



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

ATITUDES ACERCA DO CONSUMO DE ÁLCOOL NA GRAVIDEZ: VOZES DE UMA POPULAÇÃO OCULTA

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

Kerstin Hoffmeister

Trabalho efetuado sob a orientação de

Doutora Maria Raúl Andrade Martins Lobo Xavier

Porto, Junho 2016

Para o Matias.

RESUMO

O presente estudo exploratório tem como objetivo geral explorar as atitudes (na sua vertente comportamental, cognitiva e emocional) de um grupo de mulheres grávidas acerca do consumo de baixo risco de álcool durante a gravidez.

Parece existir uma lacuna na investigação acerca do tema a nível nacional, mas existem estudos internacionais que documentam um conjunto de distúrbios associados a baixos níveis de exposição pré-natal ao álcool.

Neste estudo foram realizadas entrevistas a 13 mulheres grávidas, utentes dos cuidados de saúde primários, secundários e/ ou privados, sem problemas ligados ao álcool diagnosticados, partindo de um guião semiestruturado, procedendo-se posteriormente a uma abordagem semi-indutiva dos dados, seguindo uma metodologia mista (quantitativa e qualitativa).

Da análise do discurso das participantes emergiram como principais resultados da investigação a cessação ou redução do consumo de álcool na gravidez, o consumo pontual de álcool durante a gravidez durante acontecimentos festivos ou em contexto do grupo de amigos, o champanhe como tipo de bebida preferencial, a gravidez como principal motivo para abstinência, e o desconhecimento específico de consequências do consumo de álcool na gravidez.

De destacar ainda a total ausência de rastreio no acompanhamento privado, e o rastreio único no início do acompanhamento no contexto dos cuidados de saúde primários, apesar da existência de linhas de orientação nacional no âmbito do consumo de álcool na gravidez. As participantes concordam com as estratégias de prevenção ambiental apresentadas, embora manifestem ter dúvidas quanto à sua capacidade de alterar comportamentos.

De realçar o tema da dúvida, transversal a quase todo o discurso das participantes, e ao mesmo tempo o desafio para o desenvolvimento de estratégias de prevenção (universal, seletiva, indicada e ambiental) adaptadas às especificidades e necessidades desta população oculta.

ABSTRACT

This exploratory study aims to explore pregnant women's attitudes (in its behavioral, cognitive and emotional aspects) about low risk alcohol consume during pregnancy. More information about demographic characteristics and knowledge of, attitudes toward and use of alcohol of pregnant women is needed, although existing research has documented a spectrum of adverse health outcomes from lower levels of prenatal alcohol exposure.

The study consists of thirteen interviews with pregnant women who attend primary, secondary and/or private health care, without any diagnosed alcohol problem, based on an semi structured interview script; the data were processed according to a semi inductive perspective, following a mixed methodology (both quantitative and qualitative).

The main results were the cessation or reduction of alcohol consume during pregnancy, the occasional consume during pregnancy on festive occasions and/or social contexts, Champaign as the preferred type of beverage consumed, pregnancy as the main motive for abstinence, and the absence of specific knowledge about the consequences of alcohol consume.

We point out the total absence of screening for alcohol consume in private health care settings, and the often unique screening in public health care setting at the beginning of the antenatal care, in spite of existence of that national guidelines on this matter. Participants agree with both the environmental prevention strategies presented, although referring having doubts about their ability to change behaviors.

We highlight the theme of doubt, which is transversal to almost the whole participants' speech, and the underlying challenge for the development of effective universal, selective and indicated prevention strategies for this hidden population.

ÍNDICE GERAL

Introdução

Parte I: Enquadramento teórico

1. Gravidez
 - 1.1. Enquadramento conceptual
 - 1.2. Aspetos psicológicos
2. Problemas Ligados ao Álcool (PLA)
 - 2.1. Enquadramento conceptual
 - 2.2. Padrões de consumo de álcool
3. PLA e Gravidez
 - 3.1. Prevalência
 - 3.2. Linhas orientadoras internacionais e nacionais no âmbito do consumo de álcool na gravidez
 - 3.3. Níveis de rastreio do consumo de álcool em mulheres grávidas
 - 3.4. Consequências do consumo de álcool
 - 3.5. Atitudes acerca do consumo de álcool na gravidez
 - 3.6. Fatores associados ao consumo de álcool na gravidez e prevenção

Parte II: Estudo exploratório

1. Apresentação dos Objetivos e Questões de Investigação
2. Metodologia
 - 2.1. Participantes
 - 2.2. Instrumentos
 - 2.3. Procedimento
 - 2.3.1. Recolha de dados
 - 2.3.2. Tratamento de dados
3. Resultados
4. Análise e discussão dos resultados

Conclusão

Bibliografia

Anexos

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 – Guião Entrevista (versão inicial)

ANEXO 2 – Guião Entrevista (versão final)

ANEXO 3 – Consentimento Informado

ANEXO 4 – Sistema Geral de Categorias

ANEXO 5 – Descrição das Categorias

ANEXO 6 – Tabelas 1 a 7

ANEXO 7 – AUDIT

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização das participantes – Características sociodemográficas

TABELA 2: Caracterização das participantes – Distribuição idades

TABELA 3: Idades das entrevistadas: Comparação com dados nacionais

TABELA 4: Paridade e tipo acompanhamento gravidez

TABELA 5: Consumos antes e durante a gravidez

TABELA 6: Síntese das categorias analisadas para resposta à questão de investigação n° 4

TABELA 7: AUDIT participantes e consumo de álcool de outros significativos

Introdução

Dados epidemiológicos fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, [WHO], 2014) indicam que a percentagem de mulheres consumidoras de álcool na Europa é a segunda mais alta de todas as regiões monitorizadas. Os dados internacionais de prevalência do consumo de álcool de mulheres grávidas confirmam a sua existência (e.g., Adusi-Poku, Bonney, & Antwi, 2013; Dupraz, Graffa, Baraschea, Etterb, & Boulvain, 2013; Nykjaer et al., 2014). Em Portugal, a pesquisa bibliográfica realizada revelou que os dados existentes nesta matéria são escassos, e não existem estudos de âmbito nacional; eles confirmam a existência de consumo de álcool durante o período da gestação (Xavier, Moreira & Gordinho, enviado para publicação; SICAD, 2015).

O consumo abusivo de álcool durante a gravidez está claramente associado a anomalias no feto (e.g. Nykjaer et al., 2014; Stahre, Roeber, Kanny, Brewer, & Zhang, 2014), de entre as quais se destaca a Síndrome Alcoólica Fetal. O consumo baixo a moderado de álcool (uma a quatro bebidas padrão por semana) durante a gravidez permanece, no entanto, um fenómeno cujos dados de investigação se mantêm ainda algo contraditórios (Chiodo et al., 2012; Lundsberg, Illuzzi, Belanger, Triche, & Bracken, 2015). Como tal, um maior conhecimento sobre este tipo de consumo, dos fatores que lhe estão associados e da extensão dos seus efeitos assume a maior relevância no contexto da saúde, enquanto mecanismo subjacente à definição de orientações e implementação de medidas com vista à diminuição da ocorrência de Desordens do Espectro Alcoólico Fetal. A temática da prevenção do consumo de álcool na gravidez assume tal importância que a Organização Mundial de Saúde (OMS) tomou posição neste âmbito aconselhando a abstinência total, por se desconhecer a dose mínima segura que as mulheres grávidas poderiam consumir sem que haja consequência para o feto (WHO, 2014). Na sequência desta tomada de posição, as políticas de prevenção europeias e nacionais têm apelado ao rastreio, prevenção e tratamento de mulheres grávidas com consumos de álcool (WHO, 2012; Direção Geral de Saúde [DGS], 2014).

Para perceber o que leva as mulheres grávidas a consumirem álcool é importante conhecer eventuais fatores facilitadores do consumo de álcool na gravidez, assim como as suas atitudes ligadas a este consumo (Skagerstrøm, 2011). É com este enfoque que o presente trabalho tem como objetivo geral explorar as atitudes - na sua vertente comportamental, cognitiva e emocional (e.g., Slininger, Sherrill, & Jankowski, 2000) – de um grupo de grávidas acerca do consumo de álcool durante a gravidez. Pretende dar voz às mulheres grávidas no que respeita ao consumo de álcool no período da gravidez, contribuir para um melhor conhecimento sobre este fenómeno e, deste modo, para o desenho de estratégias eficazes de rastreio, de prevenção seletiva, indicada e ambiental. É o primeiro estudo qualitativo integrado numa linha de investigação sobre álcool e gravidez (Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano (CEDH) da Universidade Católica Portuguesa).

A opção por uma metodologia mista para a realização do estudo exploratório, qualitativa e quantitativa, prende-se com o facto de esta poder oferecer uma compreensão mais rica desta

problemática. Segundo Pope e Mays (1995), as abordagens mais qualitativas podem fornecer dados não acessíveis à investigação quantitativa (por exemplo, crenças existentes na área da saúde), e a descrição qualitativa é um pré-requisito da investigação quantitativa com qualidade, particularmente em áreas em que existe escassa investigação prévia, como é o caso do consumo de baixo risco de álcool durante a gravidez.

Esta dissertação está dividida em duas partes, dizendo a primeira respeito ao enquadramento teórico e a segunda ao estudo exploratório em si.

No enquadramento teórico (capítulo 1), dividiu-se a temática da gravidez e do álcool para de seguida as integrar. Começa-se por enquadrar os aspetos psicológicos da vivência da gravidez no quadro conceptual da perspectiva desenvolvimental. De seguida, no capítulo sobre os problemas ligados ao álcool (PLA) são explicados os diferentes padrões de consumo. No terceiro capítulo é feita a ponte entre os dois capítulos anteriores, isto é, são integrados os problemas ligados ao álcool (PLA) no grupo das mulheres grávidas, incluindo as consequências do mesmo, a prevalência, efeitos do uso de álcool na mulher grávida e no feto. Uma vez que os estudos de investigação indicam que as atitudes têm forte influência no consumo de álcool (e.g., Peadon et al., 2011), é importante conhecer as atitudes das mulheres grávidas em relação ao consumo durante a gravidez para que possam ser criadas, implementadas e melhoradas as intervenções preventivas neste âmbito.

Segue-se a descrição de fatores associados ao consumo de álcool na gravidez, com o objetivo de conhecer fatores de vulnerabilidade e fatores que protegem do consumo de álcool na gravidez, para finalmente concluir da pertinência deste estudo e das diversas implicações de foro investigacional, clínico e de saúde pública.

A segunda parte (capítulo 2) da dissertação apresenta o estudo realizado, integrando a metodologia, resultados e sua discussão. O trabalho termina com a Conclusão.

Parte I: Enquadramento teórico

1. Gravidez

1.1. Enquadramento conceptual

A gravidez constitui um período de grandes alterações físicas, fisiológicas e psicológicas na vida da mulher (e.g., Guardino & Schetter, 2014), e é a fase específica do ciclo vital na qual se insere este estudo exploratório.

A forma de conceptualizar as mudanças e o impacto associados ao processo de gravidez e transição para a parentalidade tem subjacentes modelos teóricos de referência, como por exemplo as perspectivas dinâmicas (e.g., Brandon, Pitts, Denton, Stringer, & Evans, 2009; Raphael-Leff, 2010). As perspectivas desenvolvimentais (Deave, Johnson, & Ingram, 2008; Matias, O'Connor, Futh, & Scott, 2013)

defendem um modelo pessoa-processo-contexto, reconhecendo a importância de diferentes sistemas sociais, da sua interação e de fatores associados a estes no processo de adaptação à gravidez. Nesta perspectiva, a gravidez é encarada como sendo uma transição normativa dentro do ciclo de vida (Leal, 2005). Schetter (2011) estuda a gravidez segundo esta perspectiva, e refere que ela oferece oportunidade para estudar os níveis de análise relacionais, que incluem a rede social de apoio, a relação com o parceiro e com a família, e influências intergeracionais.

Na perspectiva desenvolvimental bioecológica, o contexto (ambiente) envolve cinco sistemas inter-relacionados que se organizam numa estrutura de nichos, em que cada um contém o próximo (Bronfenbrenner, 2004). O primeiro é o microsistema, ou antes microsistemas (no caso da gravidez é a família, o trabalho, o grupo de pares), cenários em que os indivíduos estabelecem relações e atuam no dia a dia. O mesossistema é um sistema de microsistemas, e compreende as ligações e processos existentes entre dois ou mais contextos nos quais a pessoa se encontra inserida (no caso da gravidez é, por exemplo, a relação entre o casal e a família mais alargada). O exossistema diz respeito às estruturas sociais que exercem importantes influências, ainda que por vezes indiretas, no desenvolvimento do indivíduo (no caso da gravidez, por exemplo, a relação entre o trabalho do marido/ companheiro e a relação conjugal, e à forma como estes dois sistemas interagem). O macrosistema diz respeito ao padrão abrangente das características dos micro, meso e exossistemas de uma determinada cultura ou subcultura, com particular referência aos sistemas de crenças, conhecimentos, recursos materiais, costumes e estilos de vida (no caso da gravidez diz respeito, por exemplo, às grandes mudanças nos direitos laborais das mulheres grávidas nos países ocidentais nas últimas décadas). O macrosistema altera em resposta a pressões de outros níveis do meio ambiente, incluindo a componente final do modelo ecológico humano: o cronossistema. Estas alterações são o resultado das movimentações, eventos, e ideologias cambiantes associadas ao tempo histórico. O cronossistema inclui ainda outros elementos temporais da mudança contextual, tais como processos sequenciais, idade cronológica, grupo geracional de pertença, e crescimento desenvolvimental.

A gravidez constitui portanto um momento do ciclo de vida em que se cruzam fatores individuais, grupais e transgeracionais do ponto de vista somático, psicológico e cultural. Pode ser encarada como sendo um momento oportuno para modificação de hábitos e comportamentos que se prolongam ao longo do ciclo de vida da mulher, da criança e de todo o agregado familiar (Canavarro, 2001). São exemplo a modificação de hábitos alimentares, de exercício físico, de cessação tabágica, de consumo de substâncias psicoativas, entre as quais o álcool (Direção Geral de Saúde, (DGS), 2015). Encarando a gravidez como sendo um período crítico no desenvolvimento do ser humano, as intervenções preventivas do consumo de álcool visam esta etapa específica do ciclo de vida da mulher (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências,[SICAD], 2013).

As intervenções preventivas nacionais têm como um dos seus alicerces a perspectiva dinâmica e biopsicossocial do processo de desenvolvimento do Ser Humano acima referido, permitindo identificar

períodos críticos e focalizar mais adequadamente as estratégias e intervenções a desenvolver de acordo com as necessidades/competências das mulheres grávidas nesse processo (SICAD, 2013).

1.2. Aspectos psicológicos

Colman e Colman (1994) afirmam que a gravidez implica uma reorganização da mulher a nível biológico, cognitivo, emocional, relacional e social, e que transforma a relação da mulher com o seu corpo, o seu *self*, as suas figuras significativas e a comunidade na qual vive, constituindo-se, por isso, como uma transição desenvolvimental (e.g., Xavier, 2003). De acordo com Canavarro (Canavarro, 2005), a gravidez e a maternidade são consideradas um período de desenvolvimento que se caracteriza pela necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas e viver uma crise própria. Se as tarefas desenvolvimentais correspondentes a esta crise forem cumpridas com sucesso, podem permitir à mulher o acesso a níveis de funcionamento superiores, no sentido da resolução de problemas desenvolvimentais anteriores, e de organização de constelações intrapsíquicas e relacionais mais complexas e gratificantes (Canavarro, 2001). Colman e Colman (1994) descrevem os três trimestres de gestação em termos de estádios e tarefas, onde a grávida enfrenta vários acontecimentos psicológicos que caracterizam a gravidez. A primeira tarefa desenvolvimental da gravidez é a aceitação da própria gravidez. A ambivalência é a atitude mais característica dos primeiros tempos de gravidez, tal como afirmam diversos autores (Brazelton & Cramer, 1993, cit. in Canavarro, 2001), e diz respeito ao desejo e simultâneo receio da gravidez, à viabilidade da mesma, à aceitação do feto e às mudanças que ela implica, e até à maternidade. Contribuem para a resolução desta ambivalência a confirmação definitiva do estado de gravidez, e a aceitação da mesma por parte dos familiares mais próximos. A segunda tarefa desenvolvimental da gravidez é a aceitação da realidade do feto. Este processo é ativado pelos movimentos fetais e registos ecográficos. Esta fase constitui o ponto de partida para a diferenciação mãe-feto, que se traduz na aceitação do feto como entidade separada da identidade da mãe. A terceira tarefa desenvolvimental da gravidez diz respeito à reavaliação e reestruturação da relação da mulher grávida com os seus pais. Esta fase inicia-se por volta do segundo trimestre da gravidez. Uma parte significativa dos processos psíquicos da mulher nesta fase é ocupada com a reavaliação do relacionamento com os pais, sobretudo com a mãe, durante a infância e adolescência (Colman & Colman, 1994); outra parte é ocupada com a integração da experiência da grávida como filha. A reavaliação das relações passadas é sempre necessária, de forma que a mãe possa constituir uma identidade materna própria e futuramente adaptar-se ao seu contexto conjugal, de características da criança, profissional, de época histórica e de características de personalidade (e.g., Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994). A tarefa desenvolvimental seguinte, a quarta, relaciona-se com a reavaliação e reestruturação da relação conjugal por parte da mulher grávida. O iniciar de novos papéis e funções implica que estes sejam integrados num conjunto de papéis e funções pré-existentes, com a consequente reintegração dos mesmos (e.g., Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994). No

seguimento dos trabalhos destes autores, a quinta tarefa desenvolvimental constitui o aceitar do bebê como pessoa separada. Esta tarefa inicia-se no último trimestre de gravidez, período considerado de preparação para a separação, que se concretiza com o parto. A tarefa principal nesta fase é aceitar que o bebê existe para além da mãe, e que deve ser aceite enquanto pessoa separada, com características e necessidades próprias. Esta fase é também marcada por alguma ambivalência entre terminar a gravidez e ver o filho, e entre prolongar a gravidez para adiar o assumir de novas exigências ligadas ao papel de mãe. A sexta tarefa desenvolvimental diz respeito ao reavaliar e reestruturar da própria identidade da mulher grávida. A mãe integra na sua identidade o papel, a função e o significado de ser mãe. Esta tarefa implica reavaliar as perdas e os ganhos que a maternidade trará e aceitar as mudanças deste novo estágio, adaptando-se de acordo com a sua identidade prévia (e.g., Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994). Canavarro (2001) acrescenta às tarefas preconizadas por Colman e Colman (1994) uma sétima tarefa da maternidade, esta exclusivamente para mães que tenham outros filhos, que se relaciona precisamente com a reavaliação e reestruturação da relação com o (s) outro (s) filho (s), no caso de este (s) existir (em). É importante que a mulher integre a ideia de ter mais um filho como uma pessoa separada, não o assimilando à identidade de outros filhos, se confronte com e diminua as preocupações típicas de múltiparas, distintas das preocupações das primíparas e, segundo Lederman (Lederman, 1997, cit. in Canavarro, 2001), se prendem com a capacidade física para cuidar de mais de uma criança ao mesmo tempo, com culpabilidade ao antecipar a reação do primeiro filho ao nascimento do segundo, e com a capacidade de amar ambos de forma igual e que ajude o (s) outro (s) filho (s) a preparar (em) -se para a chegada do irmão, antecipando situações e reforçando o seu papel na família.

2. Problemas ligados ao álcool (PLA)

2.1. Enquadramento conceptual

A expressão “Problemas Ligados ao Álcool” é aplicada pela primeira vez pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1982 (WHO, 2006), e refere-se às consequências nocivas do consumo de álcool que atingem não só o bebedor, mas também a família e a coletividade em geral. As perturbações causadas podem ser físicas, mentais ou sociais, e resultam de episódios agudos, de consumos excessivos, ou de consumos prolongados (Mello et al., 2001). No caso específico da gravidez, as perturbações causadas pelo consumo de álcool podem resultar do consumo de baixas quantidades (Nykjaer et al., 2014). Não é conhecida a dose mínima segura de álcool que uma mulher grávida possa consumir sem qualquer risco para o feto (WHO, 2014).

Define-se por bebida alcoólica toda a bebida que, como o nome indica, contém álcool (e.g., Mello et al., 2001), isto é, a substância etanol ou álcool etílico, em diferentes concentrações. O álcool é considerado uma droga psicotrópica com efeitos depressores no sistema nervoso central, provocando alterações no comportamento de quem as consome. A graduação alcoólica de uma bebida é definida

pela percentagem volumétrica de álcool puro nele contido. Por exemplo, um vinho de 10° significa que 1L contém 10% de álcool, isto é, 100 ml ou 80 gramas de álcool etílico.

Define-se bebida padrão como o volume de bebida alcoólica contendo 10g de álcool puro (DGS, 2015). No homem entre os 18 e os 64 anos a quantidade máxima diária recomendada são duas bebidas padrão ou 20g de álcool puro. Na mulher a quantidade máxima diária recomendada é uma bebida padrão ou 10g de álcool puro, em qualquer idade. O consumo de álcool está contraindicado nas grávidas, adolescentes, na presença de dependência e na presença de patologias ou medicação que justifique abstinência (DGS, 2015).

2.2. Padrões de consumo de álcool

Em 2013, o documento intitulado Rede de Referência/Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e Dependências emanado pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD, 2013) preconiza a classificação dos consumos em cinco níveis de crescente gravidade: Consumo de baixo risco, consumo de risco, consumo nocivo, dependência e dependência grave. Este esquema de classificação é habitualmente usado para estratificar os consumidores em termos de prognóstico, gravidade e níveis de intervenção apropriados.

O consumo de “baixo risco” diz respeito a menos do que 1 bebida alcoólica /dia (Sayal et al., 2013), sem consequências mensuráveis para a saúde. O consumo moderado implica o risco de consequências relacionadas com o consumo, quer através da quantidade consumida, quer pela potencial emergência de comorbilidade associada. Não existe ainda um consenso geral no que diz respeito às dosagens consideradas como sendo de baixo risco, ou moderadas (Henderson, Gray & Brocklehurst, 2007). O consumo episódico excessivo (*binge drinking*) é um termo utilizado pela OMS (WHO, 2014), que define o padrão de consumo correspondente a 60 g ou mais de álcool puro numa única ocasião, num intervalo de tempo de duas horas, pelo menos uma vez por mês. Este padrão de consumo é considerado como sendo consumo de risco. O consumo nocivo provoca danos físicos ou psicológicos secundários ao consumo de álcool, mas não satisfaz os critérios de dependência. O padrão de dependência alcoólica implica a existência de efeitos físicos e sociais negativos, marcados e repetidos, provocados pelo consumo de álcool. Estes efeitos incluem um desejo intenso /descontrolo do consumo, continuação do consumo independentemente das consequências, alta prioridade dada ao consumo em detrimento de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool, e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado (Campos & Ribeiro, 2012).

3. Problemas ligados ao álcool e gravidez

3.1. Prevalência

Para o desenvolvimento de estratégias preventivas para reduzir a carga de doença associada ao consumo de álcool, é importante documentar a existência destes consumos e, se possível, as suas determinantes.

O consumo de álcool é medido através do índice da quantidade de litros de álcool puro consumidos *per capita* pelos indivíduos de determinada população, ao longo de um ano. A Europa é, atualmente, a região do mundo na qual este índice é o mais alto (WHO, 2014), estimando-se um consumo médio de 12,5 litros de álcool puro por ano, por pessoa, com mais de 15 anos em 2009. Isto equivale a 27g de álcool puro por dia (cerca de três bebidas padrão), mais do dobro do consumo médio mundial. Em Portugal, no ano de 2010, o índice da quantidade de litros de álcool puro consumidos *per capita* foi de 12,9 litros (18,7 l os homens e 7,6 l as mulheres), um valor ainda algo superior à média europeia, correspondendo a um consumo diário de 28 gramas de álcool puro por pessoa, como refere o Global Information System on Alcohol and Health (GISAH, n.d.).

Dados epidemiológicos fornecidos pela OMS (OMS, 2014) indicam que a percentagem de mulheres consumidoras de álcool na Europa é a segunda mais alta de todas as regiões monitorizadas (10,1 litros de álcool/ ano, *per capita*). Em Portugal, os dados do estudo de Balsa e colegas (Balsa, Vital & Urbano, 2013) apontam para percentagens de 62,7% de mulheres que consumiram álcool na vida, 49,5% das inquiridas no último ano, e 35,2% no mês anterior ao inquérito (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

Quanto à existência de dados acerca do consumo de álcool durante a gravidez, diversos trabalhos mostram que as grávidas bebem álcool, desde o consumo de baixas quantidades ao abuso (e.g., Nykjaer et al., 2014; (Adusi-Poku, Bonney, & Antwi, 2013; Dupraz, Graffa, Baraschea, Etterb, & Boulvain, 2013) Lima, Machado, Teixeira, & Felício, 2013). Na Europa, um trabalho revela valores entre os 6%, na Suécia, e os 71% na Dinamarca (Skagerstrøm, Chang, & Nilsen, 2011).

Em Portugal existem poucos dados acerca dos consumos de álcool de mulheres grávidas; eles confirmam a existência de consumo de álcool durante o período da gestação (Xavier, Moreira & Gordinho, enviado para publicação; SICAD, 2015). O estudo de Pinto et al. (2009) indica que a percentagem de mulheres grávidas que reportaram consumo de álcool decaiu de 36,3% (consumidoras antes de estarem grávidas) para 13,3% (consumidoras durante a gravidez). Os resultados do estudo exploratório realizado no norte do país de Xavier et al. (enviado para publicação) revelaram que 24,5% das mulheres grávidas continuaram a beber durante a gravidez. O estudo recentemente apresentado pelo SICAD (SICAD, 2015), que pretendeu caracterizar o consumo de álcool na população das mulheres grávidas da região da Grande Lisboa, revela que na amostra inquirida 19% das participantes declararam ter tomado bebidas alcoólicas após conhecimento da gravidez, e 1% tomaram bebidas alcoólicas até ficarem “alegres” e/ou fizeram consumos episódicos excessivos. Por

comparação com o seu padrão de consumo nos 12 meses anteriores, constata-se que, entre as consumidoras, 74% abandonaram o consumo após conhecimento da gravidez. De entre as que mantiveram o consumo de bebidas alcoólicas, metade diminuíram-no.

Apesar de todos estes estudos reportarem taxas de consumo de álcool na gravidez, é difícil apurar com rigor a prevalência do consumo, pois o “subrelato” é descrito como comum e a noção do que constitui uma bebida/unidade padrão pode diferir de mulher para mulher (e.g., Murphy, Mullally, Cleary, Fahey, & Barry, 2013). Uma ilustração deste subrelato é um estudo sueco (Wurst, Kelso, & Weinmann, 2008), no qual se descobriu que 8,7 % das mulheres em clínicas pré-natais entrevistadas com o AUDIT reportaram consumos. As mulheres submeteram-se em simultâneo à análise de amostras de urina e cabelo. A análise das amostras (que identificam consumo recente de álcool) revelou que a percentagem de mulheres que efetivamente tinha consumido álcool subiu para 25,2%. O receio de revelar informação acerca de consumos de álcool pré-natais, antes do nascimento da criança, provoca relatos imprecisos, motivados pelo evitar de sentimentos de vergonha e estigmatização, e pelo evitar de penalizações de ordem social como por exemplo a retirada da custódia do seu bebé (e.g., Toutain, 2010).

3.2. Linhas orientadoras internacionais e nacionais no âmbito do consumo de álcool na gravidez

No atual Plano de Ação Europeu em Matéria de Álcool para o período 2012-2020 (WHO, 2012) confirma-se que o álcool é uma das três principais prioridades mundiais na área da Saúde Pública. A prevalência do consumo de álcool na população geral e em grupos de risco identificados origina a necessidade de elaborar linhas orientadoras por parte das diversas entidades públicas responsáveis na intervenção nesta problemática, para redução das consequências do consumo de álcool. A Europa tem estado na linha da frente em termos de ação para reduzir os efeitos nocivos do álcool na população em geral, tendo sido a primeira região que aprovou um plano de ação para o álcool (European Alcohol Action Plan I, WHO, 2012), em 1993, aquando da presidência sueca da UE. Muitos países foram desenvolvendo linhas orientadoras oficiais, e todas sublinham a necessidade de prevenir o consumo de álcool durante a gravidez, defendendo a normativa da abstinência total do consumo de álcool durante a gravidez (WHO, 2014; Loring, 2014).

Em Portugal, o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020 (PNRCAD; SICAD, 2013) estabelece as prioridades do Estado Português em matéria de comportamentos aditivos e dependências para os próximos oito anos, e contempla dois Planos de Ação de quatro anos. O Plano Nacional de Redução dos Comportamentos Aditivos de Dependências (SICAD, 2013) considera fundamental que as estratégias preventivas a desenvolver continuem a basear-se em corretos diagnósticos e no conhecimento científico. Segundo o PNRCAD (SICAD, 2013, p. 67),

Estes dados apontam para a necessidade de colocar um enfoque em políticas de prevenção da ocorrência de consumos durante a gravidez, de identificação precoce dos mesmos, de apoio das grávidas em que estes consumos são identificados, e de acompanhamento dos recém-nascidos que resultam deste quadro. Neste contexto, a articulação intersectorial de políticas é fundamental, seja ao nível da saúde (com a articulação com as políticas de promoção da saúde materna e neonatal, por exemplo) seja noutros domínios, considerando os determinantes ambientais do consumo.

É enquadrado neste objetivo que o presente estudo exploratório poderá dar contributos, nomeadamente para a importância do levantamento de dados epidemiológicos consistentes e atuais acerca das mulheres grávidas que têm consumos de álcool, para a sensibilização dos profissionais de saúde para a necessidade de prevenir consumos de álcool nas mulheres grávidas, e para a sensibilização das próprias mulheres grávidas para a paragem do consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação.

A Direção Geral de Saúde publicou em 2012 (atualizada em 2014) uma norma com um texto de apoio anexo, que refere que “o consumo de álcool está contraindicado: nas grávidas, adolescentes, na presença de dependência e na presença de patologias ou medicação que justifique abstinência” (DGS, 2012, p. 6).

3.3. Níveis de rastreio do consumo de álcool em mulheres grávidas

Segundo a DGS (2015), a gravidez deve ser conceptualizada como uma possibilidade de intervenção que ultrapassa os ganhos associados ao seu desfecho, como um momento do ciclo de vida em que se cruzam fatores individuais, grupais e transgeracionais do ponto de vista somático, psicológico e cultural. O período da gravidez deve ser considerado como uma oportunidade para identificar e modificar situações de risco de patologia futura, tais como o consumo de álcool.

Segundo as linhas orientadoras nacionais para a intervenção preventiva (SICAD, 2013), é essencial que estejam disponíveis respostas diferenciadas ao nível de risco do comportamento aditivo ou dependência identificado (universal, seletivo ou indicado), nas modalidades mais adequadas (individuais, familiares, pequeno grupo ou comunidade). O diagnóstico da situação deve envolver os próprios grupos destinatários na identificação das suas necessidades e de quais as estratégias com melhor aceitação.

Um dos objetivos do recente Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015) é identificar e orientar precocemente complicações e fatores de risco que possam afetar a evolução da gravidez e o bem-estar do feto. Para tal, estabelece que um dos temas a abordar nas consultas é precisamente o consumo de substâncias psicoativas, devendo os técnicos dos cuidados de saúde primários inquirir as grávidas relativamente ao consumo de álcool e outras substâncias psicoativas, o mais cedo possível e em cada consulta, e ainda através da implementação de metodologias de deteção precoce e de intervenções breves pelos profissionais que acompanham a grávida (DGS, 2015).

Rowe (2010) enumera três níveis sucessivos de rastreio e monitorização do consumo de álcool em mulheres em idade fértil e em mulheres grávidas, úteis para a identificação de mulheres e fetos em risco. Estes níveis de rastreio podem ser aplicados de acordo com o nível de consumo de álcool por parte da mulher grávida, e condizem com níveis de prevenção destes consumos, desde a prevenção universal (nível 1) à prevenção indicada (nível 3). Deste modo, o nível 1 de rastreio diz respeito às abordagens baseadas na prática clínica e utilizáveis pelos profissionais de saúde, tais como a entrevista motivacional, a entrevista semiestruturada, e a terapia de suporte. O nível 2 de rastreio pode ser aplicado quando existem relatos de consumo de álcool. Inclui questionários estruturados que têm como finalidade caracterizar ou medir a quantidade, frequência, intensidade e padrão de consumo. Um dos questionários de rastreio recomendados tanto pela OMS (WHO, 2006) como pelo SICAD (2013) para o rastreio de consumos de álcool é o Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Saunders, Aasland, Babor, Fuente, & Grant, 1993), utilizado no presente estudo. O nível 3 de rastreio impõe-se para confirmação de consumo nocivo e/ou dependência de álcool por parte da mulher grávida, para a proteção do bebé ou no caso de complicações médicas, e diz respeito a procedimentos laboratoriais utilizados para confirmar a presença e grau de exposição a uma substância (biomarcadores). Biomarcadores são fluidos e tecidos maternos e/ou neonatais que são submetidos a análise toxicológica (Gray et al., 2009). O mecónio, o primeiro material fecal expelido pelo recém-nascido, é um exemplo de tecido que tem sido utilizado para determinar a exposição a substâncias tóxicas durante a gestação, devido à sua sensibilidade e durabilidade de deteção de drogas. O mecónio parece ser um biomarcador mais sensível ao consumo de baixas quantidades de álcool do que os valores analíticos sanguíneos; estes serão apenas úteis na confirmação de consumo abusivo, e não no rastreio de mulheres com baixo consumo (Rowe, 2010). Uma das desvantagens da utilização dos biomarcadores são os custos elevados associados às análises laboratoriais. Não fazem parte dos exames complementares de rotina das mulheres grávidas em Portugal. No entanto, os biomarcadores deram um valioso contributo para aumentar as evidências científicas dos efeitos nocivos do consumo de álcool na gravidez (Rowe, 2010).

3.4. Consequências do consumo de álcool

O consumo de álcool tem consequências para o indivíduo, para terceiros e para a sociedade em sentido lato. A nível individual, o consumo de álcool tem consequências físicas, mentais e socioeconómicas. Tem efeitos tóxicos, nomeadamente no feto (SAF), e perda de saúde mental (Mello, Barrias, & Breda, 2001).

O álcool tem consequências específicas em mulheres grávidas e nas crianças expostas. Quando a mãe bebe álcool, este entra no seu sistema digestivo e corrente sanguínea, entrando conseqüentemente na corrente sanguínea do feto, e alcança e impregna os tecidos fetais, sobre os quais pode exercer um efeito teratogénico (e.g., Mello et al., 2001). Continua a ser a substância de abuso pré-natal mais largamente estudada. A exposição ao álcool traz consequências negativas para a saúde da grávida/mãe,

como doenças cardiovasculares, cancro, depressão e distúrbios neurológicos. Além disso, está associada ao ganho de peso gestacional insuficiente, menor número de consultas no pré-natal e aumento do risco de utilização de outras drogas (Simão, Kerr-Corrêa, Dalben, & Smaira, 2009). Verificaram-se também atrasos no crescimento intrauterino, anomalias congênitas e baixos níveis de excitabilidade (Behnke et al., 2013). Ao longo das quatro últimas décadas evidências clínicas, epidemiológicas e experimentais demonstraram que o consumo de álcool durante a gravidez pode causar morte fetal, malformações, alterações cognitivas e do comportamento permanentes e irreversíveis na criança (e.g., Howell, Lynch, Platzman, Smith & Coles, 2006; Chiodo et al., 2012), como distúrbios neurocomportamentais, défices cognitivos e atraso de crescimento (e.g., Flak et al., 2014). O consumo de álcool durante a gravidez está ainda associado à prematuridade, ao aumento de abortos espontâneos (Chiodo et al., 2012) ou descolamento da placenta (Flak et al., 2014). A Eurocare estima que cerca de cinco milhões de europeus nasçam com anomalias e perturbações do desenvolvimento associadas ao consumo de álcool nesta fase (Eurocare, 2011), e que muitas mulheres não têm consciência de que mesmo a exposição a baixos níveis de álcool interfere com o normal desenvolvimento fetal. Assim sendo, o consumo desta substância ao longo da gravidez torna-se um importante problema de saúde pública.

O maior risco do consumo de álcool durante a gravidez está associado ao consumo dito nocivo/crónico (4 a 6 doses/dia), sendo os resultados dos estudos realizados sem dúvida mais consistentes entre si. Este padrão de consumo pode manifestar-se no bebé através de um quadro completo, denominado Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), o resultado mais extremo, ou incompleto, conhecido como Desordens do Espectro Alcoólico Fetal (DEAF) (Abel, 1998; Sokol, Delaney-Black, & Nordstrom, 2003; Xavier, 2006). A SAF inclui a tríade característica de um padrão específico de malformações e anomalias menores da face, um atraso de crescimento intrauterino (harmonioso) que persiste após o nascimento, e alterações do sistema nervoso central (WHO, 2007). As DEAF descrevem o contínuo de efeitos neurocognitivos e do desenvolvimento neurológico associados à exposição pré-natal ao álcool. Dizem respeito a um espectro de distúrbios, desde efeitos *minor* de atraso no desenvolvimento, até anomalias físicas e psíquicas severas, chegando à morte in útero. As DEAF podem incluir incapacidades físicas, mentais, comportamentais ou de aprendizagem, com possíveis implicações vitalícias (Almeida, 2013), e estão também associadas a padrões de consumo inferiores ao consumo nocivo ou dependência (Fraser, 2012). Um destes padrões é o consumo episódico excessivo (*binge*). Este padrão de consumo é considerado um padrão de consumo de risco, pois produz o nível mais elevado de álcool no sangue, e é este nível que afeta o feto em desenvolvimento de forma mais negativa (May & Gossage, 2011).

No caso do padrão de consumo de baixo risco (duas bebidas padrão/dia ou até menos de uma bebida padrão/dia), os resultados de estudos realizados são contraditórios; há estudos em que são encontrados efeitos nefastos para o feto (Nykjaer et al., 2014) tais como disfunções cognitivas e comportamentais, perturbações da atenção, hiperatividade, baixo rendimento escolar (Howell et al., 2006), assim como

para a mãe, tal como o aborto espontâneo (Chiodo et al., 2012). No entanto, outros estudos afirmam que parece não haver aumento do risco destes efeitos no desenvolvimento fetal (Lundsberg, Illuzzi, Belanger, Triche, & Bracken, 2015).

Os resultados algo contraditórios destas investigações devem-se à dificuldade em provar cientificamente qual a quantidade exata de álcool que pode ser consumida pela mulher grávida, sem que haja qualquer tipo de consequência negativa para o seu bebé.

Pelo exposto conclui-se que não é possível assegurar uma quantidade de álcool livre de riscos, tanto para a mãe como para o feto (Guerri, 2010), origem das diretivas de abstinência total do consumo de álcool para a mulher grávida (WHO, 2012, DGS, 2015). É importante aumentar o conhecimento acerca dos efeitos do consumo de baixas quantidades de álcool para a mãe e o feto, para que a informação veiculada para este grupo de risco se torne clara e inequívoca.

3.5. Atitudes acerca do consumo de álcool na gravidez

O conceito de atitude surge na área da psicologia social com Gordon Allport (Allport, 1935). Em 1935, Allport escreveu que “a atitude é provavelmente o conceito mais distinto e indispensável na psicologia social contemporânea” (cit. in Hogg & Cooper, 2007, p. 123). Segundo o modelo chamado tripartido, o conceito de atitude engloba três componentes: a cognitiva, a afetiva e a comportamental. De acordo com este modelo, a definição de atitude será “uma ideia (componente cognitiva) carregada de emoção (componente afetiva) que predispõe (componente cognitiva) uma classe de ações (componente comportamental) para uma determinada classe de situações sociais” (Triandis, 1971; cit. in Slininger, Sherrill, & Jankowski, 2000, p.176). Uma definição mais recente deste conceito é a de Hogg e Vaughan (in Riemer, Shavitt, Koo, & Markus, 2014, pág. 621), que definem atitude como sendo “uma organização relativamente duradoura de crenças, sentimentos e tendências comportamentais relativamente a objetos, grupos, eventos ou símbolos socialmente significativos”.

As atitudes são um meio de autoexpressão, simbolizando os valores pessoais ou uma identidade social. Centrando-nos nas atitudes acerca do consumo de álcool na gravidez, Peadon et al. (2011) verificaram no seu estudo que as atitudes perante o consumo de álcool na gravidez estavam fortemente correlacionadas com o consumo de álcool antes e durante a gravidez das participantes; por outro lado, o conhecimento acerca desta temática foi um preditor mais fraco para este mesmo consumo. Neste sentido, Meillier, Lund, e Kok (1997) sugerem que o caminho para a mudança de comportamentos na saúde é mais complexo do que a mera transmissão de informação, e está relacionado com uma combinação de estratégias sociais e comunitárias para transmitir conhecimentos e influenciar atitudes acerca do álcool e gravidez.

O estudo realizado pelo SICAD em parceria com os três Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da cidade de Lisboa (SICAD, 2015) inquiriu as participantes acerca das suas atitudes e conhecimentos relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas na gravidez, e verificou que 93% das participantes consideraram que o consumo de bebidas alcoólicas na gravidez tem efeitos negativos para o bebé, e

79% que não é seguro beber qualquer copo de álcool por semana. Para esclarecer dúvidas sobre a gravidez privilegiam o médico/ enfermeiro. A maioria considera que a sua família/ amigos/ companheiro e profissionais de saúde em geral discordam do consumo moderado de bebidas alcoólicas na gravidez.

Em Portugal, não se conhece a existência de qualquer outro trabalho que explore as 3 dimensões atitudinais – cognitiva, emocional, e comportamental - das mulheres grávidas quanto ao consumo de álcool durante a gravidez. Por este motivo considera-se fulcral dar voz às mulheres grávidas acerca das suas atitudes perante o consumo de álcool durante a gravidez, para mais eficazmente poder intervir em termos preventivos nas consequências deste consumo, desenhando as estratégias preventivas de forma a contribuírem mais eficazmente para a mudança de comportamentos e facilitarem o autorrelato.

3.6. Fatores associados ao consumo de álcool na gravidez e questões de prevenção

No âmbito da prevenção na área da saúde, as abordagens de saúde pública tradicionais concentraram-se em aumentar o conhecimento através de campanhas de consciencialização (Guerri, 2010). No entanto, abordagens atuais na área da prevenção e da promoção da saúde contemplam a avaliação dos fatores protetores/ indicadores positivos do consumo de álcool, para além dos fatores de risco, sendo as estratégias preventivas destinadas à população geral, a subgrupos e a indivíduos, desenvolvidas em diferentes contextos (O'Connell, Boat, & Warner (2009); WHO (2010)).

Os modelos compreensivos e de influência social indicam que estes fatores de risco e de proteção influenciam as atitudes e os comportamentos dos sujeitos em relação ao consumo de substâncias. Estes fatores, de natureza biológica, psicológica e social, são internos ou externos aos indivíduos, e atravessam os vários domínios da sua vida (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2002). Numa perspetiva ecológica da prevenção, é essencial encarar cada contexto em que a mulher grávida se move como um espaço de influência onde se conjugam regras, expectativas e a interação com outros indivíduos que o partilham. Há regras de um contexto que o tornam facilitador do consumo, enquanto outros poderão ser mais protetores.

O enfoque atual ao nível da conceptualização e desenho da intervenção preventiva, baseado nos modelos compreensivos e de influência social referidos, centrado na avaliação da vulnerabilidade e do risco de ocorrência de problemas ligados ao álcool, é operacionalizado em três níveis de intervenção (SICAD, 2013) complementares: O primeiro nível de intervenção é o da Prevenção Universal, dirigida à população geral sem prévia análise do grau de risco individual. Toda a população é considerada como tendo o mesmo nível de risco em relação ao abuso de substâncias e como podendo beneficiar dos programas de prevenção. O segundo nível de intervenção é o da Prevenção Seletiva, dirigida a subgrupos ou segmentos da população geral com características específicas identificadas como de risco para o consumo de substâncias psicoativas. O grupo de risco das mulheres grávidas constitui uma das populações alvo para este tipo de intervenção preventiva. A população alvo deste tipo de intervenção são mulheres em idade fértil que relatam consumo de álcool mas apresentam apenas um

de dois indicadores para prevenção indicada: ou estão grávidas mas o rastreio de consumos de álcool não revela consumos de risco, ou o rastreio de consumos de álcool revela consumos de risco mas a mulher não está grávida (SAHMSA, 2014). Os programas de prevenção seletiva são de média ou longa duração, variam no tipo e estrutura, e os componentes contemplam a informação e o desenvolvimento de competências.

O terceiro nível de intervenção preventiva é a Prevenção Indicada, dirigida no caso dos PLA a mulheres com consumo nocivo ou dependência ou que apresentam outros comportamentos de risco ou problemáticos de dimensão subclínica (não preenchem critérios para dependência). Os programas de prevenção indicada são de longa duração, variam no tipo e estrutura e os componentes contemplam, tal como nos níveis anteriores, a informação e o desenvolvimento de competências.

Paralelamente a esta conceptualização, no âmbito da intervenção preventiva tem vindo a ser desenvolvida uma outra abordagem, denominada Prevenção Ambiental (European Monitoring Centre for drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2014). O enfoque da prevenção ambiental dirige-se à mudança de contextos culturais, sociais, físicos e económicos nos quais as pessoas fazem as suas escolhas acerca do consumo de substâncias. Esta perspetiva tem em conta que o indivíduo não se envolve com substâncias apenas baseado em características pessoais. Ele é também influenciado por um conjunto complexo de fatores ambientais, tais como aquilo que é esperado ou aceite na comunidade onde habita, regras nacionais e impostos, as mensagens publicitárias às quais está exposto e a disponibilidade de álcool, tabaco e substâncias ilícitas (exossistema). Concluindo, as abordagens preventivas eficazes dos efeitos alcoólico-fetais deverão ter em conta todos estes níveis de intervenção (que são considerados no presente estudo). A abordagem preventiva na perspetiva desenvolvimental permite focalizar mais adequadamente as estratégias e intervenções a desenvolver de acordo com as necessidades/competências das mulheres grávidas nesse processo (Feldman, 2005, cit. in SICAD, 2013). Neste sentido, as diversas intervenções preventivas pretendem fornecer ao grupo específico das mulheres grávidas a informação e competências necessárias para poderem lidar com o risco associado ao consumo de álcool. Devem contemplar a avaliação dos fatores determinantes para o consumo e aqueles que o inibem. Os fatores que inibem o consumo de álcool na gravidez podem ser biológicos, psicológicos, familiares ou sociais, e estão associados a uma menor probabilidade de ocorrência de consumo de álcool na gravidez. Por fatores que estimulam o consumo de álcool entendem-se características biológicas, psicológicas, familiares ou sociais que estão associadas a uma maior probabilidade da ocorrência de consumos de álcool durante a gravidez. Os modelos compreensivos e de influência social indicam que existem fatores determinantes e inibidores do consumo de substâncias psicoativas.

Skagerstrøm, Chang & Nilsen (2011) falam de fatores de vulnerabilidade específicos da mulher grávida que facilitam o seu consumo de álcool. Os autores do estudo realizaram uma revisão sistemática de 14 estudos internacionais, realizados no âmbito dos fatores associados e preditivos do consumo de álcool durante a gravidez, sendo alguns destes fatores preditivos encontrados altamente

consistentes: Todos os estudos analisados que tiveram em conta o fator do consumo de álcool prévio à gravidez confirmaram a existência de consumo durante a mesma, ou seja, um dos fatores facilitadores do consumo de álcool na gravidez parece ser o padrão de consumo de álcool anterior à gravidez. Outros fatores dizem respeito à exposição da mulher grávida a abusos ou violência, à quantidade de álcool consumida, à frequência de consumo, e à fase da gravidez (Skagerstrøm et al., 2011).

Um outro fator associado ao consumo de álcool na gravidez diz respeito à vivência psicológica da gravidez. O'Brien (2012) confirma, no seu estudo, a hipótese teórica que uma gravidez psicologicamente desconfortável poderá encorajar o uso de álcool como forma de automedicação. Stene-Larsen, Torgersen, Strandberg-Larsen, Normann, e Vollrath (2013) verificaram no seu estudo com uma coorte de 66 111 mulheres grávidas que a afetividade materna negativa (definida como tendência para emoções e pontos de vista negativos frequentes acerca de circunstâncias pessoais) estava associada ao uso de álcool (consumo de baixas quantidades) e ao consumo episódico excessivo. Apenas uma pequena parte das mulheres acompanhadas seguiram as recomendações nacionais para a abstinência total do consumo de álcool na gravidez.

Um outro grupo de fatores associados ao consumo de álcool na gravidez é de ordem ambiental. Refere-se ao isolamento social, ao baixo estatuto socioeconómico, e a níveis superiores (universitários) de escolaridade (O'Brien, 2012). Segundo Lange, Shield, Koren, Rehm e Popova (2014), em países em que exista atenção política a este tema, e adesão da população a mensagens públicas relativamente ao consumo de álcool na gravidez, existe uma compreensão maior acerca dos riscos associados ao consumo de álcool na gravidez e, por consequência, uma prevalência menor do fenómeno.

Um dos objetivos específicos do presente estudo exploratório está relacionado com a tentativa de conhecer fatores facilitadores do consumo de álcool na gravidez.

Parte II: Estudo exploratório

1. Apresentação dos objetivos e questões de investigação

Objetivo geral

Tendo em conta os elementos abordados na parte I deste trabalho, pretende-se explorar as atitudes (na sua vertente comportamental, cognitiva e sentimental) acerca do consumo de álcool durante a gravidez.

Objetivos específicos

1. Conhecer o padrão de consumo de álcool antes e durante a gravidez atual, explorando possíveis alterações.

2. Explorar cognições e sentimentos associados ao consumo de álcool na gravidez da própria e da população das mulheres grávidas em geral.
3. Conhecer a informação que as participantes possuem acerca do consumo de álcool durante a gravidez, nomeadamente o tipo de informação, sua disponibilidade e fonte.
4. Identificar os fatores pessoais, familiares e sociais que contribuem para ou que inibem o consumo de álcool na gravidez
5. Explorar as experiências e atitudes acerca do rastreio, prevenção seletiva e indicada de consumos de álcool no âmbito do acompanhamento da gravidez.
6. Explorar as experiências e atitudes acerca de prevenção ambiental quanto ao consumo de álcool na gravidez.

Decorrentes dos objetivos específicos do estudo, as questões de investigação são as seguintes:

1. Quais as diferenças entre o padrão de consumo de álcool durante a gravidez e antes da mesma?
2. Quais as cognições/ sentimentos associados ao consumo de álcool durante a gravidez da própria e de outras mulheres grávidas?
3. Qual é a informação que as participantes possuem acerca do consumo de álcool durante a gravidez, nomeadamente o tipo de informação, sua disponibilidade e fonte?
4. Quais os fatores (pessoais, familiares e sociais) que contribuem para o consumo ou a abstinência de álcool na gravidez?
5. Quais as experiências e atitudes acerca do rastreio, de prevenção seletiva e indicada de consumos de álcool no âmbito do acompanhamento da gravidez nos diferentes cuidados de saúde?
6. Quais as experiências e atitudes de prevenção ambiental quanto ao consumo de álcool na gravidez?

2. Método

Tal como os objetivos desta investigação demonstram, procurou-se contribuir para o conhecimento do fenómeno do consumo de álcool na gravidez. Para além de dados internacionais que apontam para a existência de consumos de álcool nesta fase da vida e.g., (Nykjaer et al., 2014), existem também dados nacionais que apontam para a existência de consumos em Portugal (e.g., SICAD, 2015).

No entanto, há autores que colocam a hipótese de o consumo de álcool na gravidez ser um fenómeno delicado para ser estudado apenas através do registo de dados quantitativos, pois os métodos e técnicas para obtenção de dados de investigação rigorosos e específicos parecem não ter sido os mais adequados (Alvik, Haldorsen, Groholt, & Lindemann, 2006). O autorrelato do consumo de álcool pode ser sentido como difícil para as mulheres grávidas devido ao estigma social associado a este grupo de risco. Portanto, o recurso a métodos qualitativos torna-se indispensável para fornecer detalhes acerca dos fatores pessoais, contextuais e sociais que levam as mulheres grávidas a consumirem álcool durante a gravidez (Ritchie & Lewis, 2003), e assenta num esforço de interpretação e compreensão da

realidade vivida pelas mulheres grávidas no que ao álcool diz respeito, e de entender os seus discursos. Nesse sentido, procura-se ir ao encontro das indicações nacionais do SICAD 2013), como se referiu no ponto 3.2. do presente trabalho, dando-lhes voz, privilegiando a multivocalidade.

Este estudo exploratório adotou uma metodologia mista, isto é, os dados quantitativos obtidos a partir de um questionário estruturado, o Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Saunders et al., 1993), respeitantes ao padrão de consumo de álcool das mulheres participantes antes e durante a gravidez, complementam dados de cariz qualitativo, obtidos através de entrevistas semiestruturadas baseadas num guião elaborado para o efeito. Os dados das entrevistas foram também, por sua vez, sujeitos a uma abordagem quantitativa, com recurso a matrizes, que permitiram ir mais longe na análise dos dados.

A metodologia mista contribui para uma melhor compreensão do fenómeno e das questões de investigação do que se fosse utilizada apenas uma destas vertentes metodológicas (Palinkas, 2014). A vertente qualitativa é particularmente útil pois permite ao investigador a obtenção de dados piloto. Na área da gravidez e do álcool, a investigação e teorias subjacentes são deficitárias para a identificação de hipóteses a serem testadas, de forma que a metodologia qualitativa constituirá um guia para investigações futuras (Palinkas, 2014). A vertente qualitativa da investigação, a dominante neste estudo, explora as atitudes das participantes perante os consumos na sua vertente emocional, cognitiva, comportamental e social. No âmbito dos métodos mistos, este estudo adotou um desenho de investigação integrado (Cresswell & Plano Clark, 2011). O objetivo deste desenho é ganhar uma compreensão mais global do fenómeno do consumo de álcool na gravidez.

2.1. Participantes

Este estudo exploratório pretende conhecer as atitudes de mulheres grávidas com consumos de baixo risco. Para isso, optou-se por entrevistar mulheres grávidas sem problemas ligados ao álcool identificados ou em acompanhamento especializado, com acompanhamento da gravidez nos cuidados primários de saúde - uma Unidade de Saúde Familiar (USF) pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) - ou nos cuidados privados de saúde.

O método de escolha das participantes foi misto: por um lado foi baseado em critérios, por outro foi oportunista (Ritchie & Lewis (Eds.), 2003). Os critérios de inclusão foram: a existência de gravidez atual e nacionalidade portuguesa. O critério de exclusão para participar neste estudo foi a existência de uma gravidez de risco, pois estas situações são acompanhadas em exclusivo nos cuidados de saúde hospitalares, e pressupõem a presença de outras dimensões vivenciais (e.g., Garel, M., Charlemaine, E., & Missonnier, 2010). Na USF as grávidas foram contactadas pela equipa de colaboradores daquela unidade.

Optou-se também por um método oportunista de escolha das participantes, de acordo com a metodologia *snowball*.

O grupo é constituído por 13 participantes, e a sua caracterização revelou que a sua idade variava entre os 20 e os 38 anos, com média de idades de 30 anos, como se pode verificar na tabela apresentada a seguir.

Tabela 1

Caracterização das participantes – Características sociodemográficas

Entrevistada	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Situação Profissional	Crença religiosa
E 01	29	Casada	Superior	Enfermeira	Trabalho estável	Católica
E 02	31	Casada	Superior	Enfermeira	Trabalho estável	Não
E 03	30	Casada	Superior	Psicóloga	Trabalho estável	Católica
E 04	32	Casada	Superior	Psicóloga	Trabalho estável	Católica
E 05	23	Solteira	9º Ano	Indiferenciada	Estudante	Católica
E 06	29	Casada	9º Ano	Indiferenciada	Desempregada	Evangélica
E 07 USF	30	Casada	Superior	Gestora	Trabalho estável	Católica
E 08 USF	38	Casada	12.º Ano	Contabilista	Trabalho estável	Católica
E 09 USF	20	Casada	9º Ano	Indiferenciada	Doméstica	Católica
E 10 USF	32	Casada	Superior	Contabilista	Trabalho estável	Católica
E 11 USF	31	Casada	Superior	Enfermeira	Trabalho estável	Católica
E 12 USF	37	Casada	Superior	Professora	Trabalho estável	Católica
E 13 USF	30	Casada	Superior	Contabilista	Desempregada	Católica

As idades mais representadas são as idades entre os 29 e os 32 anos (2, anexo 6). Estes dados estão em consonância com os dados nacionais atuais (PORDATA, 2015) (tabela 3, anexo 6).

2.1. Instrumentos

Neste estudo utilizou-se o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (Saunders, Aasland, Babor, Fuente, & Grant, 1993) e um guião de entrevista semiestruturado.

O AUDIT é um instrumento de rastreio desenvolvido a pedido da Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo a versão portuguesa sido validada em 2002 (Cunha, 2002). O AUDIT foi desenhado para ser utilizado nos cuidados de saúde primários e avaliado numa grande variedade de contextos, populações e grupos culturais, permitindo detetar diferentes níveis de consumo de álcool, desde o consumo de baixo risco, de risco, nocivo e ainda a dependência, de uma forma rápida e simplificada. É composto por dez questões de escolha múltipla, das quais três rastreiam a existência de consumo (frequência e quantidade), três rastreiam sintomas de dependência e as quatro últimas referem-se a consequências do consumo de álcool. É o único teste de rastreio elaborado para utilização internacional, de forma que os seus resultados permitem ser comparados sem viés em diversos países. É consistente com as definições de dependência e uso nocivo de álcool do ICD-10.

Neste estudo, o AUDIT foi adaptado ao objetivo central da investigação (ver anexo 7), isto é, cada uma das suas questões foi subdividida em duas, referindo-se a primeira ao período da vida antes da gravidez, e a segunda ao período da gravidez atual para verificar eventuais diferenças (primeira questão de investigação). Por conseguinte, a pontuação total do AUDIT apresenta dois valores

distintos: um para os consumos antes da gravidez atual e outro para os consumos durante a gravidez atual. O AUDIT foi integrado no guião, e foi aplicado na sua versão entrevista.

Para a entrevista semiestruturada foi desenvolvido um guião que pretendeu explorar os fatores associados ao consumo de álcool na sua vertente emocional, cognitiva, comportamental e social. As participantes foram convidadas a manifestar as suas opiniões e atitudes mediante estratégias de prevenção seletiva (nomeadamente o fornecimento de informação por parte dos profissionais de saúde), indicada (nomeadamente atitudes perante o aconselhamento de redução do consumo de álcool na gravidez por parte dos profissionais de saúde), e ambiental (atitudes perante medidas como rótulos de aviso em bebidas alcoólicas, avisos publicitários). Uma vez que não há retorno acerca do impacto destas estratégias de prevenção nas mulheres grávidas deste país, é imprescindível dar-lhes voz para afinar essas mesmas estratégias.

Após serem realizadas as primeiras entrevistas, e fruto dos conteúdos obtidos, o guião foi reformulado considerando-se novos elementos e mais especificação (Anexo 2 – versão final guião entrevista). O guião aborda os seguintes temas: Consumo de álcool e suas circunstâncias, informações/conhecimentos sobre consequências do consumo de álcool durante a gravidez, rastreio e prevenção seletiva, prevenção ambiental e prevenção indicada.

Evidencia-se aqui o caráter circular característico da pesquisa qualitativa (Mack, Woodsong, Macqueen, KGuest, & Namey, 2005), que se constitui como um processo interativo, não linear ou estanque.

2.2. Procedimentos

2.2.1. Recolha de dados

O envolvimento da USF obrigou ao processo de solicitação de parecer prévio da Comissão de Ética da ARS Norte e dos responsáveis do ACeS e USF. Após as autorizações, a equipa de saúde solicitava a participação à respetiva utente grávida após a sua consulta materno-infantil. Todo este processo foi bastante moroso. Na outra situação, os contactos eram passados à investigadora que, telefonicamente, procedia à marcação da entrevista.

A recolha de dados das participantes incluídas via método *snowball* foi efetuada em contexto, dia e hora da escolha da participante, e a recolha de dados das utentes da USF foi efetuada na sala de reuniões daquela USF, antes ou após a sua consulta de saúde materno-infantil realizada pelo/a médico/a de família e pelo/a enfermeiro/a. Antes de iniciar a entrevista semiestruturada era explicado à participante o âmbito do estudo e pedida a assinatura de um consentimento informado (anexo 3). As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas *ad verbatim*.

A duração das entrevistas oscilou entre 20 e 50 minutos, e todas elas foram realizadas pela mesma pessoa.

2.2.2. Tratamento de dados

Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra. De seguida, procedeu-se à leitura integral destas, de modo a ganhar uma primeira impressão do conteúdo do discurso, bem como a identificar eventuais tendências e padrões relevantes (Ritchie & Lewis, 2003). Por último, as entrevistas transcritas foram trabalhadas com base num processo de análise semi-indutivo e com recurso ao NVivo 10, um *software* de análise qualitativa que permite a codificação de entrevistas e de cruzamento de dados. O processo de tratamento dos dados teve colaboração constante (discussão, decisões conjuntas) de um outro membro da equipa de investigação, e a colaboração pontual de outro membro desta mesma equipa, procurando-se cumprir critérios de qualidade descritos para a metodologia qualitativa (Palinkas, 2014). Quanto aos dados do AUDIT, foram analisados com recurso ao *software* SPSS, utilizando-se estatística descritiva. Devido ao tamanho do grupo e à distribuição de resultados, e devido ao pendor predominantemente qualitativo da investigação, considerou-se não adequado para o atual momento do trabalho a prossecução de outro tipo de análise estatística.

3. Resultados

Em primeiro lugar serão apresentados os dados quantitativos referentes ao padrão de consumo de álcool antes e durante a gravidez (tabela 5, anexo 6). Para além do valor total, considerou-se importante incluir as respostas aos itens 1 e 2, como será explicado na discussão dos resultados.

Do total de participantes, 12 (92,3%) revelam consumos antes da gravidez e 3 (23%) durante a gravidez.

As entrevistas semiestruturadas realizadas receberam o código “E” com fim a garantir a confidencialidade das participantes neste estudo. As entrevistas realizadas no âmbito dos cuidados de saúde primários receberam o código adicional de “USF”.

As categorias obtidas com a codificação das entrevistas foram decompostas em subcategorias, constituindo um sistema/ árvore (anexo 4). De modo a promover uma melhor organização e compreensão deste sistema e da diferenciação entre as diversas gerações de categorias, optou-se pela discriminação visual entre as mesmas, recorrendo para tal à utilização de distintas fontes tipográficas. Desta forma, as categorias de 1ª geração serão representadas ao longo do estudo pelo recurso ao tipo de letra sublinhado (e.g., Consumo e/ou abstinência da própria). Por sua vez, as categorias de 2ª geração correspondem ao tipo de letra itálico (e.g., *Consumo*), enquanto as categorias de última geração (que poderão incluir categorias da 2ª, 3ª, 4ª ou 5ª geração) serão representadas por recurso ao tipo de letra negrito (e.g., **sim**). Em algumas situações, estes estilos tipográficos poderão coexistir com os outros tipos de letra, consoante a geração a que pertencem (e.g., ***Resposta à Pressão Social Explícita***).

A análise dos dados obtidos deu origem a um sistema geral de categorias (anexo 4 e 5), composto por oito categorias principais, nomeadamente consumo e/ou abstinência da própria, álcool e outros

significativos, álcool e outras mulheres grávidas, autorrelato, informação, acompanhamento gravidez, prevenção ambiental e tempo.

A primeira das categorias principais, a do consumo e/ou abstinência da própria, refere-se a todo o tipo de atitudes (vertente cognitiva, sentimental e comportamental) associadas ao consumo e/ou à abstinência de álcool das entrevistadas, tanto antes da gravidez como durante a mesma. Esta categoria foi dividida nas subcategorias de *abstinência, consumo, pressão social consumos*, e ainda *sem posicionamento* quanto ao tema do consumo de álcool e gravidez. A primeira subcategoria, a da *abstinência*, divide-se na confirmação da abstinência (**sim**), no eventual **padrão** de abstinência, referente a situações ou locais nos quais a entrevistada não bebe álcool, nos motivos alegados pelas entrevistadas para a abstinência de álcool, e nas **atitudes perante a abstinência**, ou seja, se a entrevistada relata **facilidade** ou **dificuldade** em não beber álcool. Estes motivos são vários, constituindo categorias de última geração: **saúde em geral**, o **hábito familiar** de não beber álcool, um **acontecimento de vida** que contribui para a abstinência de álcool, o facto de a entrevistada não precisar (**não precisa**) e de não gostar (**não gosta**) de beber álcool, e a **gravidez**. A segunda categoria pertencente à categoria principal do consumo e/ou abstinência da própria é a do *consumo*, cuja primeira subcategoria é a confirmação do mesmo (**sim**), seguida pelas categorias do padrão de consumo, dentro do qual houve referências a dois padrões distintos, nomeadamente o **esporádico** e o **semanal**, a quantidade de bebidas alcoólicas consumidas, podendo esta ser **definida** ou **indefinida**, e tendo ainda surgido **dúvida quantidade aceitável na gravidez**. Segue-se a subcategoria do tipo de bebida consumida pelas entrevistadas, tendo sido encontradas referências para **cerveja, champanhe, vinho e bebidas destiladas**, e a subcategoria referente ao contexto dos consumos de álcool. Os contextos mencionados foram **jantares com amigos**, contextos recreativos (**noite**), **refeições em família** e **acontecimentos festivos**. Como motivos para o consumo de álcool, as entrevistadas alegaram oito motivos diferentes: **preferência por bebida**, o **tipo de refeição** que convidava a beber álcool, a **decisão consciente** de consumir álcool, a **desvalorização dos riscos** associados ao consumo, a **falta de informação**, a **pressão social** para consumo, um **acontecimento de vida** que está associado ao consumo e, finalmente, o **hábito**. A subcategoria que se segue, ainda no âmbito da categoria do consumo, é a referente às **atitudes perante o consumo** de álcool. Estas subdividem-se em **desvalorização dos riscos**, em referências quanto ao **efeito do álcool**, em **preocupação ou culpa**, e em **indecisão beber ou não beber** álcool. A última subcategoria dentro da categoria do consumo é a dúvida manifestada por uma das entrevistadas quanto à existência ou não de um consumo de álcool durante a sua gravidez (**dúvida existência**). Ainda pertencente à primeira categoria principal aparece a categoria da *pressão social para consumos*. Esta categoria de segunda geração divide-se em três categorias de terceira geração, nomeadamente pressão explícita, implícita (indireta) e **inexistência** de pressão social exercida sobre as entrevistadas. Como agentes da pressão explícita foram identificados o **marido/ companheiro** da entrevistada, elementos da **família**, os **amigos, colegas de trabalho** e ainda pessoas não especificadas (**inespecífico**). Foram elencados motivos pelos quais esta pressão

social é exercida pelos agentes (**motivos atribuídos**), pressão esta que pode ser **pressão para consumo** ou **pressão para abstinência** de álcool. Por fim criou-se a categoria da **resposta à pressão social explícita**, ou seja, esta categoria inclui os diversos tipos de resposta da participante à pressão social explícita exercida. No âmbito da pressão social implícita, os agentes referidos foram menos, nomeadamente a **família**, os **amigos** e **inespecíficos**, e foi relatada **pressão para consumo** e **pressão para abstinência**. Criou-se ainda a subcategoria da **resposta à pressão social implícita**. Por fim houve referências quanto à **inexistência** de qualquer tipo de pressão social para consumir ou não consumir álcool. A última categoria de segunda geração no âmbito da categoria do consumo/abstinência da própria entrevistada é referente à *ausência de posicionamento* da mesma quanto ao tema do consumo de álcool na gravidez, subdividindo-se em referências quanto à **ausência de reflexão acerca do tema** e em **motivos ausência de posicionamento** estabelecido.

A segunda categoria principal do sistema geral de categorias foi denominada de álcool e outros significativos. Começando pelo *marido/ companheiro* das entrevistadas, foram criadas categorias para a sua abstinência (**abstinência marido/companheiro**) e para o consumo marido/ companheiro. Como padrão deste consumo surgiram referências quanto ao padrão **ocasional**, **diário**, **binge** e **nocivo**. O tipo de bebida alcoólica referida foi a **cerveja** e o **vinho**. As participantes alegaram ainda motivos pelos quais o marido/ companheiro tem consumo de álcool (**motivos consumo companheiro/ marido**). Quanto à *família* das entrevistadas, foram referidos consumos por parte da família de origem (**pai, pais, familiares masculinos, avó** e **inespecífico**), e por parte dos **sogros**. O padrão mencionado foi o de consumo **diário** e o de **nocivo/ dependência**. O tipo de bebida alcoólica referida como sendo consumida pelos elementos da família foi **cerveja** e **vinho**. Quanto à categoria dos *amigos* das participantes, surgiram referências quanto à **abstinência grupo de pares** e ao **consumo grupo de pares**. A categoria do *posicionamento partilhado* foi criada para englobar referências quanto à partilha de posições relativas ao consumo de álcool na gravidez entre as entrevistadas e a sua rede social de proximidade. Existem referências quanto à partilha de posicionamento com o marido/ companheiro (**sim** e **não**), acontecendo o mesmo com elementos da família (**sim** e **não**) e com os amigos (**sim** e **não**).

Voltando às categorias de segunda geração, desta vez a do *álcool e outras mulheres grávidas*, esta divide-se nas subcategorias da **abstinência de outras mulheres grávidas** e consumo de outras mulheres grávidas. Esta última diz respeito ao conhecimento da **existência** dos mesmos por parte das entrevistadas. Seguem-se referências aos motivos (reais ou imaginados) para o consumo destas outras mulheres grávidas, que constituem as oito categorias de última geração. As participantes referem que outras mulheres bebem álcool por prévia tomada de **decisão consciente**, por **desvalorizarem os riscos** deste consumo, por **falta de informação**, por **pressão social**, como resposta a um **acontecimento de vida**, ou por **hábito ou dependência** desta substância. Incluíram-se ainda nesta subcategoria as dúvidas manifestadas pelas entrevistadas em relação a eventuais motivos para o consumo de álcool de outras mulheres grávidas (**dúvida acerca dos motivos para consumo**) e **ausência de motivos**. Na

terceira subcategoria dentro da categoria do *consumo de outras mulheres grávidas* encontramos referências quanto a atitudes das entrevistadas perante estes consumos, atitudes que se subdividem em nove tipos diferentes: **desaprovação, desvalorização dos riscos do consumo, indiferença, mudança pós gravidez, respeito pela diferença** de comportamento, **consumo como doença**, a **dúvida** quanto à atitude a ter, a inexistência de atitude identificável (**sem posicionamento**) e **motivos** para esta **ausência de posicionamento**, e por fim a possível abordagem da entrevistada à outra mulher grávida aquando de um consumo de álcool presenciado (**sim** ou **não**).

A quarta categoria principal inclui todas as referências ao autorrelato do consumo de álcool por parte das participantes. A primeira subcategoria refere-se à *facilidade* do autorrelato de consumos de álcool, dividida entre a confirmação desta facilidade em falar acerca dos próprios consumos (**sim**), e os **motivos** pelos quais a entrevistada considera ser fácil falar sobre o seu consumo de álcool. Segue-se a categoria respeitante à *dificuldade* do autorrelato, subdividida entre a confirmação de dificuldade a este nível (**sim**) e dos **motivos** elencados para a mesma. A terceira subcategoria inclui as respostas ao desafio colocado às entrevistadas para se pronunciarem acerca de eventuais **formas de aumentar** o autorrelato de consumos de álcool, tendo verificado que parte das entrevistadas **não sabe** e outra parte deu **sugestões**. Ainda na categoria do autorrelato incluiu-se a subcategoria do **pedido esclarecimento pós-consumo** de álcool durante a gravidez. A criação desta categoria de terceira geração prende-se com o facto de terem surgido referências a este tipo de pedido de esclarecimento, tratando-se de um consumo relatado por mote próprio, e não da resposta a uma pergunta se houve ou não consumos de álcool.

A quinta categoria principal diz respeito à informação que as entrevistadas possuem acerca do tema álcool e gravidez. Surgiram referências para a criação das subcategorias de *conteúdo*, as suas *fontes*, o *público-alvo* considerado adequado para a receção deste tipo de informação, a sua *disponibilidade*, a *relação* que as participantes estabelecem *entre a informação e o consumo* de álcool, a *necessidade* que possam sentir em *ter mais* informação, e finalmente a *inexistência* de informação. Quanto à subcategoria do *conteúdo* da informação, esta foi dividida em duas categorias de terceira geração, a da mensagem central da informação existente, isto é, se esta é **anti-consumo**, **pró-consumo** ou se a entrevistada está **incerta**, e entre a categoria da informação acerca das consequências do consumo de álcool. A categoria das consequências do consumo de álcool consiste em quatro subcategorias, a do **conhecimento sobre consequências** do consumo de álcool na gravidez, a descrição destas mesmas consequências, incluindo a síndrome alcoólica fetal (**SAF**) e **outras**, a relação que a participante estabelece entre consequências do consumo e o tipo de consumo, aparecendo nesta subcategoria a **dificuldade em avaliar** esta relação e a relação estabelecida entre a **quantidade** de álcool consumida e as suas consequências, e a **frequência** do consumo com as respetivas consequências. Foi ainda pedida a opinião das participantes acerca da relação entre eventuais consequências do consumo de álcool consoante a fase da gravidez na qual ocorreram, tendo elas revelado que tinham **dificuldade em avaliar** esta relação, e tendo associado a esta relação a **quantidade** de álcool consumida, ou a

frequência do seu consumo. No âmbito da categoria do conteúdo da informação aparecem ainda as **dúvidas acerca de consequências** do consumo de álcool na gravidez. Quanto à subcategoria das *fontes* de informação, esta advém de dois tipos de contexto diferentes, o **contexto laboral** das participantes e do **contexto de saúde**, advém ainda da sua **formação académica**, dos media, tendo estes sido divididos em **literatura** (livros e revistas científicas), **panfletos** obtidos em contexto de saúde, **televisão** e **internet**, e de outras pessoas, nomeadamente de elementos da **família**, de pessoas **inespecificadas**, e ainda de **outras mulheres grávidas**.

Relativamente à subcategoria do *público-alvo* considerado indicado pelas entrevistadas para receber informação neste âmbito, as opiniões dividiram-se entre a **população geral**, as **mulheres** no geral, apenas as **mulheres grávidas** e ainda os **profissionais de saúde**. Em relação à subcategoria da *disponibilidade* da informação nesta área, as entrevistadas referiram que esta era de acessibilidade **difícil, fácil**, ou têm **dúvida** quanto à acessibilidade. Fizeram ainda uma **apreciação crítica** acerca da disponibilidade da informação. Relativamente à subcategoria da relação entre a informação existente e o consumo de álcool, há participantes que estabelecem uma relação (**com relação**), há aquelas que dizem que não há relação (**sem relação**), e aquelas que ficam indecisas (**indecisão**). A subcategoria da *necessidade de mais* informação foi dividida entre o **sim** e o **não**. Finalmente foi criada a subcategoria da *inexistência* de informação, esta subdividida entre a ausência ou desconhecimento de informação acerca de **consequências** do consumo de álcool na gravidez, de desconhecimento de **guidelines** quanto ao consumo de álcool na gravidez, da **prevalência** do fenómeno na população das mulheres grávidas, da existência de estratégias de **prevenção ambiental**, e da existência de **outras informações** acerca de **álcool na gravidez**. Segue-se a subcategoria dos motivos pelos quais as participantes referem ausência de informação, que podem ser **internos** ou **externos**.

Segue-se a sexta categoria principal, a do acompanhamento da gravidez em contexto de saúde. No que respeita o consumo de álcool, este acompanhamento dividiu-se em *rastreio* destes consumos, em *prevenção seletiva* e *prevenção indicada*. Dentro da categoria do *rastreio* encontramos os agentes do mesmo, tendo sido encontradas referências quanto aos cuidados de saúde primários, e dentro destes referências relativamente ao **enfermeiro(a)**, ao **médico(a)** ou não especificadas (**inespecífico**), referências em relação aos **cuidados de saúde secundários**, aos **cuidados de saúde privados**, e ainda referências não específicas quanto ao agente do rastreio do consumo de álcool na gravidez (**inespecífico**). As participantes fizeram **apreciações críticas** quanto ao rastreio efetuado em contexto do seu acompanhamento da gravidez, e algumas referiram ainda a **ausência de rastreio**. No âmbito da categoria da *prevenção seletiva*, a primeira subcategoria refere-se novamente aos agentes que intervêm neste âmbito. Os agentes subdividem-se, novamente, nos cuidados de saúde primários e dentro destes no **enfermeiro(a)**, no **médico(a)** ou **inespecífico**, nos **cuidados de saúde secundários**, nos **cuidados de saúde privados**, e ainda em referências não específicas quanto ao agente de prevenção seletiva (**inespecífico**). A segunda subcategoria da prevenção seletiva diz respeito a indicações que as participantes receberam no âmbito do consumo de álcool na gravidez, nomeadamente linhas

orientadoras (*guidelines*), e referiram se as conheciam ou não (**conhecimento**), e se consideram que estas linhas orientadoras estão bem divulgadas (**boa**) ou não (**má**). Referiram **dúvidas acerca da existência** de linhas orientadoras neste âmbito, fazendo de seguida uma **apreciação crítica** acerca das mesmas. Outra das subcategorias ainda dentro da categoria das indicações refere-se a **outras indicações** que as participantes possam ter recebido no âmbito do acompanhamento da sua gravidez. Segue-se uma categoria de terceira geração, dentro da subcategoria da prevenção seletiva, denominada de **apreciação crítica** de cariz geral no que diz respeito à prevenção seletiva, dentro da qual se encontram três categorias de quarta geração, a **importância da existência de informação** no âmbito da prevenção seletiva, o **agente desejado**, e **estratégias hipotéticas** neste âmbito. Encontra-se ainda dentro da subcategoria da apreciação crítica da prevenção seletiva a categoria respeitante ao **posicionamento dos agentes das intervenções preventivas** (real ou imaginado) em relação ao consumo de álcool na gravidez. De seguida foi criada uma categoria de ausência de indicações no âmbito da prevenção seletiva que inclui referências à **inexistência** de indicações e a **motivos ausência de indicações**. Na categoria principal da informação encontramos ainda a subcategoria de **prevenção indicada** que inclui todas as referências acerca de vivências ou atitudes entrevistadas neste âmbito.

A sétima categoria principal inclui referências quanto a duas estratégias de prevenção ambiental, a da criação de *dísticos* nas garrafas de bebidas alcoólicas, e a divulgação de riscos e consequências do consumo de álcool na gravidez em anúncios publicitários (*avisos publicidade álcool*). As participantes foram inquiridas acerca da sua **concordância** com a colocação de dísticos nas garrafas, e foi-lhes pedido que fizessem uma **apreciação crítica** acerca desta estratégia. De seguida deram a sua opinião acerca da **concordância** com a estratégia dos avisos em anúncios publicitários referentes ao consumo de álcool na gravidez, fazendo de seguida uma **apreciação crítica** acerca desta estratégia em particular. Incluiu-se nesta categoria da prevenção ambiental ainda uma terceira subcategoria, esta referente a comentários acerca de estratégias de prevenção ambiental **não especificadas**.

A oitava e última categoria principal diz respeito ao tempo, isto é, **antes da gravidez** ou durante a gravidez da respetiva participante. Ainda dentro da categoria do tempo durante a gravidez, dividiu-se as referências em relação à altura **antes de saber da gravidez** e **depois de saber da gravidez**, pois surgiram algumas referências à altura em que a entrevistada estava grávida mas ainda não tinha conhecimento deste facto.

4. Análise dos resultados e discussão

Com o objetivo de facilitar a compreensão da informação recolhida e de dar maior coerência ao discurso, a análise e discussão dos dados será apresentada de acordo com cada uma das questões de investigação.

1. Quais as diferenças entre o padrão de consumo de álcool durante a gravidez e antes da mesma?

Como podemos ver na Tabela 5 (anexo 6), a pontuação do AUDIT antes da gravidez e durante a mesma corresponde a consumo de baixo risco em 12 das entrevistadas; uma entrevistada não refere consumos. Uma vez que o AUDIT distingue entre padrões de consumo de baixo risco, nocivo e dependência e todas as entrevistadas se encontram no padrão mais baixo de consumo, surgiu a necessidade de analisar mais detalhadamente a pontuação obtida nas primeiras duas questões do AUDIT (tabela 5, anexo 6). A primeira questão do AUDIT refere-se à frequência do consumo de bebidas alcoólicas, com respostas variando entre zero pontos (nunca) e quatro pontos (quatro ou mais vezes por semana). A segunda questão do AUDIT questiona acerca do número de bebidas alcoólicas que a entrevistada consome na mesma ocasião, podendo as respostas variar entre zero pontos (uma ou duas bebidas) e quatro pontos (dez ou mais bebidas).

As pontuações nestas questões revelaram resultados diferentes conforme se tratava de antes da gravidez ou durante a mesma, como se pode ver na tabela 5 (anexo 6). Relativamente à questão 1 do AUDIT, nove das doze mulheres grávidas entrevistadas que referiram beber antes da gravidez cessaram o consumo de álcool na gravidez (pontuação zero), o que corresponde a uma percentagem de 69,2%. Este resultado é concordante com os do estudo do SICAD (SICAD, 2015), de acordo com o qual 74% das consumidoras de bebidas alcoólicas nos 12 meses antes da gravidez cessaram o consumo após conhecimento desta, enquanto 26% continuaram a beber após o conhecimento da gravidez.

Três participantes (25%) tiveram algum tipo de consumo de álcool durante a gravidez, sendo este descrito em detalhe mais à frente. A frequência de consumo em todas elas foi uma vez por mês ou menos (equivalente a um ponto), resultado este que condiz com o resultado do estudo de Xavier, Moreira e Gordinho (enviado para publicação), em que no grupo das mulheres que relatou consumo de álcool na gravidez, a maioria (82,6%) tinha uma frequência de consumo de uma vez/mês ou menos.

A frequência do consumo de álcool antes da gravidez repartiu-se entre duas a três vezes por semana (duas das participantes), duas a quatro vezes por mês (uma das participantes), e uma vez por mês ou menos (nove das participantes).

Duas das três participantes que mantiveram algum tipo de consumo durante a gravidez tinham o mesmo padrão de consumo antes de estarem grávidas (esporádico). A terceira entrevistada que mantém consumo de álcool durante a gravidez bebia álcool duas a três vezes por semana antes de engravidar, e reduziu a frequência do consumo para uma vez por mês ou menos.

Relativamente à questão 2, há a assinalar que nenhuma das entrevistadas bebia mais do que uma ou duas bebidas por ocasião, tanto antes como durante a gravidez.

Quanto ao sistema geral de categorias, para responder mais detalhadamente à primeira questão de investigação foram analisadas subcategorias pertencentes à categoria principal do consumo e/ou abstinência da própria, e as subcategorias pertencentes à categoria principal do tempo.

Durante a gravidez, seis das entrevistadas referem consumo de álcool (*“Bebi porque... Porque bebi, porque achei que devia beber.”* E13). Este resultado é superior ao resultado quantitativo do AUDIT.

Existem duas possíveis explicações para isso: por um lado, o AUDIT não discrimina quantidades de álcool abaixo da unidade padrão (uma bebida alcoólica), e as três participantes que não referiram consumos no AUDIT fizeram apenas um brinde (E07). Por outro lado, o consumo destas três participantes ocorreu na altura em que elas ainda não sabiam que estavam grávidas (**antes de saber da gravidez**) (*“Eu bebi, bebi na altura que não sabia... foi quando descobri.”* E05), o que é descrito em alguns trabalhos (e.g., Smith, Savory, Couves, & Burns (2014).

Quanto ao contexto de consumo **antes da gravidez**, os consumos aconteciam em contexto recreativo (**noite**) (oito participantes) (*“E cheguei a beber numa saída à noite uma vodka preta com ananás, uma coisa assim desse género.”* E12), em **acontecimentos festivos** (*“Depois as bebidas espirituosas é mais casamentos, ou assim uma festa privada.”* E02), (sete participantes), em **jantares com amigos** (*“Devia ser uma vez por mês, talvez, nuns jantares ou numa saída de amigos...”* E02), (cinco participantes) e durante **refeições em família** (*“Lá está, pode ser uma saída com amigos, pode ser um jantar de família, mas...”* E10) (duas participantes).

Cinco das seis participantes que relatam consumo durante a gravidez brindaram em **acontecimentos festivos**. Uma das entrevistadas bebeu no seu próprio aniversário (*“Foi na minha festa de 30 anos”* E03), e outra bebeu no seu próprio casamento (*“No meu casamento, sim.”* E10). Finalmente, uma das participantes admite beber esporadicamente na gravidez, em **jantares de amigos** (*“ (...) vamos jantar todas juntas, se tivermos de beber uma garrafa de vinho ou 2 vir para todas, vem.”* E06). É de referir que três das entrevistadas referem ter tido um consumo de álcool **antes de saber da gravidez**, uma delas durante um **jantar com amigos** (*“Eu não sabia que estava, aliás, eu tinha feito um teste de gravidez, e até tinha dado negativo. E nessa noite tinha um jantar e bebi um copo de sangria.”* E04) e as restantes três em **acontecimentos festivos** (*“Tive um jantar, estava desconfiada, e aí bebi só um golinho de champanhe para brindarem, e mais nada.”* E11), e que uma das entrevistadas manifestou ter dúvidas quanto a ter consumido álcool em acontecimento festivo (**dúvida existência**), já durante a sua gravidez (*“Eu tive um casamento e não sei se terei molhado a boca.”* E12).

Chang (2011) afirma no seu estudo piloto que um dos possíveis fatores associados ao consumo de álcool na gravidez é o contexto de consumo prévio à gravidez. Neste grupo de participantes, o contexto mais citado antes da gravidez (recreativo) deixou de ser um contexto de consumo; os acontecimentos festivos são um contexto de consumo tanto anterior à gravidez como se mantêm como contexto frequente durante a mesma.

Em relação ao padrão de consumo **antes da gravidez**, oito das participantes tinham um padrão de consumo **esporádico** (*“Bebia esporadicamente, digamos assim.”* E04), e cinco delas tinham um padrão **semanal** (fim de semana) (*“Ao fim de semana porque vamos jantar fora e pede-se um copo de vinho.”* E03). Durante a gravidez, todas as participantes beberam apenas esporadicamente (*“Pode acontecer hoje beber e amanhã beber e daqui... estar meses sem beber.”* E06), o que coincide com os dados do estudo do SICAD (2015), que apontam para o consumo **esporádico** como o padrão mais frequente.

Em relação à quantidade de álcool consumida, e quando se referem a uma quantidade **definida antes da gravidez**, surgem referências a menos do que um copo (“*Aprecio também sangria, especialmente branca, e vinho, mas pronto, nem um copo consigo beber*” E04), (uma participante), um copo (“*e ao fim de semana porque vamos jantar fora e pede-se um copo de vinho*” E03), (sete participantes) e dois copos (“*Duas. Cerca de uma, duas.*” E05) (três participantes). Quando há referência a quantidades **indefinidas**, todas elas se referem a baixas quantidades (“*Sim, por exemplo, ou num aniversário de um familiar, mas que, não é, nem é todos os meses e...é muito pouco.*” E13). Durante a gravidez, três das participantes fizeram apenas um brinde, isto é, beberam menos do que meio copo (“*Bebi. Na passagem d’Ano um golinho de champanhe.*” E13), uma das entrevistadas bebeu meio copo (“*Não, tanto que nem consegui beber o copo até ao fim.*” E03), e duas beberam um copo (“*Foi na minha festa de 30 anos, que bebi um copo de vinho.*” E03). Existe, portanto, uma clara redução na quantidade de álcool consumida durante a gravidez, o que vai de encontro a dados de outros trabalhos (e.g., SICAD, 2015)

Em relação ao tipo de bebida ingerida **antes da gravidez**, as **bebidas destiladas** foram as mais consumidas (por oito das participantes) (“*Era mais Baileys, ou licor de café*” E01), seguidas pelo **vinho** (sete participantes) (“*Vinho, principalmente ao fim de semana.*” E03). Segue-se a **cerveja** (cinco participantes) (“*Essencialmente... assim, uma cerveja...*” E02), e por último o **champanhe** (quatro das entrevistadas) (“*Ou champanhe, ou... era mesmo mais à base de champanhe.*” E13). Durante a gravidez, o **champanhe** passa a ser o tipo de bebida mais consumida (quatro das participantes) (“*Bebi. Na passagem d’Ano um golinho de champanhe.*” E13), seguido pelo **vinho** (três das participantes) (“*Mas se calhar vamos sair todas juntas, vamos jantar todas juntas, se tivermos de beber uma garrafa de vinho ou 2 vir para todas, vem.*” E06) e pelas **bebidas destiladas** (vinho do Porto, uma participante) (“*Na gravidez recordo-me de duas vezes em que estive com um copo de... uma vez vinho do Porto,*” E04). É importante referir que a quantidade de Vinho do Porto foi um brinde.

Estes dados coincidem, em parte, com os dados do estudo do SICAD (2015), que revelaram que o consumo de álcool na gravidez era, na maioria da amostra inquirida, esporádico ou nulo. No entanto, a bebida mais consumida segundo aquele estudo foi o vinho, enquanto as participantes do presente estudo referiram mais o champanhe como bebida eleita para o consumo ocasional. Note-se que no estudo do SICAD, quantitativo, não existiu a opção “champanhe” no inquérito.

Embora o tipo de consumo referido pelas participantes seja um “consumo social”, que não constitui um consumo de risco na ausência de gravidez, na gravidez corresponde ao não cumprimento das indicações da OMS para não consumo (WHO, 2014), e mais uma vez testemunha que há mulheres que bebem durante a gravidez como aparece descrito em diversos trabalhos (e.g., Xavier, enviado para publicação, e Nykjaer, 2014).

O rigor da análise do consumo de álcool e das suas circunstâncias em mulheres grávidas depende do rigor do autorrelato destes consumos. Para além disso, há diversos estudos que comprovam que o

subrelato do consumo de álcool na gravidez é frequente (e.g., Gray & Henderson (2006); Nelson, Naimi, Brewer, & Roeber (2010). Por estes motivos decidiu-se incluir no guião da entrevista o tema referente ao autorrelato, que deu origem a uma categoria principal no sistema geral de categorias e respetivas subcategorias. Houve seis entrevistadas que consideraram que o autorrelato de consumos de álcool era fácil (**facilidade**) (“*Mas acho que falar nisso não é difícil*” E07), e dez que referiram ser difícil (**dificuldade**) (“*Mas há mulheres que bebem e que estão grávidas e que não conseguem dizer.*” E09). As suas opiniões por vezes dividiam-se conforme estavam a falar delas próprias (nenhuma referiu ser difícil), (“*Eu não tinha qualquer problema!*” E10), ou se estavam a colocar-se no lugar de outras mulheres grávidas (“*Tem dificuldade, realmente, quem bebe.*” E12)

Duas participantes alegam que seria fácil para elas falarem acerca dos seus consumos mesmo se estes fossem regulares ou até nocivos, pois desta forma poderiam receber ajuda (“*Dizia. Até podiam-me ajudar a deixar o álcool.*” E09). Três referem **facilidade** no autorrelato porque não têm nenhum PLA (“*Se forem pessoas que não têm hábitos, eu creio que é fácil, como é o meu caso.*” E12). Duas das entrevistadas especificam que o autorrelato é mais fácil com o enfermeiro do que com o médico (uma destas é enfermeira) (“*Mais facilmente se calhar com o enfermeiro do que propriamente com o médico.*” E08).

Quanto à **dificuldade** no autorrelato, seis das dez entrevistadas relacionam PLA à dificuldade no autorrelato (“*Acho que só será difícil se houver algum problema*” E07), e cinco participantes relacionam a **dificuldade** do autorrelato com o estigma social associado ao consumo de álcool na gravidez (tabu, preconceito, deseabilidade social, vergonha) (“*Acho que há muito preconceito ligado a isso.*” E03).

2. Quais as cognições/ sentimentos associados ao consumo de álcool durante a gravidez da própria e de outras mulheres grávidas?

Para responder a esta questão de investigação foram tidas em conta a categoria de quarta geração referente à **dúvida da quantidade aceitável durante a gravidez**, pertencente à categoria principal do consumo/ abstinência da própria, a dos **motivos para a abstinência** de consumos da própria, a da **atitude perante a abstinência**, os **motivos para o consumo** de álcool da própria na gravidez, as **atitudes perante o consumo**, as categorias de quarta geração referentes à **resposta à pressão social explícita** e **resposta à pressão social implícita** para consumos da própria (**pressão social para consumo**), a categoria referente à **ausência de reflexão acerca do tema e motivos de ausência de posicionamento**, os **motivos para o consumo** de álcool de outras mulheres grávidas, e a categoria de terceira geração das **atitudes perante consumo** de outras mulheres grávidas. Analisaram-se ainda as categorias referentes ao tempo, nomeadamente a referente à altura **depois de saber da gravidez**.

Há três participantes que manifestam ter dúvida se existe uma quantidade aceitável de álcool que a mulher grávida pode ou não beber, colocando a hipótese de poder ser um copo ou um copo e meio,

sem especificações adicionais acerca do tipo de bebida ou da frequência de consumo (*“Embora não tenho a certeza, como já lhe disse, mas... da...qual é o patamar, (...)”* E01). Isto revela desconhecimento, por exemplo, das indicações da OMS (e.g., WHO, 2012) ou da linha orientadora de abstinência total de álcool durante a gravidez (DGS, 2014), discutida mais à frente.

Quanto aos motivos para a abstinência na gravidez, o motivo relacionado com um **acontecimento de vida** é referido por três participantes, como por exemplo uma que refere que a dependência alcoólica do pai influenciou a sua decisão para a abstinência no geral, incluindo na gravidez (*“Porque o meu pai bebia, e chegava a casa, e a minha mãe sofria de violência doméstica, por isso eu não queria passar por isso..”* E09). Todas as entrevistadas referiram a **gravidez** como sendo um motivo para não beber álcool (*“Não, porque estou grávida.”* E02), o que de forma algo indireta confirma os resultados do estudo de Kaup, Merighi e Tsunehiro (2001), que revelam que os motivos alegados pelas mulheres para interromperem o consumo de álcool na gravidez estavam relacionados, principalmente, com a saúde fetal. Outros motivos referidos foram o **hábito** (*“Sempre tive o hábito de não beber, porque acho que a gente não deve. Exagerar no álcool.”* E06), referido por seis participantes, **não gostar** (*“Porque não gosto.”* E01), relatado por dez participantes, **não precisar** de beber (*“Não sentia falta.”* E01), referido por duas participantes, e a **saúde em geral** (*“Porque sei o mal que faz à saúde”* E10), referido por três participantes.

Quanto ao posicionamento perante a sua abstinência, onze das participantes referem que é fácil não beber álcool durante a sua gravidez (*“Sim, é fácil.”* E01), tal como no estudo do SICAD (2015), no qual cerca de 90% das grávidas inquiridas consideraram ser fácil ou muito fácil não beber qualquer bebida alcoólica durante a gravidez. No entanto, há cinco entrevistadas que referem também alguma dificuldade em se manter abstinente em algum momento da sua gravidez. Criou-se nova matriz, desta vez cruzando a dificuldade em se manter abstinente durante a gravidez com o contexto de consumo, aparecendo como único contexto identificado o dos **acontecimentos festivos** (*“Reparo só porque... às vezes fico a pensar: Se não estivesse grávida também bebia um copo.”* E02). As circunstâncias festivas parecem pois ser um fator que contribui para o consumo de álcool na gravidez, e um elemento a ser pensado para a prevenção.

Quanto aos motivos para o consumo durante a gravidez, foram elencados os sete motivos atrás referidos: Um **acontecimento de vida** (*“É o caso de ter experiência”* E05), relatado por uma participante, uma **decisão consciente** de consumir (*“Bebi porque... Porque bebi, porque achei que devia beber.”* E13), referido por duas participantes, a **desvalorização dos riscos** (*“Como eu só bebo um copo...”* E06), referido por seis participantes, por **falta de informação** (*“Porque estava entre a dúvida se seria paranoia minha, por associar o álcool a efeitos prejudiciais, ou se pronto, como eles me estavam a dizer, um copo de vinho tinto, que nem faz mal.”* E03), referido por duas participantes, por **hábito** (*“Não vou dizer que eu bebo e não gosto de beber, não.”* E06), referido por 1 participante, por preferência por determinada bebida (*“Porque é a única bebida que é aceitável para mim.”* E01), referido por duas participantes, pelo **tipo de refeição** (*“E então se eu for comer uma feijoada, a água*

não me sabe bem com feijoada.” E06), referido por três participantes, e a **pressão social** (“*Porque o facto de estar em grupo, toda a gente também beber, acabamos por também irmos atrás, não é, entre aspas.*” E11) referido por nove participantes, o motivo mais referido. O facto de um dos motivos para consumo de álcool ser um acontecimento de vida significativo vai ao encontro de um estudo de O’Brian (2012), que evidencia no seu estudo que o consumo de álcool como mecanismo maladaptativo de coping pode constituir um fator associado ao consumo de álcool pré-natal. Existe relação evidenciada entre o uso de substâncias psicoativas e história traumática (Khantzian, 1997, cit. in O’Brian, 2012). O facto de as participantes desvalorizarem o consumo poderá estar ligado ao conceito de abstinência das participantes (Toutain, 2010), cujo estudo revela que o conceito de abstinência frequentemente não é percebido como sendo abstinência total.

Quanto ao posicionamento das participantes perante os seus consumos de álcool, duas participantes fazem referência ao efeito mais imediato do consumo de álcool (“*Sim. Eu caíu-me mal...*” E05), duas entrevistadas expressam **preocupação ou culpa** perante o seu consumo de álcool; uma delas refere-se a um episódio único de consumo antes de saber que estava grávida (“*Entretanto estava grávida...! Fiquei super preocupada com aquilo..*” E04). A outra entrevistada que revela sentir culpa (E 03, teve mais um ponto no AUDIT durante a gravidez, na questão referente ao sentimento de culpa) refere-se a dois consumos de álcool ocorridos sob pressão da família e do companheiro, tendo ainda manifestado indecisão quanto a beber ou não nas mesmas ocasiões (“*Foi na minha festa de 30 anos, que bebi um copo de vinho, mas com um sentimento de culpa gigantesco.*” E03; “*Um bocado de insegurança*” E03). A outra entrevistada que relata **indecisão quanto a beber ou não beber** álcool na gravidez ainda não tinha consumido álcool na altura da entrevista, mas refere que poderá vir a ter um consumo pontual de vinho em contexto recreativo (“*Por acaso agora até vou ter uma saída, esta sexta-feira, e nem sei o que vou fazer!*” E12). O posicionamento com mais referências é a da **desvalorização dos riscos** associados, manifestada por cinco entrevistadas. Duas delas desvalorizam os riscos do consumo único que tiveram antes de saberem da sua gravidez (“*E não é expressivo.*” E07), duas delas referem-se a um consumo pontual/ único durante a gravidez (“*creio que se fizer uma vez, e com a quantidade que é mínima, creio que também não vou prejudicar.*” E12), e uma refere-se aos seus consumos esporádicos durante a gravidez (“*Como eu só bebo um copo...*” E06).

Já no âmbito da categoria de terceira geração da *pressão social para consumos*, especificando a **resposta à pressão social explícita**, nove das treze participantes recusam ou recusariam a oferta de bebidas alcoólicas na gravidez (“*Digo que não, pronto, normalmente.*” E01), sete alegariam a gravidez como motivo (“*Não, porque estou grávida.*” E02), e apenas uma relata a experiência repetida de ter sido pressionada pela família para beber e numa das ocasiões acabou por fazê-lo, com sentimentos de insegurança e culpa associados (“*Foi na minha festa de 30 anos, que bebi um copo de vinho, mas com um sentimento de culpa gigantesco.*” E03). Nas outras ocasiões em que é pressionada, decidiu evitar a justificação da gravidez porque percebeu que este motivo não é aceite. Prefere

inventar outra desculpa para não beber (*“Digo que não, que estou cheia de vontade mesmo de beber água, porque tive enjoada, ou assim, até sou capaz de dar uma desculpa.”* E03).

A nível da **resposta à pressão social implícita** para consumo, todas as participantes referem alguma situação na qual sentiram este tipo de pressão: Três participantes referem vontade para consumir álcool quando estão em contexto social (inespecífico) de consumo, apesar de não o fazerem (*“Portanto é algo que, lá está, nas tais ocasiões sociais, o calor, toda a gente... toda a gente está a beber, eu lembro-me “olha, se calhar também me sabia bem”, mas nem sequer me sinto tentada... a beber.”* E04). Duas participantes relatam que brindaram em contexto festivo porque lhes parecia mal não brindar (*“um brindezinho na passagem d’Ano também não sei o que me parecia não brindar...e pronto.”* E12). Skagerstrøm, Chang e Nilsen (2011) afirmam na sua revisão sistemática de 14 estudos internacionais que as normas culturais quanto ao consumo de álcool tendem a ter mais influência sobre o consumo do que restrições legais. Esta noção é importante para melhorar o tipo de intervenção preventiva, pois a prevenção ambiental não é suficiente para alterar hábitos familiares e tradições culturais -aspectos pertencentes ao macrossistema, de acordo com Bronfenbrenner (2004).

Relativamente à **resposta à pressão social implícita** para a abstinência, é manifestada a opinião por duas participantes de que a sociedade poderá ajudar a combater o consumo de álcool na gravidez se estiver informada acerca dos riscos associados e se exercer este tipo de pressão social (*“Se houver essa consciência, não só para a mulher grávida mas para toda a população, a pressão social também vai limitar um bocadinho isso.”* E01). Em relação à análise das categorias da **ausência de reflexão acerca do tema** e dos seus motivos, seis das treze entrevistadas afirmam nunca terem pensado no assunto de consumir ou não álcool na sua gravidez (*“Foi o que eu disse, nunca pensei no assunto.”* E13). Uma delas alega como motivo a sua gravidez não ter sido planeada (*“Não, porque eu não pensava em engravidar tão cedo.”* E05), as restantes duas alegam consumos muito pontuais de álcool antes da gravidez, de forma que este era um tema com o qual não se preocupavam (*“Não porque como eu já me conheço, já antes pouco bebia.”* E07). De facto, estas duas entrevistadas têm como padrão de consumo antes da gravidez o **esporádico**, como demonstrou a matriz criada para o efeito cruzando o padrão de consumo antes da gravidez com as duas fontes identificadas.

As participantes manifestaram diversas referências ao consumo de álcool de outras mulheres grávidas, porque conhecem outras mulheres grávidas que o fazem, e porque têm cognições e sentimentos associados ao seu consumo de álcool. Os relatos acerca do que pensam e sentem em relação a mulheres que se encontram na mesma condição que elas próprias ajudar-nos-á a perceber fatores relacionados com o consumo de álcool ou a abstinência sob outro ponto de vista que não o da própria. Duas das participantes referem ter amigas grávidas que não bebem álcool (*“Porque eu estou a lembrar-me agora de duas colegas que estiveram grávidas, e uma delas pelo menos tinha um consumo um bocadinho maior que o meu, e cortou.”* E07), e oito referem conhecer ou terem conhecido mulheres grávidas que bebem álcool durante a gravidez (*“Sim, tenho vizinhas que beberam durante a gravidez toda.”* E05).

O motivo mais referido para consumos de álcool de outras mulheres grávidas é o **hábito ou dependência** deste consumo (dez participantes referiram este motivo) já prévio à gravidez, e por esse motivo difícil de cessar (*“Mas lá está, uma pessoa que já tem um problema acho que não vai deixar de abster ou de beber por estar grávida.”* E08). Seguem-se os motivos da falta de informação (*“Se ela soubesse, não bebia. É o risco, porque não informaram o que deviam ter informado.”* E09) e da desvalorização dos riscos (*“Acho que, à partida, imagino que, na cabeça delas, o consumo que fazem não atinge a quantidade suficiente para ter consequências, digo eu.”* E04) (sete participantes, respetivamente). A **desvalorização dos riscos** está, na opinião das participantes, ligada ao consumo de baixo risco (ocasionalmente um copo), isto é, as participantes entendem que as mulheres grávidas cujo padrão de consumo é de baixo risco desvalorizam eventuais riscos destes consumos para o bebé (ver exemplo atrás citado). Quanto ao motivo da **pressão social**, as quatro participantes referem-se sempre à pressão implícita para o consumo, isto é, na sua opinião as outras mulheres grávidas consomem álcool em contexto de convívio social, por não resistirem à pressão (*“Não conseguem resistir quando estão em grupo”* E11). Quatro entrevistadas manifestam a opinião de que há mulheres grávidas que bebem álcool porque assim o escolheram fazer, a decisão do consumo é uma **decisão consciente** (*“Lá está, apesar daquilo que dizia, muitos casos que conheço, acho que são escolhas”* E04). Três participantes associam **acontecimentos de vida** ao consumo de outras mulheres grávidas, tais como a fuga a problemas ou a adaptação à gravidez (*“Pode ser por fugir a problemas”* E06). Três participantes afirmam não encontrarem motivos para o consumo de outras mulheres grávidas (*“Ou melhor, beber bebem, não têm é motivo.”* E10).

A subcategoria de terceira geração das **atitudes perante o consumo** de álcool de outras mulheres grávidas foi outra das categorias tida em conta para responder à segunda questão de investigação. Doze das treze participantes reprovam o consumo de álcool de outras mulheres grávidas (*“Que ela não está a pensar no que está a fazer. Que está a afetar o bebé. O bebé não tem culpa.”* E09). Este resultado confirma o resultado de Peardon et al.(2010), que reporta que 79,2% das mulheres inquiridas relataram desaprovar mulheres grávidas que consomem álcool. Cinco participantes mostraram-se indiferentes a estes consumos (Eu: *“E agora que está grávida? Repara?”* RM: *“Acho que não...”* E02), três desvalorizam os riscos associados (*“Depende da quantidade do álcool também que bebem, não é? Porque eu acho que antigamente diziam “ai um copinho de vinho tinto...não faz mal nenhum!”* E08), três manifestam respeitar escolhas diferentes da própria (*“Não sei dizer, porque não... não julgo...as pessoas por”* E13) e três têm dúvida em relação à atitude que teriam nessa situação (*“mas... não sei, não faço ideia qual seria a minha reação.”* E08). Uma das participantes refere que agora que está grávida a sua atitude perante o consumo de outras mulheres grávidas é diferente, isto é, passou da indiferença para a desaprovação (*“Penso de outra forma.”* E01). Quatro das treze participantes admitem que poderiam abordar a outra mulher grávida no sentido de a alertar para riscos associados (*“Se calhar era capaz de dizer “olha, atenção que...”* E07) e cinco participantes não abordariam a outra mulher grávida, por não a conhecerem (*“Se eu não conhecesse a pessoa,*

obviamente não... acho que ninguém tem que se meter, não é." E08) (duas participantes) ou por imaginarem que ela pudesse levar a mal a sua abordagem (*"Tenho um bocadinho de receio com essas coisas. Porque muita gente leva a mal."* E05) (duas participantes). Uma entrevistada não abordaria outra mulher grávida que estivesse a consumir álcool porque pensa que a frequência do seu consumo pode ser igual à da própria (um copo, ocasionalmente) e por isso não sente legitimidade para a julgar (*"Agora, se eu não conheço a pessoa de lado nenhum, e está a beber um copo, eu não vou estar a julgar a outra pessoa, porque pode estar a beber só um copo, e como eu bebo um copo ela pode pensar o mesmo de mim."* E06). Quatro entrevistadas referem não pensar nada quando veem outra mulher grávida a beber álcool (Eu: "E o que é que pensa quando vê uma mulher grávida a beber?" SC: *"Nada..."* (E06), principalmente porque essa situação nunca lhes aconteceu (*"Eu nunca vi."* E07). Na pesquisa bibliográfica realizada não se encontrou qualquer trabalho que aborde estas últimas questões e assim permitisse maior discussão/ comparação dos nossos resultados.

3. Qual é a informação que as participantes possuem acerca do consumo de álcool durante a gravidez, nomeadamente o tipo de informação, sua disponibilidade e fonte?

Pretendeu-se perceber qual a informação/conhecimento que as participantes possuem acerca do consumo de álcool na gravidez. Neste âmbito, foi tida em conta a categoria principal da informação, com todas as suas subcategorias.

No que respeita ao *conteúdo* da informação existente, e no âmbito da mensagem central que as entrevistadas relatam ter acerca do tema, duas defendem o consumo ocasional de álcool na gravidez (mensagem **pró-consumo**) (*"Ou cerveja preta, exatamente. "...não faz mal nenhum". Por isso eu também não sou apologista de ai não beber que nunca, não."* E08). As restantes seis falam acerca desta mensagem permissiva por parte de outras pessoas, nomeadamente médicos (*"e que lá os médicos deixavam beber à vontade"* E04), (duas participantes), ou familiares (*"Às vezes, a minha avó costuma dizer que um copo de vinho faz muito bem."* E05) e, como vemos pelo testemunho de E05, por vezes explícita. Relativamente à mensagem **anti-consumo**, todas as referências de doze participantes são apresentadas na primeira pessoa, o que pode transmitir a ideia que há maior à vontade das participantes em se identificarem com mensagens pró-consumo (*"Como já ouvi dizer "atenção que o álcool não é bom", então ai deixei."* E07). Há ainda manifestação de **incerteza** em relação à mensagem central por parte de quatro das participantes (*"Como aquela história de que um copo não faz mal, não sei."* E12)

No que respeita ao **conhecimento sobre consequências** do consumo de álcool na gravidez, oito das participantes afirmaram ter conhecimento que o consumo de álcool na gravidez tem consequências nefastas (*"Porque sei das consequências que poderia ter."* E11), embora a descrição destas mesmas consequências seja pouco específica: Sete das entrevistadas referem problemas no desenvolvimento fetal (*"Mas... se for continuamente, sim, isso vai afetar o desenvolvimento."* E01), duas falam na

síndrome de abstinência do recém-nascido e no seu sofrimento (*“Porque eu sei, não é, o problema que causa. O síndrome de abstinência do bebê, os atrasos de crescimento...”* E02), duas em malformações fetais (*“...O resultado disso é teres a criança com problemas!...uma má formação, um... ou uma situação qualquer!”* E07), duas entrevistadas referem informações erradas (*“sei que cria complicações respiratórias”* E12), duas sabem que o consumo de álcool pode provocar problemas cognitivos (*“que... eh... em termos desenvolvimentais possa trazer consequências, imagino também em termos cognitivos”* E04), uma refere problemas neurológicos (*“A nível neurológico.”* E03). Decidiu-se criar uma categoria isolada para referências a SAF, havendo três das participantes que falaram nela. Uma delas confundiu a sua descrição com a síndrome de abstinência fetal (*“A necessidade das crianças, não é, tem a ver com...ah, não, não, esqueça, tem a ver com consumo de ... não sei se será igual...?”* E04), outras das participantes conhecia alguns sintomas, mas desconhecia o nome da síndrome (*“Sei que se uma pessoa for alcoólica que pode afetar a criança, não é, e ela já vir... Como é que os mais os antigos diziam, já pode vir com aquele...”* E08), e a terceira conhecia a SAF (*“Sei, o síndrome alcoólico fetal.”* E11), mas a sua profissão é enfermeira e ela trabalha no serviço de neonatologia. Quatro das entrevistadas afirmam que se o consumo de álcool não for abusivo não há consequências para o bebê (*“se calhar um copo ou outro... de x em x, eu acho que também não vai ser ele que... vai prejudicar.”* E08). Duas participantes admitem não saber se há consequências para consumos de baixo risco (*“Depois, um consumo esporádico, sinceramente não sei. Não sei quais são as consequências.”* E01). Quatro das participantes referem que o consumo de álcool no início da gravidez, mais especificamente no primeiro trimestre da gravidez, é mais prejudicial (*“no primeiro trimestre estão em formação, portanto, não será positivo, creio eu.”* E12), mas onze das entrevistadas referem consequências do consumo de álcool sem as associarem e nenhum trimestre em particular da gravidez (*“Pelos malefícios do álcool... durante a gravidez.”* E01). A opinião de que os malefícios do álcool são maiores no primeiro trimestre da gravidez é partilhada pelas participantes do estudo qualitativo de Toutain (2010), que consideraram o primeiro trimestre de gravidez como sendo o único período durante qual existe perigo para o bebê.

Por fim, é importante referir que seis das participantes falam nas suas dúvidas quanto às consequências do consumo de álcool, tanto em relação ao consumo de baixo risco como em relação a consequências de consumos mais abusivos (*“Se calhar, se calhar!, será mais grave beber no início do que beber se calhar numa reta final em que ele já está mais formado.”* E12).

Em resumo, o conhecimento específico de consequências do consumo de álcool na gravidez das participantes é ausente, vago ou, por vezes até, errado. Estes dados coincidem, por exemplo, com os do trabalho francês de Toutain (2010), que relata no seu relatório sobre álcool e gravidez que as participantes no seu estudo parecem ter poucos conhecimentos acerca das consequências do consumo de álcool na gravidez, e mais especificamente da SAF.

Analisando as fontes da informação das participantes deste estudo, foi tida em conta a subcategoria das fontes de informação, assim como a subcategoria dos agentes de prevenção seletiva no âmbito do

acompanhamento da gravidez. As fontes de informação referidas advêm do **contexto de saúde** em sete das participantes. Duas delas referem ter lido **panfletos** com informação acerca do tema (“*e os panfletos que tínhamos, no centro de saúde*” E01), as restantes referem ter recebido informações da parte do médico e/ou da enfermeira dos cuidados de saúde primários que acompanham a sua gravidez (“A única que já me falou sobre o assunto, foi a enfermeira que me dá o curso de preparação para o parto.” E03). Apenas uma das entrevistadas faz referência ao obstetra privado como fonte de informação, pedida por ela própria após um consumo de álcool antes de saber que já estava grávida (“*E ele “Ah, não se preocupe, porque até às 12 semanas, foi a explicação que ele me deu, até às 12 semanas o organismo está preparado para que o bebé não absorva aquilo que são as opções da mãe, portanto, como há muita gente que ainda não sabe que está grávida, há esse corte.*” E04), e duas outras fazem referência a informações obtidas pela médica dos cuidados secundários (“*S., mas nem um copinho se calhar!*” E06). Quanto ao **contexto laboral** como fonte de informação, quatro das participantes obtiveram a informação devido ao exercício da sua profissão, sendo três delas enfermeiras e uma professora do ensino secundário que por vezes abordou o tema do alcoolismo nas suas aulas (“*Por... também pelo sítio onde trabalho. Com os pequeninos, não é? Na neonatologia.*” E02). A formação académica serviu como fonte de informação para quatro das entrevistadas (“*Tinha estudado em psicologia que faria mal beber durante a gravidez. Tinha estudado isso*” E03). Quanto aos media como fonte de informação acerca do consumo de álcool na gravidez, foram referidas a **internet**, a fonte mais citada (nove das participantes) (“*Na internet, logo.*” E02) a **literatura** (“*É informação de literatura, de livros.*” E11), sendo de realçar que duas das participantes referem esta fonte de informação como fonte possível e não realmente consultada (“*Deve haver estudos que comprovam que o álcool não deve ser ingerido durante a gravidez*” E10), **panfletos** em contexto de saúde (já atrás referidos), e a **televisão** (“*Penso que sim. Ouve-se...Mesmo a televisão...*” E08) (duas das entrevistadas). No estudo do SICAD (2015), as fontes privilegiadas de informação foram a internet e os profissionais de saúde (médico e enfermeiro). Um outro estudo (Dupraz, Graffa, Baraschea, Etterb, & Boulvain, 2013) revelou que menos de metade das participantes teve como fonte de informação o seu médico de família ou ginecologista. Verifica-se a importância da abordagem do tema pelos profissionais de saúde, por um lado porque parece ser uma das fontes privilegiadas de informação, por outro lado porque existe em Portugal o Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR) (DGS, 2015) que inclui o rastreio sistemático e abordagem dos consumos de álcool durante a gravidez. No entanto, estas linhas orientadoras parecem não ter sido cumpridas por alguns dos profissionais de saúde. (Campos & Ribeiro (2012)

Outra das fontes de informação, referida por cinco entrevistadas, é a **família** (“*É porque a minha mãe diz “beber faz mal”*” E09), sete entrevistadas referem fonte **não especificada** (“*Há quem diga que não tem problema nenhum*” E02), e quatro referem **outras mulheres grávidas** (“*Com uma das minhas amigas, que também estava grávida, já teve a bebé, que disse que tinha sido informada que não fazia mal nenhum beber um copo.*” E03). Mais uma vez, o relatório de Toutain (2010) relata que a

informação factual obtida através dos profissionais de saúde poderá ser totalmente descredibilizada pela influência de familiares ou amigos (Audet, April, Guyon, Koninck, 2006, in Toutain, 2010).

As entrevistadas foram inquiridas acerca do *público-alvo* que consideraram adequado para receber informação acerca do consumo de álcool na gravidez. Dez das treze participantes referiram que a **população em geral** deveria ter informação acerca do tema (“*Para todos. Para o público em geral.*” E02), três referem as **mulheres** como público-alvo desejado (“*É assim, sem dúvida nenhuma, em primeira instância, as mulheres, quer grávidas, quer não grávidas.*” E07), quatro participantes preferem a população específica das **mulheres grávidas** como público-alvo de campanhas de informação (“*Sim, para as grávidas em particular*” E02), e uma das participantes faz referência à importância dos **profissionais de saúde** receberem informação acerca do tema (“*Sim, de facto, isto acho que era uma coisa que já devia ser trabalhada na formação de base de cada um destes profissionais.*” E04).

Em relação à *disponibilidade* da informação, a maioria das entrevistadas (dez) considera que é **fácil** obter informação acerca do consumo de álcool na gravidez (“*Eu acho que hoje em dia o acesso à informação é simples, não é?*” E04), e três consideram ser **difícil** (“*Não acho nada fácil.*” E03). Há ainda três participantes que manifestaram a **dúvida** se as mulheres grávidas consumidoras de álcool teriam tido acesso a informação (“*Não sei até que ponto se alguém que beba, e que bebe às vezes, não sei se terá acesso fácil à informação.*” E01). Cinco das participantes fazem ainda **apreciações críticas** acerca da acessibilidade da informação (“*Agora, o problema é o de sempre, também. Procura quem já sabe, ou quem já...e portanto, esse é um problema, não é? Geralmente essa informação não chega a quem à partida poderia precisar dela.*” E04).

Seguem-se considerações acerca da *relação entre a informação e consumos*. Todas as entrevistadas referem que há relação (**com relação**) (“*mas sim, tenho informação, e por esse motivo opto por não beber.*” E01); no entanto, apenas cinco destas entrevistadas falam da sua própria vivência. As restantes oito entrevistadas fazem referências à existência desta relação referindo-se à população das mulheres grávidas no geral e não a elas mesmas (“*Se ela soubesse, não bebia. É o risco, porque não informaram o que deviam ter informado.*” E09). Simultaneamente, dez participantes referem **sem relação** (“*Penso que não alterava comportamentos, mas sim.*” E02) Há ainda seis entrevistadas que manifestam alguma **indecisão** (“*não sei até que ponto é que surte efeito*” E12). Estes dados corroboram o estudo de Peardon (Peardon et al., 2011) já atrás referido no capítulo das atitudes acerca da gravidez, que verificaram que o conhecimento acerca da temática do consumo de álcool na gravidez constituiu um fator menos inibidor para este mesmo consumo do que atitudes negativas. A eventual ausência de relação entre o conhecimento e o consumo de álcool é igualmente referida por Walker et al. (2005) no seu estudo exploratório, que mostra que mesmo uma pequena quantidade de tempo dedicada à revisão de informações na área da saúde aumenta o conhecimento, mas que desconhece se o conhecimento adquirido é retido a longo prazo e se leva a alterações no comportamento. Este dado remete para a importância da abordagem desenvolvimental na elaboração

de estratégias de prevenção, para que estas não consistam na mera transmissão de informação, mas sim considerem a mulher grávida como estando inserida em contexto familiar, social, e cultural (SICAD, 2013). Em relação à **necessidade de ter mais** informação, sete das oito entrevistadas que referem **não** sentir essa necessidade justificam-se dizendo que não bebem álcool na gravidez (“*Como não bebo, não... não me faz falta, não é.*” E01). Sete entrevistadas referem gostar de ter mais informação (**sim**), pela curiosidade que esta temática lhes despertou ao longo da entrevista (“*Porque estou provavelmente agora a detetar que não sei dizer exatamente o que aconteceria se bebesse, e gostava de saber.*” E02).

Analisando a última subcategoria dentro da categoria principal da informação, esta refere-se à *inexistência* da mesma. A área de desconhecimento referida por todas as entrevistadas diz respeito ao desconhecimento de **linhas orientadoras** no âmbito do consumo de álcool na gravidez (“*Deve haver mas não sei.*” E02). Isto significa que nenhuma das participantes parece saber que as entidades públicas aconselham as mulheres grávidas a não beber (DGS, 2014). Dez das entrevistadas reconhecem que não têm conhecimento acerca de **consequências** específicas do consumo de álcool na gravidez (“*Não sei quais são as consequências.*” E01). Outra área de desconhecimento diz respeito à **prevalência** do fenómeno (“*Eu acho que isto do concordar ou não tem muito a ver se existe uma população que realmente consome muito álcool. Eu não tenho esses dados, não é.*” E01) (duas participantes); a **prevenção ambiental** é outras das áreas em que três das entrevistadas afirmam não ter informação (“*Nunca tinha reparado naquilo...*” E04). Há ainda cinco participantes que referem inexistência de informação geral em relação ao assunto (“*Porque conhecimento... não sei.*” E13).

Como motivos para a ausência de informação, dez participantes do estudo referem **motivos internos** (“*Sim, nunca pesquisei.*” E03), e cinco referem **motivos externos** (“*Porque a médica nunca me informou.*” E09).

4. Quais os fatores (pessoais, familiares e sociais) que contribuem para o consumo ou a abstinência de álcool na gravidez?

A resposta a esta questão de investigação constitui uma tentativa de sintetização de todas as referências codificadas a partir do discurso das participantes que possam contribuir para o consumo de álcool na gravidez ou impedi-lo. Para isso foram revistas as referências das categorias, representadas na tabela 6 (anexo 6). Analisou-se ainda a tabela 7 (anexo 6) de classificação do padrão de consumo da família e do marido/companheiro e da pontuação obtida pelas participantes no AUDIT.

Da análise deste quadro há a realçar a pontuação obtida pelas participantes no AUDIT com o padrão de consumo do marido/companheiro e da família em três das entrevistadas. A primeira destas participantes (E 06) manteve a mesma pontuação no AUDIT antes e durante a gravidez (um ponto), o que significa que tem consumos de álcool durante a gravidez, e o seu pai (já falecido) tinha dependência de álcool. O marido, por sua vez, tinha consumo nocivo/ abuso, que parece ter reduzido

de acordo com as referências encontradas na categoria do padrão de consumo do marido/companheiro, consumo **nocivo**, que está codificada também para a categoria **antes da gravidez** (*“Quando eu o conheci, o meu marido bebia uma garrafa de litro de cerveja à hora do almoço, ou mais. E se calhar ao jantar. E depois com o hábito, chegou a vez de dizer assim: “Não, chega!”* E09). A segunda participante (E 09) nunca bebeu álcool nem antes nem durante a sua gravidez, e refere que o seu pai tinha dependência alcoólica, e que por esse motivo pediu ao companheiro para cessar o consumo de álcool quando foram viver juntos (*“porque eu disse que não queria que ele bebesse à minha beira, pelo cheiro já do álcool incomoda-me. E então ele disse que não valia a pena, que não bebia.”* E09). A terceira participante (E 10) manteve a pontuação obtida no AUDIT (um ponto), tendo referido na entrevista que a sua pontuação durante a gravidez se refere a um único consumo aquando do seu casamento, com anuência da médica do hospital, e refere que o seu pai tem consumo nocivo de álcool (*“Nem aprecio álcool, e pronto, e como tenho a situação do meu pai, sempre me revoltou um bocado”* E10), assim como o seu marido (*“É assim, nós estávamos a viver juntos já há um ano, antes de casar, eh...e poderia, aconteceu duas ou três vezes, exceder-se um bocado, mas era muito mais controlado.”* E10). Estes dados sugerem que o consumo de álcool de familiares ou do marido/companheiro fazem com que as entrevistadas tenham feito opções diferentes quanto aos seus próprios consumos de álcool quer antes, quer durante a gravidez. De referir ainda que a simples leitura da pontuação obtida no AUDIT pode significar consumos e circunstâncias dos mesmos muito distintas, tendo sido importante especificar as circunstâncias dos mesmos na entrevista (uma das vantagens da metodologia de investigação mista) (Cresswell & Plano Clark, 2011).

Em relação ao sistema geral de categorias e sua análise, serão discutidos em primeiro lugar os fatores pessoais que parecem contribuir ou impedir o consumo de álcool na gravidez.

No âmbito dos fatores pessoais, há a referir o motivo da **gravidez** como principal motivo potenciador da abstinência a gravidez (*“Porque estou grávida, claro.”* E04). Como fator de vulnerabilidade para o consumo de álcool na gravidez, mencionado por cinco participantes, de referir a **pressão social** (*“Sim, às vezes se estivermos todos em conjunto, se todos estiverem juntos a beber, sou capaz de beber”* E06), a **falta de informação** e a **desvalorização dos riscos** (ligada ao consumo ocasional), a **decisão consciente** do consumo, e o consumo como resposta a **acontecimentos de vida**. Outro fator pessoal associado ao consumo de álcool é a **dificuldade** manifestada por cinco entrevistadas em se manter abstinente em **acontecimentos festivos** (*“Portanto é algo que, lá está, nas tais ocasiões sociais, o calor, toda a gente... toda a gente está a beber, eu lembro-me “olha, se calhar também me sabia bem”* E04). Tal como já foi discutido na resposta à primeira questão de investigação, a atitude com mais referências é a da **desvalorização dos riscos** associados, manifestada por cinco entrevistadas, e por vezes ligada a consumos ocorridos antes de saberem que estavam grávidas (duas entrevistadas), o que remete para a importância de prevenir consumos na idade fértil da mulher, e ainda ligada a consumos irregulares e esporádicos durante a gravidez (prevenção seletiva) (SICAD, 2013).

Relativamente às **atitudes perante o consumo** de álcool na gravidez que, segundo o estudo de Peadar et al. (2011) foram os preditores mais fortes do consumo de álcool na gravidez, duas entrevistadas expressam preocupação ou culpa perante o seu consumo de álcool (“*porque eu própria, quando bebi o copo de vinho no restaurante, estava-me a sentir mal.*” E03). A atitude com mais referências é a da **desvalorização dos riscos associados**, manifestada por cinco entrevistadas (“*Como eu só bebo um copo...*” E06).

A nível da informação, para doze participantes o balanço das mensagens recebidas é **anti-consumo**, tal como já foi discutido (questão de investigação 3), o que potencia a abstinência. Há quatro participantes que não estão certas acerca do seu balanço pessoal da informação existente acerca do tema, o que poderá dificultar a opção de não consumirem álcool.

No que respeita a informação existente acerca das consequências do consumo de álcool na gravidez, foi já verificado na discussão da questão de investigação anterior que o conhecimento acerca das mesmas é inespecífico (“*Problemas de desenvolvimento, de crescimento*” E02) e escasso (“*Não. Assim muito detalhada, não.*” E03). Seis participantes têm dúvidas quanto às consequências do consumo de álcool, tanto em relação ao consumo de baixo risco como em relação a consumos mais abusivos. Mais uma vez, este dado remete para a falta de informação, e para a oportunidade que a gravidez oferece para intervir preventivamente (Skagerstrøm, Chang, & Nilsen, 2011).

A análise das fontes da informação existente pode dar indicações aos *stakeholders* acerca das fontes preferenciais de divulgação de informação nesta área. Fontes de informação referidas que sejam acessíveis para a população geral foram a **internet**, **panfletos em contexto de saúde** (já atrás referidos), e a **televisão**.

Olhando para as considerações respeitantes à relação entre a informação e o consumo de álcool, dez participantes são da opinião que o facto de existir informação não irá fazer com que as mulheres grávidas deixem de beber álcool. No entanto, seis destas opiniões foram manifestadas apenas em relação a estratégias de prevenção ambiental. Ficamos sem saber a opinião das participantes quanto à relação entre a informação recebida e o consumo de álcool em termos de estratégias de prevenção seletiva.

A ausência de informação não permite às mulheres grávidas uma opção informada quanto a consumos de álcool na gestação, o que pode constituir um fator de vulnerabilidade para o consumo (Raymond, Beer, Glazebrook, & Sayal, 2009). Nenhuma das participantes parece saber que existem linhas orientadoras para as mulheres grávidas no sentido da abstinência total.

Em relação à análise das categorias da ausência de reflexão acerca do tema e dos seus motivos, de realçar que seis das treze entrevistadas afirmam nunca terem pensado no assunto de consumir ou não álcool na sua gravidez. Todas estas participantes não tiveram consumos de álcool depois de saberem que estão grávidas.

Houve três participantes que mostraram ter dúvidas quanto à quantidade aceitável de álcool que se pode beber durante a gravidez, o que realça a falta de informação acerca do tema, e pode contribuir para consumos de baixo risco na gravidez.

Já no âmbito da categoria da **resposta à pressão social explícita** para consumo de álcool, os dados obtidos podem fazer-nos refletir acerca das ferramentas que as mulheres grávidas possuem (ou não) para resistir à pressão social explícita para consumir, e que constitui uma dos objetivos da prevenção seletiva SICAD, 2013).A nível da resposta à pressão social implícita, releva-se a importância da implementação de estratégias de prevenção ambiental (SICAD, 2013).

De seguida serão elencados os fatores familiares que podem contribuir para ou impedir o consumo de álcool na gravidez.

Quanto à pressão implícita para consumo de álcool da parte de familiares, nove participantes convivem regularmente com a família de origem que tem consumo de álcool à refeição (“*Se estiver com os meus pais, ou os meus sogros...sim, porque eles bebem vinho, ou cerveja,*” E03). Relativamente ao *posicionamento partilhado* acerca do consumo de álcool na gravidez, seis das entrevistadas referem que o seu marido/ companheiro partilha a sua posição respeitante à abstinência de álcool na gravidez (“*Concorda, concorda. Sim, sim, sem dúvida que sim.*” E11). Duas entrevistadas referem que o marido/companheiro tem uma opinião diferente quanto ao consumo de álcool durante a gestação: uma das entrevistadas foi pressionada pelo marido para beber numa ocasião festiva (“*e num jantar com o meu companheiro e os meus sogros, e que diziam “Ó Ana, não faz sentido essa comida com água, não faz mal um copo de vinho, até é saudável”, e bebi.*” E03), outra das entrevistadas nunca conversou com o marido acerca deste tema, sendo aquela que mantém consumo ocasional durante a gravidez e cujo marido tinha consumo nocivo (Eu: “*Nunca falei sobre esse assunto.*” SC: “*Não.*” (E06). A partilha do posicionamento quanto ao consumo de álcool durante a gravidez poderá impedir a mulher grávida de o fazer. Dupraz, Graffa, Baraschea, Etterb, & Boulvain (2013) verificaram no seu estudo que o convite para beber álcool feito por um familiar próximo estava fortemente associado com o consumo de álcool na gravidez, e conformaram deste modo resultados já obtidos previamente (Grob & Lemola, 2005, in Dupraz, Graffa, Baraschea, Etterb, & Boulvain (2013)). Um estudo de Chang, Ann Goetz, Wilkins-Haug, e Berman (2000) revela que as participantes consideraram que a sua história familiar de consumo de álcool e o consumo de álcool do marido/ companheiro poderia aumentar o risco de consumo de álcool da própria, o que destaca a importância da prevenção seletiva fora do âmbito do acompanhamento da gravidez, para mulheres em idade fértil, e ainda a pertinência do envolvimento do marido/ companheiro e de outros elementos da rede social de proximidade em programas de prevenção. (como aliás está preconizado no PNVGBR (DGS, 2015)

De seguida serão discutidos os fatores sociais que podem contribuir para ou impedir o consumo de álcool na gravidez.

Quanto ao contexto de consumo, são os contextos sociais os mais referidos para o consumo de álcool durante a gravidez, tal como foi já discutido anteriormente (questão de investigação 1). Estes dados

são coincidentes com os dados de um estudo de Chang, Ann Goetz, Wilkins-Haug, e Berman (2000), que revela que os eventos sociais foram as situações de risco de consumo de álcool mais reportadas pelas participantes, seguidas por episódios de *craving* para o álcool e acontecimentos festivos.

Relativamente à pressão social exercida pelos amigos, colegas de trabalho e agentes inespecíficos (empregados de mesa, sociedade em geral), criou-se uma matriz cruzando as referências destes agentes com o tipo de pressão exercida (para o consumo e para a abstinência). A pressão explícita e implícita para o consumo são as categorias que contêm referências do maior número de fontes: Cinco participantes referem pressão explícita para consumos por parte de amigos (*“Mesmo que eles perguntem “queres?” às vezes digo que não”* E06), e cinco referem a mesma pressão por parte de pessoas inespecificadas (*“Outro dia fui a um restaurante, e disseram-me, portanto estava grávida e perguntaram “Olhe, quer vinho para grávidas?”* E04). Relativamente à pressão implícita para consumos, há seis participantes que referem este tipo de pressão por parte de amigos (*“Sim, às vezes se estivermos todos em conjunto, se todos estiverem juntos a beber, sou capaz de beber”* E06), e seis participantes referem pressão por parte de pessoas inespecificadas (*“Portanto é algo que, lá está, nas tais ocasiões sociais, o calor, toda a gente... toda a gente está a beber, eu lembro-me “olha, se calhar também me sabia bem”* E04). A pressão explícita para a abstinência acontece por parte de amigos de três participantes (*“Eles dizem “pede sumo, que não vais brindar com água”, pronto, é assim, é.”* E11), e por pessoas inespecificadas de uma participante (*“se houver essa consciência, não só para a mulher grávida mas para toda a população, a pressão social também vai limitar um bocadinho isso.”* E01). Tal como já referido anteriormente, há participantes que alertam para a importância da prevenção universal na área do consumo de álcool na gravidez, para diminuir a exposição das mulheres grávidas a este tipo de pressão social. Os amigos poderão ser um fator que contribui para o consumo (há duas entrevistadas que relatam que os amigos não partilham da sua posição em relação à abstinência de álcool na gravidez, e há rituais de consumo associados a reuniões entre amigos), ou também um fator que protege do consumo (se o grupo de amigos não tiver o hábito de beber álcool, e se alertarem a mulher grávida para os riscos associados caso presenciem um consumo de álcool seu). Mais uma vez, os resultados do estudo qualitativo de Toutain (2010) confirmam estes dados, na medida em que nenhuma das participantes do seu estudo reportou pressão social dos amigos ou familiares no sentido da abstinência.

5. Quais as experiências e atitudes acerca do rastreio, da prevenção seletiva e indicada do consumo de álcool no âmbito do acompanhamento da gravidez nos diferentes cuidados de saúde?

As categorias analisadas para obter resposta a esta questão de investigação pertencem à categoria principal do acompanhamento na gravidez, pois tanto as questões do guião acerca do *rastreio* e da *prevenção seletiva e prevenção indicada* referem-se a estratégias aplicáveis em contexto de saúde.

Quanto ao *rastreio* do consumo de álcool na gravidez, as entrevistadas elencam diversos agentes diferentes; desde a **enfermeira** dos cuidados de saúde primários (“*A enfermeira do centro de saúde fez-me a mesma questão, se fumava, se bebia álcool...*” E01) (cinco participantes), a **médica** de família (“porque eu acho que a primeira consulta que nós fazemos da gravidez, não é, a primeira coisa que nos dizem é fumar, beber, é prejudicial.” E08) (três participantes) e a médica dos **cuidados de saúde secundários** (“*Todas as consultas ela pergunta. Pergunta se eu bebo ou não.*” E06) (três participantes). Nenhuma das seis entrevistadas acompanhadas nos **cuidados privados** de saúde foi rastreada para o consumo de álcool (“*No privado tenho o meu médico, também nunca tocou na questão*” E04). Uma das entrevistadas relata que foi rastreada apenas após relatar à **enfermeira** dos cuidados de saúde primários que tinha tido um consumo de álcool numa ocasião em que ainda não sabia que estava grávida (“*Pronto, e comentei essa situação e ela disse “pronto, não tem perigo nenhum.” E depois aproveitou e perguntou-me como é que era, se eu bebia...*” E07). Na categoria da **ausência de rastreio**, encontramos quatro entrevistadas que relatam que nunca foram rastreadas (“*...ninguém me perguntou nada.*” E03), e cinco que foram rastreadas apenas uma única vez no início da gravidez (*Eu: “E depois nunca mais perguntaram se bebeu?” AC USF: “Exatamente.”* E10).

Estes dados colocam questões sérias acerca do rastreio do consumo de álcool na gravidez que, segundo o PNVGBR (DGS, 2015) deveria ser efetuado em todas as consultas ao longo do acompanhamento da gravidez nos cuidados de saúde primários (DGS, 2015, pág. 60). Coloca ainda em causa a qualidade do acompanhamento da gravidez no privado, sabendo que há estudos que comprovam que o rastreio de consumo de álcool é, por si só, um fator que inibe o consumo de álcool na gravidez, talvez pela simples tomada de consciência (Gray, & Henderson, 2006). No artigo de Campos e Ribeiro (2012) são referidos estudos que confirmam que a nível dos cuidados de saúde primários o rastreio não é efetuado como seria desejável.

No âmbito da **apreciação crítica** acerca do rastreio, duas das entrevistadas são da opinião que a ausência do rastreio se deve a negligência médica (“*É mesmo porque eles passam à frente, não é.*” E01). Sete das entrevistadas afirmam que aceitariam fazer um rastreio a biomarcadores do consumo de álcool (“*Não, não ficava ofendida, aliás, lá estamos outra vez na mesma situação. O médico o que está a fazer é zelar pelo bem do utente.*” E07). No entanto, uma destas sete participantes admite que ficaria sentida com a desconfiança do médico quanto às suas afirmações de abstinência (“*Ficava sentida, sim.*” E11). De referir que a questão do rastreio via biomarcador foi colocada apenas na segunda versão do guião de entrevista, de forma que não sabemos o que diriam as restantes seis participantes acerca desta temática. O estudo de Campos e Ribeiro (2012) confirma estes dados, pois a análise realizada revelou que mais de 80% dos participantes estavam recetivos ao rastreio (quer através de questionário, quer bioquímico) e ao aconselhamento sobre consumos nocivos. No entanto, é importante referir que este estudo não foi efetuado com mulheres grávidas, mas sim com utentes dos cuidados de saúde primários, de forma indiferenciada, não estando o grupo, presumivelmente, tão exposto ao eventual estigma social a nível do autorrelato de eventuais consumos.

Seguindo para o tema da *prevenção seletiva*, quatro das participantes foram alvo de prevenção seletiva sob forma de intervenção breve (“*Sim. Aconselhou a não beber. Fazia mal ao bebê.*” E05). Os agentes destas intervenções preventivas foram em dois dos casos a médica e enfermeira de família (cuidados de saúde primários) (“*Sim, mas também no centro de saúde, a minha médica e enfermeira deram-me um cartãozinho que é para aceder a um site na net que tem um código de grávidas que...acho que explica tudo.*” E05), e em dois casos a médica dos cuidados secundários (“*Já aconteceu também na Feira (CHEDV), atenção que...*” E08). Uma entrevistada refere que após ter relatado um consumo de álcool numa altura em que já estava grávida mas em que ainda não tinha conhecimento de tal, a atitude do médico privado foi de desculpabilização com ajuda de argumentação pseudocientífica (“*E ele “Ah, não se preocupe, porque até às 12 semanas, foi a explicação que ele me deu, até às 12 semanas o organismo está preparado para que o bebê não absorva aquilo que são as opções da mãe, portanto, como há muita gente que ainda não sabe que está grávida, há esse corte.*” E04). Uma outra participante refere, nas mesmas circunstâncias, que a enfermeira rastreou consumos de álcool apenas nessa ocasião e lhe terá dado a indicação para não beber (“*Pronto, e comentei essa situação e ela disse “pronto, não tem perigo nenhum.” E depois aproveitou e perguntou-me como é que era, se eu bebia...pronto, e eu contei-lhe a situação. Ela disse “Esqueça isso. O que bebeu e nada, é quase a mesma coisa.*” E07). A única indicação que outra das participantes recebeu por parte dos cuidados de saúde secundários foi a de beber um copo de champanhe no seu casamento, mesmo sabendo que ela já estava grávida (“*Tenho essa situação de a médica me dizer que um copo de champanhe que não iria fazer mal nenhum.*” E10). Especificando eventuais indicações que as participantes receberam no âmbito do seu acompanhamento nos cuidados de saúde, nenhuma das participantes foi informada acerca das linhas orientadoras acerca do consumo de álcool na gravidez (“*Não sei, nunca me informaram.*” E09). Uma das entrevistadas afirma ter **dúvidas quanto à existência** de linhas orientadoras (“*Acho que as coisas não estão tão desenvolvidas para... Não sei..*” E03). Oito das participantes afirmam que a divulgação destas linhas orientadoras é má (“*Não, não está bem divulgada, não. Concordo com ela, mas não está bem divulgada.*” E3), e apenas uma participante refere ser boa (“*Mas sabia que era pelo menos a indicação que os profissionais de saúde dão, eh, às mães.*” E01). Na **apreciação crítica** que as entrevistadas fazem acerca das linhas orientadoras, duas afirmam que concordam (“*Concordo perfeitamente.*” E02), e uma delas relativiza o seu cumprimento (“*Isto é como tudo, dizemos que não porque já sabemos que há uma pessoa ou outra que já tem tendência a. Se nós vamos dizer que sim seria o fim da macacada. Começa tudo a beber.*” E12), o que confirma os dados de Toutien (2010), que confirmam que a linha orientadora da abstinência total de álcool na gravidez é entendida como não beber álcool de forma regular, e não total, e que não exclui o consumo de álcool ocasional.

Há três participantes que receberam **outras indicações** no âmbito da prevenção seletiva (“*a minha médica e enfermeira deram-me um cartãozinho que é para aceder a um site na net que tem um código de grávidas que...acho que explica tudo.*” E05), a prescrição de abstinência total por parte da médica

dos cuidados de saúde secundários (“*S, mas nem um copinho se calhar!*” *E eu disse-lhe assim: “Pronto, eu vou tentar, não lhe digo que não vou beber, mas digo-lhe “vou tentar”, assim pronto, já é um começo.*” E06), embora sem qualquer tipo indicação adicional acerca de riscos e consequências do consumo na gravidez, e finalmente a sugestão de um consumo pontual em ocasião festiva por parte de uma médica do hospital (“*tenho essa situação de a médica me dizer que um copo de champanhe que não iria fazer mal nenhum.*” E10). Esta atitude por parte de um profissional de saúde não parece ser única nem rara, pois López (2013) relata a partir dos resultados do seu estudo que apenas em 44,5% dos casos os médicos rastrearam o consumo de álcool, e apenas 17,2% das mulheres grávidas receberam uma indicação a respeito da quantidade aceitável de álcool que poderiam consumir na gravidez. Na maioria destes casos, a recomendação foi beber uma unidade padrão de álcool de vez em quando, ou em ocasiões especiais.

Oito participantes do estudo referiram a **inexistência** de indicações no seu acompanhamento da gravidez (“*Mas também não referiu nada sobre ensinios...do álcool.*” E01). Este dado corrobora o resultado do estudo qualitativo de Raymond, Beer, Glazebrook e Sayal (2009), que concluíram que há evidências de aconselhamento limitado e inconsistente por parte dos profissionais de saúde, que por vezes nem sequer abordam este tema de todo. Como **motivos para a ausência de indicações**, as participantes enumeram a própria profissão (“*E depois como sabem a minha profissão, saltam um bocadinho à frente.*” E02), cinco das entrevistadas acham que é por motivos ligados aos profissionais de saúde (“*Não sei, é porque não têm tempo.*” E09), e três associam a ausência à sua própria abstinência (“*Também disse que não era hábito eu beber, ela também achou que não era preciso dizer mais nada.*” E06).

Passando agora à apreciação crítica que as participantes fazem acerca da *prevenção seletiva*, surgiram várias subcategorias: a primeira relaciona-se com a **importância da existência de informação**. Nove participantes pontuam que a prevenção seletiva é importante para a população das mulheres grávidas em geral (“*Eu penso que a partir do momento em que a mulher decide estar grávida, ou que quer engravidar, que devia ser fornecido... mais informação.*” E11), quatro referem que é importante para elas próprias (“*Informação nunca é demais.*” E13), e quatro referem que não é importante para elas próprias (“*Como não bebo, não... não me faz falta, não é.*” E01). O **agente desejado** para fazer prevenção seletiva seriam os cuidados de saúde em geral (“*Nas consultas periódicas?..*” E08) (cinco participantes), o médico (“*Os médicos falarem mais...*” E06) (quatro participantes), e o enfermeiro (“*Enfermeiro.*” E02) (duas participantes). O estudo de Chang, Ann Goetz, Wilkins-Haug e Berman (2000) confirma que o conhecimento das consequências específicas do consumo de álcool pré-natal constitui um fator de motivação para reduzir consumos ou para manter a abstinência.

A terceira subcategoria refere-se à reflexão acerca de **estratégias hipotéticas** de prevenção que as participantes consideram poderem ser eficazes. Todas estas estratégias seriam veiculadas nos cuidados de saúde (“*Acho que os centros de saúde haviam de ter mais...eh, placards e coisas que pudessem chegar a todas as grávidas.*” E01). Houve sugestão de placards ou guias (“*E, na primeira consulta,*

por exemplo, de gravidez, ser dado, a cada grávida, um guiazinho, editado pelo SNS, com todas as indicações básicas.” E07), abordagem do tema nas consultas do enfermeiro ou do médico de família (“Os médicos falarem mais...” E06), e sessões temáticas no centro de saúde (“Fazerem tipo... é seminário que se chama, ou coisa do género, para grávidas.” E06).

Quanto à subcategoria do **posicionamento dos agentes** de intervenção no âmbito do consumo de álcool na gravidez, há nove participantes que comentam esse posicionamento. Duas das entrevistadas, uma delas é enfermeira, refere que a atitude do médico é mais prescritiva do que a do enfermeiro (“Porque eu acho que o médico dá mais a diretriz “não deve fazer”, e o enfermeiro tem mais a capacidade de...” não deve fazer porque...”, ou trabalhar mais a alteração do comportamento.” E02). Cinco das entrevistadas pensam que os profissionais de saúde que acompanham a sua gravidez não concordam com o consumo de álcool (“Acho que não...” E07), duas das entrevistadas relatam que o posicionamento foi a desculpabilização do consumo (“Ela disse “O., se foi assim tão pouco, esqueça.” E07), e uma das entrevistadas recebeu indicação para beber álcool numa ocasião festiva isolada (“Foi assim, eu na altura fiz uma ecografia do primeiro trimestre, e foi feita uma consulta de... para confirmação da existência do feto. E foi nessa consulta, estávamos quase a chegar ao casamento... que ela me disse isso.” E10). É importante referir que a questão do posicionamento dos profissionais foi incluída apenas na segunda versão do guião da entrevista, de forma que faltam dados referentes a seis das entrevistadas.

O estudo de Dumas, Lejeune, Simmat-Durand, Bonnaire, e Hillaire (2006) confirma que este tema constitui um tabu em termos de abordagem no acompanhamento da gravidez devido à negação do fenómeno por parte destes profissionais e a sua recusa em aceitar que ele possa existir. Outro motivo para a ausência da abordagem referido pelos profissionais é que eles não querem chocar as suas doentes ou fazer com que se sintam culpadas, pois isso prejudicaria a relação médico-doente.

Quanto a opiniões relativamente a estratégias de **prevenção indicada**, estas não têm por base experiências vividas. Seis das entrevistadas gostariam de obter ajuda para parar consumos por parte dos profissionais que acompanham a sua gravidez (“Eu gostaria que tentassem, que me dessem apoio, dessem um acompanhamento diferente, porque acho que pode passar por acompanhamento psicológico. Também.” E10). Uma das participantes sugere uma posição moralista e proibicionista por parte dos profissionais (“ou paras imediatamente de beber ou não vais conseguir ter o teu filho” E08), uma outra participante sugere a criação de um grupo terapêutico (“se calhar haver até um grupo que tenha o mesmo tipo de problemas” E12), e uma última sugere a referenciação externa para estruturas de tratamento (“Arranjando maneira, não sei, há tantas associações, tantas coisas que normalmente as pessoas desconhecem” E13).

No contexto da prevenção indicada, é de referir o estudo de Thanh e Jonsson (2010), que comprovou que a intervenção por parte dos médicos dos cuidados primários de saúde está associada a um risco decrescido de consumo de álcool pré-natal.

6. Quais as experiências e atitudes acerca da prevenção ambiental quanto ao consumo de álcool na gravidez?

Para responder a esta questão de investigação, foi analisada a categoria principal da prevenção ambiental.

Quanto às atitudes e experiências no âmbito da prevenção ambiental, as entrevistadas foram inquiridas acerca de duas estratégias diferentes: a criação de dísticos nas garrafas de bebidas alcoólicas e a divulgação de avisos em anúncios publicitários de bebidas alcoólicas. Relativamente à colocação de *dísticos* nas garrafas de bebidas alcoólicas, onze participantes manifestaram **concordância** com esta estratégia (“*Concordo.*” E03). Na **apreciação crítica** desta estratégia, as quatro participantes que discordam alegam como motivo o facto de entenderem que não ajudaria a reduzir o consumo de álcool na gravidez (“*Não, não. Conforme não influencia nos maços de tabaco fumar que provoca isto e aquilo, eu acho que também nas garrafas era igual.*” E08).

Estes dados confirmam os dados obtidos por Parackal, Parackal, e Harraway (2009), segundo os quais mais de metade das mulheres inquiridas votou positivamente a utilização de um dístico como fonte de informação para o consumo de álcool na gravidez.

Relativamente à divulgação de avisos em *anúncios publicitários*, todas as participantes manifestam **concordância** com esta estratégia de prevenção ambiental (“*Acho que sim. Concordo.*” E03). Quatro participantes consideram que esta estratégia seria mais eficaz do que a dos dísticos, porque teria maior visibilidade para o público em geral (“*Isso se calhar era preferível, do que o rótulo, naquela ótica de ir sensibilizando toda a gente.*” E07), três participantes duvidam que alteraria comportamentos (“*Eles podiam colocar lá o aviso, elas se tiverem de beber elas vão beber. Não interessa se está lá o aviso ou não.*” E09), e uma tem dúvidas acerca da aceitação por parte das marcas de bebidas alcoólicas da colocação destes avisos nos seus produtos (“*As marcas não vão aceitar, provavelmente, fazer...*” E11). Estes dados são concordantes com o estudo de Room, Babor, e Rehm (2005), que revela que as estratégias ambientais de prevenção aumentam o conhecimento, e podem até influenciar atitudes perante o consumo de álcool na gravidez, mas não alteram necessariamente comportamentos.

Conclusões

Os dados obtidos esperam ser importantes para o desenvolvimento de soluções na área da saúde pública; este estudo pretende contribuir para a melhoria das abordagens preventivas (universais, seletivas, indicadas e ambientais) neste âmbito.

Retomando aquele que se constitui como objetivo geral deste estudo, explorar as atitudes (na sua vertente comportamental, cognitiva e sentimental) acerca do consumo de álcool durante a gravidez, apresenta-se uma síntese das principais conclusões. Estas foram subordinadas às questões de investigação colocadas inicialmente.

Relativamente à questão de investigação ligada ao padrão de consumo antes e durante a gravidez, os dados quantitativos obtidos revelam que todas as participantes que tinham consumo de álcool antes da gravidez tinham consumos de baixo risco. Nove das treze participantes cessaram o consumo de álcool na gravidez, e três relataram consumo durante a mesma.

Os dados qualitativos, porém, revelam que foram seis as participantes que tiveram consumo de álcool durante a gravidez. Este resultado levanta a necessidade de aplicar um instrumento mais fino para consumos de baixo risco.

Quatro das seis participantes que relatam consumo de álcool e dificuldade em se manter abstinente durante a gravidez brindaram em acontecimentos festivos, o que destaca a importância da prevenção universal para alertar a população geral para os riscos do consumo de álcool na gravidez, e a importância de capacitar as mulheres grávidas a manter a abstinência total, de acordo com as linhas orientadoras nacionais e internacionais, quando se encontram em contexto social festivo.

Em relação ao tipo de bebida ingerida durante a gravidez, o tipo de bebida mais referido foi o champanhe, o que está de acordo com o contexto do consumo mais frequente (acontecimentos festivos).

O tema do autorrelato, essencial para a determinação da prevalência do fenómeno, originou referências importantes para futura reflexão. Devido às causas para o subrelato abordadas no ponto 3.1., e o facto de ter havido diferenças entre os dados quantitativos do AUDIT e entre os dados qualitativos no que ao consumo de álcool diz respeito, pode-nos fazer supor que os dados obtidos poderão ser imprecisos, mesmo tendo havido todo o cuidado em garantir às participantes a confidencialidade e anonimato dos dados. A população das mulheres grávidas consumidoras de álcool pode, deste modo, permanecer oculta.

Os motivos para a existência do subrelato do consumo de álcool na gravidez estão ligados, na opinião das participantes, a consumos nocivos ou dependência do álcool, isto é, quanto maior for o problema ligado ao álcool, maior será a dificuldade em falar acerca dele, ou ao estigma associado ao consumo de álcool na gravidez.

Relativamente à questão de investigação ligada aos fatores cognitivos e emocionais associados ao consumo de álcool na gravidez, o motivo para a abstinência mais referido é a gravidez, e o padrão de consumo anterior à gravidez. As participantes referiram sentir dificuldade na abstinência em acontecimentos festivos. Desaprovam o consumo de álcool de outras mulheres grávidas.

Relativamente à questão de investigação ligada à informação existente acerca do tema, o conhecimento específico de consequências do consumo de álcool na gravidez das participantes é ausente, vago ou, por vezes, até errado. As fontes de informação privilegiadas são os profissionais de saúde e a internet, a população-alvo deveria ser a população geral (o que chama a atenção para estratégias de prevenção universal). A área de desconhecimento referida por todas as entrevistadas diz respeito ao desconhecimento de linhas orientadoras no âmbito do consumo de álcool na gravidez. O desconhecimento destas linhas orientadoras poderá provocar nas mulheres grávidas a dúvida que tanto

é referida ao longo das entrevistas, e não permite que tomem decisões mais fundamentadas quanto ao seu consumo de álcool na gravidez.

Relativamente à questão ligada aos fatores pessoais, familiares e sociais ligados ao consumo de álcool na gravidez, os modelos compreensivos e de influência social indicam que existem fatores determinantes e inibidores do consumo de substâncias psicoativas (SICAD, 2013). Este estudo pretende contribuir para o aumento do conhecimento destes fatores.

A nível dos fatores pessoais, a destacar a pressão social sentida pelas participantes, associada frequentemente a acontecimentos festivos, e a falta de estratégias de coping para se manter abstinente. Por outro lado, há a destacar a enorme falta de informação existente, o que gera dúvida quanto ao posicionamento a ter em relação ao tema e faz com que o consumo de baixo risco seja desvalorizado.

A nível dos fatores familiares, é importante reter que tanto a família de origem o marido/ companheiro das participantes têm consumo de álcool, frequentemente à refeição, e por vezes até se trata de padrões nocivos (consumo episódico ocasional, dependência). O posicionamento partilhado quanto ao consumo de álcool na gravidez entre a própria e a família e/ou o marido/ companheiro pode constituir um fator impeditivo de consumo. A nível dos fatores sociais que contribuem para o consumo, é relevante a manutenção de consumos ocasionais em contexto do grupo de amigos, e a dificuldade que algumas participantes referiram em manter a abstinência nestas ocasiões (jantares de amigos).

Relativamente à questão ligada às experiências e atitudes acerca do rastreio, prevenção seletiva e prevenção indicada em contexto do acompanhamento da gravidez, há a destacar a total ausência de rastreio no acompanhamento privado, e o rastreio único no início do acompanhamento no contexto dos cuidados de saúde primários, apesar da existência de um programa nacional que contempla o rastreio em todas as consultas e a divulgação de instrumentos aos profissionais de saúde intervenientes. A maioria das participantes reporta a ausência de indicações no âmbito do seu acompanhamento da gravidez, seja da divulgação das linhas orientadoras, seja de outro tipo de indicações preventivas. Tendo já sido evidenciada por estudos a importância do médico de família como fator que protege a mulher grávida do consumo, seria interessante avaliar os motivos que levam os profissionais de saúde a esta ausência de abordagem do tema; existem linhas orientadoras, existe o AUDIT na plataforma informática de registo clínico, mas o rastreio e a prevenção seletiva parece deixar muito a desejar. A importância que as participantes deram à existência de informação constitui um possível alerta para todos os profissionais de saúde que intervêm nesta área.

Relativamente à questão de investigação ligada às experiências e atitudes acerca das duas estratégias de prevenção ambiental apresentadas, as participantes desconheciam-nas em absoluto, excetuando uma, apesar de existirem já em Portugal dícticos em algumas bebidas alcoólicas. De uma forma geral, as participantes concordam com estas estratégias, embora manifestem ter dúvidas quanto à sua capacidade de alterar comportamentos. Algumas participantes consideram que a estratégia dos avisos em publicidade a bebidas alcoólicas seria mais eficaz.

Como limitações deste estudo exploratório há a nomear a ausência de dados de seis entrevistadas relativamente a três questões (o posicionamento dos profissionais de saúde, se existe relação entre a informação e o comportamento, e a atitude acerca do rastreio via biomarcador), pois estas fizeram parte apenas da segunda versão do guião de entrevista.

Por fim, para além de ter ficado evidente que existe falta de informação neste âmbito, de realçar o tema da dúvida, que aparece em seis subcategorias distintas, relativamente a questões diversas, desde dúvidas acerca da existência de uma quantidade aceitável de álcool que a mulher grávida pode consumir, à dúvida acerca dos motivos de consumo de outras mulheres grávidas, a dúvidas quanto à atitude a ter perante o consumo de álcool de outras mulheres grávidas, à dúvida acerca da disponibilidade de informação, à dúvida acerca da existência de linhas orientadoras. Pelo menos uma parte destas dúvidas se dissiparia com uma estratégia global de prevenção (universal, seletiva, indicada e ambiental), para a qual este trabalho pretendeu dar contributos.

Referências bibliográficas

- Adusi-Poku, Y., Bonney, A. A., & Antwi, G. D. (2013). Where, when and what type of alcohol do pregnant women drink? *Ghana Medical Journal*, 47 (1), 35-39.
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. In C. A. Murchison (Eds.), *A handbook of social psychology* (pp. 798 – 844). Worcester, MA: Clark University Press
- Alvik, A.; Haldorsen, T.; Groholt, B.; & Lindemann, R. (2006). Alcohol consumption before and during pregnancy comparing concurrent and retrospective reports. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* (30), 510–515. PMID: 16499492
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2013). *III Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoactivas na população portuguesa 2012 – Relatório preliminar*. CesNova – Centro de Estudos em Sociologia Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de
- Bearer, C. F. (2001). Markers to detect drinking during pregnancy. *Alcohol Research and Health*, 3, 210-218.
- Behnke, M., Vincent, C., & Smith, V. C. (2013). Prenatal substance abuse: Short- and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics*, 131 (3), e1009-e1024.
- Brandon, A. R., Pitts, S., Denton, W. H., Stringer, C. A., & Evans, H. M. (2009). A history of the theory of prenatal attachment. *Prenatal and Perinatal Psychological Health*; 23 (4), 201–222
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an Experimental Ecology of Human Development. *American Psychologist*, 32 (7), pp. 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (2004). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Sage Publications.
- Campos, P. P., & Ribeiro, C. (2012). Rastreio do consumo de álcool nos cuidados de saúde primários - atitudes dos utentes. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 28, 98-104.
- Canavarro, M. C. S. (Ed.). (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. (2005). Transição para a parentalidade - compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Carmona-Monge, F. J., Marín-Morales, D., Peñacoba-Puente, C., Carretero-Abellán, I., & Moreno-Moure, M. A. (2012). Influence of coping strategies in the specific worries of pregnancy. *Anales de psicología*, 28, (2), 338-343. Disponível em <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.2.148731>

- Chang, G., Ann Goetz, M., Wilkins-Haug, L., Berman, S. (2000). A brief intervention for prenatal alcohol use. An in-depth look. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 365–369.
- Chang, G., Orav, E.J., Jones, J.A., Buynitsky, T., Gonzalez, S., & Wilkins-Haug, L. (2011). Self-reported alcohol and drug use in pregnant young women: a pilot study of associated factors and identification. *Journal of Addiction Medicine*, 5, (3), 221-6. doi: 10.1097/ADM.0b013e318214360b.
- Chiodo, L. M., Bailey, B., Sokol, R. J., Janisse, J., Delaney-Black, V., & Hannigan, J. H. (2012). Recognized spontaneous abortion in mid-pregnancy and patterns of pregnancy alcohol use. *Alcohol*, 46 (3), 261–267
- Colman, L. L. & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Cresswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed method research*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *Bio Med Central Pregnancy and Childbirth*, 8, 30. doi:10.1186/1471-2393-8-30. Disponível em <http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Norma n° 030/2012 de 28/12/2012: Detecção precoce e Intervenção Breve no consumo excessivo do álcool no adulto*. Disponível em <http://www.dgs.pt/>
- Direção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em www.dgs.pt
- Dumas, A., Lejeune, C., Simmat-Durand, L., Bonnaire, C., Hillaire, S. (2006). Prévention du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF). Pratiques et représentations des professionnels de la Périnatalité. *Alcoologie Addictologie* (28), 311–16.
- Dupraz, J., Graffa, V., Baraschea, J., Etterb, J.-F., & Boulvain, M. (2013). Tobacco and alcohol during pregnancy: prevalence and determinants in Geneva in 2008. *Swiss Medical Weekly*, 143, w13795. doi:10.4414/smw.2013.13795
- Eurocare (2011). *Protecting the unborn baby from alcohol*. Policy debate 7th September 2011, European Parliament Report.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDA] (2011). *European drug prevention quality standards*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Figueiredo, B. F. C. (1997). *Depressão pós-parto, interação mãe-bebé e desenvolvimento infantil*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica apresentada na Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Flak, A. L., Su, S., Bertrand, J., Denny, C. H., Kesmodel, U. S., & Cogswell, M. E. (2014). The association of mild, moderate, and binge prenatal alcohol exposure and child

- neuropsychological outcomes: A meta-analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38 (1), pp 214–226. DOI: 10.1111/acer.12214
- Fundação Francisco Manuel dos Santos (2015). PORDATA, base de dados de Portugal: Taxa de fecundidade por grupo etário em Portugal. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+fecundidade+por+grupo+et%C3%A1rio-415>
- Garel, M., Charlemaïne, E., & Missonnier (2010). Multiple fetuses pregnancy and other medical high-risk pregnancies. In S. Tyano, M. Keren, H. Herrman & J. Cox (Eds.), *Parenthood and mental health. A bridge between infant and adult psychiatry*. World Psychiatric Association, cap. 10. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Gray, R., & Henderson, J. (2006). *Review of the effects of the fetal effects of prenatal alcohol exposure: Report to the Department of Health*. National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.
- Guardino, C. M., & Dunkel Schetter, C. (2014). Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. *Health Psychology Review*, 8 (1), 70-94.
DOI:10.1080/17437199.2012.752659
- Guerra, C. (2010). Nuevos programas de información y prevención en Europa para reducir los riesgos del consumo de alcohol durante el embarazo y la aparición del Síndrome Alcohólico Fetal y sus efectos relacionados. *Adicciones*, 22 (2), 97-100.
- Hogg, M. A., & Cooper, J. (Eds.). (2007). *The SAGE Handbook of Social Psychology: Concise Student Edition*. SAGE Publications Ltd.
- Howell, K. K., Lynch, M. E., Platzman, K. A., Smith, G. H., & Coles, C. D. (2006). Prenatal alcohol exposure and ability, academic achievement, and school functioning in adolescence: A longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 116-26.
- Kaiser, S., & Sachser, N. (2009). Effects of prenatal social stress on offspring development: pathology or adaptation? *Current Directions in Psychological Science* 2 (18), 118-121.
- Kaup, Z., Merighi, M., & Tsunehiro, M. A. (2001). Avaliação do consumo de bebida alcoólica durante a gravidez. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 23 (9), 575-580. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032001000900005>.
- Kesmodel, U., & Kesmodel, P. S. (2002). Drinking during pregnancy: attitudes and knowledge among pregnant Danish women, 1998. *Alcoholism, Clinical And Experimental Research*, 26 (10), 1553-1560.
- Lange, S., Shield, K., Koren, G., Rehm, J., Popova, S. (2014). A comparison of the prevalence of prenatal alcohol exposure obtained via maternal self-reports versus meconium testing: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14: 127.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.

- Lickliter, R. (2008). Theories of attachment: The long and winding road to an integrative developmental science. *Integrative Psychological Behaviour*, 42, 397–405. DOI 10.1007/s12124-008-9073-8
- Lima, G., Machado, V., Teixeira, C. & Felício, M. M. (2013). Carga da Doença atribuível a fatores de risco na região Norte de Portugal. Administração Regional da Saúde do Norte, Instituto Público. Consultado em <http://www.portal.arsnorte.min-saude.pt>
- López, M. B. (2013). Saber, valorar y actuar: Relaciones entre información, actitudes y consumo de alcohol durante la gestación. *Health and Addictions*, 13 (1), 35-46.
- Loring, B. (2014). Alcohol and inequities. Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. World Health organization, Copenhagen: Regional Office for Europe. Disponível em <http://www.euro.who.int/pubrequest>
- Lundsberg, L. S., Illuzzi, J. L., Belanger, K., Triche, E. W., & Bracken, M. B. (2015). Low-to-moderate prenatal alcohol consumption and the risk of selected birth outcomes: a prospective cohort study. *Annals of Epidemiology*, 25, 46-54.
- Mack, N., Woodson, C., Macqueen, K. M., Guest, G., Namey, E. (2005). *Qualitative Research Methods: A data collector's field Guide*. USA: Family Health International
- Matias, C., O'Connor, T. G., Futh, A., & Scott, S. (2013). Observational attachment theory-based parenting measures predict children's attachment narratives independently from social learning theory-based measures. *Attachment & Human Development*, 16 (1), 77–92. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2013.851333>
- May, P.A., Gossage, J. P. (2011). Maternal risk factors for fetal alcohol spectrum disorders: Not as simple as it may seem. *Alcohol Research & Health*, 34 (1), 15-26.
- McCarthy, F. P., O'Keefe, L., Khashan, A. S., North, R. A., Poston, L., McCowan, L. M. E., Baker, P. N., Dekker, G. A., Roberts, C. T., Walker, J. J., & Kenny, L. C. (2013). Association between maternal alcohol consumption in early pregnancy and pregnancy outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 122 (4), pp. 830-837.
- Meillier, L. K., Lund, A. B., & Kok, G. (1997). Cues to action in the process of changing lifestyle. *Patient Education and Counselling*, 30, 37-51.
- Mello, M. L. M., Barrias, J. C., & Breda, J. J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Murphy, D.J., Mullally, A., Cleary, B.J., Fahey, T., Barry, J. (2013). Behavioural change in relation to alcohol exposure in early pregnancy and impact on perinatal outcomes-a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13, 8. doi: 10.1186/1471-2393-13-8.
- Nelson, D. E., Naimi, T. S., Brewer, R. D., Roeber, J. (2010). US state alcohol sales compared to survey data, 1993–2006. *Addiction (105)*, 1589–96.
- Nykjaer, C., Alwan, N. A., Greenwood, D. C., Simpson, N. A. B., Hay, A. W. M., White, K. L. M., & Cade, J. E. (2014). *Maternal alcohol intake prior to and during pregnancy and risk of adverse*

- birth outcomes: evidence from a British cohort. Journal of Epidemiology and Community Health, 0*, 1–8. doi:10.1136/jech-2013-202934
- O'Brien, P. L. (2012). Ego-dystonic pregnancy and prenatal consumption of alcohol among first-time mothers. *Maternal and Child Health Journal, 16* (7), 1431-1439
- O'Connell, M. E. Boat, T. & Warner, K. E. (2009). Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities. Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions; Institute of Medicine; National Research Council.
- Palinkas, L. A. (2014). Qualitative and mixed methods in mental health services and implementation research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 43* (6), 851-861, DOI: 10.1080/15374416.2014.910791
- Parackal, S. M., Parackal, M. K., Harraway, J. A. (2009). Warning labels on alcohol containers as a source of information on alcohol consumption in pregnancy among New Zealand women. *International Journal of Drug Policy (21)*, 302–305. doi:10.1016/j.drugpo.2009.10.006
- Passini, R. Júnior (2005). Consumo de álcool durante a gestação. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 27* (7), 373-375.
- Patra, J., Bakker, R., Irving, H., Jaddoe, V.W., Malini, S., & Rehm, J. (2011). Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA) - a systematic review and meta-analyses. *BJOG. 118* (12), 1411-21. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03050.x.
- Patten, A. R., Gil-Mohapel, J., Wortman, R. C., Noonan, A., Brocardo, P. S., & Christie, B. R., (2013). Effects of ethanol exposure during distinct periods of brain development on hippocampal synaptic plasticity. *Brain Sciences, 3*, 1076-1094. doi:10.3390/brainsci3031076.
- Peadon, E., Payne, J., Henley, N., D'Antoine, H., Bartu, A., O'Leary, C., Bower, C., Elliott, E. J. (2010). Women's knowledge and attitudes regarding alcohol consumption in pregnancy: a national survey. *BMC Public Health, 10*, 510. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/510>
- Peadon, E., Payne, J., Henley, N., D'Antoine, H., Bartu, A., O'Leary, C., Bower, C., & Elliott, E. J. (2011). Attitudes and behaviour predict women's intention to drink alcohol during pregnancy: the challenge for health professionals. *BMC Public Health, 11*, 584. doi: 10.1186/1471-2458-11-584
- Pinto, E., Barros, H., & dos Santos Silva, I. (2009). Dietary intake and nutritional adequacy prior to conception and during pregnancy: a follow-up study in the north of Portugal. *Public Health Nutrition, 12* (7), 922-31. doi: 10.1017/S1368980008003595. Epub 2008 Aug 27
- Pinto, E., Severo, M., Correia, S., Santos Silva, I., Lopes, C., & Barros, H. (2009). Validity and reproducibility of a semi-quantitative food frequency questionnaire for use among Portuguese pregnant women. *Maternal and Child Nutrition, 6* (2), 105-119.

- Pope, C., & Mays, N. (1995). Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *British Medical Journal*, *311*, 42-5.
- Raphael-Leff, J. (2010). Healthy maternal ambivalence. *Studies in the Maternal* *2*, *1* (1), 1-15.
- Raymond, N., Beer, C., Glazebrook, C., & Sayal, K. (2009). Pregnant women's attitudes towards alcohol consumption. *BMC Public Health*, *9*, 175. doi: 10.1186/1471-2458-9-175.
- Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G. L. G., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T., Parry, C.D., Patra, J., Popova, S., Poznyak, V., Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A. V., & Taylor, B. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease – an overview. *Addiction*, *105* (5), 817–843. doi:10.1111/j.13600443.2010.02899.x. Disponível em <http://www.niaaa.nih.gov.301.443.3860>.
- Riemer, H., Shavitt, S., Koo, M., & Markus, H. M. (2014). Preferences don't have to be personal: Expanding attitude theorizing with a cross-cultural perspective. *Psychological Review*, *121* (4), 619-648.
- Ritchie, J., & Lewis, J. (Eds.) (2003). Ritchie, J. & Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. London: SAGE Publications.
- Room, R., Babor, T. & Rehm, J. (2005) Alcohol and public health. *Lancet* *365* (9458), pp 519-30.
- Rowe, T. (Ed.) (2010). Recognition, screening and documentation. In: *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *32* (8), supplement 3, chapter 5, S13-S19.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, *88*, 791–804.
- Sayal, K., Draper, E. S., Fraser, R., Barrow, M., Smith, G. D., & Gray, R. (2013). Light drinking in pregnancy and mid-childhood mental health and learning outcomes. *Archives of Disease in Childhood*, *98*, 107–111. doi:10.1136/archdischild-2012-302436
- Schetter, C. D. (2011). Psychological science on pregnancy: Stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual Review of Psychology*, *62*, 531–585. Doi: 10.1146/annurev.psych.031809.130727
- Segre, C. A. M. (coord.) (2010). *Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido*. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo. ISBN 978-85-62773-01-3
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Edição Lisboa 2013.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). Rede de Referência / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências. Edição Lisboa 2013.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2015). *O consumo de álcool na gravidez*. Lisboa: Divisão de Estatística e Investigação/ Direção de Serviços de

- Monitorização e Informação. Disponível em http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=157&lista=SICAD_ESTUDOS&bkUrl=/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos
- Simão, O., Kerr-Corrêa, F., Dalben, I., & Smaira, S. I. (2002). Alcoholic women and men: a comparative study of social and familial aspects and outcome. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), pp121-9. DOI:10.1590/S1516-44462002000300005
- Skagerstrøm, J., Chang, G., & Nilsen, P. (2011). Predictors of drinking during pregnancy: a systematic review. *Journal of Womens Health*, 20 (6): 901-13. doi: 10.1089/jwh.2010.2216
- Slininger, D., Sherrill, C., & Jankowski, C. M. (2000). Children's attitudes toward peers with severe disabilities: Revisiting contact theory. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 17, pp 176-196.
- Stahre, M., Roeber, J., Kanny, D., Brewer, R. D., & Zhang, X. (2014). Contribution of excessive alcohol consumption to deaths and years of potential life lost in the United States. *Preventing Chronic Disease*, 11, 130293. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5888/pcd11.130293>
- Stene-Larsen, K., Torgersen, L., Strandberg-Larsen, K., Normann, P. T., & Vollrath, M. E. (2013). Impact of maternal negative affectivity on light alcohol use and binge drinking during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92, pp 1388 –1394. DOI: 10.1111/aogs.12259
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA] (2002). *The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs – Understanding Risk, Protection, and Substance Use Among High-Risk Youth*. DHHS Publication. Rockville.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAHMSA](2014). *Addressing Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD). Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 58*. HHS Publication No. (SMA) 13-4803. Rockville, MD.
- Thanh, N. X., & Jonsson, E. (2010). Drinking Alcohol during pregnancy: Evidence from Canadian community health survey 2007/2008. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 17 (2), pp e302-e307.
- Toutain, S. (2010). What women in France say about alcohol abstinence during pregnancy. *Drug and Alcohol Review*, 29, 184–188. DOI: 10.1111/j.1465-3362.2009.00136.x
- Walker, M. J., Al-Sahab, B., Islam, F. & Tamim, H. (2011). The epidemiology of alcohol utilization during pregnancy: an analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey (MES). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11, 52.
- Walker, D., Darling Fisher, C. S., Sherman, A., Wybrecht, B., & Kyndely, K. (2005). Fetal Alcohol Spectrum Disorders Prevention: An Exploratory Study of Women's Use of, Attitudes toward, and Knowledge about Alcohol. *Journal of the American academy of nurse practitioners*, 17 (5), 187-193.
- World Health Organization. (2006). *Framework for alcohol policy in the WHO European region*. WHO Library Cataloguing in Publication Data. Copenhagen: Regional Office for Europe.

- World Health Organization. (2007). *International classification of diseases and related health problems*, 10th revision (version for 2007). Switzerland, Geneva
- World Health Organization. (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Disponível em http://www.who.int/substance_abuse/alcstratenglishfinal.pdf.
- World Health Organization. (2012). *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Library Cataloguing in Publication Data. Copenhagen: Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health – 2014*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- World Health Organization. (2014). *World health statistics 2014*.
- World Health Organization. (2014). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. ISBN 978 92 4 154873 1
- Wurst, F. M.; Kelso, E., & Weinmann, W. (2008). Measurement of direct ethanol metabolites suggests higher rate of alcohol use among pregnant women than found with the AUDIT: A pilot study in a population based sample of Swedish women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 198(4), 407.e1–e5. PMID: 18221928
- 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 Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto
- Xavier, M. R. L. (2006). Crianças expostas ao álcool e a substâncias ilícitas durante a gestação: algumas reflexões. *Cadernos de Estudo. Porto: ESE de Paula Frassinetti*, 3, p.53-59.
- Xavier, M. R. L., Moreira, T., Gordinho, C. (enviado para publicação). *Alcohol use during pregnancy in a group of Portuguese women*.

ANEXOS

ANEXO 1: Guião Entrevista (versão inicial)

Dados sociodemográficos

Código: _____

Data: _____

Idade: _____

Estado civil: Solteira Casada/união de facto Divorciada/separada Viúva

Nível escolaridade:

1.º Ciclo ensino básico (4.ª classe) 2.º Ciclo ensino básico (6.º ano)

3.ª Ciclo ensino básico (9.º ano) Ensino secundário (12.º ano)

Ensino superior

Situação profissional:

Trabalho estável/regular Trabalho ocasional Desempregada

Estudante/formação profissional Reforma, doméstica Outra situação

Qual? _____

Profissão: _____

Crença religiosa? Sim Não

Religião _____ É praticante? Sim Não

Gravidez:

Período de gestação (semanas): _____ Gravidez planeada: Sim Não

N.º de gestações anteriores: _____ N.º de filhos: _____

Acompanhamento da gravidez: Sim Não Centro Saúde (MF): Sim Não

Obstetra particular: Sim Não Outro _____

Hábitos tabágicos

Antes da gravidez: Sim Não Quantidade de cigarros/dia: _____

Durante a gravidez: Sim Não Quantidade de cigarros/dia: _____

Outros dados:

Tem algum problema de saúde? _____

Faz tratamento para esse (s) problema (s)?

Teve indicação para algum tratamento específico para os problemas ligados ao uso de álcool?

Consumo álcool família:

Familiares diretos _____

Companheiro (pai da criança) _____

“Agora irei fazer-lhe algumas perguntas acerca da sua utilização de bebidas alcoólicas ao longo do ano anterior à sua gravidez, e ainda acerca do uso de bebidas alcoólicas durante o último ano antes de engravidar e durante a sua gravidez atual. Uma vez que o álcool pode afetar muitas áreas da saúde (e pode interferir com certos medicamentos), para nós é importante sabermos o quanto bebe habitualmente, e se teve algum tipo de problemas pelo facto de beber. Por favor, tente ser o mais honesta e específica possível.”

Quando falamos em “uma bebida”, estamos a falar de quantidades equivalentes a

1 Copo de vinho (15 cl), ou

1 Garrafa de cerveja (33 cl), ou

1 Bebida espirituosa (4 cl)

AUDIT C	<p>1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?</p> <p>(0) Nunca [salte até questão 9 e 10] <input type="checkbox"/></p> <p>(1) Uma vez por mês ou menos <input type="checkbox"/></p> <p>(2) 2 a 4 vezes por mês <input type="checkbox"/></p> <p>(3) 2 a 3 vezes por semana <input type="checkbox"/></p> <p>(4) 4 ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p>	<p>4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?</p> <p>(0) Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>(1) Uma vez por mês ou menos <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Mensalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(3) Semanalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(4) Diariamente ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p>
	<p>2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?</p> <p>(0) 1 ou 2 <input type="checkbox"/></p> <p>(1) 3 ou 4 <input type="checkbox"/></p> <p>(2) 5 ou 6 <input type="checkbox"/></p> <p>(3) 7, 8, ou 9 <input type="checkbox"/></p> <p>(4) 10 ou mais <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p>	<p>5. Nos últimos 12 meses, com que frequência conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem, por ter bebido?</p> <p>(0) Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>(1) Uma vez por mês ou menos <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Mensalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(3) Semanalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(4) Diariamente ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p>
	<p>3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?</p> <p>(0) Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>(1) Uma vez por mês ou menos <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Mensalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(3) Semanalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(4) Diariamente ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p> <p>[caso contabilize 0 na pontuação das questões 2 e 3, passe para as questões 9 e 10]</p>	<p>6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para “curar” uma ressaca?</p> <p>(0) Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>(1) Uma vez por mês ou menos <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Mensalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(3) Semanalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(4) Diariamente ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p>
<p>7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?</p> <p>(0) Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>(1) Uma vez por mês ou menos <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Mensalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(3) Semanalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(4) Diariamente ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p>	<p>9. Já alguma vez ficou ferida/o, ou alguém ficou ferido, por você ter bebido?</p> <p>(0) Não <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Sim, mas não no último ano <input type="checkbox"/></p> <p>(4) Sim, no último ano <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p>	
<p>8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?</p> <p>(0) Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>(1) Uma vez por mês ou menos <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Mensalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(3) Semanalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(4) Diariamente ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p>	<p>10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou outro profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?</p> <p>(0) Não <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Sim, mas não no último ano <input type="checkbox"/></p> <p>(4) Sim, no último ano <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p>	
<p>Pontuação total: <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/></p> <p>[o total expressa-se em valores entre 0 e 40]</p>		

Pontuação/cotação:

As perguntas 1 a 8 fornecem respostas numa escala de 0 a 4 pontos, e as respostas às perguntas 9 e 10 cotam-se com 0, 2 e 4 pontos. Os resultados expressam-se em valores entre 0 e 40.

Valores de 1 a 7: Consumo de baixo risco

Valores de 8 a 19: Consumo nocivo/abuso

Valores de 20 a 40: Dependência

Temas gerais	Temas específicos	Instruções
Consumos de álcool e suas circunstâncias	Antes da gravidez	<ul style="list-style-type: none">• Bebia bebidas alcoólicas antes desta gravidez? Sim Que bebidas / quantidades? Quando? Em que situações/circunstâncias? Razões /Porquê? Não (Razões /Porquê?)• Antes da gravidez, já alguma vez tinha pensado na questão de beber/não beber durante a gravidez? (explorar pensamentos e sua importância)• Tinha tomado alguma decisão?
	Durante a gravidez	<ul style="list-style-type: none">• Bebe bebidas alcoólicas desde que está grávida? Sim Há alguma diferença face ao que bebia antes da gravidez? Qual? Porquê? Que bebidas / quantidades? Quando? Em que situações/circunstâncias? Razões /Porquê? Não (Razões /Porquê?)

		<ul style="list-style-type: none"> • Para si é fácil não beber/beber? Porquê? • Costuma estar junto de outras pessoas que estão a beber? <p>Sim</p> <p>Em que contextos (familiar/outros)? Quem está presente e a beber?</p> <p>Como reage quando lhe oferecem uma bebida alcoólica? Quem oferece?</p> <p>O que sente/pensa? (Explorar sentimentos e cognições associadas)</p> <p>Quem lhe oferece uma bebida alcoólica insiste?</p> <p>Faz comentários sobre a sua decisão?</p> <p>O que pensa sobre isso? (essa situação)</p> <p>O que sente? (Explorar sentimentos e cognições associadas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que pensava quando via mulheres grávidas a beber (quando não estava grávida)? • O que pensa agora? Alguma coisa mudou? O quê? Porquê? • Quais são, na sua opinião, os motivos para as outras mulheres grávidas consumirem bebidas alcoólicas?
<p>Informações/ conhecimentos sobre consequências do consumo de álcool durante a gravidez</p>	<p>Informações/ conhecimentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tem conhecimento acerca das eventuais consequências do consumo de álcool durante a gravidez?/ Já alguma vez ouviu falar, ou leu algo, sobre consequências do consumo de álcool por parte das mulheres grávidas? <p>Sim</p> <p>Onde?</p> <p>Quando? Ouviu ou leu alguma coisa sobre isso já durante a gravidez?</p> <p>E qual era essa informação?</p> <p>O que pensou sobre isso?</p> <p>Esta informação tem importância para si? (Explorar potencial alteração dos consumos)</p> <p>Não</p>

	Fontes de informação	<p>1. Médico/enfermeiro/Consulta de gravidez</p> <ul style="list-style-type: none"> O médico que acompanha a sua gravidez alguma vez falou consigo sobre consequências do consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez? Deu-lhe alguma indicação sobre os consumos de álcool? <p>Sim</p> <p>O que é que ele lhe disse? Como foi a conversa?</p> <p>Quem abordou o tema?</p> <p>Essa informação foi/era importante para si? Porquê?</p> <p>O que pensou/sentiu sobre isso? (explorar sentimentos e cognições associados)</p> <p>Não</p> <p>Qual acha que foi o motivo para isso?</p> <p>2. Outras fontes no contexto de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante o acompanhamento da gravidez, em contextos de saúde, mais alguém falou sobre este tema? <p>Sim</p> <p>Quem?</p> <p>Onde?</p> <p>Quando?</p> <p>O que é que foi abordado?</p> <p>Essa informação foi/era importante para si? Porquê?</p> <p>Não</p> <p>Sentia/sente necessidade de abordar este tema? Porquê?</p> <p>3. Outras fontes</p> <ul style="list-style-type: none"> Conversou com mais alguém sobre beber ou não beber álcool durante a gravidez? <p>Sim</p> <p>Com quem?</p>
--	----------------------	---

		<p>Quando? Em que situação?</p> <p>Qual foi o teor da conversa?</p> <p>Porquê?</p> <p>Essa (s) conversa (s) foi (foram) importante para si? Porquê?</p> <p>Não Porquê?</p>
	<p>Avaliação geral quanto à informação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acha que é fácil obter informação acerca do consumo de álcool durante a gravidez? Porquê? • Sabe se existem normas nacionais quanto ao consumo de álcool aconselhado durante a gravidez? (S/N) • Sabe que a OMS indica que as mulheres grávidas não devem beber álcool durante toda a gravidez, uma vez que não se sabe ainda se existe uma dose segura de consumo que não acarrete risco nem para si nem para o bebé...? O que pensa sobre isto? • Considera que esta informação está bem divulgada? Porquê? • Concordaria (ou não) com a colocação de dísticos nas garrafas contendo bebidas alcoólicas com o objetivo de avisar mulheres grávidas acerca dos riscos de beber álcool? Porquê? • Concordaria (ou não) com a colocação de avisos em anúncios publicitários referentes a bebidas alcoólicas com o objetivo de avisar mulheres grávidas acerca dos riscos de beber álcool? Porquê? • Considera que ter informação sobre este tema é importante para as grávidas? Porquê? • Considera que tem informação suficiente? Sim Porquê? Não Porquê? Que informação considera que necessitaria mais? • A informação que tem ajudou-a a tomar a decisão de beber/não beber álcool? Em quê? Porquê? • Como é que a informação deveria chegar às grávidas? • Esta informação só é importante para as mulheres grávidas? Porquê? Quem mais deveria ter esta informação? Porquê? Para quê?

ANEXO 2: Guião Entrevista (versão final)

Dados sociodemográficos

Código: _____

Data: _____

Idade: _____

Estado civil: Solteira Casada/união de facto Divorciada/separada Viúva

Nível escolaridade:

1.º Ciclo ensino básico (4.ª classe) 2.º Ciclo ensino básico (6.º ano)

3.ª Ciclo ensino básico (9.º ano) Ensino secundário (12.º ano)

Ensino superior

Situação profissional:

Trabalho estável/regular Trabalho ocasional Desempregada

Estudante/formação profissional Reforma, doméstica Outra situação

Qual? _____

Profissão: _____

Crença religiosa? Sim Não

Religião _____ É praticante? Sim Não

Gravidez:

Período de gestação (semanas): _____ Gravidez planeada: Sim Não

N.º de gestações anteriores: _____ N.º de filhos: _____

Acompanhamento da gravidez: Sim Não Centro Saúde (MF): Sim Não

Obstetra particular: Sim Não Outro _____

Hábitos tabágicos

Antes da gravidez: Sim Não Quantidade de cigarros/dia: _____

Durante a gravidez: Sim Não Quantidade de cigarros/dia: _____

Outros dados:

Tem algum problema de saúde? _____

Faz tratamento para esse (s) problema (s)?

Teve indicação para algum tratamento específico para os problemas ligados ao uso de álcool?

Consumo álcool família:

Familiares diretos _____

Companheiro (pai da criança) _____

“Agora irei fazer-lhe algumas perguntas acerca da sua utilização de bebidas alcoólicas ao longo do ano anterior à sua gravidez, e ainda acerca do uso de bebidas alcoólicas durante o último ano antes de engravidar e durante a sua gravidez atual. Uma vez que o álcool pode afetar muitas áreas da saúde (e pode interferir com certos medicamentos), para nós é importante sabermos o quanto bebe habitualmente, e se teve algum tipo de problemas pelo facto de beber. Por favor, tente ser o mais honesta e específica possível.”

Quando falamos em “uma bebida”, estamos a falar de quantidades equivalentes a

1 Copo de vinho (15 cl), ou

1 Garrafa de cerveja (33 cl), ou

1 Bebida espirituosa (4 cl)

AUDIT C	<p>1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?</p> <p>(0) Nunca [salte até questão 9 e 10] <input type="checkbox"/></p> <p>(1) Uma vez por mês ou menos <input type="checkbox"/></p> <p>(2) 2 a 4 vezes por mês <input type="checkbox"/></p> <p>(3) 2 a 3 vezes por semana <input type="checkbox"/></p> <p>(4) 4 ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p>	<p>4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?</p> <p>(0) Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>(1) Uma vez por mês ou menos <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Mensalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(3) Semanalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(4) Diariamente ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p>
	<p>2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?</p> <p>(0) 1 ou 2 <input type="checkbox"/></p> <p>(1) 3 ou 4 <input type="checkbox"/></p> <p>(2) 5 ou 6 <input type="checkbox"/></p> <p>(3) 7, 8, ou 9 <input type="checkbox"/></p> <p>(4) 10 ou mais <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p>	<p>5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem, por ter bebido?</p> <p>(0) Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>(1) Uma vez por mês ou menos <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Mensalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(3) Semanalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(4) Diariamente ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p>
	<p>3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?</p> <p>(0) Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>(1) Uma vez por mês ou menos <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Mensalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(3) Semanalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(4) Diariamente ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p> <p>[caso contabilize 0 na pontuação das questões 2 e 3, passe para as questões 9 e 10]</p>	<p>6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para “curar” uma ressaca?</p> <p>(0) Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>(1) Uma vez por mês ou menos <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Mensalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(3) Semanalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(4) Diariamente ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p>
	<p>7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?</p> <p>(0) Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>(1) Uma vez por mês ou menos <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Mensalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(3) Semanalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(4) Diariamente ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p>	<p>9. Já alguma vez ficou ferida/o, ou alguém ficou ferido, por você ter bebido?</p> <p>(0) Não <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Sim, mas não no último ano <input type="checkbox"/></p> <p>(4) Sim, no último ano <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p>
<p>8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?</p> <p>(0) Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>(1) Uma vez por mês ou menos <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Mensalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(3) Semanalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(4) Diariamente ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p>	<p>10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou outro profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?</p> <p>(0) Não <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Sim, mas não no último ano <input type="checkbox"/></p> <p>(4) Sim, no último ano <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p>	
<p>Pontuação total:</p> <p style="text-align: center;">Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/></p> <p>[o total expressa-se em valores entre 0 e 40]</p>		

Pontuação/cotação:

As perguntas 1 a 8 fornecem respostas numa escala de 0 a 4 pontos, e as respostas às perguntas 9 e 10 cotam-se com 0, 2 e 4 pontos. Os resultados expressam-se em valores entre 0 e 40.

Valores de 1 a 7: Consumo de baixo risco

Valores de 8 a 19: Consumo nocivo/abuso

Valores de 20 a 40: Dependência

Temas gerais	Temas específicos	Instruções
Consumo de álcool e suas circunstâncias	Antes da gravidez	
	Padrão de consumo	<ul style="list-style-type: none">• Bebia bebidas alcoólicas antes desta gravidez? Sim <ul style="list-style-type: none">○ Que bebidas / quantidades?○ Quando? Em que situações/circunstâncias?○ Razões /Porquê? Não (Razões /Porquê?)
	Atitude acerca do consumo na gravidez	<ul style="list-style-type: none">• Antes da gravidez, já alguma vez tinha pensado na questão de beber/não beber durante a gravidez?• Tinha tomado alguma decisão?
	Durante a gravidez	
	Padrão de consumo	<ul style="list-style-type: none">• Bebe bebidas alcoólicas desde que está grávida? Sim <ul style="list-style-type: none">○ Que bebidas / quantidades?○ Quando? Em que situações/circunstâncias?○ Razões /Porquê?
	Alteração do padrão desde a gravidez	<ul style="list-style-type: none">• Há alguma diferença face ao que bebia antes da gravidez? Qual (tipo de bebida, quantidade, frequência e fase da gestação)?○ Porquê?○ Quando? Em que situações/circunstâncias? Não (Razões /Porquê?)
Atitudes em relação ao consumo/ abstinência	<ul style="list-style-type: none">• Para si é fácil não beber/beber? Porquê?• O que pensa/ sente agora quando vê outras mulheres grávidas a beberem álcool? Alguma coisa mudou desde que está grávida? O quê? Porquê?	
Padrão de consumo do marido/ companheiro	<ul style="list-style-type: none">• O seu companheiro/marido bebia de forma diferente antes da gravidez?• Porque acha que ele mudou o padrão de consumo?	
Padrão de consumo de outros/	<ul style="list-style-type: none">• Costuma estar junto de outras pessoas que estão a beber?	

	convivência com consumos	<p>Sim</p> <ul style="list-style-type: none"> Em que contextos (familiar/amigos/outros)? Quem está presente e a beber? Já aconteceu oferecerem-lhe uma bebida alcoólica durante a gravidez? Como reagiu? Quem ofereceu? O que sente/pensa? (Explorar sentimentos e cognições associadas) Quem lhe oferece uma bebida alcoólica insiste? Faz comentários sobre a sua decisão? <p>Não</p> <ul style="list-style-type: none"> O que pensa sobre isso?
	Atitudes acerca dos consumos e autorrelato de consumos de álcool (Geral)	<ul style="list-style-type: none"> Quais são, na sua opinião, os motivos para as mulheres grávidas consumirem bebidas alcoólicas? Acha que é fácil para as mulheres grávidas abordarem o assunto do consumo de álcool na gravidez? Porquê? De que forma se poderia fazer com que as mulheres grávidas falassem com mais à vontade de eventuais consumos de álcool na gravidez?
	<p>Atitudes de outros significativos (Consumos da pp e em geral)</p> <p>1. Marido/ companheiro</p> <p>2. Familiares</p> <p>3. Rede social alargada</p>	<ul style="list-style-type: none"> A sua opinião acerca do consumo de álcool durante a gravidez é partilhada pelo seu marido/ companheiro? Qual a opinião dele acerca do consumo de álcool na gravidez? (consumos da própria e em geral) A sua opinião acerca do consumo de álcool na gravidez é partilhada pelos membros da sua família? Quais são as opiniões da sua família acerca deste assunto? Acha que a sua opinião acerca do consumo de álcool na gravidez é partilhada pelos seus amigos? Quais são as opiniões deles acerca deste assunto?
<p>Informações/ conhecimentos sobre consequências do consumo de álcool durante a gravidez</p>	Informação pro ou anti consumo	<ul style="list-style-type: none"> Acha que há um n.º aceitável de copos de uma bebida alcoólica que uma mulher grávida pode beber? Qual é esse n.º? Porquê?
	Consequências	<ul style="list-style-type: none"> Tem algum conhecimento acerca do consumo de álcool nas diferentes fases da gravidez? Tem conhecimento acerca de eventuais consequências do consumo de álcool durante a gravidez? Já alguma vez ouviu falar, ou leu algo, sobre consequências do consumo de álcool por parte das mulheres grávidas?
	Credibilidade da fonte	<p>Sim</p> <ul style="list-style-type: none"> Onde? Qual a sua principal fonte de informação na área da saúde? (Formais e informais) Obteve esta informação antes ou durante a gravidez? Em que situação? Em que medida é que esta informação tem/teve importância para si? A informação que tem ajudou-a a tomar a decisão de beber/não beber álcool? Em quê? Porquê?
	Potencial alteração de comportamento	<p>Não</p> <ul style="list-style-type: none"> Na sua opinião, quais acha que são os motivos da sua falta/ ausência informação?
	Motivos da ausência de informação	
	Facilidade	<ul style="list-style-type: none"> Acha que é fácil obter informação acerca do consumo de álcool durante

	<p>/dificuldade de acesso</p> <p>População alvo</p> <p>Avaliação geral</p>	<p>a gravidez? Porquê?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como é que a informação deveria chegar às grávidas? • Esta informação só é importante para as mulheres grávidas? • Quem na sua opinião deveria ter acesso à informação acerca dos riscos do consumo de álcool na gravidez? Porquê? Para quê? • Considera que ter informação sobre este tema é importante para as mulheres grávidas? Porquê? • Considera que tem informação suficiente?
<p>Rastreio e Prevenção Seletiva</p>	<p>Profissionais de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alguém da equipa de saúde que acompanha a sua gravidez lhe perguntou qual a quantidade de álcool que consome? <p>Sim</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Quem perguntou? Em que circunstância /quando? ○ Como perguntou? ○ O que sentiu/pensou sobre isso? Deu uma resposta sincera? ○ Estava a contar que o fizessem? ○ Qual a sua opinião acerca do seu médico/ enfermeiro lhe perguntar qual a quantidade de álcool que consome? <p>Não</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ O que pensa sobre isso? ○ Daria uma resposta sincera acerca do consumo de álcool se o seu médico/enfermeiro lhe perguntasse? <ul style="list-style-type: none"> • O médico/enfermeiro que acompanha a sua gravidez alguma vez falou consigo sobre consequências do consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez? • Deu-lhe alguma indicação sobre os consumos de álcool? <p>Sim</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ O que é que ele lhe disse? Como foi a conversa? ○ Quem abordou o tema? (A própria ou o médico) ○ Essa informação foi/era importante para si? Porquê? ○ O que pensou/sentiu sobre isso? ○ Estava a contar que o fizessem? <p>Não</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ O que pensa acerca disso? ○ Estava a contar que o fizessem? ○ Sentia/sente necessidade de abordar este tema? Porquê? ○ Qual/ quais os motivos, na sua opinião, para este assunto não ter sido abordado? ○ Considera que deveriam disponibilizar este tipo de informação? Quem? <ul style="list-style-type: none"> • Acha que o seu médico/ enfermeiro concorda com o consumo moderado de álcool durante a gravidez? O que a faz achar que sim/ não? • Gostaria que o seu médico lhe propusesse realizar análises sanguíneas que avaliassem se está a beber álcool em excesso?
	<p>Atitudes em relação a normativas do consumo de álcool na gravidez</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe se existem normas nacionais quanto ao consumo de álcool aconselhado durante a gravidez? (S/N) • Sabe que a OMS e a DGS aconselham as mulheres grávidas a não beberem álcool durante toda a gravidez, uma vez que não se sabe ainda se existe uma dose segura de consumo que não acarrete risco nem para a mulher grávida nem para o bebé? O que pensa/sente sobre isto? • Considera que esta informação está bem divulgada? Porquê?

Prevenção ambiental	Atitudes em relação a estratégias preventivas globais (normas sociais)	<ul style="list-style-type: none"> • Concordaria (ou não) com a colocação de dísticos nas garrafas contendo bebidas alcoólicas com o objetivo de avisar mulheres grávidas acerca dos riscos de beber álcool? Porquê? • Concordaria (ou não) com a colocação de avisos em anúncios publicitários referentes a bebidas alcoólicas com o objetivo de avisar mulheres grávidas acerca dos riscos de beber álcool? Porquê?
Prevenção Indicada	Atitude perante o aconselhamento para redução do consumo de álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Se o seu consumo de álcool estivesse a afetar a sua saúde, qual acha que deveria ser a atitude do seu médico/enfermeiro?

ANEXO 3: Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Um grupo de investigadores da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, coordenado pela Prof^a Doutora Maria Raul Lobo Xavier, está a desenvolver um projeto de investigação acerca do consumo de álcool durante a gravidez. Integrado neste projeto, o presente estudo - Atitudes acerca do consumo de álcool durante a gravidez – estudo exploratório com mulheres grávidas – tem como objetivo aumentar o conhecimento acerca das atitudes das mulheres grávidas perante o consumo de álcool durante o período de gestação.

Vimos assim, por este meio, solicitar a sua disponibilidade para a realização de uma entrevista. A entrevista será conduzida pela investigadora Kerstin Hoffmeister, realizar-se-á na USF Salvador Machado, pertencente ao ACES Entre Douro e Vouga II, terá a duração estimada de meia hora e decorrerá em ambiente de privacidade.

A informação recolhida é confidencial (apenas a equipa do estudo terá acesso a toda a informação) e será tratada e conservada de forma anónima. Os resultados apenas serão divulgados em contexto científico (em apresentações ou publicações), sem nunca revelar a sua identidade.

A equipa de investigação envolvida neste estudo garante que o material resultante da entrevista será armazenado em local seguro, de forma anónima, durante pelo menos 5 anos, sendo o material destruído posteriormente.

A sua participação é completamente voluntária e a decisão de não participar, total ou parcialmente, não lhe trará qualquer prejuízo. Poderá desistir a qualquer momento e, se preferir, a informação já recolhida poderá ser imediatamente destruída. À participação não corresponde qualquer tipo de pagamento ou contrapartida.

Mais informamos que o estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN.

Agradecemos a sua disponibilidade,

Investigadora – Kerstin Hoffmeister, Psicóloga Clínica, ARS Norte, CRI Porto Central, Equipa de Tratamento de Sta. Maria da Feira, telefone 256 005 720, endereço eletrónico kerstin.hoffmeister@arsnorte.min-saude.pt

Assinatura: _____

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Assinatura:

Data: /..... /.....

ANEXO 4: Sistema Geral de Categorias

SISTEMA GERAL DE CATEGORIAS

1. <u>Consumo e/ou abstinência da própria</u>

1.1. *Abstinência*

1.1.1. **Sim**

1.1.2. **Padrão**

1.1.3. **Motivos para a abstinência**

1.1.3.1. **Saúde em geral**

1.1.3.2. **Hábito familiar**

1.1.3.3. **Acontecimento de vida**

1.1.3.4. **Não precisa**

1.1.3.5. **Não gosta**

1.1.3.6. **Gravidez**

1.1.4. **Atitude perante abstinência**

1.1.4.1. **Facilidade**

1.1.4.2. **Dificuldade**

1.2. *Consumo*

1.2.1. **Sim**

1.2.2. **Padrão**

1.2.2.1. **Esporádico**

1.2.2.2. **Semanal**

1.2.3. **Quantidade**

1.2.3.1. **Definida**

1.2.3.2. **Indefinida**

1.2.3.3. **Dúvida quantidade aceitável na gravidez**

1.2.4. **Tipo**

1.2.4.1. **Cerveja**

1.2.4.2. **Champanhe**

1.2.4.3. **Vinho**

1.2.4.4. **Bebidas destiladas**

1.2.5. **Contexto**

1.2.5.1. **Jantar com amigos**

1.2.5.2. **Noite**

1.2.5.3. **Refeições em família**

1.2.5.4. **Acontecimentos festivos**

1.2.6. **Motivos para consumo**

1.2.6.1. **Preferência bebida**

- 1.2.6.2. **Tipo refeição**
- 1.2.6.3. **Decisão consciente**
- 1.2.6.4. **Desvalorização dos riscos**
- 1.2.6.5. **Falta de informação**
- 1.2.6.6. **Pressão social**
- 1.2.6.7. **Acontecimento de vida**
- 1.2.6.8. **Hábito**
- 1.2.7. **Atitude perante consumo**
 - 1.2.7.1. **Desvalorização dos riscos**
 - 1.2.7.2. **Efeito do álcool**
 - 1.2.7.3. **Preocupação ou culpa**
 - 1.2.7.4. **Indecisão beber ou não beber**
- 1.2.8. **Dúvida existência**
- 1.3. *Pressão social consumos*
 - 1.3.1. **Pressão explícita**
 - 1.3.1.1. **Agentes**
 - 1.3.1.1.1. **Marido/companheiro**
 - 1.3.1.1.2. **Família**
 - 1.3.1.1.3. **Amigos**
 - 1.3.1.1.4. **Colegas de trabalho**
 - 1.3.1.1.5. **Inespecífico**
 - 1.3.1.2. **Motivos atribuídos**
 - 1.3.1.3. **Pressão para consumo**
 - 1.3.1.4. **Pressão para abstinência**
 - 1.3.1.5. **Resposta à pressão social explícita**
 - 1.3.2. **Pressão implícita**
 - 1.3.2.1. **Agentes**
 - 1.3.2.1.1. **Família**
 - 1.3.2.1.2. **Amigos**
 - 1.3.2.1.3. **Inespecífico**
 - 1.3.2.2. **Pressão para consumo**
 - 1.3.2.3. **Pressão para abstinência**
 - 1.3.2.4. **Resposta à pressão social implícita**
 - 1.3.3. **Inexistência**
- 1.4. *Sem posicionamento*
 - 1.4.1. **Ausência de reflexão acerca do tema**

1.4.2. Motivos ausência de posicionamento

2. Álcool e outros significativos

2.1. Marido/companheiro

2.1.1. Abstinência marido/companheiro

2.1.2. Consumo marido/companheiro

2.1.2.1. Padrão

2.1.2.1.1. **Ocasional**

2.1.2.1.2. **Diário**

2.1.2.1.3. **Binge**

2.1.2.1.4. **Nocivo**

2.1.2.2. Tipo

2.1.2.2.1. **Cerveja**

2.1.2.2.2. **Vinho**

2.1.2.3. **Motivos consumo marido/companheiro**

2.2. Família

2.2.1. Consumo família

2.2.1.1. Família origem

2.2.1.1.1. **Pai**

2.2.1.1.2. **Pais**

2.2.1.1.3. **Familiares masculinos**

2.2.1.1.4. **Avó**

2.2.1.1.5. **Inespecífico**

2.2.1.2. **Sogros**

2.2.2. Padrão

2.2.2.1. **Diário**

2.2.2.2. **Nocivo ou dependência**

2.2.3. Tipo

2.2.3.1. **Cerveja**

2.2.3.2. **Vinho**

2.3. Amigos

2.3.1. Abstinência grupo de pares

2.3.2. Consumo grupo de pares

2.4. Posicionamento compartilhado

2.4.1. Marido/companheiro

2.4.1.1. **Sim**

- 2.4.1.2. Não
- 2.4.2. Família
 - 2.4.2.1. Sim
 - 2.4.2.2. Não
- 2.4.3. Amigos
 - 2.4.3.1. Sim
 - 2.4.3.2. Não

3. Álcool e outras mulheres grávidas

3.1. *Abstinência outras mulheres grávidas*

3.2. *Consumo outras mulheres grávidas*

3.2.1. **Existência**

3.2.2. **Motivos consumo outras mulheres grávidas**

- 3.2.2.1. **Ausência de motivos**
- 3.2.2.2. **Decisão consciente**
- 3.2.2.3. **Desvalorização dos riscos**
- 3.2.2.4. **Falta de informação**
- 3.2.2.5. **Pressão social**
- 3.2.2.6. **Acontecimento de vida**
- 3.2.2.7. **Hábito ou dependência**
- 3.2.2.8. **Dúvida acerca dos motivos para consumo**

3.2.3. **Atitudes perante consumo**

- 3.2.3.1. **Desaprovação**
- 3.2.3.2. **Desvalorização dos riscos**
- 3.2.3.3. **Indiferença**
- 3.2.3.4. **Mudança pós-gravidez**
- 3.2.3.5. **Respeito pela diferença**
- 3.2.3.6. **Consumo como doença**
- 3.2.3.7. **Dúvida**
- 3.2.3.8. **Inexistência**
 - 3.2.3.8.1. **Sem posicionamento**
 - 3.2.3.8.2. **Motivos para ausência posicionamento**
- 3.2.3.9. **Abordagem da outra mulher grávida**
 - 3.2.3.9.1. **Sim**
 - 3.2.3.9.2. **Não**

4. Autorrelato

4.1. *Facilidade*

4.1.1. **Sim**

4.1.2. **Motivos**

4.2. *Dificuldade*

4.2.1. **Sim**

4.2.2. **Motivos**

4.3. *Formas de aumentar*

4.3.1. **Não sabe**

4.3.2. **Sugestões**

4.4. **Pedido esclarecimento pós-consumo**

5. Informação

5.1. *Conteúdo*

5.1.1. Mensagem central

5.1.1.1. **Anti-consumo**

5.1.1.2. **Pró-consumo**

5.1.1.3. **Incerto**

5.1.2. Consequências do consumo de álcool

5.1.2.1. **Conhecimento sobre consequências**

5.1.2.2. Descrição

5.1.2.2.1. **Outras**

5.1.2.2.2. **SAF**

5.1.2.3. Relação com tipo de consumo

5.1.2.3.1. **Dificuldade avaliar**

5.1.2.3.2. **Quantidade**

5.1.2.3.3. **Frequência**

5.1.2.4. Relação com fase gravidez

5.1.2.4.1. **Dificuldade avaliar**

5.1.2.4.2. **Quantidade**

5.1.2.4.3. **Frequência**

5.1.2.5. **Dúvidas acerca de consequências**

5.2. *Fontes*

5.2.1. Contextos

5.2.1.1. **Contexto laboral**

5.2.1.2. **Contexto saúde**

5.2.2. Formação acadêmica

5.2.3. Media

5.2.3.1. Literatura

5.2.3.2. Panfleto

5.2.3.3. Televisão

5.2.3.4. Internet

5.2.4. Pessoas

5.2.4.1. Família

5.2.4.2. Inespecífico

5.2.4.3. Outras mulheres grávidas

5.3. Público-alvo

5.3.1. População geral

5.3.2. Mulheres

5.3.3. Mulheres grávidas

5.3.4. Profissionais de saúde

5.4. Disponibilidade

5.4.1. Acessibilidade

5.4.1.1. Difícil

5.4.1.2. Fácil

5.4.1.3. Dúvida

5.4.2. Apreciação crítica

5.5. Relação entre informação e consumo

5.5.1. Com relação

5.5.2. Sem relação

5.5.3. Indecisão

5.6. Necessidade de mais

5.6.1. Não

5.6.2. Sim

5.7. Inexistência

5.7.1. Ausência ou desconhecimento

5.7.1.1. De consequências

5.7.1.2. De guidelines

5.7.1.3. De prevalência

5.7.1.4. De prevenção ambiental

5.7.1.5. De outras informações álcool na gravidez

5.7.2. Motivos ausência informação

5.7.2.1. Internos

5.7.2.2. Externos

6. Acompanhamento Gravidez

6.1. Rastreio

6.1.1. Agentes

6.1.1.1. Cuidados de saúde primários

6.1.1.1.1. Enfermeiro(a)

6.1.1.1.2. Médico(a)

6.1.1.1.3. Inespecífico

6.1.1.2. Cuidados de saúde secundários

6.1.1.3. Cuidados de saúde privados

6.1.1.4. Inespecífico

6.1.2. Avaliação crítica

6.1.3. Ausência de rastreio

6.2. Prevenção Seletiva

6.2.1. Agentes

6.2.1.1. Cuidados de saúde primários

6.2.1.1.1. Enfermeiro(a)

6.2.1.1.2. Médico(a)

6.2.1.1.3. Inespecífico

6.2.1.2. Cuidados de saúde secundários

6.2.1.3. Cuidados de saúde privados

6.2.1.4. Inespecífico

6.2.2. Indicações

6.2.2.1. Guidelines álcool e gravidez

6.2.2.1.1. Conhecimento

6.2.2.1.2. Divulgação

6.2.2.1.2.1. Boa

6.2.2.1.2.2. Má

6.2.2.1.3. Dúvidas acerca da existência

6.2.2.1.4. Avaliação crítica

6.2.2.2. Outras indicações

6.2.3. Avaliação crítica

6.2.3.1. Importância da existência de informação

6.2.3.2. Agente desejado

6.2.3.3. Estratégias hipotéticas

6.2.3.4. Posicionamento dos agentes das intervenções preventivas

6.2.4. Ausência de indicações

6.2.4.1. Inexistência

6.2.4.2. Motivos para ausência de indicações

6.3. *Prevenção Indicada*

7. Prevenção Ambiental

7.1. Dísticos

7.1.1. Concordância

7.1.2. Apreciação crítica

7.2. Avisos publicidade álcool

7.2.1. Concordância

7.2.2. Apreciação crítica

7.3. Não especificada

8. Tempo

8.1. Antes da gravidez

8.2. Durante a gravidez

8.2.1. Antes de saber da gravidez

8.2.2. Depois de saber da gravidez

ANEXO 5: Descrição das categorias

DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS

1. Consumo e/ou abstinência da própria			
1.1. Abstinência			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.1.1.	Sim	Revelam não consumir.	“Nada.”
1.1.2	Padrão	Padrão de abstinência, isto é, situações nas quais não há consumo de álcool.	“No dia-a-dia não bebo. Embora o meu marido beba vinho às refeições, eu não bebo.”
1.1.3. Motivos para abstinência			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.1.3.1.	Saúde em geral	O motivo para a abstinência de álcool é a saúde em geral.	“Porque sei o mal que faz à saúde, (...)”
1.1.3.2.	Hábito familiar	O motivo para a abstinência de álcool é o hábito da família de origem.	“Porque os meus pais achavam que eu não devia beber, também sempre me incutiram que eu não devia fumar, não devia beber, não devia isto, uma série de coisas, (...)”
1.1.3.3.	Acontecimento de vida	O motivo para a abstinência de álcool é um acontecimento de vida.	“Eh... o meu pai era alcoólico, e então sempre tive a noção de... que a gente não deve beber, porque depois faz... tem atitudes que não deve. Fora isso... por isso é que...”
1.1.3.4.	Não precisa	O motivo para a abstinência de álcool é o facto de a entrevistada não necessitar de beber.	“Mas se é uma coisa que eu não aprecio, nem é uma coisa que eu necessito, não há porque o fazer...”
1.1.3.5.	Não gosta	O motivo para a abstinência de álcool é o facto de a entrevistada não gostar de bebidas alcoólicas.	“Porque não aprecio álcool.”
1.1.3.6.	Gravidez	O motivo para a abstinência de álcool é a gravidez.	“A mim faz confusão, acho que não há necessidade, de... a partir do momento em que é que temos outra vida, para cuidar, não vejo necessidade de estar a beber.”
1.1.4. Atitude perante abstinência			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.1.4.1.	Dificuldade	Referências ao sentimento de dificuldade em não beber álcool.	“Reparo só porque... às vezes fico a pensar: Se não estivesse grávida também bebia um copo (ri).”
1.1.4.2.	Facilidade	Referências ao sentimento de facilidade em não beber álcool.	“Muito fácil. Para mim é difícil beber. (Ri.)”
1.2. Consumo			
1.2.1. Sim			

Descrição		Exemplo	
Revela consumos.		Sim, às vezes se estivermos todos em conjunto, se todos estiverem juntos a beber, sou capaz de beber, mesmo que eles perguntem “queres?” às vezes digo que não, mas depois acabo por beber um copo por... por minha vontade.	
1.2.2. Padrão			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.2.2.1.	Esporádico	Padrão de consumo pontual, ocasional, não regular.	“Sim, por exemplo, ou num aniversário de um familiar, mas que, não é, nem é todos os meses e...é muito pouco.”
1.2.2.2.	Semanal	Padrão de consumo semanal (refeições de fim de semana).	“Ao fim de semana porque vamos jantar fora e pede-se um copo de vinho.”
1.2.3. Quantidade			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.2.3.1.	Definida	A entrevistada define concretamente a quantidade de álcool que consome/consumiu.	“Aprecio também sangria, especialmente branca, e vinho, mas pronto, nem um copo consigo beber, (...)”
1.2.3.2.	Indefinida	A entrevistada refere-se à quantidade de álcool que consome/consumiu de forma indefinida.	“Eu entendo assim, pronto, posso estar errada, mas como realmente não é sistemático, e não é uma grande quantidade, se o fizer creio que não vai ser por aí que vai ter mal.”
1.2.3.3.	Dúvida quantidade aceitável na gravidez	A entrevistada tem dúvidas quanto à quantidade aceitável que uma mulher grávida pode beber na gravidez.	“Se haverá? É assim, nunca me inteirei desse assunto, olhando assim, não sei se beber um copo, ou meio copo...ou... vá.”
1.2.4. Tipo			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
3.2.5.1.	Cerveja		“Essencialmente... assim, uma cerveja...”
3.2.5.2.	Vinho		“Um copo de vinho, socialmente, nas calmas, mas nada de...”
3.2.5.3.	Champanhe		“Ou champanhe, ou... era mesmo mais à base de champanhe.”
3.2.5.4.	Bebidas destiladas		“Era mais Baileys, ou licor de café.”
1.2.5. Contexto			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.2.5.1.	Jantar com amigos	O consumo de álcool da entrevistada acontece em contexto de jantares com amigos.	“Eh... Acho que bebi um copo de sangria. Na altura de S. João, não é que a gente festeje, mas tivemos um jantar lá da igreja, entre todos, e bebi um copo de sangria.”
1.2.5.2.	Noite	Saídas à noite (contextos recreativos)	“E cheguei a beber numa saída à noite uma vodka preta com

			ananás, uma coisa assim desse género.”
1.2.5.3.	Refeições em família	O consumo de álcool da entrevistada acontece no contexto de refeições em família.	“Lá está, pode ser uma saída com amigos, pode ser um jantar de família, mas...”
1.2.5.4.	Acontecimentos festivos	Casamentos, aniversários, Passagem d’Ano, etc.	“E a champanhe lá está, porque quando me casei tive de molhar a boca com champanhe, mas só molhei mesmo, um brindezinho na passagem d’Ano também não sei o que me parecia não brindar...e pronto.”
1.2.6. Motivos para consumo			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.1.6.1.	Preferência bebida	O motivo de consumo de álcool relaciona-se com preferência por determinada (s) bebida (s).	“Porque é a única bebida que é aceitável para mim.”
1.1.6.2.	Tipo refeição	O motivo para consumo de álcool relaciona-se com o tipo de refeição.	“Algumas comidas também dão mais vontade de... de beber. Também fazem as coisas mais fortes... dá-me mais vontade.”
1.1.6.3.	Decisão consciente	O motivo para consumo de álcool está ligado a uma decisão consciente de beber.	“Bebi porque... Porque bebi, porque achei que devia beber.”
1.1.6.4.	Desvalorização dos riscos	A entrevistada consome álcool por desvalorizar os efeitos/riscos/consequências.	“Não sei, é assim, eu também como sou uma pessoa tão cuidadosa, creio que se fizer uma vez, e com a quantidade que é mínima, creio que também não vou prejudicar, (...)”
1.1.6.5.	Falta de informação	O motivo do consumo está ligado a desconhecimento dos riscos e/ou consequências do consumo de álcool durante a gravidez.	“Porque estava entre a dúvida se seria paranoia minha, por associar o álcool a efeitos prejudiciais, ou se pronto, como eles me estavam a dizer, um copo de vinho tinto, que nem faz mal, pior fazem os refrigerantes, que têm aspartame, e outras coisas.”
1.1.6.6.	Pressão social	O motivo para haver consumo de álcool durante a gravidez é a pressão social.	“E a champanhe lá está, porque quando me casei tive de molhar a boca com champanhe, mas só molhei mesmo, um brindezinho na passagem d’Ano também não sei o que me parecia não brindar...e pronto.”
1.1.6.7.	Acontecimento de vida	O consumo de álcool constitui uma resposta a um acontecimento de vida.	Eu: Até porque tinha experiência, não é? “É o caso de ter experiência, e depois não só.”
1.1.6.8.	Hábito	O motivo do consumo está ligado a hábitos ou dependência de consumo de álcool.	“Não vou dizer que eu bebo e não gosto de beber, não.”
1.2.7. Atitude perante consumo			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo

1.2.7.1.	Desvalorização dos riscos	A entrevistada desvaloriza os riscos associados ao seu próprio consumo de álcool.	“E eu depois senti que aquele bocadinho de vinho... Mas como foi tão pouco...não era vinho, era espumante, eh... como era tão pouco, nem dei importância.”
1.2.7.2.	Efeito do álcool	Referências quanto ao efeito provocado pelo consumo de álcool	“E lá está, como a minha tolerância ao álcool não é propriamente a melhor porque não bebo muito, bebi o copo de álcool e fiquei... pronto, estava bem, não é, mas aquela sensação de que tenho que me estabilizar para sair, e depois lá fui.”
1.2.7.3.	Preocupação ou culpa	Manifestação de sentimentos de preocupação e/ou culpa perante consumo(s) de álcool durante a gravidez.	“Foi na minha festa de 30 anos, que bebi um copo de vinho, mas com um sentimento de culpa gigantesco.”
1.2.7.4.	Indecisão beber ou não beber	A entrevistada mostra-se indecisa quanto a beber ou não beber álcool na gravidez.	“Por acaso agora até vou ter uma saída, esta sexta-feira, e nem sei o que vou fazer!”
1.2.8. Dúvida existência			
Designação		Exemplo	
A entrevistada tem dúvida quanto à existência de consumo de álcool durante a sua própria gravidez.		“É que eu nem me recordo se bebi ou não. Mas como eu costumo fazer isso para brindar, é provável.”	
1.3. Pressão social consumos			
1.3.1. Pressão explícita			
1.3.1.1. Agentes			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.3.1.1.1.	Marido/companheiro	É o marido/companheiro quem exerce pressão social explícita sobre a entrevistada para o consumo/não consumo de álcool.	“Não, ele ia-se insurgir, mesmo. Não ia aceitar de forma nenhuma que eu o fizesse.”
1.3.1.1.2.	Família	É a família (ou um familiar) quem exerce pressão social explícita sobre a entrevistada para o consumo/não consumo de álcool.	“...porque os meus pais achavam que eu não devia beber, também sempre me incutiram que eu não devia fumar, não devia beber, não devia isto, uma série de coisas...”
1.3.1.1.3.	Amigos	É um/a amigo/a (ou vários amigos) quem exerce pressão social explícita sobre a entrevistada para o consumo/não consumo de álcool.	“Também respeitam. Eles dizem “pede sumo, que não vais brindar com água”, pronto, é assim, é.”
1.3.1.1.4.	Colegas trabalho	É um(a) colega de trabalho quem exerce pressão social explícita sobre a entrevistada para o consumo/não consumo de álcool.	“Às vezes em conversa, por exemplo: Logo à noite temos um jantar de serviço, do internamento, da pediatria, e as minhas auxiliares já estavam a dizer: “Logo à noite é que vai ser, e não sei quê...Ah mas você não pode!”
1.3.1.1.5.	Inespecífico	A entrevistada não identifica especificamente o agente	“Eu até comecei a beber isto muito depois da faculdade, porque as

		da pressão social.	peessoas diziam “olha prova, isto é bom” e não sei quê, porque eu não bebia.”
1.3.1.2. Motivos atribuídos			
Descrição		Exemplo	
Motivos/razões que as entrevistadas atribuem à existência de pressão social explícita.		“Para não me sentir discriminada, não é, porque a opção seria minha.”	
1.3.1.3. Pressão para consumo			
Descrição		Exemplo	
A pressão social explícita exercida é no sentido do consumo de álcool.		“...e é muito normal que as pessoas fiquem surpresas, assim “Mas porque é que não bebes?!” “Porque não gosto! Tenho de estar a beber uma coisa que não gosto!...”	
1.3.1.4. Pressão para abstinência			
Descrição		Exemplo	
A pressão social explícita exercida é no sentido de não haver consumo de álcool.		“Ai a minha família também reprovaria logo. Caía-me tudo em cima.”	
1.3.1.5. Resposta à pressão social explícita			
Descrição		Exemplo	
Resposta da entrevistada à pressão social explícita (para consumo ou para a abstinência).		“Se me oferecer muitas vezes eu digo, olhe, não obrigado, não gosto.”	
1.3.2. Pressão social implícita			
1.3.2.1. Agentes			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.3.2.1.1.	Família	É a família (ou um familiar) quem exerce pressão social implícita sobre a entrevistada para o consumo de álcool.	“Se estiver com os meus pais, ou os meus sogros...sim, porque eles bebem vinho, ou cerveja...”
1.3.2.1.2.	Amigos	É um/a amigo/a (ou vários amigos) quem exerce pressão social implícita sobre a entrevistada para o consumo de álcool.	“Os meus amigos também não bebem, também não têm por norma beber.”
1.3.2.1.3.	Inespecífico	A entrevistada não identifica especificamente o agente da pressão social implícita.	“Porque o facto de estar em grupo, toda a gente também beber, acabamos por também irmos atrás, não é, entre aspas. É mais por aí.”
1.3.2.2. Pressão para consumo			
A pressão social implícita exercida é no sentido do consumo de álcool.		“Mas assim com pessoas a jantar em casa...não sei... inconscientemente também	

		ficamos todos mais à vontade. Também pode ser (isso)..."	
A pressão social implícita exercida é no sentido do consumo de álcool.		"Mas assim com pessoas a jantar em casa...não sei... inconscientemente também ficamos todos mais à vontade. Também pode ser (isso)..."	
1.3.2.3. Pressão para abstinência			
Descrição		Exemplo	
A pressão social implícita exercida é no sentido de não haver consumo de álcool.		"Porque...não sei, lá em casa também nunca fui estimulada a beber, pronto..."	
1.3.2.4. Resposta à pressão social implícita			
Descrição		Exemplo	
Resposta da entrevistada à pressão social explícita (para consumo ou para a abstinência).		"E depois os meus colegas se bebiam, e eu nunca tinha provado, e também me sentia assim um bocado mal, tive de fazer a experiência. Mas não correu bem!"	
1.3.3. Inexistência			
Descrição		Exemplo	
A entrevistada refere que nunca houve pressão social, em nenhuma forma, para consumo de álcool.		"Não. Por acaso não aconteceu. Também não sabem, as pessoas não sabem que eu estou grávida, mas também não ofereceram."	
1.4. Sem posicionamento			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.4.1.	Ausência de reflexão acerca do tema	A entrevistada refere nunca ter pensado acerca do tema álcool na gravidez	"Foi o que eu disse, nunca pensei no assunto."
1.4.2.	Motivos ausência de posicionamento	Referências relativas a motivos/ razões de não ter pensado no assunto do consumo de álcool na gravidez.	"Não porque como eu já me conheço, já antes pouco bebia. Ou o que eu bebia não era significativo nem me preocupava com isso."
2. Álcool e outros significativos			
2.1. Marido/companheiro			
2.1.1. Abstinência marido/companheiro			
Descrição		Exemplo	
Referências em relação à abstinência de álcool por parte do marido/companheiro da entrevistada.		"Então, porque eu disse que não queria que ele bebesse à minha beira, pelo cheiro já do álcool incomoda-me. E então ele disse que não valia a pena, que não bebia."	
2.1.2. Consumo marido/companheiro			
2.1.2.1. Padrão			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
2.1.2.1.1.	Ocasional	A entrevistada identifica o padrão de consumo ocasional como sendo o padrão de consumo do marido/companheiro.	"Sim. Antes. Mas não bebia muito. Era só quando estava com os amigos."

2.1.2.1.2.	Diário	A entrevistada identifica o padrão de consumo diário como sendo o padrão de consumo do marido/companheiro.	“Embora o meu marido beba vinho às refeições, eu não bebo.”
2.1.2.1.3.	Binge	A entrevistada identifica o padrão binge (consumo ocasional excessivo) como sendo o padrão de consumo do marido/companheiro.	Eu: “Portanto, o padrão de consumo dele mudou no sentido de aumentar. Ou seja, não é de beber todos os dias, mas de acontecer mais vezes aqueles dias em que ele beba, não é? Que comece a beber e depois não tenha muita noção do.... do fim ou do limite, é isso?” AC USF: “Exatamente.”
2.1.2.1.4.	Nocivo	A entrevistada identifica o padrão de consumo nocivo como sendo o padrão de consumo do marido/companheiro.	“Quando eu o conheci, o meu marido bebia uma garrafa de litro de cerveja à hora do almoço, ou mais. E se calhar ao jantar.”
2.1.2.2. Tipo			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
2.1.2.2.1.	Cerveja		“Quando eu o conheci, o meu marido bebia uma garrafa de litro de cerveja à hora do almoço, ou mais. E se calhar ao jantar.”
2.1.2.2.2.	Vinho		Embora o meu marido beba vinho às refeições, eu não bebo.
2.1.2.3. Motivos consumo marido/ companheiro			
Descrição		Exemplo	
Referências da entrevistada acerca de motivos para o consumo de álcool por parte do marido/companheiro.		“Tem crises de ansiedade... e eu acho que ele acaba por se refugiar um bocado no... na bebida, até há bem pouco tempo porque achava que o álcool que tinha um efeito mais sedativo, mas agora, porque como está a fazer antidepressivos e está muito parado, tem um efeito contrário.”	
2.2. Família			
2.2.1. Consumo família			
2.2.1.1. Família origem			
2.2.1.1.1.	Pai	Consumos de álcool do pai.	“Sim, ele bebe à refeição...”
2.2.1.1.2.	Pais	Consumos de álcool dos pais.	“O meu pai bebia à refeição e a minha mãe...”
2.2.1.1.3.	Familiares masculinos	Consumos de álcool dos familiares masculinos.	“O meu pai e os meus irmãos.”
2.2.1.1.4.	Avó	Consumos de álcool da avó	Eu: E costuma estar junto de pessoas que estão a beber? A sua avó... CS: “Sim.”
2.2.1.1.5.	Inespecífico	A entrevistada não identifica especificamente nenhum elemento da família.	“Isso sem dúvida, agora não têm o mesmo consumo que eu.”
2.2.1.2. Sogros			

Descrição		Exemplo	
Consumos de álcool dos sogros.		"Se estiver com os meus pais, ou os meus sogros...sim, porque eles bebem vinho, ou cerveja, ..."	
2.2.2. Padrão			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
2.2.2.1.	Diário	O familiar da entrevistada consome álcool diariamente.	"Sim, ele bebe à refeição..."
2.2.2.2.	Nocivo ou dependência	O padrão de consumo do familiar da entrevistada é nocivo ou dependência.	"Eh... o meu pai era alcoólico, ..."
2.2.3. Tipo			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
2.2.3.1.	Cerveja		"Se estiver com os meus pais, ou os meus sogros...sim, porque eles bebem vinho, ou cerveja, ..."
2.2.3.2.	Vinho		"Se estiver com os meus pais, ou os meus sogros...sim, porque eles bebem vinho, ou cerveja, ..."
2.3. Amigos			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
2.3.1.	Abstinência grupo de pares	Referências em relação à abstinência de álcool por parte do grupo de pares.	"Os meus amigos também não bebem, também não têm por norma beber."
2.3.2.	Consumo grupo de pares	Referências respeitantes ao consumo de álcool pelo grupo de pares da entrevistada.	"... e com os amigos de certeza absoluta, porque alguém vai beber."
2.4. Posicionamento partilhado			
2.4.1. Marido/companheiro			
2.4.1.1.	Sim	O marido/companheiro partilha a posição da entrevistada acerca de consumos de álcool na gravidez.	"Não, não. Falamos, ele sabe que eu que não posso beber, e ele próprio respeita também...Ele próprio diz "não bebes".
2.4.1.2.	Não	O marido/companheiro não partilha a posição da entrevistada acerca de consumos de álcool na gravidez.	EU: Mas ele acha bem que a A. Não beba, ou acha que lhe é indiferente? AP USF: "É indiferente." EU: Portanto, se bebesse ele também achava normal. AP USF: "Sim."
2.4.2. Família			
2.4.2.1.	Sim	A família da entrevistada partilha as suas cognições acerca de consumos de álcool na gravidez.	"Sim, também porque desde sempre construímos esta ideia com os meus pais, e no meio familiar, que o álcool que não é saudável..."
2.4.2.2.	Não	A família da entrevistada não partilha as suas cognições acerca de consumos de álcool na gravidez.	"... e num jantar com o meu companheiro e os meus sogros, e que diziam "Ó Ana, não faz sentido essa comida com água, não faz mal um copo de vinho, até é saudável!", e bebi."
2.4.3. Amigos			

2.4.3.1.	Sim	O grupo de amigos partilha as cognições da entrevistada acerca de consumos de álcool na gravidez.	“Também. Também respeitam. Eles dizem “pede sumo, que não vais brindar com água”, pronto, é assim, é.”
2.4.3.2.	Não	O grupo de amigos não partilha as cognições da entrevistada acerca de consumos de álcool na gravidez.	“...e depois tenho outro grupo que bebe e que fuma, e que assume isso.”
3. Álcool e outras mulheres grávidas			
3.1. Abstinência outras mulheres grávidas			
Descrição		Exemplo	
Referências em relação à abstinência de álcool por parte de outras mulheres grávidas.		“Porque eu estou a lembrar-me agora de duas colegas que estiveram grávidas, e uma delas pelo menos tinha um consumo um bocadinho maior que o meu, e cortou. Nem andou a pensar nisso, sequer.”	
3.2. Consumo outras mulheres grávidas			
3.2.1. Existência			
Descrição		Exemplo	
Referências à existência de consumo de álcool em outra(s) mulher(es) grávida(s).		“E que bebem. E que me fez confusão, por exemplo uma amiga que estava grávida, e que bebeu. Fez-me confusão, porque não havia necessidade de...de estar a fazer.”	
3.2.2. Motivos consumo outras mulheres grávidas			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
3.2.2.1.	Ausência de motivos	Na opinião da entrevistada o consumo de álcool de outras mulheres não tem motivo, ou ela não encontra nenhum motivo.	“Para beberem? Eu acho que não há motivos nenhuns.”
3.2.2.2.	Decisão consciente	O motivo para consumo de álcool está ligado a uma decisão consciente de beber por parte da outra mulher grávida.	“Eu acho que quando as pessoas assumem esse tipo de comportamentos, fazem-no de uma forma, não digo informada, mas deliberada, não é? Dá ideia de “eu sei o que é que estou a fazer.”
3.2.2.3.	Desvalorização dos riscos	A outra mulher grávida consome álcool por desvalorizar os efeitos/ riscos/ consequências.	“Não, eu acho que quem tem, quem bebe álcool, mesmo sem ser nada de exagerado, e o faz na gravidez, provavelmente acha que não há mal nenhum e não vê problema nenhum em beber.”
3.2.2.4.	Falta de informação	O motivo do consumo está ligado a desconhecimento dos riscos e/ou consequências do consumo de álcool durante a gravidez.	“Mas penso também que podem não ter noção... das consequências.”
3.2.2.5.	Pressão social	O motivo para haver consumo de álcool durante a gravidez é a pressão social, na opinião da entrevistada.	“...pelo comportamento social como puxar o cigarro, puxar o copinho, não consegue estar ali no meio dos amigos sem beber, e talvez seja mais forte.”

3.2.2.6.	Acontecimento de vida	O consumo de álcool constitui uma resposta a um acontecimento de vida.	“Não sei, é assim, muita gente se vinga, vinga-se salvo seja, tem esses motivos de uma infelicidade na vida, qualquer, não sei.”
3.2.2.7.	Hábito ou dependência	O motivo do consumo está ligado a hábitos ou dependência de consumos de álcool.	“Pronto, porque se calhar elas já bebiam, e estão um bocadinho dependentes, e depois custa-lhes muito deixar o álcool.”
3.2.2.8.	Dúvida acerca dos motivos para consumo	A entrevistada tem dúvidas acerca dos motivos para o consumo de álcool de outras mulheres grávidas.	“Poderá haver eventualmente alguém que seja viciado, não sei, não faço ideia...”
3.2.3. Atitudes perante consumo			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
3.2.3.1.	Desaprovação	A entrevistada desaprova o consumo de álcool de outras mulheres grávidas.	“Choca porque para já o mal que fazem a ela própria e o ser que traz dentro dela.”
3.2.3.2.	Desvalorização dos riscos	A entrevistada desvaloriza os riscos do consumo de álcool de outras(s) mulher(es) grávida(s).	“Achei que podiam.”
3.2.3.3.	Indiferença	O consumo de álcool de outras mulheres grávidas é encarado pela entrevistada com indiferença.	“Ainda não ligava muito, nessa altura, eu ainda não estava...não...”
3.2.3.4.	Mudança pós-gravidez	A atitude perante o consumo de álcool de outras mulheres grávidas mudou desde a própria gravidez da entrevistada.	Eu: O que pensava quando via mulheres grávidas a beber, antes de estar grávida? Ou seja, se calhar, agora quando vê uma mulher grávida a beber, pensa ... MB: “... de outra forma.”
3.2.3.5.	Respeito pela diferença	A entrevistada manifesta uma atitude de respeito perante o consumo de álcool de outras mulheres grávidas.	“Não sei dizer, porque não... não julgo...as pessoas por...”
3.2.3.6.	Consumo como doença	A entrevistada encara o consumo de álcool de outras mulheres grávidas como sendo uma doença/dependência.	“Pensava que a situação daquela senhora estava mesmo muito grave, porque ao ponto de na altura da gestação não ter conseguido controlar é porque era mesmo uma dependência, uma doença que tinha,... “
3.2.3.7.	Dúvida	A entrevistada manifesta ter dúvidas quanto à atitude que teria perante o consumo de álcool de outra mulher grávida.	“Não sei. Eh... Não sei de que lado é que está bem a razão (sorri).”
3.2.3.8. Inexistência			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
3.2.3.8.1.	Sem posicionamento	A entrevistada não tem uma opinião formada acerca da sua atitude perante o consumo de álcool noutras mulheres grávidas.	“Não tenho uma opinião formada.”
3.2.3.8.2.	Motivos para ausência	Referências relativas a motivos/ razões da entrevistada	“Mas lá está, eu também não sou uma pessoa que saio muito. E

	de posicionamento	para não ter pensado no assunto do consumo de álcool de outras mulheres grávidas.	por norma quando saía, não me recordo de ver..."
3.2.3.9. Abordagem à outra mulher grávida			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
3.2.3.9.1.	Sim	Referências alusivas à eventual abordagem da participante à outra mulher grávida perante o consumo de álcool desta.	"Sim, se calhar, sim. Se calhar até falava."
3.2.3.9.2.	Não	A entrevistada refere que não abordou/abordaria outra mulher grávida se a visse a consumir álcool.	"Se calhar não faria nada."
4. Autorrelato			
4.1. Facilidade			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
4.1.1.	Sim	Manifestação de facilidade no autorrelato (próprio ou de outras mulheres grávidas) acerca do consumo de álcool.	"Eu não tinha qualquer problema!"
4.1.2.	Motivos	Referência a motivos pelos quais a abordagem do tema é fácil (pela própria ou por outras mulheres grávidas).	"Acho que é fácil para quem não o faz."
4.2. Dificuldade			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
4.2.1.	Sim	Manifestação de dificuldade no autorrelato (próprio ou de outras mulheres grávidas) acerca do consumo de álcool.	"Mas há mulheres que bebem e que estão grávidas e que não conseguem dizer. Têm vergonha."
4.2.2.	Motivos	Motivos pelos quais falar acerca do próprio consumo de álcool é difícil.	Eu penso que se for uma pessoa que tenha já problemas com álcool que será complicado admitirem e ... e deixarem.
4.3. Formas de aumentar			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
4.3.1.	Não sabe	A entrevistada refere não saber como aumentar o autorrelato das mulheres grávidas quanto ao seu consumo de álcool.	"Pois não sei."
4.3.2.	Sugestões	A entrevistada sugere forma(s) de aumentar ao autorrelato do consumo de álcool nas mulheres	"Com outras grávidas que estejam...Se calhar aí não sejam... não sei, talvez recriminadas ou assim, não sei."

		grávidas.	
4.4. Pedido de esclarecimento pós-consumo			
Descrição		Exemplo	
Após a existência de um consumo, referência à tentativa de esclarecer eventuais implicações do mesmo para a gravidez.		“Entretanto quando fui ao médico, falei-lhe logo nisso, que estava muito preocupada porque bebi um copo de sangria na semana passada quando fiz o teste, que me tinha dado negativo... e que estava tranquila.”	
5. Informação			
5.1. Conteúdo			
5.1.1. Mensagem central			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
5.1.1.1.	Anti-consumo	Informações de conteúdo proibitivo quanto ao consumo de álcool na gravidez.	“...não é, que não se deve beber vinho, depois também me limitou, e eu lá está, quando provei também não gostei e arrumei o assunto.”
5.1.1.2.	Pró-consumo	Informações com conteúdo permissivo quanto ao consumo de álcool na gravidez.	“E que lá os médicos deixavam beber à vontade, como se ser grávida cá ou lá fosse uma condição diferente, não é, ou que o processo implicasse coisas que, de facto não implica.”
5.1.1.3.	Incerto	A entrevistada não sabe/ não se recorda do conteúdo da informação recebida.	“Que.... O que é que ela explicou.... Não me lembro, agora.”
5.1.2. Consequências do consumo de álcool			
5.1.2.1. Conhecimento sobre consequências			
Descrição		Exemplo	
A entrevistada afirma ter conhecimento da existência de consequências do consumo de álcool na gravidez.		“Para mim era um conhecimento eu já vinha...tendo como...”	
5.1.2.2. Descrição			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
5.1.2.2.1.	Outras	Descrição de outras consequências do consumo de álcool na gravidez (exceto SAF).	“Eu sei que se for uma... um consumo excessivo, vai ter, provavelmente mesmo no desenvolvimento do feto, vai ter alterações. Mesmo depois a nível cognitivo, isso pode afetar o feto.”
5.1.2.2.2.	SAF	Referências a informação que a participante possui acerca da SAF	“Atraso de desenvolvimento, cognitivo, malformações...”
5.1.2.3. Relação com tipo de consumo			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo

5.1.2.3.1.	Dificuldade avaliar	Referências quanto à dificuldade em avaliar as consequências do consumo de álcool na gravidez de acordo com padrão de consumo.	“Sim, sim, sim, e depois também a visibilidades dessas consequências, como não são tão expressivas, também é mais difícil analisar essa relação causa-efeito, não é.”
5.1.2.3.2.	Quantidade	Referências quanto à quantidade do consumo de álcool quando são referidas consequências do mesmo.	“Eu sei que se for uma... um consumo excessivo, vai ter, provavelmente mesmo no desenvolvimento do feto, vai ter alterações.”
5.1.2.3.3.	Frequência	Referências quanto à frequência do consumo de álcool quando são referidas consequências do mesmo.	“Claro que se for uma coisa esporádica provavelmente poderá não ter um grande impacto.”
5.1.2.4. Relação com fase gravidez			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
5.1.2.4.1.	Diferentes trimestres	Referência a conhecimentos acerca de consequências do consumo de álcool nos diferentes trimestres da gravidez (primeiro, segundo ou terceiro).	“No primeiro trimestre estão em formação, portanto, não será positivo, creio eu.”
5.1.2.4.2.	Inespecífico	Referências a consequências do consumo de álcool na gravidez SEM associação a um dos trimestres da gravidez.	“Sim, porque eu acho que causa mais... causa mais problemas à formação do bebê do que propriamente a mim.”
5.1.2.5. Dúvidas acerca de consequências			
		Descrição	Exemplo
		A entrevistada tem dúvidas quanto a consequências do consumo de álcool na gravidez.	“Não é que eu tenha a certeza que esteja provado, mas... “
5.2. Fontes			
5.2.1. Contextos			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
5.2.1.1.	Contexto laboral	A fonte da informação advém do contexto laboral da participante.	“Eu como trabalho na área da pediatria acabo por ter um bocadinho mais de noção do que poderá acontecer.”
5.2.1.2.	Contexto saúde	A fonte de informação advém de contextos ligados à saúde.	“...e os panfletos que tínhamos, no centro de saúde.”
5.2.2. Formação académica			
		Descrição	Exemplo

Referência a obtenção de informação no âmbito da formação académica.		“Já li, em determinada altura, provavelmente. Durante o curso, e os panfletos que tínhamos, no centro de saúde.”	
5.2.3. Media			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
5.2.3.1.	Literatura	A fonte de informação é a literatura (livros e revistas científicas).	“É informação de literatura, de livros.”
5.2.3.2.	Panfleto	A fonte de informação são panfletos obtidos em contexto de saúde.	“Portanto uns textos pequeninos e bastante... por acaso são bastante explícitos, não com palavras muito complicadas, nem nada.”
5.2.3.3.	Televisão	A fonte de informação é a televisão.	“Penso que sim. Ouve-se...Mesmo a televisão...”
5.2.3.4.	Internet	A fonte de informação é a internet.	“A internet tem hoje em dia uma fonte muito grande de informação, (...)”
5.2.4. Pessoas			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
5.2.4.1.	Família	A fonte da informação existente advém de familiares da mulher grávida.	“É porque a minha mãe diz “beber faz mal.”
5.2.4.2.	Não especificada	Referente a fontes de informação não especificadas.	“Ou pelo menos é isso que se ouve.”
5.2.4.3.	Outras mulheres grávidas	A informação referente a consumos de álcool na gravidez foi obtida de outras mulheres grávidas.	“Com uma das minhas amigas, que também estava grávida, já teve a bebé, que disse que tinha sido informada que não fazia mal nenhum beber um copo.”
5.3. Público-alvo			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
5.3.1.	População geral	A entrevistada refere que a informação deveria chegar a toda a população.	“Sim, em relação ao álcool acho que deveria de chegar a toda a gente.”
5.3.2.	Mulheres	A entrevistada refere que a informação deveria chegar às mulheres (independentemente de estarem ou não grávidas).	“É assim, sem dúvida nenhuma, em primeira instância, as mulheres, quer grávidas, quer não grávidas.”
5.3.3.	Mulheres grávidas	A entrevistada refere que a informação deveria chegar às mulheres grávidas.	“Nunca contempla as grávidas, eu acho que fazia todo o sentido.”
5.3.4.	Profissionais de saúde	A entrevistada refere que a informação deveria chegar aos profissionais de saúde que lidam com a população das mulheres grávidas.	“Eu acho é que a reciclagem, ou a atualização dos profissionais... Sim, de facto, isto acho que era uma coisa que já devia ser trabalhada na formação de base de cada um destes profissionais.”
5.4. Disponibilidade			
5.4.1. Acessibilidade			

Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
5.4.1.1.	Difícil	A entrevistada refere ser difícil ter acesso a informação acerca do tema.	“Não. Não acho nada fácil.”
5.4.1.2.	Fácil	A entrevistada refere ser fácil ter acesso a informação acerca do tema.	“Eu acho que hoje em dia o acesso à informação é simples, não é?”
5.4.1.3.	Dúvida	A entrevistada tem dúvidas quanto à acessibilidade da informação acerca do consumo de álcool na gravidez.	“Não sei. Acho que não.”
5.4.2. Apreciação crítica			
		Descrição	Exemplo
		A entrevistada faz apreciação crítica acerca da disponibilidade da informação acerca do tema.	“A informação <u>em geral</u> está divulgada, porque eu acho que as pessoas em geral sabem que não se deve consumir álcool durante a gravidez; agora, não está divulgada a parte do limite.”
<i>5.5. Relação entre informação e consumo</i>			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
5.5.1.	Com relação	A entrevistada afirma que existe relação entre a informação recebida/ existente e o consumo de álcool.	“Se ela soubesse, não bebia. É o risco, porque não informaram o que deviam ter informado.”
5.5.2.	Sem relação	A entrevistada é da opinião que não há relação entre a informação recebida/ existente e o consumo de álcool.	“Porque eu acho que as pessoas ou estão conscientes, e tomam a decisão de não consumirem álcool durante a gravidez, ou então... eu acho que não é ter isso aí que vai mudar alguma coisa.”
5.5.3.	Indecisão	A entrevistada é da opinião que não há relação entre a informação recebida/ existente e o consumo de álcool.	“Talvez. Talvez. Mas...É a tal coisa, quer dizer, não sei até que ponto é que isso irá realmente...”
<i>5.6. Necessidade de ter mais</i>			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
5.6.1.	Não	A entrevistada não sente necessidade de ter mais informação acerca de álcool e gravidez.	“Mm, não!... Como não bebo, não... não me faz falta, não é.”
5.6.2.	Sim	A entrevistada sente necessidade de ter mais informação acerca de álcool e gravidez.	“Porque estou provavelmente agora a detetar que não sei dizer exatamente o que aconteceria se bebesse, e gostava de saber.”
<i>5.7. Inexistência</i>			
5.7.1. Ausência ou desconhecimento			

Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
5.7.1.1.	De consequências	Não existe informação acerca de consequências do consumo de álcool na gravidez.	“Depois, um consumo esporádico, sinceramente não sei. Não sei quais são as consequências.”
5.7.1.2.	De guidelines	Não existe informação acerca de normativas acerca do consumo de álcool na gravidez.	“Pois... deve existir, provavelmente, mas não... não tenho conhecimento. Não sei.”
5.7.1.3.	De prevalência	Não existe informação acerca da prevalência do consumo de álcool na gravidez.	“Eu acho que isto do concordar ou não tem muito a ver se existe uma população que realmente consome muito álcool. Eu não tenho esses dados, não é.”
5.7.1.4.	De prevenção ambiental	Não existe informação acerca de estratégias de prevenção ambiental na gravidez.	“Nunca tinha reparado naquilo...”
5.7.1.5.	De outras informações álcool na gravidez	Não existe informação acerca de outro tipo de informações relativas a consumo de álcool na gravidez.	“Agora não sei se a ciência o permite. Se a medicina diz que não há problema. Aí já não lhe sei dizer.”
5.7.2. Motivos ausência informação			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
5.7.2.1.	Internos	A entrevistada refere não ter informação acerca do consumo de álcool na gravidez por motivos que têm a ver com ela própria.	“Como eu acho que não bebendo não tenho problema nenhum, também não me preocupo em saber mais.”
5.7.2.2.	Externos	A entrevistada refere não ter informação acerca do consumo de álcool na gravidez por motivos que têm a ver com fatores externos a ela própria.	“Porque a médica nunca me informou.”
6. Acompanhamento gravidez			
<i>6.1. Rastreio</i>			
6.1.1. Agentes			
6.1.1.1. Cuidados de saúde primários			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
6.1.1.1.1.	Enfermeiro(a)	O rastreio do consumo de álcool é efetuado pelo(a) enfermeiro(a) do centro de saúde.	“A enfermeira do centro de saúde fez-me a mesma questão, se fumava, se bebia álcool...”
6.1.1.1.2.	Médico(a)	O rastreio do consumo de álcool é efetuado pelo(a) médico(a) de família.	“...eu recordo-me o médico ter perguntado se fumava, se bebia, isto e aquilo, eu disse logo que não.”
6.1.1.1.3.	Inespecífico	A entrevistada não especifica qual o profissional que rastreou consumos de álcool.	“Não tenho a certeza se foi o médico ou se foi a enfermeira, mas sei que foi alguém dos serviços de saúde.”
6.1.1.2. Cuidados de saúde secundários			

Descrição		Exemplo	
O rastreio do consumo de álcool é efetuado nos cuidados secundários de saúde (consulta de obstetrícia hospitalar).		“A mim deram-me no hospital. Na consulta do hospital ofereceram... a primeira coisa que fui foi na enfermagem do hospital onde me ofereceram...”	
6.1.1.3. Cuidados de saúde privados			
Descrição		Exemplo	
O rastreio do consumo de álcool é efetuado no contexto privado de saúde (não no serviço público).		“E por exemplo, no privado por exemplo sinto que... tipo, a M. tem 3 anos, e agora estou grávida, em 3 anos, a abordagem do meu médico a estas questões, sobretudo na parte mais relacionada com a alimentação, mudou muito, não é.”	
6.1.1.4. Inespecífico			
Descrição		Exemplo	
Não é especificado qual o profissional de saúde nem qual o contexto de saúde onde é efetuado o rastreio do consumo de álcool.		“A partir do momento em que dizemos que não, seja verdade ou não seja, não... tocam mais no assunto.”	
6.1.2. Apreciação crítica			
Descrição		Exemplo	
Apreciação crítica da entrevistada relativamente a questões ligadas ao rastreio do consumo de álcool pelos profissionais de saúde.		“Acho bem. É uma pergunta que têm de abordar.”	
6.1.3. Ausência de rastreio			
Descrição		Exemplo	
Não foi efetuado rastreio de consumos de álcool na gravidez no âmbito do acompanhamento da mesma.		“Lá está: Como nunca me foi abordada essa questão, não sei...”	
6.2. Prevenção Seletiva			
6.2.1. Agentes			
6.2.1.1. Cuidados de Saúde Primários			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
6.2.1.1.1.	Enfermeiro(a)	As indicações relativas a consumos de álcool e/ou suas consequências são dadas pelo(a) enfermeiro(a).	“A única que já me falou sobre o assunto foi a enfermeira que me dá o curso de preparação para o parto.”
6.2.1.1.2.	Médico(a)	As indicações relativas a consumos de álcool e/ou suas consequências são dadas pelo(a) médico(a)	“Eles... A partir do momento em que dizemos que não, seja verdade ou não seja, não... tocam mais no assunto.”
6.2.1.1.3.	Inespecífico	A entrevistada não identifica especificamente o agente que deu indicações no âmbito dos cuidados de saúde primários.	“Enquanto que no público eu senti que... o risco era exatamente o mesmo, não é, portanto, a questão da comida, dos gatos, da toxoplasmose, portanto...por ai. Do beber água, portanto, muito a um nível mais... mais elementar.”

6.2.1.2. Cuidados de Saúde Secundários			
Descrição		Exemplo	
As indicações no âmbito da prevenção seletiva são (ou não são) dadas no contexto dos cuidados secundários de saúde (consulta de obstetrícia hospitalar).		“No privado tenho o meu médico, também nunca tocou na questão, e faço as ecografias no... tenho outro médico, e também não me falou.”	
6.2.1.3. Cuidados de saúde privados			
Descrição		Exemplo	
As indicações no âmbito da prevenção seletiva são (ou não são) dadas no contexto dos cuidados de saúde privados.		“Primeiro, o meu médico, apesar de nunca ter falado do álcool especificamente, sobretudo nesta, também na primeira, mas sobretudo nesta segunda gravidez (...)”	
6.2.1.4. Inespecífico			
Descrição		Exemplo	
Não é especificado qual o profissional de saúde nem qual o contexto de saúde onde são (ou não são) dadas indicações do âmbito da prevenção seletiva.		“E depois disse que não, disse que não, pronto, acabou.”	
6.2.2. Indicações			
6.2.2.1. Guidelines álcool gravidez			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
6.2.2.1.1.	Conhecimento	A participante tem conhecimento da existência de linhas orientadoras em relação ao consumo de álcool na gravidez.	“Pois, exato, era essa a ideia que eu disse que eu tinha. Que ainda não está provado...”
6.2.2.1.2. Divulgação			
6.2.2.1.2.1.	Boa	A entrevista refere que a divulgação das linhas orientadoras em relação ao consumo de álcool na gravidez é boa.	“Mas sabia que era pelo menos a indicação que os profissionais de saúde dão, eh, às mães.”
6.2.2.1.2.2.	Má	A entrevista refere que a divulgação das linhas orientadoras em relação ao consumo de álcool na gravidez é má.	“Não, não está bem divulgada, não. Concordo com ela, mas não está bem divulgada.”
6.2.2.1.3. Dúvidas acerca da sua existência			
Descrição		Exemplo	
A entrevistada manifesta dúvida quanto à existência de linhas orientadoras para o consumo de álcool na gravidez, não tem a certeza de que elas existam.		“Acho que as coisas não estão tão desenvolvidas para... Não sei.”	
6.2.2.1.4. Apreciação crítica			
Descrição		Exemplo	

A entrevistada faz apreciação crítica das linhas orientadoras existentes.		"Isto é como tudo, dizemos que não porque já sabemos que há uma pessoa ou outra que já tem tendência a. Se nós vamos dizer que sim seria o fim da macacada. Começa tudo a beber."	
6.2.2.2. Outras indicações			
Descrição		Exemplo	
Outras indicações recebidas no âmbito da prevenção seletiva.		"E ele "Ah, não se preocupe, porque até às 12 semanas, foi a explicação que ele me deu, até às 12 semanas o organismo está preparado para que o bebé não absorva aquilo que são as opções da mãe, portanto, como há muita gente que ainda não sabe que está grávida, há esse corte."	
6.2.3. Apreciação crítica			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
6.2.3.1.	Importância da existência de informação	Referências quanto à importância que a entrevistada dá à existência de informação no âmbito do consumo de álcool na gravidez e suas consequências.	"Sim. Quanto mais a gente sabe, quanto mais a gente pesquisa, mais a gente aprende, e sempre sabe mais alguma coisa."
6.2.3.2.	Agente desejado	Qual o profissional de saúde que é, na opinião da entrevistada, o mais indicado para fazer prevenção seletiva	"Através do profissional de saúde que acompanha."
6.2.3.3.	Estratégias hipotéticas	Considerações da entrevistada acerca de hipotéticas estratégias de prevenção seletiva no âmbito do acompanhamento da gravidez por profissionais de saúde	"Se calhar podia dizer "olhe, não faz bem não beber porque faz... se bebesse estaria a prejudicar neste sentido e naquele..."
6.2.3.4.	Posicionamento agentes das intervenções preventivas	Perceção da entrevistada quanto ao posicionamento dos agentes do acompanhamento da sua gravidez face a consumos de álcool durante a gestação.	"... e acho que não vão concordar com algo que poderá depois prejudicar o desenvolvimento do bebé."
6.2.4. Ausência de indicações			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
6.2.4.1.	Inexistência	A entrevistada refere não ter tido indicações, no âmbito do seu acompanhamento da gravidez, acerca do consumo de álcool neste período.	"Não é? Eles... A partir do momento em que dizemos que não, seja verdade ou não seja, não... tocam mais no assunto."
6.2.4.2.	Motivos para ausência de indicações	Possíveis motivos encontrados pela entrevistada para a ausência de indicações no âmbito do álcool e gravidez dos profissionais de saúde.	"Porque eu também acredito que no centro de saúde o médico de família não tem esta capacidade, com o número de pacientes que tem é muito por aí, com o médico."
6.3. Prevenção Indicada			
Descrição		Exemplo	

Apreciação crítica acerca de estratégias hipotéticas de prevenção indicada.		“Eu gostaria que tentassem, que me dessem apoio, dessem um acompanhamento diferente, porque acho que pode passar por acompanhamento psicológico. Também.”	
7. Prevenção ambiental			
<i>7.1. Dísticos</i>			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
7.1.1.	Concordância	A entrevistada concorda com esta estratégia de prevenção ambiental.	“Sim, sim, aquilo que fizeram com o tabaco fazerem também com o álcool? Concordo.”
7.1.2.	Apreciação crítica	A entrevistada faz apreciação crítica acerca desta estratégia de prevenção ambiental.	“E se não tiver nada, não é, provavelmente pode achar que não há problema.”
<i>7.2. Avisos publicidade álcool</i>			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
7.2.1.	Concordância	A entrevistada concorda com esta estratégia de prevenção ambiental.	“Sim, concordava.”
7.2.2.	Apreciação crítica	A entrevistada faz apreciação crítica acerca desta estratégia de prevenção ambiental.	“Nunca contempla as grávidas, eu acho que fazia todo o sentido. Nunca era demais.”
7.3. Não especificada			
Descrição		Exemplo	
A apreciação crítica não se refere uma estratégia de prevenção ambiental em particular.		“Eu: Portanto, acha que isto só ainda não é... só ainda não se fizeram mais leis porque é um problema mais escondido... “É mais escondido.” Eu: Do que o problema do tabaco.” “Do tabaco, sim. É.”	
8. Tempo			
8.1. Antes da gravidez			
Descrição		Exemplo	
Informações referentes ao período anterior à gravidez atual.		“Já li, em determinada altura, provavelmente. Durante o curso...”	
8.2. Durante a gravidez			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
8.2.1.	Antes de saber da gravidez	A entrevistada já estava grávida, mas não sabia.	“Tive um jantar, estava desconfiada, e aí bebi só um golinho de champanhe para brindarem, e mais nada.”
8.2.2.	Depois de saber da gravidez	Referências relativas ao período em que a entrevistada já sabia que está grávida.	“A enfermeira do centro de saúde fez-me a mesma questão, se fumava, se bebia álcool...”

ANEXO 6: Tabelas

Tabela 2
Caracterização das participantes – Distribuição idades

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
20	1	7,7	7,7
23	1	7,7	15,4
29	2	15,4	30,8
30	3	23,1	53,8
31	2	15,4	69,2
32	2	15,4	84,6
37	1	7,7	92,3
38	1	7,7	100,0
Total	13	100,0	

Tabela 3
Idades das entrevistadas: Comparação com dados nacionais

Grupo etário	Dados nacionais	Dados entrevistadas
20 - 24	31,7%	15,4%
25 - 29	65,9%	15,4%
30 - 34	82%	53,8%
35 - 39	46,3%	15,4%

Tabela 4
Caracterização das participantes – paridade e tipo acompanhamento gravidez

Entrevistada	Gravidez anterior	Gravidez planeada	Trimestre	Tipo acompanhamento
E 01	Não	Sim	2.º	Obstetra privado e CSP
E 02	Não	Sim	3.º	Obstetra privado e CSP
E 03	Não	Não	3.º	Obstetra privado e CSP
E 04	Sim	Sim	2.º	Obstetra privado e CSP
E 05	Não	Não	3.º	CSP
E 06	Sim	Não	3.º	CSS
E 07 USF	Não	Não	3.º	CSP
E 08 USF	Sim	Sim	2.º	CSP
E 09 USF	Não	Não	3.º	CSP
E 10 USF	Não	Sim	3.º	Obstetra privado e CSP
E 11 USF	Não	Sim	1.º	CSP e CSS
E 12 USF	Sim	Sim	1.º	Obstetra privado e CSP
E 13 USF	Não	Sim	2.º	CSP

Tabela 5

Consumos antes e durante a gravidez

Entrevistada	AUDIT: Questão 1		AUDIT: Questão 2		AUDIT: Total	
	Antes gravidez	Durante gravidez	Antes gravidez	Durante gravidez	Antes gravidez	Durante gravidez
E 01	1	0	0	0	1	0
E 02	1	0	0	0	2	0
E 03	3	1	0	0	3	2
E 04	1	0	0	0	1	0
E 05	3	0	0	0	3	0
E 06	1	1	0	0	1	1
E 07 USF	1	0	0	0	1	0
E 08 USF	1	0	0	0	1	0
E 09 USF	0	0	0	0	0	0
E 10 USF	1	1	0	0	1	1
E 11 USF	2	0	0	0	2	0
E 12 USF	1	0	0	0	1	0
E 13 USF	1	0	0	0	1	0

Tabela 6

Síntese das categorias analisadas para resposta à questão de investigação n° 4

Categoria principal	Fatores pessoais	Fatores familiares	Fatores sociais
Consumo/ abstinência da própria	1.1.3. Motivos abstinência (6) 1.1.4. Atitudes perante abstinência (2) 1.2.6. Motivos consumo (8) 1.2.7. Atitude perante consumo (4) 1.4.1. Ausência de reflexões 1.4.2. Motivos ausência reflexões 1.2.3.3. Dúvida quant. aceitável grav.	1.2.5.3. Refeições em família	1.2.5.2./ 1.2.5.4. Contexto consumo
Pressão social consumos	1.3.1.5./ 1.3.2.4. Resposta à pressão social (explícita e implícita)	1.3.1.1.1. Marido/companheiro 1.3.1.1.2./ 1.3.2.1.1. Família 1.3.1.3./ 1.3.1.4. /1.3.2.2./1.3.2.3 Pressão para consumo/ abstinência	1.3.1.1.3./ 1.3.2.1.2. Amigos 1.3.1.1.4. Colegas de trabalho 1.3.1.1.5. Inespecífico 1.3.2.1.3. Inespecífico 1.3.1.3./ 1.3.1.4. /1.3.2.2./1.3.2.3. Pressão para consumo/ abst.
Informação	5.1.1. Mensagem central 5.1.2. Consequências consumo 5.2. Fontes 5.4. Disponibilidade 5.5. Relação informação/ consumo 5.7. Inexistência	2.1. Marido/ companheiro 2.2. Família 2.4. 1. Posicionamento partilhado marido/ companheiro 2.4.2. Posicionamento partilhado família	2.3. Amigos 2.4.3. Posicionamento partilhado amigos
Álcool e outros significativos			
Álcool e outras mulheres grávidas	3.2.2. Motivos consumo (8)		

Tabela 7

AUDIT participantes e consumo de álcool de outros significativos

Entrevistada	AUDIT (antes)	AUDIT (durante)	Consumo álcool família	Padrão consumo familiar	Consumo álcool marido /companheiro	Padrão consumo marido/ companheiro
E 01	1	0	Pais	Baixo risco	Não	Sem dados
E 02	2	0	Família origem e afinidade	Baixo risco	Sim	Baixo risco
E 03	3	2	Família origem e afinidade	Baixo risco	Sim	Baixo risco
E 04	1	0	Família origem e afinidade	Baixo risco	Sem dados	Não aplicável
E 05	3	0	Avó	Baixo risco	Sem dados	Não aplicável
E 06	1	1	Pai	Dependência	Sim	Nocivo/abuso
E 07 USF	1	0	Família origem	Baixo risco	Sim	Baixo risco
E 08 USF	1	0	Família origem	Baixo risco	Sim	Baixo risco
E 09 USF	0	0	Pai	Dependência	Não	Sem dados
E 10 USF	1	1	Pai	Nocivo/abuso	Sim	Binge
E 11 USF	2	0	Pai	Baixo risco	Sim	Baixo risco
E 12 USF	1	0	Família origem e afinidade	Baixo risco	Sim	Baixo risco
E 13 USF	1	0	Pai	Baixo risco	Sim	Baixo risco

ANEXO 7: AUDIT

AUDIT

(Versão Entrevista)

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction*, 88, 791-804. Versão portuguesa validada por Roque da Cunha, J. (2002)
Versão adaptada por Hoffmeister, K. (2015)

“Agora irei fazer-lhe algumas perguntas acerca da sua utilização de bebidas alcoólicas ao longo do último ano antes de engravidar, e desde que está grávida. Uma vez que o álcool pode afetar muitas áreas da saúde (e pode interferir com certos medicamentos), para nós é importante sabermos o quanto bebe habitualmente, e se teve algum tipo de problemas pelo facto de beber. Por favor, tente ser o mais honesta e específica possível.”

Quando falamos em “uma bebida”, estamos a falar de quantidades equivalentes a

- 1 Copo de vinho (15 cl), ou
- 1 Garrafa de cerveja (33 cl), ou
- 1 Bebida espirituosa (4 cl)

Coloque a pontuação correta de cada resposta na caixa do lado direito.

AUDIT C	1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? (0) Nunca [salte até questão 9 e 10] <input style="width: 40px;" type="text"/> (1) Uma vez por mês ou menos <input style="width: 40px;" type="text"/> (2) 2 a 4 vezes por mês <input style="width: 40px;" type="text"/> (3) 2 a 3 vezes por semana <input style="width: 40px;" type="text"/> (4) 4 ou mais vezes por semana <input style="width: 40px;" type="text"/> E desde que está grávida? <input style="width: 40px;" type="text"/>	4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar? (0) Nunca <input style="width: 40px;" type="text"/> (1) Uma vez por mês ou menos <input style="width: 40px;" type="text"/> (2) Mensalmente <input style="width: 40px;" type="text"/> (3) Semanalmente <input style="width: 40px;" type="text"/> (4) Diariamente ou quase todos os dias <input style="width: 40px;" type="text"/> E desde que está grávida? <input style="width: 40px;" type="text"/>
	2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal? (0) 1 ou 2 <input style="width: 40px;" type="text"/> (1) 3 ou 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> (2) 5 ou 6 <input style="width: 40px;" type="text"/> (3) 7, 8, ou 9 <input style="width: 40px;" type="text"/> (4) 10 ou mais <input style="width: 40px;" type="text"/> E desde que está grávida? <input style="width: 40px;" type="text"/>	5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem, por ter bebido? (0) Nunca <input style="width: 40px;" type="text"/> (1) Uma vez por mês ou menos <input style="width: 40px;" type="text"/> (2) Mensalmente <input style="width: 40px;" type="text"/> (3) Semanalmente <input style="width: 40px;" type="text"/> (4) Diariamente ou quase todos os dias <input style="width: 40px;" type="text"/> E desde que está grávida? <input style="width: 40px;" type="text"/>
	3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião? (0) Nunca <input style="width: 40px;" type="text"/> (1) Uma vez por mês ou menos <input style="width: 40px;" type="text"/> (2) Mensalmente <input style="width: 40px;" type="text"/> (3) Semanalmente <input style="width: 40px;" type="text"/> (4) Diariamente ou quase todos os dias <input style="width: 40px;" type="text"/> E desde que está grávida? <input style="width: 40px;" type="text"/> [caso contabilize 0 na pontuação das questões 2 e 3, passe para as questões 9 e 10]	6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para “curar” uma ressaca? (0) Nunca <input style="width: 40px;" type="text"/> (1) Uma vez por mês ou menos <input style="width: 40px;" type="text"/> (2) Mensalmente <input style="width: 40px;" type="text"/> (3) Semanalmente <input style="width: 40px;" type="text"/> (4) Diariamente ou quase todos os dias <input style="width: 40px;" type="text"/> E desde que está grávida? <input style="width: 40px;" type="text"/>

<p>7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?</p> <p>(0) Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>(1) Uma vez por mês ou menos <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Mensalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(3) Semanalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(4) Diariamente ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p>	<p>9. Já alguma vez ficou ferida/o, ou alguém ficou ferido, por você ter bebido?</p> <p>(0) Não <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Sim, mas não no último ano <input type="checkbox"/></p> <p>(4) Sim, no último ano <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p>
<p>8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?</p> <p>(0) Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>(1) Uma vez por mês ou menos <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Mensalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(3) Semanalmente <input type="checkbox"/></p> <p>(4) Diariamente ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p>	<p>10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou outro profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?</p> <p>(0) Não <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Sim, mas não no último ano <input type="checkbox"/></p> <p>(4) Sim, no último ano <input type="checkbox"/></p> <p>E desde que está grávida? <input type="checkbox"/></p>
<p>Pontuação total: <input type="checkbox"/> Gravidez: <input type="checkbox"/></p> <p>[o total expressa-se em valores entre 0 e 40]</p>	

Pontuação/cotação:

As perguntas 1 a 8 fornecem respostas numa escala de 0 a 4 pontos, e as respostas às perguntas 9 e 10 cotam-se com 0, 2 e 4 pontos. Os resultados expressam-se em valores entre 0 e 40.

Valores de 1 a 7: Consumo de baixo risco

Valores de 8 a 19: Consumo nocivo/abuso

Valores de 20 a 40: Dependência