentir importante	1	2	3	4
29. Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais carinhos	1	2	3	4
30. Depois do bebé nascer a minha vida vai mudar	1	2	3	4
31. Imagino-me a mudar as fraldas ao meu bebé	1	2	3	4
32. As avós têm mais tempo para olhar pelas crianças	1	2	3	4
33. Estar grávida é um enorme desgaste físico	1	2	3	4
34. Preocupo-me com a capacidade do meu marido / companheiro lidar com o bebé	1	2	3	4
35. A minha mãe merece o meu respeito pela forma como me educou	1	2	3	4
36. Tenho pensado como a gravidez é uma fase muito importante na minha vida	1	2	3	4
37. A minha mãe não me ajudou tanto quanto eu necessitava	1	2	3	4
38. Tenho pensado que depois do bebé nascer a minha vida vai mudar	1	2	3	4
39. Estou preocupada com a minha capacidade para enfrentar o parto	1	2	3	4
40. Durante a gravidez tenho-me preocupado em arranjar-me e vestir roupas bonitas	1	2	3	4
41. Desde que estou grávida que me sinto uma pessoa diferente.	1	2	3	4
42. A minha mãe fazia-me mimos	1	2	3	4

## Anexo IV- Consentimento Informado



Exma(o) Sr<sup>ª</sup>/Sr<sup>o</sup>,

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

Vimos assim, por este meio, solicitar a sua disponibilidade para o preenchimento do(s) questionário(s) que se anexa(m).

Os dados deste estudo serão **mantidos confidenciais**, sendo divulgados publicamente apenas os resultados globais por grupos de indivíduos sem qualquer informação que leve à identificação dos respectivos participantes.

Poderão recusar a participação ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem qualquer prejuízo por esse facto.

A responsável pelo projecto,

Maria Raul Lobo Xavier

(Prof<sup>ª</sup> Auxiliar da FEP-UCP)

---

### **Consentimento**



Fui informado/a e percebi os objectivos e procedimentos do estudo e aceito participar no projecto, consentindo que os dados sejam apresentados de forma completamente anónima e confidencial em apresentações públicas, congressos científicos e publicações.

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

Assinatura \_\_\_\_\_

(Contactos: Prof<sup>ª</sup>. Doutora Maria Raul Lobo Xavier - Tel: 22 619 62 00/ Ext 134)