



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

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

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Rui Miguel Gaspar da Hora e Silva

Porto, Julho de 2013



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

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

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Rui Miguel Gaspar da Hora e Silva

Trabalho efetuado sob a orientação de
Prof.^ª Doutora Maria Raul Lobo Xavier

Porto, Julho de 2011

Resumo

A investigação desenvolvida nesta área tem-se centrado sobretudo a nível dos padrões de consumo de abuso de álcool e de substâncias ilícitas (e.g. Ebrahim, S. H., Luman, E. T., Floyd R. L., Murphy, C., Bennett, E. M., Boyle, C. A., 1998), e das suas consequências. O presente estudo tem como objectivo aprofundar os conhecimentos sobre o consumo não abusivo de álcool na gravidez, assim como a vivência psicológica e as atitudes perante a gravidez e a maternidade, sendo este tema uma das grandes preocupações a nível mundial, europeu e nacional. Para a prevenção deste tipo de consumos, é necessária informação actualizada sobre os mesmos.

Para o efeito, foram administrados dois instrumentos quantitativos de avaliação psicológica, de escala tipo Lickert, - AUDIT e EAGM. A amostra foi constituída por 83 mulheres grávidas, com idades compreendidas entre os 19 e os 43 anos, que se encontravam a frequentar grupos de preparação para a parentalidade, em quatro Unidades de Cuidados Continuados do concelho de Matosinhos. A partir desta, constituiu-se uma subamostra (Aca – Amostra com Consumo de Álcool), composta por 30 elementos, cujo único factor de inclusão era o consumo de álcool na gravidez. O tratamento de dados foi efectuado com recurso à estatística inferencial correlacional, através de testes não paramétricos, Teste de Qui-Quadrado e Coeficiente de Correlação de Spearman.

Através deste estudo foi possível concluir que 36,2% das mulheres inquiridas apresentam consumos de bebidas alcoólicas durante o período gravídico.. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em diversas subescalas da EAGM, Concluiu-se ainda que existe uma relação significativa entre consumo de álcool actual e a existência de filhos anteriores

Para futuras investigações seria útil incluir uma amostra maior, assim como recorrer a metodologia qualitativa, de forma a compreender os motivos que levam uma mulher grávida a continuar o consumo de álcool durante o período gravídico.

Palavras-chave: álcool; consumos; gravidez; maternidade; vivência psicológica; auto-relato

Abstract

The research conducted in this area has focused primarily at the level of consumption patterns of alcohol and illicit substances (e.g. Ebrahim, S. H., Luman, E. T., Floyd R. L., Murphy, C., Bennett, E. M., Boyle, C. A., 1998), and its consequences. The current study has the purpose to develop more knowledge about alcohol consumption by pregnant women, as well as the psychological experience and their attitude towards pregnancy and motherhood. This topic is a worldwide, common and national concern. The effect of alcohol abuse during pregnancy is well documented, but the occasional or moderate consumption is usually overlooked by the researchers. In order to prevent the alcohol use by pregnant women more information is necessary.

We used quantitative instruments of psychological evaluation – AUDIT and EAGM. The sample was of 83 participants, with ages from 19 to 43 years old, going to prenatal group sessions of preparation to motherhood distributed by 4 local health centres from Matosinhos. From this sample, it was assembled a second one of 30 participants with alcohol consumption reported (Aca).

The data were treated using non parametric tests, Chi-Square and Spearman Correlation Coefficient.

This study allowed us to find that 36,2% of the inquired women do have alcohol consumption during pregnancy. It was also found significant alcohol consumption on several EAGM subscales. We also reached the conclusion that there is a significative relation between present alcohol consumption and the existence of previous children.

For further investigations it would be useful to include a larger sample of pregnant women, as well as use qualitative methodology, in order to understand this consumption among the subscales of EAGM. Also the qualitative consumption would be useful to better understand the reasons behind the alcohol consumption during pregnancy.

Keywords: alcohol, consumption, pregnancy, maternity, psychological experience, self-report

Índice

Resumo.....	I
Abstract.....	II
Índice.....	III

Índice de tabelas.....	V
------------------------	---

Índice de anexos.....	VI
-----------------------	----

Introdução.....	1
-----------------	---

Parte I

Enquadramento teórico.

1-Gravidez e Maternidade	
1.1-Conceptualização.....	4
1.2-Vivência psicológica da gravidez.....	5
2-Gravidez e consumo de substâncias (legais e ilícitas).....	9
3-Álcool, consumos e problemática.....	11
4-Gravidez e álcool	
4.-Contextualização.....	13
4.2-Consquências do consumo de álcool na gravidez.....	14
5- Prevenção e intervenção.....	18

Parte II

1.Objectivos do estudo.....	20
2.Metodologia	
2.1-Amostra.....	20
2.2-Instrumentos.....	23
2.3- Procedimentos de recolha de dados.....	25
2.4-Procedimento de tratamento dos dados.....	26

3- Apresentação de resultados.....	27
4-Análise e Discussão dos resultados.....	33
Conclusão.....	36
Bibliografia.....	39

ÍNDICE DE TABELAS

<u>Tabela 1 – Caracterização da amostra</u>	21
<u>Tabela 2 – Caracterização da amostra quanto ao número de filhos</u>	22
<u>Tabela 3 – Amostra e antecedentes de alcoolismo</u>	22
<u>Tabela 4 – Antecedentes familiares de alcoolismo/grau de parentesco</u>	23
<u>Tabela 5 – Resultados AUDIT item 1</u>	27
<u>Tabela 6 – Resultados AUDIT item 2</u>	28
<u>Tabela 7 – Resultados Total AUDIT</u>	28
<u>Tabela 8 – EAGM, Amostra Padrão e Amostra Total</u>	29
<u>Tabela 9 – EAGM, Amostra Padrão e Amostra Aca</u>	30
<u>Tabela 10 – Teste de Qui-Quadrado</u>	31
<u>Tabela 11 – Teste de Qui-Quadrado- Padrão de associação</u>	32

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - Consentimento Informado

Anexo 2 – EAGM

Anexo 3 – AUDIT

Introdução:

O presente estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP), tendo como tema o consumo de álcool por parte de mulheres grávidas.

Este projecto é um estudo de carácter exploratório, correspondente ao primeiro passo de um projecto mais lato sobre o tema, que se está a desenvolver no Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano (CEDH) da FEP-UCP, envolvendo o Instituto da Droga e da Toxicodependência - IDT (atual Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências – SICAD) e a Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos.

A investigação realizada tem então como objectivo perceber os padrões de consumo de álcool durante a gravidez, ou seja, a existência ou ausência de consumo, e, quando presente, que padrão assume. A amostra será composta por grávidas a frequentar grupos de preparação para o parto e parentalidade das quatro Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), integrados na já referida ULS. São abordadas igualmente as dimensões da vivência psicológica da gravidez e a correlação entre esta e o consumo de álcool.

Mais do que acontecimentos com diferentes durações, gravidez e a maternidade são diferentes processos, quer do ponto de vista psicológico quer físico. Contudo, de acordo com vários autores, a própria gravidez ajuda a mãe a preparar-se para a maternidade, consistindo em processos dinâmicos de construção e de desenvolvimento (e.g. Canavarro, 2001). A gravidez é um processo biológico que vai da concepção ao nascimento, que envolve múltiplas mudanças na mulher a nível físico, psicológico e social. Estas podem passar por alterações no seu próprio corpo, por possíveis complicações durante a gravidez, pelas expectativas relativamente aos novos papéis que assume e que implicam a reestruturação das relações sociais e familiares (e.g. Pereira, Santos & Ramalho, 1999; Figueiredo, 2001). Para além disso, é uma fase de especial cuidado com a alimentação e consumos de substâncias, nomeadamente álcool, tabaco e substâncias ilícitas (e.g. Bibring, Dwyer, Huntington & Valenstein, 1961; Leifer, 1977; Brazelton & Cramer, 1992; Raphael-Leff, 1997; Szejer & Stewart, 1997; Smith, 1999).

No que ao consumo de álcool diz respeito, no geral, este acarreta várias consequências quando não ingerido com moderação, sendo responsável, direta e indiretamente, por problemas sociais, físicos e mentais. Muitos estudos têm sido desenvolvidos quer ao nível das consequências e padrões de consumo assim como para recolha de dados estatísticos (e.g. World Drink Trends, 2005; Alcohol in the European Union, World Health Organization, Europe, 2012). De acordo com o *Global Status Report on Alcohol and Health* (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2011), O consumo nocivo de álcool está a afectar cada vez mais as jovens gerações e os consumidores nos países em desenvolvimento. Segundo este mesmo relatório, cerca de 4% das mortes ocorridas no mundo, 6,2% do total das mortes de indivíduos do sexo masculino e 1,1% das mortes de mulheres estão relacionadas com o álcool. A OMS adverte ainda para os riscos para a saúde associados ao álcool, reafirmando a recomendação de não o consumir durante a gravidez (World Health Organization, Europe, 2012).

Um dos principais focos de atenção da comunidade internacional tem sido o consumo de álcool por grávidas, sendo objetivamente não recomendado, (abstinência total), considerando as consequências gravíssimas que este comporta para o desenvolvimento da gravidez, da criança e para o futuro desta (e.g. Feldman, Jones, Lindsay, Slymen, Klonoff-Cohen, Kao, Rao, & Chambers, 2012). Esta recomendação prende-se por haver um desconhecimento sobre qual a dose mínima segura de consumo de álcool durante esta fase. Um dos mais graves problemas do consumo de álcool durante a gravidez é o Síndrome Alcoólico Fetal (SAF) (Jones & Smith, 1973; Smith, 1979; Streissguth, Landesman-Dwyer, Martin & Smith, 1980), destacável, pela sua severidade, das restantes problemáticas que constituem o Síndrome Espectro Alcoólico Fetal (SEAF), o já referido SAF, o Síndrome do Alcoolismo Fetal Parcial (FAS PFAS), Defeitos de Nascimento relacionados com o álcool (ARBD) e Síndrome Neuro-Desenvolvimental Relacionado com o Álcool (ARND) (Rendall-Mkosi, London, Adnams, Morojele, Mcloughlin, Goldstone, 2008).

Outras implicações ocorrem nomeadamente ao nível da vivência psicológica da gravidez e na maternidade, sendo igualmente preocupantes. Contudo, a investigação desenvolvida nesta área tem-se centrado sobretudo a nível dos padrões de consumo de abuso de álcool e de substâncias ilícitas (e.g. Ebrahim, S. H., Luman, E. T., Floyd R. L., Murphy, C., Bennett, E. M., Boyle, C. A., 1998), e das suas consequências, principalmente através do estudo do SAF (Astley, S. J., Bailey, D., Talbot, C., Clarren, S. K., 2000).

Desta forma, é nossa preocupação conhecer melhor a realidade dos consumos, as características da vivência psicológica da gravidez destas mulheres e perceber se existem correlações entre os diferentes tipos de consumo e as dimensões da vivência psicológica da gravidez. Isto porque, para se investir numa intervenção de cariz preventivo, evitando o consumo de álcool por parte das mulheres grávidas, é necessário conhecer a realidade dos seus hábitos de consumo. A pertinência deste estudo é, assim, reforçada pela parca informação estatística relativa a este tema. Em Portugal não existem dados nacionais atualizados sobre consumos de álcool durante a gravidez com a exceção deste projeto, desconhece-se a existência de investigação que explore a vivência psicológica da gravidez e os consumos (uso e/ou abuso).

A investigação internacional sobre consumos de álcool e gravidez (dimensão psicológica) tem sido orientada principalmente para as situações de consumo de abuso e, predominantemente como referido, orientada para as consequências no desenvolvimento da criança exposta durante a gestação (e.g. Janisse, Bailey, Ager, Sokol, 2013; Linnet K., Dalsgaard, Carsten, Wisborg, Henriksen, Rodriguez, Kotimaa, Moilanen, Thomsen, Olsen, Jarvelin, 2008).

No presente estudo será apresentado, em primeiro lugar, o enquadramento teórico necessário à contextualização do tema. Esta primeira parte subdividir-se-á em quatro grandes momentos: o primeiro, relativo à gravidez, à vivência psicológica da mesma e uma introdução à sua relação com o consumo de substâncias (em geral); o segundo, aborda o consumo de álcool, seus padrões e consequências; o terceiro, referente à relação entre a gravidez e os consumos de álcool, ao nível das consequências que o este tem não só para a mãe, mas também para a criança e seu desenvolvimento; e, por fim, o quarto momento, que se debruçará sobre questões de prevenção e intervenção a este nível (Jones & Smith, 1973; Smith, 1979; Streissguth, Landesman-Dwyer, Martin, & Smith, 1980).

Na segunda parte serão apresentados concretamente os objectivos do estudo assim como será desenvolvida a metodologia, incluindo a amostra, os instrumentos utilizados e o procedimento de recolha e tratamento de dados. O capítulo seguinte diz respeito à apresentação dos resultados do estudo, após o qual seguem-se a discussão e conclusão.

Parte I

Enquadramento teórico:

1.Gravidez e Maternidade

1.1. Conceptualização:

A gravidez, ou período gravídico, é considerado como uma fase rica em experiências, sensível e de crise desenvolvimental (e.g. Erickson, 1959, cit. in Leal, 2005). Devido à especificidade deste período, tem sido investido um conjunto de disciplinas científicas no seu estudo e acompanhamento. Não só os cuidados médicos são essenciais para o bem-estar da mulher e criança, mas também é igualmente necessário um bem-estar psicológico com vista a boa adaptação da mulher a esta fase, que tenha atenção às próprias necessidades do ser em gestação assim como do próprio parceiro.

A gravidez é um processo que corresponde a um período, definido temporalmente, que medeia a concepção e o parto (Canavarro, 2001). Constitui-se num período de sensivelmente 40 semanas, com evidentes alterações físicas. Do ponto de vista psicológico, a abordagem de preparação para a maternidade, sendo mesmo considerada uma primeira etapa (Leal, 1992). A maternidade, por sua vez, é um processo que ultrapassa a barreira biológica da gestação e prestação de cuidados nos primeiros anos de vida, assumindo-se como um projeto de longo prazo, no mínimo, 18 anos (Mota, 2011). Trata-se de uma fase de longo prazo, sujeita a sucessivas mudanças e tarefas de adaptação desenvolvimentais (Canavarro, 2001) que se esperam sadias e harmoniosas para a criança (Leal, 1991). Contribuem também para este processo aspectos transgeracionais e culturais, associados ao que se espera de uma menina e de uma mulher, tanto dentro da família como numa determinada sociedade (Aragão, 2006; Brazelton & Cramer, 1992; Klaus & Kennel, 1992; Missonnier & Solis-Ponton, 2004; Szejer & Stewart, 1997; Stern, 1997). O processo de constituição da maternidade inicia-se portanto muito antes da concepção, a partir das primeiras relações e identificações da mulher, passando pela actividade lúdica infantil, a adolescência, o desejo de ter um filho e a gravidez propriamente dita (Piccinini, Gomes, Nardi & Lopes, 2008).

Assim, vários autores compreendem a gestação como um momento de preparação psicológica para a maternidade, no qual se está a construir a própria maternidade (Bibring, Dwyer, Huntington & Valenstein, 1961; Brazelton & Cramer, 1992; Leifer, 1977; Raphael-Leff, 1997; Smith, 1999; Szejer & Stewart, 1997). São

vividas, neste período, como já referimos, mudanças de diversas ordens - biológicas, somáticas, psicológicas e sociais (Bibring et al., 1961; Bibring & Valenstein, 1976).

Na sociedade contemporânea a gravidez e a maternidade surgem quase como a realização do papel social de mãe, como se a mulher fosse apenas reconhecida como tal quando é mãe, mesmo contribuindo para a sociedade a que pertence de outras formas (Canavarro, 2001).

A conciliação entre as dimensões Feminina e Maternal, nem sempre é fácil de conciliar, o que pode traduzir num desejo de ser mãe equivalente a outro desejo material (carro, casa...). A exigência de uma integração interna harmoniosa entre satisfação profissional, satisfação conjugal e satisfação maternal nem sempre é fácil de conseguir. Deste modo, ser mulher em pleno século XXI, acarretará até um certo ponto, em conflito interno de papéis. Para muitas mulheres, o acto de engravidar assume mesmo uma perspectiva individual de perda de controlo sobre o seu próprio corpo (Tobin, 1999). Para Langer (1986, cit. in Correia, 1998), a expressão desse conflito pode surgir, na sua opinião, entre outros níveis, em complicações várias na vida reprodutiva por exemplo.

1.2- Vivência Psicológica da Gravidez

A experiência da gravidez é carregada de sentimentos intensos que envolvem conteúdos conscientes e inconscientes (Piccinini et. al, 2008). O modo como a mulher vive a gestação e a maternidade pode relacionar-se com duas ordens de factores. Por um lado uma componente cultural (a que já nos referimos) que influencia o sentir e o agir da mulher nesses períodos, por outro lado, os componentes intrínsecos da própria mulher que têm a ver com as suas características de personalidade (Correia, 1998). A estratégia utilizada pelos indivíduos para ultrapassar as suas crises “existenciais” podem ser saudáveis ou prejudiciais, podendo condicionar o indivíduo a experimentar uma “melhoria” (novo nível de integração e maturidade da personalidade) ou a “piorar” (maior grau de desintegração, de desorganização).

A gravidez pode ser considerada, do ponto de vista desenvolvimental, um momento de crise. Na década de 60, Rapoport (1965), um momento de crise pode ser definido de uma forma muito simples, como uma perturbação temporária de um estado de equilíbrio. Na década de 40, autores como por Caplan e Lindemann (1942) já utilizavam o termo crise para designar as reacções de um indivíduo a eventos traumáticos, tais como morte súbita de uma pessoa amada, o nascimento de um filho

premature, desemprego inesperado, entre outras (crises imprevisíveis). Assim, o termo crise tanto pode ser utilizado quando nos referimos aos períodos de transição inesperados como aos períodos inerentes ao próprio desenvolvimento. A gravidez possui diversas características de uma situação de crise, que se insere num processo normal de desenvolvimento (Bibring, Dwyer, Huntigton e Valenstein, 1961, cit. in Campos, 2000). Envolve uma necessidade de reestruturação e de reajustamento ao nível de várias dimensões (Xavier, 2000), à semelhança do que sucede na adolescência (Domingos, 2010), verifica-se uma mudança de identidade e uma nova definição de papéis, ou seja, a mulher passa a ver-se e a ser vista de uma forma totalmente diferente

A este momento de mudança está associado stress (Boss, 1988 cit.in Canavarro, 2001), não normativamente conotado com sofrimento, mas como um momento de reorganização congruente com o ultrapassar de tarefas desenvolvimentais específicas (Gonçalves, 2008). Segundo Colman e Colman (1994), dos primeiros investigadores na definição destas tarefas, estas são agrupadas temporalmente de forma trimestral, sendo designadas, cronologicamente e de ordem crescente desde o 1º trimestre, como: integração, diferenciação e separação. Com referência a estes autores, actualmente considera-se as tarefas desenvolvimentais da maternidade como sete ao todo (Canavarro, 2001). A primeira é relativa à aceitação da gravidez, onde é possível a mulher sentir ambivalência entre o desejo e receio do seu estado grávidico. A ambivalência pode manifestar-se ao nível da aceitação do feto, das mudanças inerente ao seu novo estado e em relação à própria maternidade. É importante nesta fase a confirmação médica da gravidez, a aceitação e apoio por parte dos familiares mais próximos assim como o acesso a modelos maternos de referência. A segunda tarefa desenvolvimental da maternidade remete para a aceitação da realidade do feto, ou seja, é nesta fase que ocorre uma diferenciação mãe-feto, onde a mãe deixa de ver o bebé como uma parte de si, e passa a considerar como um ser diferenciado, distinto de si. A seguinte tarefa diz respeito à reavaliação e reestruturação da relação da grávida com os seus pais. No segundo trimestre torna-se presente para a grávida o modelo familiar que vivenciou enquanto bebé/criança, as representações maternas que fez, (Colman & Colman, cit. In Canavarro, 2001). As experiências passadas assumem um papel fundamental na estruturação da identidade maternal da mulher, incluindo o seu contexto atual. A quarta tarefa desenvolvimental da maternidade é relativa à reavaliação e reestruturação da relação da mulher grávida com o seu conjugue/companheiro. A relação do casal terá que sofrer alterações para receber um novo membro, e com ele novos papéis e funções serão assumidos não só

pela mulher mas também pelo seu companheiro. A relação entre ambos passará por mudanças e reajustamentos quer ao nível de rotinas diárias, quer afectivas e inclusive na dimensão sexual.

A quinta tarefa diz respeito à aceitação do bebé como uma pessoa separada, sendo também uma fase considerada como um período de preparação para a separação da mãe do bebé, que se concretizará com o parto. A penúltima tarefa desenvolvimental da gravidez é relativa à reavaliação e reestruturação da identidade da mulher grávida, sendo este processo importante para a integração da identidade materna. Por fim, a última tarefa desenvolvimental comporta a reavaliação e reestruturação da relação com outros filhos.

A acrescentar às tarefas desenvolvimentais da gravidez existem associadas as dimensões psicológicas próprias deste período. Assim sendo, o período gravídico constitui-se como uma etapa que permite uma preparação do ponto de vista psicológico para uma nova realidade, a de ser mãe. Esta preparação passa por comportar um ensaio cognitivo de papéis e tarefas maternas, estabelecer uma ligação afectiva à criança, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade, e simultaneamente, aprender a aceitá-lo como pessoa única, com vida própria.

Estes momentos de "crise", compreendem aspectos positivos, constituindo-se como um período importante de crescimento e maturação (Bibring et al., 1961 cit. in Rato, 1998). A estes aspectos positivos é de acrescentar outros mais difíceis, tais como o desgaste físico e psicológico, inerentes ao parto, por exemplo. Nesta parte final da gravidez, a mulher geralmente apresenta receio, não só considerando-o como algo desconhecido e doloroso, mas também como o momento em que se inicia de forma concreta, a relação mãe-filho (Pamplona, 1990 cit. in Klein & Guedes, 2008).

Todas estas questões deste período podem-se revestir de elevada exigência para a mulher grávida, exigência esta acrescida e agravada pela expectativa de que o amor materno seja incondicional, de primazia em relação a qualquer outro projecto de vida ténue que a mulher possa ter, delegando-o para segundo plano (Badinter, 1985; Grzybowski, 2002 cit. in Staudt & Wagner, 2008), procurando assim evidenciar uma imagem de mãe perfeita. Estas expectativas de "boa mãe" e restantes dimensões da vida da mulher, podem traduzir-se numa sub-carga para as mesmas (White, Wilson, Elander, Persson, 1999). Neste sentido, é comum a grávida visitar o seu passado, sobretudo a relação que estabeleceu com a sua própria mãe (Colman & Colman, 1994). Sendo a maternidade um período relacional, as relações significativas ao longo da vida têm um peso acrescido na construção e desenvolvimento de representações,

assumindo a relação da grávida com a própria mãe uma especial relevância. A mãe de cada mulher é, geralmente, o primeiro e primário modelo de comportamentos e afectos maternos (Canavarro, 2001). Contudo, as memórias dessas relações tanto podem assumir um carácter mais positivo ou mais negativo, sendo que a mulher tende a querer dar mais ao seu bebé do que aquilo que recebeu da sua mãe (Colman & Colman, 1994).

Considerando o ideal de “boa mãe” idealizado no decorrer do período gravídico, a mulher imagina o seu bebé, os cuidados que este irá necessitar e como lhes prestará, antecipando não só estas situações de prestação de cuidados, mas igualmente o carinho (Xavier, Paúl, & Sousa, 1998), as brincadeiras, os momentos em que vai andar com ele ao colo e a muda das fraldas. Segundo os autores Brazelton e Cramer (1992) a ação imaginativa possibilita acionar o que denominam de apego primordial. Segundo estes investigadores, os desejos narcisistas dos pais são essenciais para a construção do bebé imaginado. São esses desejos narcisistas direcionados para o bebé imaginado que ajudam a preparar a mãe para a vinculação com o seu futuro bebé, acreditando que a criança é a coisa mais importante e preciosa de toda a sua vida. Esta ação possibilita a que a mãe suporte as demandas constantes do recém-nascido, como derivação do deslocamento do narcisismo ocorrido na gravidez.

Na tarefa de construção da identidade materna e da construção da relação mãe-bebé, o corpo e as transformações físicas próprias da gravidez e a forma como a mulher as vivência são fundamentais. A vivência do corpo, a forma como o seu aspecto físico sofre alterações neste período, para algumas mulheres assume-se como a perda de controlo sobre o próprio corpo (Martins, 2010). Este sentimento de perda de controlo ocorre principalmente em mulheres que consideram que um corpo grávido é pouco atraente do ponto de vista físico, como consequência das alterações inevitáveis e marcantes, o que por sua vez condiciona a sua capacidade de sedução e vida sexual (Canavarro, 2001).

Neste contexto, e considerando o impacto negativo, a presença de suporte social durante a gravidez torna-se essencial para colmatar as questões menos positivas, tendo mesmo a presença deste suporte vindo ser associado à boa adaptação da mulher a este período (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel & Scrimshaw, 1993), já que, de acordo com Canavarro (2011), a percepção de possibilidade de apoio irá afetar as representações que a grávida tem acerca de si. Estudos relativos ao impacto do suporte social têm demonstrado que as mulheres com baixo suporte, e em situações de stress, apresentam maior probabilidade em desenvolver complicações durante o período gravídico, quando comparadas com aquelas que têm um elevado

suporte social (Cobb, 1976). O desenvolvimento de relações sociais de apoio aumentará os sentimentos de autocontrole, bem-estar e afecto positivo, permitindo assim à mulher grávida perceber as mudanças relacionadas com a gravidez como menos stressantes (Norbeck & Anderson, 1989; Tietjen & Bardley, 1985 cit. In Collins et al., 1993).

2- Gravidez e consumo de substâncias (lícitas e ilícitas)

Como desenvolvido previamente, a vivência psicológica da gravidez compreende-se como um processo muito próprio e diferenciado, podendo sofrer influências mais ou menos adaptativas. Estas influências tanto podem ser intrínsecas à mulher como extrínsecas, sendo que os efeitos das influências externas, nomeadamente ao nível de consumos abusivos de substâncias, quer ilícitas (cocaína, opiáceos, marijuana), quer legais (álcool, tabaco), são das que se encontram entre as mais estudadas na comunidade científica (e.g. Ebrahim, Luman, Floyd, Murphy, Bennett, Boyle, 1998; Metz, Jagsch, Ebner, Würzl, Pribasnig, Aschauer, Fischer, 2011).

Apesar de a maioria dos estudos se centrarem nas questões de abusos e dependências (álcool e drogas ilícitas), não abrangendo outras formas de consumo mais moderadas, os efeitos que os hábitos menos problemáticos têm na vivência psicológica do processo gravídico deverão ser tidos em conta pois são sempre problemáticos.

Estudos apontam para que as mulheres vítimas de violência doméstica (física e psicológica) por parte dos seus parceiros têm maior probabilidade em consumir álcool e usar drogas ilícitas quando comparadas com mulheres que não expostas a situações de violência semelhantes (Horrigan; Shroeder; Shaffer, 2000), um cenário potencialmente agravado quando estudos apontam para um aumento de violência doméstica quando a mulher fica grávida (e.g. Hedin, 200). As mulheres fisicamente e psicologicamente violentadas, apresentam ainda um quadro mais grave de sintomas derivados dos consumos quando comparadas com mulheres não sujeitas a violência, apesar de estas terem igualmente hábitos de consumo de substâncias. Esta realidade só reforça a necessidade de articulação entre os programas de tratamento de abuso de substâncias, programas de violência doméstica, e serviços de cuidados pré-natais. (Martim, Beaumont, Kupper, 2003)

Alem desta realidade de relação onde a violência doméstica é surge como

variável no consumo de drogas (cigarros, álcool e drogas ilícitas) durante a gravidez (e.g. Hedin & Janson, 2000), outras dimensões são apontadas, como os estados depressivos, perturbações da personalidade, ansiedade, baixo quociente de inteligência (Q.I.), elevados níveis de stress e de acontecimentos de vida negativos, a presença de um parceiro consumidor de substâncias ilícitas, ser a própria mulher vítima de abuso físico e/ou sexual, baixos recursos financeiros, uma reduzida rede social de apoio e fracas competências sociais como outros importantes factores associados ao consumo de substâncias no período gravídico (e. g. Lindenberg, Reiskin, & Gendrop, 1994; Horrigan, Shroeder, Shaffer, 2000). Ao nível da existência de pelo menos uma experiência de abuso sexual (desde tentativa de violação, violação, abuso sexual infantil) esta circunstância é apontada como um destacado preditor de consumo de substâncias durante a gravidez (Boyer & Fine, 1992).

No caso, por exemplo, do consumo de opiáceos, a vivência psicológica da gravidez é afectada negativamente, verificando-se que as mulheres com este tipo de consumo de substâncias apresentam maior probabilidade de reportar sintomatologia psicopatológica, comparativamente com mulheres em igual período gravídico, idade e nível educacional, mas saudáveis (Kashiwagi, Sieber, Rechsteiner, Lauper, Zimmermann, Ehlert 2009)

É evidenciado ainda pela investigação que o consumo problemático de álcool durante a gravidez apresenta várias consequências, tais como o aumento de probabilidade de separação placentária prematura, baixo peso da criança à nascença e atraso no crescimento intra-uterino (Sokol, Sheldon, Miller, Reed, 2008). Ao nível desenvolvimental, as crianças expostas no útero a substâncias ilícitas podem sofrer alterações ao nível do desenvolvimento neurocomportamental, contudo a identificação destas alterações não são sempre uma possibilidade, sendo que existe inclusive situações que só são verificadas em idade escolar (Xavier, 2000).

Deste modo, o conhecimento científico ao nível de consumos problemáticos de álcool, tabaco e drogas ilícitas por parte de mulheres grávidas e as suas implicações, não só para a própria mulher, quer ao nível físico, psicológico e social, mas também para a criança, tanto em contexto pré-parto como pós-parto, é vasto e contínuo. Ao nível de consumo moderado ou não abusivo de álcool, têm sido desenvolvidos estudos epidemiológicos (e.g. Sokol, Miller, Reed, 2008), contudo, nomeadamente ao nível da dose mínima segura de álcool que é possível ingerir no período gravídico de modo a que não haja consequências para o feto, ainda não há dados.

Considerando o referido desconhecimento e a gravidade dos efeitos do abuso de álcool durante a gravidez, torna-se pertinente desenvolver esforços de forma a responder a esta lacuna, nomeadamente no nosso país. No cap 4 será feita uma

abordagem mais específica à temática dos consumos de álcool na gravidez – tema central deste trabalho

3 - Álcool consumos e problemática

O consumo de álcool é responsável pela morte de 2.5 milhões de pessoas todos os anos (OMS, 2011), assim como agente causal da perda média potencial de anos de vida, perda esta directamente associada a doenças atribuídas ao álcool (INE, 2010). Ao consumo excessivo de álcool está associado numa ampla variedade de doenças, distúrbios e lesões, bem como diversos problemas quer ao nível social e jurídico. Ao nível de saúde, o seu consumo patológico está ligado ao cancro de boca, esófago e laringe, assim como a cirrose hepática e pancreatite (e.g. Lieber, 2000). Por outro lado, além dos problemas de saúde referidos, outras condições médicas, tais como a hipertensão, gastrite, diabetes, e algumas formas de acidente vascular cerebral, são susceptíveis de ser agravados.

Outros problemas directamente relacionados com o consumo excessivo de álcool prendem-se por exemplo com a condução automóvel, um caso preocupante com implicações não só para o indivíduo como para terceiros, com uma estimativa superior a 1 em 3 fatalidades rodoviárias são devidas ao álcool (OMS, 2007), assim como a ocorrência de acidentes domésticos, laborais, violência (incluindo violência doméstica), abusos e negligência infantil.

Ao nível da União Europeia, desde 1986 que a questão do álcool e seus malefícios está na agenda da Comissão Europeia. Como resposta à preocupação crescente com malefícios do consumo de álcool, em 1990 foi criada o organismo europeu Eurocare (*European Alcohol Policy Alliance*). Em 2006 foi adoptada a primeira ação no que concerne a problemática do consumo de álcool, como resposta ao crescente reconhecimento do impacto negativo que este tem na saúde. De acordo com o Especial Eurobarómetro 331 *EU Citizens' Attitudes Towards Alcohol* (2010) actualmente os jovens de idades compreendidas entre os 15-24 anos têm maior probabilidade (25%) de consumirem cinco ou mais bebidas alcoólicas uma vez por semana que as pessoas com idades superiores a 55 anos (11%). A esta constatação preocupante acrescem os dados ao nível europeu da investigação desenvolvida por Anderson e Baumberg (2006, cit in *EU Citizens' Attitudes Towards Alcohol*, 2010). Segundo estes investigadores, o consumo excessivo de álcool é o terceiro factor de risco para a saúde na UE, sendo o agente directo causador de 195,000 mortes por ano assim como de responsável pela morte prematura de 12% dos homens e 2% das

mulheres. Ao custo humano associa-se ainda um custo económico na ordem por ano na ordem de 125 mil milhões de euros.

Dentro do consumo de álcool, existem vários padrões de consumo. A Organização Mundial de Saúde classifica os consumos de álcool em três tipos, consumo de risco, consumo nocivo e dependência (OMS, 1992). O consumo de risco é caracterizado pela possibilidade de dano físico e/ou mental se o consumo se mantiver. Quanto ao consumo nocivo, este, apesar de não satisfazer os critérios de dependência, causa danos físicos e mentais ao indivíduo. Por fim, o tipo de consumo denominado por Dependência, é caracterizado por um padrão de consumo que engloba uma série de aspectos clínicos e comportamentais, como desejo irresistível de consumir álcool, a perda de controlo para com o consumo, detrimento pela ingestão de álcool em lugar de outras actividades e obrigações, o aumento da tolerância ao álcool, necessitando de maiores quantidades para um mesmo efeito pretendido e por fim, a presença de sintomas de privação quando o consumo é interrompido.

Atendendo aos malefícios do consumo de álcool Em Portugal, os dados de acordo com pelo *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD/2011), no decorrer de 2010, o valor percentual da população que consumiu álcool é de 79%. Portugal é considerado como o terceiro consumidor de álcool puro europeu e oitavo do mundo (World Drink Trends, 2005), onde mais de 70% dos cidadãos com mais de 16 anos reportam beber bebidas alcoólicas regularmente e 50% das mulheres consomem bebidas alcoólicas, sendo que 80% das mulheres continuam a consumir durante a gravidez e amamentação (Mello, Barrias, Breda, 2001)

Recentes dados fornecidos pelo *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD/2011), apontam para um crescente consumo de álcool por parte dos jovens no período de tempo 1997-2007, com destaque para o aumento de consumo por parte do género feminino, muitas vezes em idade fértil, sendo esta variação superior à verificada no género masculino. Em Portugal, de acordo ainda com ESPAD (2011), ao nível de bebidas destiladas, o consumo feminino ultrapassa mesmo o masculino, com uma diferença de 21%.

Ainda ao nível nacional, o consumo de álcool feminino varia consoante as regiões. De acordo com a Direcção Geral de Saúde, e os elementos Estatísticos Saúde (2008), tendo como base o Inquérito Nacional de Saúde, 2005/2006, o consumo feminino de álcool é inferior ao masculino em todas as regiões, contudo, varia entre si consoante a localização geográfica. As mulheres que apresentam um consumo mais elevado situam-se no continente e têm idades compreendidas entre 35-

54 anos, com percentagens de consumo na ordem dos 59,3% e 60,1%, enquanto que na região Autónoma do Açores apesar de o consumo mais elevado se situar na mesma faixa etária, decresce para valores na ordem de 58,0% e 54,4%. O consumo feminino entre as mulheres da Região Autónoma da Madeira apresenta valores na ordem de 36,1% e 38,6%.

Os efeitos do consumo de álcool no género feminino tem consequências diferentes em comparação com o género masculino, nomeadamente ao nível fisiológico, sendo mais susceptível aos efeitos tóxicos, degenerando numa maior rapidez para a dependência (Costa & Teixeira, 2005; Goodman, 2000). Ao nível metabólico, as diferenças de género desfavorecem o género feminino, uma vez que apesar de a absorção do álcool ser mais rápida em relação aos homens, o metabolismo no género feminino é mais lento, o que se traduz numa maior vulnerabilidade aos efeitos do álcool (Costa & Teixeira, 2005). Complicações ao nível hepático e cirroses são também consequências da toxicidade alcoólica nas mulheres.

Com esta realidade presente, há que considerar as especificidades deste grupo populacional atendendo às consequências que o consumo de álcool comporta, nomeadamente no decorrer da gravidez mas igualmente para a o desenvolvimento da criança, antes e depois do nascimento.

4- Gravidez e álcool

4.1- Contextualização

Quando nos focamos nos consumos de maiores quantidades de álcool, existe um conjunto de características comuns em mulheres grávidas que estão em risco de dar à luz um filho com alguma patologia do Síndrome do Espectro Alcoólico Fetal (SEAF). Tendo presente que muitas destas características, provêm de populações clínicas, sinalizadas, não reflectem necessariamente a totalidade das mulheres cujos padrões de consumo as coloca em risco. Outra característica diz respeito à diminuição da percepção de risco que pode ocorrer em mulheres que consumiram álcool durante a sua primeira gravidez, e apesar deste consumo, a gravidez teve o resultado espectável, o que por si só, pode levar a um aumento de consumo em gestações futuras (Testa & Reifman, 1996). A idade da mulher é considerada igualmente como um factor de risco, que pode influenciar negativamente a gravidez, nomeadamente potenciar o desenvolvimento do Síndrome Alcoólico Fetal (SAF) (Roberts & Nanson, 2000). Mulheres que previamente deram à luz bebés com SAF, e que não alteraram

os padrões de consumo durante o período gravídico seguinte, estão em risco acrescido de gerar outra criança com a mesma síndrome. Outro factor diz respeito a mulheres pertencentes a meios socioeconómicos e culturais desfavorecidos, caracterizadas por situações de pobreza e iliteracia, o que torna maior a vulnerabilidade da mulher, sendo assim considerados de risco. A doença mental e problemas relacionados com o uso de substâncias, são outros factores preponderantes, uma vez que além das consequências directas graves do consumo de substâncias e da especificidade da ausência de saúde mental, é recorrente as mulheres com estes problemas, ao procurarem ajuda, muitas vezes ser negligenciado a existência de problemas relativos ao consumo de álcool (Roberts & Nanson, 2000).

Segundo a *European Alcohol Alliance* (Eurocare, 2011) é estimado que a percentagem de mulheres grávidas que consomem álcool varia entre 25% na Espanha, 35% a 50% nos Países Baixos podendo atingir valores na ordem de 79% no Reino Unido. Em Portugal, além dos dados referidos no ponto anterior, não são objectivamente encontradas informações actualizadas, muito menos numa perspectiva epidemiológica

A maioria dos trabalhos desenvolvidos é relativo a consumo abusivo de substâncias elícitas (e.g. Reinerman & Levin, 1997, cit in Klee, Jackson, Lewis, 2002; . Niccols, Milligan, Sword, Thabane, Henderson, Smith, Liu, Jack, 2010)

4.2- Consequências do consumo de álcool na gravidez:

Nos dias de hoje, raramente se coloca em questão a sobrevivência física do bebé, sendo a preocupação central direccionada para os cuidados prestados à criança e satisfação das suas necessidades. O limite na consideração de uma “boa mãe” assenta na capacidade da mesma em colocar em segundo plano as suas necessidades (privacidade, tempo, bens materiais, espaço) em detrimento das necessidades do bebé (Tobin, 1998 cit.in Canavaro, M. C. 2001).

Considerando que quanto mais cedo o feto for sujeito a substâncias tóxicas, mais provável será sofrer de desenvolver consequências de longo prazo. (Koop, 1997, cit in Baar, 1991), a atenção das consequências dos hábitos de consumo de álcool deverá estar presente logo desde o início.

Estão descritas consequências pré-parto como o Deslocamento Prematuro da Placenta (DPP) e consequências pós-parto ao nível de uma diminuição de peso do recém-nascido, quando comparado com os valores médios e espectáveis, contudo, as

consequências desenvolvimentais susceptíveis de acontecerem logo nos primeiros tempos da gravidez (Feldman, Jones, Lindsay, Slymen, Klonoff-Cohen, Kao, Rao, Chambers, 2010) são as com maiores implicações a longo prazo.

Problemas encontradas em recém-nascidos podem remeter para questões em períodos anteriores à gestação (Nelson & Ellenberg, 1986, cit in Fonseca, 2010). O stress materno é uma variável de influência pré-natal (O'Connor, Heron, Goding & Glover, 2003, cit in Fonseca, 2010), assim como influências de ordem mais físicas como as toxinas, nomeadamente drogas e álcool (Chasnoff et al., 1998; Koren et al., 1998; Mayes, 1999; Streissguth, Barr, Bookstein, Sampson & Olson, 1999).

Já em 1977 (Mendonça, 1977) era registado uma redução do quociente de inteligência (QI) em crianças de mães que abusaram de álcool durante a gravidez (e.g. Mendonça, 1977), com valores médios na ordem de 65 e 80, assim como perturbações do desenvolvimento pós-natal, atraso na linguagem, apatia e dificuldades de aprendizagem. É ainda correlacionável o abuso de álcool por parte dos progenitores com experiências negativas durante a infância (Dube, Anda, Felitti, Croft, Edwards, Giles, 2001). Verifica-se ainda a tendência para o isolamento social, irritabilidade e comportamento agressivo (Mello, Barrias, Breda, 2001). Contudo, é em certas condições, possível superar os efeitos negativos das influências ambientais prévias ao nascimento, nomeadamente intervindo junto do ambiente familiar e escolar. Por exemplo, quanto às substâncias ilícitas, estudos apontam para que uma forte estrutura familiar e a boa satisfação de necessidades básicas, assim como bons cuidados de saúde e suporte escolar apropriado, os efeitos nefastos da exposição interina a substâncias ilícitas que comprometem o bom desenvolvimento, podem ser ultrapassados, nomeadamente em determinadas fases desenvolvimentais, não apresentando diferenças significativas de outros indivíduos sem exposição pré-natal (Xavier, 2000, 2002), o que leva a ponderar que o mesmo poderá ser possível para quando a substância de abuso é o álcool.

A exposição pré-natal a estilos de vida maternos não saudáveis como a exposição a consumo de álcool, estudado em França e EUA desde os anos 70 do século passado (e.g. Hanson, Streissguth, & Smith, 1978; Landesman-Dwyer, Keller & Streissguth, 1978), assume-se, como já referido, um risco desenvolvimental, estando a criança mais susceptível a desenvolver perturbação de défice de atenção e hiperactividade (PDAH), ou sintomatologia associada (e.g. Linnet K., Dalsgaard, Carsten, Wisborg, Henriksen, Rodriguez, Kotimaa, Moilanen, Thomsen, Olsen, Jarvelin, 2008), assim como, no decorrer do primeiro ano de vida do bebé, o ciclo de

sono, importante marcador desenvolvimental do sistema nervoso central nesta fase inicial de vida, é afectado (Scher, Richardson, Day, 2000).

Devido à variedade dos tipos de consumo de álcool materno, e às várias implicações que estes consumos durante a gravidez têm para as crianças, um conjunto de termos de diagnóstico têm sido recomendados para descrever as alterações atribuídas ao álcool (teratogênese). Este conjunto de diagnósticos compõe o Síndrome do Espectro do Alcoólico Fetal (SEAF), que por si só não constitui um diagnóstico, mas um conjunto integrados abrangendo diagnósticos. Em ordem decrescente de gravidade dos efeitos: Síndrome do Alcoolismo Fetal (SAF), Síndrome do Alcoolismo Fetal Parcial (FAS PFAS), Defeitos de Nascimento relacionados com o álcool (ARBD) e Síndrome Neuro-desenvolvimental relacionado com o álcool (ARND) (Rendall-Mkosi, et al, 2008).

Estes termos de diagnóstico, todos correspondentes à designação de Síndrome do Espectro do Alcoólico Fetal, são uma constelação de variáveis anormalidades físicas, cognitivas e comportamentais, causadas pelos efeitos da exposição fetal ao álcool durante a gravidez. O conceito de SEAF foi desenvolvido e utilizado pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) nos Estados Unidos da América em 2004 (Rendall-Mkosi, et al, 2008).

A condição mais severa causada por exposição pré-natal ao álcool é o SAF, caracterizado por um padrão específico de anomalias faciais, atraso no crescimento, anomalias desenvolvimentais ao nível do sistema nervoso central que muitas vezes incluem deficiência mental (Hankin, 2002), o que por sua vez resultam numa variedade de desafios a criança. A SAF é a principal causa de deficiência mental evitável no mundo (Viljoen, Adnams et al, 2003). SAF é detectável em todos os grupos étnicos, populações e meios socioeconómicos, sendo que condições socioeconómicas mais desfavorecidas apresentam maior prevalência de SAF (Viljoen, Adnams, et al, 2003).

Não esquecer de referir que cinco bebidas padrão, ingeridas mais do que duas vezes por mês ou duas bebidas padrões diariamente, é muitas vezes descrita como de alto risco de beber durante a gravidez. (Viljoen, Adnams, et al, 2003). Uma bebida padrão é medida como 15 ml de álcool (ou absoluto) puro, o que equivale a um copo de vinho (150 ml), uma lata de cerveja (340 ml) ou 50 ml dos espíritos (Babor & Higgens-Biddle, 2001). Embora alguns autores apontem para determinadas quantidades de álcool como indicadores de risco para o surgimento de problemas na criança, a grande maioria dos investigadores está atualmente de acordo que não é possível indicar o tipo de consumo seguro (sem consequências). Assim sendo a

indicação mundial é para a abstinência durante a gravidez (e.g. Stratton, Howe, Battaglia, 1996).

Como anteriormente referido, o uso de álcool durante a gravidez tem sido documentado como agente causal de um síndrome de deficiência de crescimento, atraso mental, e morfogénese anormal chamado de síndrome alcoólico materno-fetal (Jones & Smith, 1973; Smith, 1979; Streissguth, Landesman-Dwyer, Martin, & Smith, 1980). Os resultados do Estudo Prospectivo Longitudinal de Seattle sobre o Álcool e Gravidez aponta para que o consumo moderado de álcool mesmo em contexto social e não problemático, só o acto de beber durante a gravidez inclusive num período precoce, pode ter um efeito nocivo para com o feto, efeito este traduzido em alterações no estado físico do recém-nascido além de alterações comportamentais (Hanson, Streissguth, & Smith, 1978; Landesman- Dwyer, Keller & Streissguth, 1978; Martin, D.C., Martin, Streissguth, & Lund, 1979; Martin, J.D., Martin, Lund, e Streissguth, 1977; Streissguth, Martin, Martin, e Barr, 1981). O grupo de Seattle reportou um menor tamanho infantil, baixas pontuações do índice de APGAR, aumento dos tremores, diminuição da actividade e sucção, e aumentou menores dimórficos. Estudos com crianças mais velhas têm revelado um nível de desenvolvimento mental inferior (O'Connor, Brill, & Sigman, 1986; Streissguth, Barr, Martin, e Herman, 1980).

O álcool atravessa a barreira placentária e pode prejudicar o crescimento fetal ou peso, criar disformismo facial distintivo, (Streissguth et al., 1981), os neurónios do feto também sofrem danos assim como as estruturas cerebrais, o que pode resultar em problemas psicológicos ou comportamentais futuros.

A diminuição dos índices de APGAR, com torpor e depressão respiratória consequentes à impregnação pelo álcool, são circunstâncias que frequentemente colocam em perigo a sobrevivência do recém-nascido. São registados quadros de privação alcoólica, consecutivos ao corte do cordão umbilical que mantinha o álcool na circulação fetal, que podem ocorrer nas doze horas após o parto. Constitui-se um quadro caracterizado por agitação, tremores, perturbações do sono, hipertonia muscular e, inclusive, convulsões (Mello, Barrias & Breda, 2001).

Estudos longitudinais, que incluem a infância, a adolescência e a idade adulta, colocam sempre em evidência, comparativamente com grupos testemunha (Spohr, Willms, Streissguth, in Mello, Barrial & Breda, 2001) uma performance diminuída, perturbações do comportamento, com tendência para o isolamento social, irritabilidade e não raramente agressividade. Trata-se de indivíduos que, com muita frequência, têm

dificuldade de subsistirem autonomamente. A influência que um meio familiar com as características dos lares destes indivíduos, como por exemplo a alta permissividade de hábitos e elevados consumos, carência de afecto, carências materiais, e maus tratos, não são negligenciáveis, entre vêm directa ou indirectamente por sua vez no equilíbrio bio-psicológico dos seus componentes, podendo reforçar positivamente o potencial patogénico do álcool (Spohr, Willms, Streissguth, in Mello, Barrial & Breda, 2001).

A principal consequência da síndrome alcoólico fetal (SAF) é um dano permanente no sistema nervoso central. O desenvolvimento de células cerebrais e estruturas cerebrais além de poderem ser mal formados, o seu próprio desenvolvimento pode ser interrompido pela exposição pré-natal ao álcool, o que por sua vez pode criar uma série de deficiências cognitivas e funcionais (incluindo memória fraca, deficits de atenção, comportamento impulsivo, e baixo raciocínio de causa-efeito. É característico, como consequência secundária, a predisposição para problemas de saúde mental assim como para comportamentos aditivos, nomeadamente a toxicodependência (Johnson, Leff, 1999). Sendo o desenvolvimento cerebral contínuo ao longo de toda a gravidez, os efeitos do consumo de álcool pode ser sentido em qualquer momento.

Algumas das características físicas do SAF incluem Filtro nasal ausente ou indistinto, narinas antevértidas e aumento da distância entre o nariz e o lábio superior que, comparado ao inferior, está afilado, ao contrário de uma criança com traços normais assim como fendas palpebrais pequenas, no 10º percentil ou menos, podendo haver, também, nariz pequeno, prega do epicanto, retrógnatia, microcefalia e face aplanada. Ao nível neurológico, desse que desde que não sejam decorrentes de agressão perinatal ou febre, as crianças com SAF apresentam atividade funcional abaixo da expectativa para a idade, como dificuldades no aprendizado, na linguagem, na atenção e na memória. Outras intelectivas, com atraso no desenvolvimento de grau variado nas funções sociais, no comportamento e na execução motora, e hiperactividade são também características.

5- Prevenção e Intervenção:

Em Maio de 2010, os estados membros da OMS aprovam uma estratégia mundial direccionada para a redução do consumo nocivo de álcool, que contempla um conjunto de medidas que vão desde o aumento da idade mínima legal para comprar álcool, até penas mais severas para a condução sob o efeito de bebidas alcoólicas. A preocupação mundial, europeia e nacional é evidente pelo esforço na elaboração de

protocolos internacionais com vista a redução do consumo de álcool como, por exemplo, *European action plan to reduce the harmful use of alcohol* (OMS, 2012) ou a nível nacional com o Plano Estratégico 2013-2015 (SICAD, 2013).

Tendo presente todos os malefícios resultantes do consumo excessivo de álcool, planos de intervenção têm sido elaborados um pouco por todo o mundo. Em Portugal, o Instituto de Droga e Toxicoddependência, IDT, desenvolveu o programa denominado por PORI, Plano Operacional de Respostas Integradas, que é uma medida de âmbito nacional que promove a intervenção integrada ao nível do consumo de substâncias psicoactivas, privilegiando a existência de diagnósticos rigorosos que fundamentam a intervenção em territórios identificados como prioritários.

Os objectivos do PORI são direccionados com o intuito de contribuir para a diminuição do consumo de drogase as implicações do tráfico ao nível social e de saúde. (Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicoddependências, 2005).

Estudos apontam (e.g. Niccols, Milligan, Sword Thabane, Henderson, Smith, Liu, Jack, 2010) que quando mulheres grávidas e com historial de consumo de substâncias, beneficiam de programas de tratamentos integrados (e.g. cuidados parentais, aulas de parentalidade, tratamento para o uso de substâncias) evidenciam um melhoramento na saúde mental maternal, com diminuição em sintomatologia depressiva e ansiogénica. Outras investigações indicam (e.g. Hankin, 2002) que intervenção em mulheres com passado de abuso de álcool ou com filhos diagnosticados com SAF, quando é feito aconselhamento e esforços na mudança de comportamentos, é possível reduzir o consumo de álcool e melhorar a saúde dos filhos. A rotulação de bebidas alcoólicas assim como cartazes publicitários dos malefícios do consumo, também tem sido apontadas como potenciadoras medidas de prevenção (Eurocar, 2011).

Contudo, para prevenir e entrevir, é preciso conhecer a realidade, sendo que no nosso país não há estatística atualizada sobre consumos durante a gravidez nem temos conhecimento de estudos que se debrucem de que forma é vivida psicologicamente este período por mulheres que consomem bebidas alcoólicas.

Parte II

1- Objectivos do estudo

Tendo em conta os elementos apresentados na Parte I deste trabalho e o reconhecimento da importância desta temática pelo (na época) Instituto da Droga e da Toxicoddependência (atualmente Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos -e nas Dependências – SICAD), bem como pela ULS de Matosinhos (os parceiros deste estudo), organizou-se como objetivo geral averiguar os padrões de consumo de álcool e avaliar as atitudes perante a gravidez e a maternidade por parte de um grupo de mulheres grávidas portuguesas do concelho de Matosinhos.

Para o efeito, foram determinados três objectivos específicos:

A - Averiguar os padrões de consumo de álcool de um grupo de mulheres grávidas a frequentar grupos de preparação para a parentalidade de quatro UCC's pertencentes à ULS do conselho de Matosinhos.

B - Compreender as atitudes perante a gravidez e maternidade por parte deste grupo de mulheres grávidas.

C - Averiguar se existe correlação entre diferentes padrões de consumo de álcool e diferentes atitudes perante a gravidez e a maternidade.

2- Metodologia

2.1- Amostra

A amostra é constituída por 83 mulheres grávidas a frequentar grupos de preparação para a parentalidade, de quatro Unidades de Cuidados na Comunidade (U.C.C.), integradas na Unidade Local de Saúde do Conselho de Matosinhos, cuja descrição em mais pormenor é apresentada seguidamente na Tabela 1.

Esta ULS tem uma organização que possibilita a identificação da situação de gravidez quando a mulher grávida recorre a qualquer serviço de saúde (publico). Centralizados esses dados, as UCC recebem essa mesma informação e contactam as grávidas propondo que frequentem os cursos de preparação para a parentalidade. Neste trabalho, foram recolhidos dados de 10 grupos diferentes distribuídos pelos 4 UCC do concelho. O grupo de mulheres da amostra corresponde a 74,12% da

totalidade de mulheres (N = 112) inscritas nos referidos grupos de preparação para a parentalidade durante os meses de recolha de dados.

A idade das participantes varia entre os 19 e 43 anos, sendo a média de 30,34 anos. Na Tabela 1 é apresentado a caracterização da amostra, ao nível da escolaridade, situação de empregabilidade e estado civil.

Tabela 1 – Caracterização da amostra

		N	%
Escolaridade	1º e 2º ciclo	9	10,8
	3º ciclo	12	14,5
	Secundário	22	26,5
	Bacharelato	3	3,6
	Licenciatura	33	39,8
	Mestrado	1	1,2
	Pós-graduação	3	3,6
Situação laboral	Sim	53	63,9
	Não	29	34,9
Estado civil	Solteira	22	26,5
	Casada	47	56,6
	União de facto	12	14,5
	Divorciada	1	1,2

O tempo médio de gravidez (em semanas) das participantes é de 30,51 semanas, sendo a maioria das crianças em gestação do sexo masculino com 57,8%, seguindo-se os do sexo feminino com 39,8% e por fim, 2,4% dos casos, de gémeos (Tabela 2). No que concerne o número de filhos nascidos anteriormente, 80,7% das mulheres está a ter a primeira criança, 18,1% tem já tem um filho e só 1,2% reporta ter duas crianças antes da actual gravidez (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização da amostra quanto ao número de filhos

		N	%
Sexo do bebê	Masculino	48	57,8
	Feminino	33	39,8
	Gêmeos	2	2,4
Número de filhos	0	67	80,7
	1	15	18,1
	2	1	1,2

Verifica-se uma preponderância do género masculino nas criança a nascer e que só uma minoria, 18,1% já tiveram filhos,

Foi averiguado a existência, na história familiar, consumo de álcool, cujos resultados estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Amostra e antecedentes de alcoolismo

		N	%
Antecedentes familiares alcoolismo	Sim	14	16,9
	Não	65	78,3
	Sem resposta	4	95,2
Total		83	100,0

A maioria das inquiridas não reporta história famílias com antecedentes de alcoolismo, 78,3%. Para as restantes 17% que responderam ter antecedentes familiares de alcoolismo, era pedido que identificassem o grau de parentesco do ou dos familiares. Estes dados estão descritos na Tabela 4.

Tabela 4 – Antecedentes familiares de alcoolismo/grau de parentesco

	N	%
Avô	2	2,4
Avô materno	1	1,2
Avô paterno	2	2,4
Mãe	1	1,2
Pai	2	2,4
Pai biológico	1	1,2
Pai e mãe	1	1,2
Tia materna	1	1,2
Tio e avô materno	1	1,2
Tios	2	2,4
Total	10	16,8%

2.2.Instrumentos

Neste ponto são apresentados os dois instrumentos de recolha de dados utilizados na investigação.

AUDIT (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001)

Um dos instrumentos utilizado no estudo denomina-se por AUDIT, *Alcohol Use Disorders Identification Test*,(Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001), com a finalidade de identificar pessoas com padrões prejudiciais de consumo de álcool. O AUDIT foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e para além da referida utilidade de identificação do consumo excessivo de álcool, fornece por si só um enquadramento para uma posterior intervenção nos indivíduos com o fim de reduzir ou eliminar o consumo e dependência. Contudo, permite identificar outro tipos de consumo que não os excessivos Este instrumento subdivide-se em três dimensões, uma primeira relativa ao consumo nocivo de álcool, relativa à frequência dos consumos, quantidades e frequência de consumo excessivo. A segunda dimensão diz respeito aos sintomas de dependência, nomeadamente ao nível do controlo sobre o acto de beber e o consumo matinal. Por fim, a terceira dimensão engloba questões

quanto à culpa após consumo, existência de fenómenos de *blackout*, ferimentos relacionados com o consumo de álcool e outros problemas associados à ingestão de bebidas alcoólicas.

Este instrumento também permite agrupar os resultados totais em diferentes níveis de risco/Zonas, subdividindo-se em quatro níveis crescente de risco, consoante a classificação total e com respectiva intervenção aconselhada. O primeiro nível de risco, Zona I, para valores de 0 a 7, com recomendação para a educação para o álcool, o segundo nível, Zona II para *score* de 8 a 15, recomendando aconselhamento. Para a Zona III, de pontuação 16 a 19, também é recomendado aconselhamento acrescido de uma especialização psicológica e continua monitorização. Por fim, para a Zona IV, de valores 20 a 40, é recomendado o diagnóstico por especialistas, avaliação e tratamento.

Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade – EAGM (Xavier, Paúl & Sousa, 1998):

Recorremos à Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade foi aferida para a população portuguesa (Xavier, Paúl & Sousa, 1998) para avaliar as atitudes perante a gravidez e a maternidade. Esta escala foi construída e validada para a população portuguesa. É constituída por 42 itens, de resposta tipo Likert de quatro pontos, que constituem 7 dimensões ou subescalas distintas que dizem respeito a diferentes dimensões da vivência psicológica da gravidez. A dimensão “Boa Mãe” (itens 1, 9, 10, 12, 16, 23, 24, 28, 32, 36), corresponde às considerações que a mulher faz sobre as suas competências maternas, tendo em conta as influências na criação de um ideal de “Mãe” que a cultura, religião e experiência própria proporcionam. Numa outra dimensão, “O Filho Imaginado” (itens 2, 6, 11, 17, 26, 28, 31, 36), atendendo a vontade da mãe de superar as suas limitações e de estar preparada para criar o seu filho da melhor maneira, a mulher grávida cria uma imagem mental da sua criança, referido também como um período de “alvorecer da vinculação” (Brzzelton & Cramer, 1989, cit in. Xavier & Paúl, 1996). Relativamente à subescala “Gravidez como Factor de Mudança/Crescimento Pessoal” (itens 19, 22, 24, 30, 38, 41) esta terá como objectivo conhecer melhor como a mulher experiência esta fase caracterizada por mudanças tanto físicas como psicológicas, mas também ao nível do seu papel social.

Considerando a gravidez como uma fase com oscilações entre aspectos mais positivos e outros mais negativos, dimensão “Aspectos Dífceis da

Gravidez/Maternidade” (itens 3, 13, 18, 20, 33, 34, 37, 39), procura apurar como a mulher experiêcia os aspectos mais difíceis deste período. De facto, é a única dimensão em que as atitudes mais positivas sobre a gravidez e maternidade correspondem a valores mais elevados. A subescala “Relação com a Própria Mãe” (itens 5, 13, 35, 42), concerne a avaliação que a grávida faz da relação com a sua própria mãe, avaliando esta mesma relação, replicando-a ou não, com a sua própria criança. Em “Apoio do Marido/Companheiro” (itens 7, 15, 21, 25), tendo em conta que o período gravídico é importante na relação conjugal, torna-se relevante a aferição desta díade, como a mulher avalia a relação e o apoio do marido nesta fase.

Por fim, a dimensão “Imagem Corporal e Necessidade de Dependência” (itens 4, 8, 29, 40) assenta nas várias transformações físicas que ocorrem neste período, ligadas por sua vez a mudanças psicológicas, e na forma como a mulher gere estas mesmas alterações, bem como os seus sentimentos quer de dependência quer de abandono.

A Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade tem como população alvo exclusivamente mulheres grávidas.

2.3. Procedimentos de recolhas de dados

Sendo o presente trabalho um novo momento de um estudo que se iniciou previamente, existia já a autorização da Comissão de Ética e da Direção da ULS de Matosinhos para que se procedesse à recolha de dados junto das U.C.C. deste concelho.

No início da recolha de dados aconteceu um telefonema entre a responsável pela equipa de investigação e a responsável pelos cursos de preparação para a parentalidade de cada U.C.C. em que se realizaria a recolha de dados. Foi agendado uma primeira visita que permitiu conhecer a responsável bem como organizar de modo mais detalhado os procedimentos necessários para o contacto com as participantes.

Assim sendo, os dados foram posteriormente recolhidos de duas formas, sendo que uma destas decorria no início das sessões, presencialmente, onde era feita a apresentação do projecto, abordando a questão da confidencialidade dos dados fornecidos pelas participantes, assim como deveria ser feito o preenchimento do Formulário do Consentimento Informado (FCI). Em alguns momentos de recolha e a pedido da enfermeira responsável pelos grupos de preparação para a parentalidade,

foram deixados exemplares do FCI e Instrumentos, tendo sido a própria enfermeira a dinamizar o seu preenchimento. Nestes casos era agendado com a responsável em causa, um momento posterior de recolha pelo investigador.

O tempo médio de preenchimento foi de entre 10 e 15 minutos. Todos os procedimentos de recolha de dados foram organizados com preocupação de causar impacto mínimo no decurso das sessões e sua organização, compreendendo os meses de Março, Abril, Maio e Junho do corrente ano.

2.4. Procedimento de tratamento de dados

Para responder aos objectivos do trabalho procedeu-se ao tratamento de dados, tendo sido estes, num primeiro momento, organizados e os instrumentos cotados. Seguidamente foram introduzidos e tratados numa base de dados elaborada para o efeito. Para o tratamento recorreu-se *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21 para Windows, o que permitiu realizar as análises de Estatística Descritiva, permitindo por sua vez, a definição, descrição e caracterização sócio-demográfica da amostra.

Além da Estatística Descritiva, a Estatística Inferencial e Correlacional, foi efectuada após a análise da normalidade dos resultados com o recurso ao teste de Kolmogorov-Smirnov ($K > 30$), indicando a necessidade de utilização de estatística não paramétrica.

Tendo em conta os dados disponíveis da validação da EAGM para a população (médias e desvios padrões de cada subescala) e para a sua comparação com os valores obtidos com a amostra, recorreu-se ao cálculo dos valores de z , utilizando a seguinte fórmula (Clark- Carter, 1997):

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

Depois de calculados os valores de **z**, para a análise do nível de **p** utilizou-se uma tabela de probabilidades de **z** (Clark-Carter, 1997), permitindo verificar a existência ou não de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

De referir que dentro da estatística correlacional, foram realizado o teste Teste de Qui-Quadrado

3-

3.1- Apresentação dos resultados

Seguidamente serão apresentados os resultados relativos aos tipos de consumo de álcool obtidos a partir do AUDIT (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001), respondendo assim objectivo A : “Averiguar os padrões de consumo de álcool de um grupo de mulheres grávidas a frequentar grupos de preparação para a parentalidade de quatro UCC’s pertencentes à ULS do conselho de Matosinhos”.

A maioria dos participantes reporta não consumir álcool, sendo o consumo ocasional a segunda resposta mais registada.

Na tabela 5 estão descritos os resultados relativos ao primeiro item do instrumento (item 1) – “Quantas vezes bebe uma bebida alcoólica?”:

Tabela 5 – Resultados AUDIT item 1

	N	%
Nunca	58	69,9
1 vez por mês ou menos	19	22,9
2 a 4 vezes por mês	6	7,2
2 a 3 vezes por semana	0	0
4 ou mais por semana	0	0
Total	83	100

No item 1 a maioria das mulheres grávidas reportam não consumir bebidas alcoólicas, contudo, regista-se 30,1% de respostas afirmativas relativas ao consumo de álcool Considerou-se ainda os resultados obtidos no item 2: “Num dia normal quantos copos de uma bebida alcoólica bebe habitualmente?” (que, tal como o item1 se refere ao constructo “consumo de álcool”) que estão presentes na tabela 6:

Tabela 6 – Resultados AUDIT item 2

	N	%
Sem resposta	53	63,9
1 ou 2	29	34,9
3 ou 4	1	1,2
5 ou 6	0	0
4 ou mais por semana	0	0
Total	83	100

Para 30 elementos da amostra verifica-se o consumo de álcool, remetendo para 36,2% do total da amostra.

Seguidamente, os resultados totais de AUDIT são apresentados na Tabela 7, com os diferentes valores encontrados e a sua distribuição na amostra, por número de respostas (N) e percentagem destas na mesma (%).

Tabela 7 – Resultados Total AUDIT

	N	%
0	57	68,7%
1	17	20,5
2	5	6,0
3	1	1,2
6	2	5,4
7	2	1,2
Total	83	100,0

Todos os elementos da amostra remetem para nível de risco I (pontuação de 0 7).

Seguidamente são apresentados os resultados relativos à administração da EAGM (Xavier, Paúl & Sousa, 1998) nas 83 participantes da investigação, respondendo ao objectivo B da investigação, “Compreender as atitudes perante a gravidez e maternidade por parte deste grupo de mulheres grávidas”.

Optou-se por apresentar inicialmente as comparações entre os resultados obtidos na validação do instrumento para a comunidade (amostra padrão) e a amostra total do presente estudo (Tabela 8) e seguidamente as comparações com os resultados obtidos com o sub-grupo das grávidas que revelaram a existência de consumos (N= 30) (Tabela 9)

Tabela 8 – EAGM, Amostra Padrão e Amostra Total

	Amostra Padrão		Amostra Total		Z	p
	N	Média (DP)	N	Média (DP)		
O filho imaginado	357	11,56 (2,93)	83	9,53 (2,64)	6.28	<0,00003*
Boa mãe	357	20,09 (3,87)	83	18,61 (3,73)	3.44	<0,00003*
Gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal	357	12,32 (3,47)	83	10,37 (3,70)	1.57	0,05821
Aspectos difíceis da gravidez/maternidade	357	23,09 (3,72)	83	22,63 (3,88)	0.60	0,39358
Relação com a própria mãe	357	6,48 (2,03)	83	6,61 (2,32)	0.27	0,00391
Apoio do marido/companheiro	357	5,79 (1,70)	83	5,28 (1,28)	2.68	0,00368*
Imagem corporal e necessidade de dependência	357	8,71 (2,34)	83	8,59 (1,95)	0.52	0,32276

* $p \leq 0,001$

** $p \leq 0,05$

Verifica-se que existe diferenças estatisticamente significativas em três dimensões de EAGM. Destas três subescalas fazem parte “O filho imaginado”, “Boa mãe (valores de $p \leq 0.05$ e $p \leq 0.001$). A subescala “Apoio do marido/companheiro”, comparativamente menos grau estatístico de diferença, $p \leq 0,05$. As restantes subescalas na amostra geral da investigação, “Gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal”, “Aspectos difíceis da gravidez/maternidade”, “Relação com a própria mãe” e “Imagem corporal e necessidade de dependência” não apresentam diferenças estatisticamente significativas comparativamente com a amostra da comunidade.

Considerando as respostas dos itens 1 e 2 do AUDIT, identificaram-se 30 mulheres grávidas que revelam consumos durante a gravidez (36,2% do total da amostra).

Com este grupo, procurou-se averiguar se haveria diferenças estatisticamente significativas entre estes dados da subamostra e os da população padrão ao nível das dimensões da EAGM.

Na Tabela 9 estão os resultados da comparação entre os elementos da amostra que reponderam positivamente quanto ao consumo de álcool (Aca) com a amostra padrão.

Tabela 9 – EAGM, Amostra Padrão e Amostra Aca

	Amostra Padrão		Amostra Aca		Z	p
	N	Média (DP)	N	Média (DP)		
O filho imaginado	357	11,56 (2,93)	30	9,23 (1,9)	7,06	<0,00003*
Boa mãe	357	20,09 (3,87)	30	18,87 (4,01)	1,72	0,043**
Gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal	357	12,32 (3,47)	30	10,20 (3,01)	3,37	0,000038*
Aspectos difíceis da gravidez/maternidade	357	23,09 (3,72)	30	22,10 (3,84)	1,46	0,072
Relação com a própria mãe	357	6,48 (2,03)	30	6,67 (2,81)	0,51	0,31
Apoio do marido/companheiro	357	5,79 (1,70)	30	5,17 (1,32)	2,00	0,023**
Imagem corporal e necessidade de dependência	357	8,71 (2,34)	30	9,00 (2,10)	0,67	0,25

* $p \leq 0,001$

** $p \leq 0,05$

Verifica-se que existe diferenças estatisticamente significativas em quatro dimensões de EAGAM, sendo estas diferenças de diferente significância. Destas três subescalas fazem parte “O filho imaginado”, e “Gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal” com maior valor estatístico de diferença significativa em que com $p \leq 0,001$. As restantes duas subescalas “Boa mãe” e, “Apoio do marido/companheiro” registam $p \leq 0,005$. As subescalas “Aspectos difíceis da gravidez/maternidade”, “Relação com a própria mãe” e “Imagem corporal e

necessidade de dependência” não apresentam diferenças estatisticamente significativas comparativamente com a população geral padrão.

Atendendo à baixa variabilidade de distribuição estatística dos resultados do instrumento AUDIT, não foi possível responder ao objectivo C da investigação “- Averiguar se existe correlação entre diferentes padrões de consumo de álcool e diferentes atitudes perante a gravidez e a maternidade”.

Continuando a aprofundar os dados obtidos pelo AUDIT procurou-se averiguar a existência ou não de relação entre, por um lado, o consumo de álcool e por outro, a mulher já ter tido filhos. Assim sendo, foi criada uma nova variável ditómica (“Ter filhos/não ter”) baseada numa pré-existente (“Número de filhos”) e a nova variável consumir álcool/ não consumir tendo em conta os resultados obtidos no item 2 do AUDIT, procurando perceber se existe associação entre o ter filhos e o consumo de álcool.

Procedeu-se então à aplicação do Teste de Qui- Quadrado (X^2), tendo obtido os seguintes resultados (Tabela 10 e Tabela 11):

Tabela 10 – Teste de Qui-Quadrado

	<i>Value</i>	<i>GL**</i>	<i>p</i>	<i>N</i>
Ter filhos*Consumir álcool	6,43	1	0,01	83

**GL -Grau de liberdade

De acordo com os resultados, para o valor do Teste de Qui-Quadrado, com 1 grau de liberdade associado (GL) é de 6,43 (*Value*) com uma probabilidade associada de $p = 0,01$. Sendo de um resultado significativo, torna-se necessário a tabela de associação entre as variáveis para analisar o padrão de associação, Tabela 11.

Tabela 11 – Teste de Qui-Quadrado- Padrão de associação

		Consumo de álcool		Total	
		S/ consumo	C/ consumo		
Ter filhos	Sem filhos	N	51	12	67
		% ter filhos	76,1%	23,9	100,0%
	Com filhos	N	7	9	16
		% ter filhos	43,8%	56,3	100,0%
Total	N	58	25	83	
	% ter filhos	69,9%	30,1%	100,0%	

Verifica-se um padrão de associação positivo entre o consumo de álcool e ter filhos.

Análise e Discussão dos resultados:

A investigação desenvolvida teve presente o consumo de álcool e as implicações deste na gravidez. Procurou-se aprofundar o desconhecimento sobre consumos, assim como sobre o conhecimento das ligações entre o consumo de álcool e a vivência psicológica da gravidez.

Quanto ao objectivo A, o AUDIT permitiu ter uma maior percepção dos consumos no período gravídico. O nível de risco avaliado por este instrumento varia consoante a população a que é administrado. Na população em geral, o nível mais elevado encontrado na amostra, não seria suficiente para ser considerado de risco I, uma vez que este inicia-se com uma pontuação global de 8.

Verificou-se discrepância de dados entre os itens 1 (“Quantas vezes bebe uma bebida alcoólica?”) e 2 (“Num dia normal, quantos copos de uma bebida alcoólica bebe habitualmente?”), onde ambas as questões abordavam a quantidade e frequência de consumo de álcool, mas só uma permitia a negação de consumo. A maioria das participantes respondendo negativamente ao item 1 mas ficou revelado que 25 referem consumos. Contudo, 5 grávidas (6%) que no primeiro item assinalaram que não consumiam álcool, no segundo preencheram afirmativamente. O valor total obtido foi pois de 30 mulheres revelando consumo (36,1%).

Portanto, mesmo considerando a recomendação de abstinência durante a gravidez (e. g. Stratton, Howe, Battaglia, 1996), de acordo com os dados obtidos, 30,1%, não deixa de consumir álcool. Estes dados levantam questões ao nível da prevenção. O que tem falhado para que ainda se regista consumo de bebidas alcoólicas na gravidez? Estratégias como a rotulação nas embalagens com aviso direccionado para as mulheres grávidas, onde baixo custo da medida, a fácil implementação no espaço europeu e a possibilidade de tornar o consumidor informado sobre os riscos (Eurocare, 2011) é suficiente para ser uma recomendação com potenciais benefícios. Contudo, apesar de aumentar a consciencialização num primeiro momento, com o tempo, tende a atenuar (Mackintosh, 1995; Agostinelli & Grube, 2002).

Outro ponto remete para a publicidade televisiva e marketing nos mais diversos meios de comunicação (e.g online, redes sociais) e as suas influências, nomeadamente na juventude. Em 2009 o Grupo Científico do Fórum Europeu sobre o Álcool e a Saúde, elaborou um relatório tendo reunido investigação no sentido da comprovação de que o marketing aumenta a probabilidade do consumo por parte dos

mais jovens. Sendo a variação do consumo de álcool no género feminino superior ao do género masculino em Portugal (ESPAD, 2011), a influência do marketing e dos órgãos de comunicação devem ser tidos em conta no combate ao consumo de álcool na gravidez.

Considerando estudos científicos (e.g. Testa & Reifman, 1996), mulheres que consumiram álcool durante uma primeira gravidez e que consideram que decorreu de forma normal e não prejudicial, tendem a consumirem álcool numa futura gravidez. Atendendo à disponibilidade de dados estatísticos procedeu-se à testagem deste pressuposto.

Neste caso, ao observar a Tabela 9, verifica-se que, considerando o grupo não consumidor de álcool, é mais provável encontrar mulheres que não têm filhos (76,1%) do que com filhos (43,8%), enquanto que no grupo consumidor de álcool, o contrário verifica-se, 56% têm filhos enquanto que 23,9% não. Os dados por nós obtidos parecem pois corroborar os apresentados por outros trabalhos (e.g. Testa & Reifman, 1996).

Ainda no que diz respeito ao AUDIT, os resultados não coincidentes quanto ao item 1 e 2. Nesta situação foi necessário confrontar os valores obtidos pelas participantes, nos 2 itens, para conseguir fazer a identificação das situações de consumo/não consumo.

Quanto ao objectivo B, ao observar os resultados das duas comparações de subescalas da EAGM (Xavier, Paúl & Sousa, 1998), com a amostra geral da investigação e depois com uma subamostra desta em que o critério de inclusão é o consumo de álcool, verifica-se que em ambas há diferenças estatisticamente significativas em mais que uma dimensão de EAGM.

Na primeira situação, as subescalas em que se identificam diferenças estatisticamente significativas são: “O filho imaginado”, “Gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal” e “Apoio do marido/companheiro”. As mesmas diferenças verificam-se igualmente que na subamostra com consumo de álcool, que apresenta ainda mais uma dimensão com diferenças significativas face à população padrão de comparação, a “Gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal”. Podemos colocar a hipótese de os valores afastados da média padrão encontrados na amostra geral da investigação, poderão ser afectados pelos elementos da subamostra que nela estão incluídos.

Quanto a este instrumento, há que ter em conta que observar diferenças nas subescalas não implica obrigatoriamente uma vivência negativa da gravidez e maternidade. Se observarmos, por exemplo, a primeira subescala, “O filho imaginado”, que apresenta das mais elevadas diferenças estatisticamente significativas em ambas as comparações com a amostra padrão da população, significa que as respostas do tipo “Sempre” ou “Muitas vezes” a itens como “Com a gravidez sinto-me mais responsável”, ou “Tenho pensado no futuro do bebé”, são as mais frequentes. Deste modo, valores substancialmente estatisticamente diferentes remetem para um maior investimento pessoal por parte da mãe no pós-parto, “Imagino-me a brincar com o meu filho”. O mesmo se poderia analisar com a dimensão “Apoio do marido/companheiro”, onde valores muito baixos em itens como “O apoio do meu marido/companheiro tem sido muito importante para mim” ou “O apoio do marido/companheiro é muito importante durante a gravidez” descrevem um maior investimento nas questões da perceção sobre o acompanhamento e apoio do marido/companheiro durante a gravidez. Cobb (1976) refere que grávidas com baixo suporte social têm sido referenciadas com maior probabilidade de, na presença de stress, terem complicações durante a gravidez. Deste modo, o apoio do marido/companheiro, principalmente ao nível emocional (Klaus & Kennell, 1992 cit. in Piccinini et al., 2004), acaba por assumir uma dimensão importante e positiva na vivência da gravidez e maternidade. Actualmente há inclusive a reivindicação por parte dos homens para si de maior presença e partilha de todo o processo gravídico e não só (Leal, 2001).

Não serão indiferentes outros factores de influência, nomeadamente a questão laboral. De acordo com os últimos dados do Instituto e Formação Profissional IFP – 2013) o desemprego feminino continua superior ao masculino. Considerando a idade média da amostra de 43 anos assim como 39,4% de desemprego, comparando com a média nacional de 15,6% e 14,8% na faixa etária 25.54 anos, só superada pelas mulheres com menos de 25 anos, (Prodata, 2012) poderão ajudar a compreender a diferença estatisticamente significativa na subescala “Boa mãe”. Sendo uma dimensão que aborda questões como “Desde que se preste os cuidados básicos ao bebé, como dar-lhe de comer e mantê-lo limpo, tudo correrá bem” e “Uma boa mãe afasta as crianças das dificuldades da vida”, os valores das respostas poderão tender para um dos extremos, que mesmo o sendo, é no extremo positivo, revelando uma preocupação ajustada no sentido do melhor interesse da sua criança. Por fim, relativamente à subescala “Gravidez como factor de mudança/crescimento pessoal”, as diferenças estatisticamente significativas, só na subamostra se manifestam

(resultados muito significativos) o que pode ser associado aos valores obtidos no nas duas escalas referidas anteriormente, apontando para um investimento provavelmente mais notório naquilo que virá depois da gravidez – nas tarefas da maternidade, nas mudanças pessoais e menos na própria gravidez (que está a correr bem, com apoio do marido/companheiro).

Relativamente ao consumo de álcool, as diferenças poderão estar ainda relacionadas com o facto de não darem importância, inclusive porque 23 mulheres já bebeu em gravidezes anteriores e não temos conhecimento de se terem confrontado com consequências para si relevantes.

Estas diferenças significativas encontradas nas 3 subescalas poderão ser “marcadas” pelos resultados encontrados no subgrupo do álcool. Estes resultados sublinham a necessidade da continuação de investimento neste domínio de investigação científica, com um maior grupo de participantes, de forma a possibilitar um aprofundar das análises estatísticas.

Quanto ao objetivo C, não foi possível concretizar porque a variabilidade de distribuição estatística da amostra não era suficiente para comparação.

(e depois na conclusão referir a necessidade de uma amostra maior para obtenção de dados com distribuição diferente que possibilite este tipo de análises

Conclusão

Um dos objectivos centrais desta investigação e que também estava relacionado com a sua pertinência, foi possibilitar o acesso a dados nacionais actualizados sobre consumos de álcool durante a gravidez, Para o efeito, o uso do instrumento AUDIT foi de facto útil, encontrando-se 36,2% na amostra de mulheres que consomem álcool. Contudo sentiu-se a necessidade de melhorar a recolha desta mesma informação, uma vez que registou-se incongruência ao nível dos dois primeiros itens, como referido na discussão.

Não será indiferente a esta incongruência o facto de se tratar de um instrumento de auto relato, mais sujeito a variáveis emocionais e relativas à auto-percepção, mas também o próprio tema do questionário em si. O consumo de álcool na gravidez, por si só tem uma conotação social negativa, estigmatizante, o que poderá contribuir como limitação (Plant, Miller, Plant, 2005).

Se compararmos os 36,2% de consumo da amostra com os dados europeus (Eurocar, 2011), reparamos que se situa mais próximo dos dados dos Países Baixos (35%-50%) do que da vizinha Espanha (25%). Sendo Portugal um país do Sul da Europa, apresenta valores próximos do centro e norte. A necessidade de prevenção torna-se tanto mais necessária quanto mais cresce o número de jovens do género feminino que consomem bebidas alcoólicas destiladas, ultrapassando inclusive o género masculino (ESPAD, 2011).

Apesar da reduzida variabilidade de distribuição estatística dos resultados, e consequente impossibilidade de desenvolver o objectivo C de análise de correlação com os resultados da EAGM, a utilização do instrumento foi ainda útil na verificação do pressuposto apontado por investigadores (e.g. Testa & Reifman, 1996; Rendall-Mkosi, Morojele, London, Moodley, Singh, Girdler-Brown, 2008) da continuação do consumo de álcool por mulheres que numa prévia gravidez consumiram álcool e não tendo identificado consequências quer para si quer para a criança, mantêm o consumo numa próxima gravidez. No presente estudo, comparando as mulheres já com filhos com as que estavam para ser mães pela primeira vez, chegou-se à mesma conclusão.

Relativamente à administração da EAGM, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em várias subescalas o que suscita questões quanto ao nível da vivência psicológica, e o porquê das mesmas. Podemos apenas colocar como hipótese que os valores significativos encontrados nas mulheres que revelam consumos parecem apontar para um maior investimento no futuro, depois da criança nascer, na presença de uma gravidez saudável, de apoio do marido/companheiro e de gravidezes anteriores (onde provavelmente também houve consumos sem que se identificassem resultados vistos como negativos). Da relação entre álcool e vivência psicológica da gravidez, pode-se considerar que esta “interacção” parece existir (diferenças em 4 subescalas da EAGM), podendo os dados da subamostra que consumiu darem peso aos resultados da amostra total. Seria útil uma investigação do tipo qualitativo, de modo a recolher mais dados, inclusive do porque do consumo ocasional enquanto está grávida, sendo a recomendação difundida a da abstinência. Será uma questão de pressão social em contextos específicos, nos quais um copo de uma bebida alcoólica é socialmente tolerado, ou será por outro lado uma opção livre da mulher por motivos próprios, além do referido de experiência passada de consumo durante uma gravidez prévia sem aparentes consequências?

Uma possível limitação ao estudo considerando as mulheres que consomem álcool e eventualmente não terão respondido positivamente nesse sentido, poderá

também estar relacionado com a possível presença do marido/companheiro nos grupos de preparação para a parentalidade onde os dados foram recolhidos. Apesar da indicação de autopreenchimento, a influência que os maridos/companheiros possam ter não é possível de controlar. Esta influência é uma preocupação considerando a existência que a investigação tem apontado (Horrigan; Shroeder; Shaffer, 2000) no sentido da violência doméstica como característica do consumo de álcool e outras substâncias, durante a gravidez.

Para futuras investigações, seria interessante aprofundar, a nível individual as razões para o continuar do consumo de álcool durante a gravidez, assim como averiguar em que circunstância ocorre, além das considerações que a própria mulher faz do seu consumo.

Bibliografia

Alati, R., Clavarino, A., Najman, J. M., O'Callaghan, M., Bor, W., Mamun, A. A. & Williams, G. M. (2008). The Developmental Origin of Adolescent Alcohol Use: Findings from the Mater University Study of Pregnancy and its Outcomes. *Drug Alcohol Depend*, 98, 136–143.

Alcohol, Tobacco, Cocaine and Marijuana Use: Relative Contributions to Preterm Delivery and Fetal Growth Restriction James J. Janisse PhDa, Beth A. Bailey PhDb, Joel Ager PhDa & Robert J. Sokol MDc 2013

Astley, S. J., Olson, H. C., Kerns, K., Brooks, A., Aylward, E. H., Coggins, T. E., Davies, J., Dorn, S., Gendler, B., Jirikowic, T., Kraegel, P., Maravilla, K. & Richards, T. (2009). Neuropsychological and Behavioral Outcomes from a Comprehensive Magnetic Resonance Study of Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Canadian Journal Clinic Pharmacology*, 16, 178–201.

Barr, H. M., Bookstein, F. L., O'Malley, K. D., Connor, P. D., Huggins, J. E. & Streissguth, A. P. (2006). Binge Drinking during Pregnancy as a Predictor of Psychiatric Disorders on the Structured Clinical Interview for DSM-IV in Young Adult Offspring. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1061–1065.

Canavarro, M. I. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora

Cartwright, M. M. & Smith, S. M. (1995). Increased Cell Death and Reduced Neural Crest Cell Numbers in Ethanol-Exposed Embryos: Partial Basis for the Fetal Alcohol Syndrome Phenotype. *Alcohol Clinic Exp. Res.*, 19, 378–386.

Colman, L. L. & Colman, A. D. (1994). *Gravidez - A Experiência Psicológica*. Nova Iorque: Edições Colibri

Costa, C. & Teixeira, Z. (2005). Alcoolismo no Feminino: Uma revisão. *Boletim Centro Regional de Alcoologia do Norte*, 2, 11-19.

Cottencin, O., Nandrino, J. L., Karila, L., Mezerette, C & Danel, T. (2009). A Case-Comparison Study of Executive Functions in Alcohol-Dependent Adults with Maternal History of Alcoholism. *European Psychiatry*, 24, 195–200

Ebrahim, S., Luman, E., FLOYD, R., Murphy, C., Bennett, E. & Boyle, C. Alcohol Consumption by Pregnant Women in the United States During 1988-1995.

Fonseca, A. (2010). *Crianças e adolescentes, Uma Abordagem Multidisciplinar*. Coimbra: Edições Almedina.

Feldman, H. S., Jones, K. L., Lindsay, S., Slymen, D., Klonoff-Cohen, H., Kao, K., Rao, S. & Chambers, C. (2012). Prenatal Alcohol Exposure Patterns and Alcohol-Related Birth Defects and Growth Deficiencies: A Prospective Study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36(4), 670-676.

Gladstone, J., Nulman, I. & Koren, G. (1996). Reproductive Risks of Binge Drinking during Pregnancy. *Reproduction Toxicology*, 10, 3–13.

Grewal, J., Carmichael, S. L., Ma, C., Lammer, E. J. & Shaw, G. M. (2008). Maternal Periconceptional Smoking and Alcohol Consumption and Risk for Select Congenital Anomalies. *Birth Defects Res. A.*, 82, 519–526.

Handmaker, N. S., Rayburn, W. F., Meng, C., Bell, J. B., Rayburn, B. B. & Rappaport, V. J. (2006). Impact of Alcohol Exposure After Pregnancy Recognition on Ultrasonographic Fetal Growth Measures. *Alcohol Clinic Exp. Res.*, 30, 892–898.

Haley, D. W., Handmaker, N. S & Lowe, J. (2006). Infant Stress Reactivity and Prenatal Alcohol Exposure. *Alcohol Clinic Exp. Res.*, 30, 2055–2064.

Hanson, J. W., Streissguth, A. P. & Smith, D. W. (1978). The Effects of Moderate Alcohol Consumption during Pregnancy on Fetal Growth and Morphogenesis. *Jornal Pediatric*, 92(3), 457-460.

Horstein, L. (1994). *Piera Aulagnier: Sus Cuestiones Fundamentales*. En L. Horstein (Org.), *Cuerpo, historia, interpretación: Piera Aulagnier - de lo originario al proyecto identificador* (pp. 11-116). Buenos Aires: Paidós.

Haruna Sawada Feldman, Kenneth Lyons Jones, Suzanne Lindsay, Donald Slymen, Hillary Klonoff-Cohen, Kelly Kao, Smriti Rao, Christina Chambers, Prenatal Alcohol Exposure Patterns and Alcohol-Related Birth Defects and Growth Deficiencies: A

Prospective Study Alcoholism: Clinical and Experimental Research. Volume 36, Issue 4, pages 670–676, April 2012

Jones, K. L. (2003). From Recognition to Responsibility: Josef Warkany, David Smith, and the Fetal Alcohol Syndrome in the 21st Century. *Birth Defects Res. Pt. A.*, 67, 13–20.

Jones, K. L., Smith, D. W., Ulleland, C. N. & Streissguth, A. (1974). Pattern of Malformation in Offspring of Chronic Alcoholic Mothers. *Obstetrical Gynecol. Survey*, **FALTA VOLUME**, 29-63.

Kalberg, W. O., Provost, B., Tollison, S. J., Tabachnick, B. G., Robinson, L. K., Eugene Hoyme, H., Trujillo, P. M, Buckley, D., Aragon, A. S. & May, P. A. (2006). Comparison of Motor Delays in Young Children with Fetal Alcohol Syndrome to Those with Prenatal Alcohol Exposure and with no Prenatal Alcohol Exposure. *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 30, 2037–2045.

Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século Edições.

Lemoine, P., Harousseau, H., Borteyru, J. P. & Menuet, J. C. (2003). Children of Alcoholic Parents-Observed Anomalies: Discussion of 127 Cases. *Ther. Drug Monit.*, 25, 132–136.

Lena, W. H. & Per, O. J. (2000). Domestic Violence during Pregnancy: The Prevalence of Physical Injuries, Substance Use, Abortions and miscarriages 79(8) , 625-630
FALTA O NOME DA REVISTA

Little, R. E. & Streissguth, A. P. (1981). Effects of Alcohol on the Fetus: Impact and Prevention. *Canadian Medical Association Journal*, **FALTA VOLUME** 159-164

Lobo, M. M. & Xavier, M. R. *Crianças e Risco Ambiental – Abordagem de um Grupo de Crianças* Título: *Crianças e Risco Ambiental – Abordagem de um Grupo de Crianças*

MACKINNON, D.P. Review of the effects of the alcohol warning label. In: Watson, R.R., ed. *Alcohol, Cocaine, and Accidents: Drug and Alcohol Abuse Reviews 7*. Totowa, NJ: Humana Press, 1995. pp. 131–161.

Martinez-Frias, M. L., Bermejo, E., Rodriguez-Pinilla, E. & Frias, J. L. (2004). Risk for Congenital Anomalies Associated with Different Sporadic and Daily Doses of Alcohol Consumption During Pregnancy: A Case-Control Study. *Birth Defects Res. A Clin. Mol. Teratol*, 70, 194–200.

Maternal Mental Health and Integrated Programs for Mothers With Substance Abuse Issues Niccols A, Milligan K, Sword W, Thabane L, Henderson J, Smith A, Liu J, Jack S. *Impact of treatment approach on maternal and neonatal outcome in pregnant opioid-maintained women*

Meyer, K. A., Werler, M. M., Hayes, C. & Mitchell, A. A. (2003). Low Maternal Alcohol Consumption during Pregnancy and Oral Clefts in Offspring: the Slone Birth Defects Study. *Birth Defects Res. A.*, 67, 509–514.

O'Callaghan, F. V., O'Callaghan, M., Najman, J. M., Williams, G. M. & Bor, W. (2007). Prenatal Alcohol Exposure and Attention, Learning and Intellectual Ability at 14 Years: A Prospective Longitudinal Study. *Early Human Development*, 83, 115–123.

O'Connor, M. J., Sigman, M. & Brill, N. (1987). Disorganization of Attachment in Relation to Maternal Alcohol Consumption. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(6), 831-836.

Ornoy, A. (2002). The Effects of Alcohol and Illicit Drugs on the Human Embryo and Fetus. *Isr. Journal Psychiatry Relat. Sci.*, 39, 120–132.

Organización Mundial de la Salud. Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: un manual para la utilización en atención primaria. Valencia: Conselleria de Benestar Social, Generalitat Valenciana; 2001.

Piccinini, A.C. (2004). Expectativa e Sentimentos da Gestante com Relação ao Seu Bebê. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 223-232.

Piccinini, C., A., Gomes, A. G., Nardi, T. & Lopes, R. S. (2008). Gestaç o e a Constituição da Maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), p. 63-72

Polygenis, D., Wharton, S., Malmberg, C., Sherman, N., Kennedy, D., Koren, G. & Einarson, T. R. Moderate Alcohol Consumption During Pregnancy and the Incidence of Fetal Malformations: A Meta-Analysis. *Neurotoxicol. Teratol* **FALTA VOLUME E PÁGINAS**

Randall, C. L. (2001). Alcohol and Pregnancy: Highlights from Three Decades of Research. *Journal Studying Alcohol*, 62, 554–561.

Rendall-Mkosi, K., London, L., Adnams, C., Morojele, N., Mcloughlin, J. A., & Goldstone, C. (2008). Fetal alcohol spectrum disorder in South Africa: Situational and gap

Robert J., Sokol, M. D., Sheldon I., Miller M. D. & George R. Alcohol Abuse During Pregnancy: An Epidemiologic Study - Article first published online:

Romitti, P. A., Sun, L., Honein, M. A, Reefhuis, J., Correa, A. & Rasmussen, S. A. (2007). Maternal Periconceptional Alcohol Consumption and Risk of Orofacial Clefts. *Am. J. Epidemiol.*, 166, 775–785.

STRATTON, K. ; HOWE, C. ; AND BATTAGLIA, F. , EDS. Institute of Medicine Summary: Fetal Alcohol Syndrome . Washington, DC: National Academy Press, 1996.

Shaw, G. M., Velie, E. M. & Morland, K. B. (1996). Parental Recreational Drug Use and Risk for Neural Tube Defects. *American Journal Epidemiology*, 144, 1155–1160.

Strandberg-Larsen, K., Nielsen, N. R., Gronbaek, M., Andersen, P. K., Olsen, J. & Andersen, A. M. (2008). Binge Drinking in Pregnancy and Risk of Fetal Death. *Obstet Gynecol.*, 111, 602–609.

Stratton, K. R., Howe, C. J., Battaglia, F. C. (1996). Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention, and Treatment; Diagnosis and Clinical Evaluation of Fetal Alcohol Syndrome. *National Academy Press*, 156, 63–81.

Streissguth, A. P., Dehaene, P. (1993). Fetal Alcohol Syndrome in Twins of Alcoholic Mothers: Concordance of Diagnosis and IQ. *American Journal Medicin Genetic*, 47, 857–861.

Van Baar, A. (1991). *The Development of Infants of Drug Dependent Mothers*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger

Ward, R. M., Bates, B. A. & Benitz, W. E. (2001). *The Transfer of Drugs and Other Chemicals Into Human Milk*. *Pediatrics*, 108, 776–789.

ANEXOS

Anexo 1 – Consentimento informado



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Faculdade de Educação e Psicologia

Exma(o) Sr^a/Sr^o,

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

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

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

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

A responsável pelo projecto,

Maria Raul Lobo Xavier

(Prof^a Auxiliar da FEP-UCP)

Consentimento



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Faculdade de Educação e Psicologia

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

Data ____/____/____

Assinatura _____

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

Anexo 2 – AUDIT

AUDIT

(Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001)

Sexo: M / F

Idade:

Est. Civil:

Consumo regular : Sim

Não

Diário

Fim de semana

Ocasional

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

Antecedentes familiares alcoolismo: Sim

Não

Quem? _____

Anexo 3 - EAGM



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

Data: ___/___/___

Data de nascimento do mãe:

Escolaridade:

Estado civil:

Profissão:

Actualmente empregada: Sim / Não

Tempo de gravidez (em semanas):

Sexo do bebé (quando conhecido): F / M

Número de filhos (nascidos anteriormente):

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

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

SEMPRE MUITAS VEZES POUCAS VEZES NUNCA
1 2 3 4

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

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