



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# CONSUMO DE ÁLCOOL DURANTE A GRAVIDEZ EM MULHERES PORTUGUESAS

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

- Especialização em Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano -

*Ana Filipa Montenegro Pinto de Magalhães*

Porto, julho de 2016



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# CONSUMO DE ÁLCOOL DURANTE A GRAVIDEZ EM MULHERES PORTUGUESAS

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

- Especialização em Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano -

*Ana Filipa Montenegro Pinto de Magalhães*

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof. Doutora Maria Raúl Andrade Martins Lobo Xavier

Porto, julho de 2016

## Agradecimentos

Aos meus pais, simplesmente por tudo. Por me terem “puxado” sempre que tentei fugir e por estarem sempre presentes (mesmo quando eu achava que não queria ou não precisava).

À Maria e ao Miguel, por serem as pessoas que são. E por serem a melhor parte de mim.

Ao Jorge, por te teres rido todas as vezes que eu disse “Não consigo. Não quero. Não fui feita para ser psicóloga”, ajudando-me a rir também, a perceber o quão importante é para mim continuar e por todos os olhares de orgulho que me fizeram continuar.

A todos e cada um dos elementos da minha família por me terem criado, ajudado a crescer e a tornar-me na pessoa que sou. Todos os vossos contributos individuais foram de extrema importância para quem sou hoje. Este trabalho é para vocês. Se é preciso uma aldeia para criar uma criança, eu tive a melhor “aldeia” possível.

À Prof. Maria Raúl, por ter tido um papel tão impactante para mim desde da licenciatura. Pela maneira como fala de bebés e as suas capacidades, das mulheres grávidas e tudo que está para lá da “barriguinha” e pela maneira como sempre me senti fascinada e maravilhada ao ouvi-la falar destes temas. Agradeço também todo o apoio incansável ao longo deste ano e acredite que apreciei todos os momentos de discussão, debate e reflexão.

À Dr.<sup>a</sup> Paula Monteiro, por ter tido um papel tão fulcral ao longo destes cinco anos na minha formação enquanto psicóloga mas, acima de tudo como pessoa.

À Joana e à Cláudia, por todos os momentos de desespero conjunto, nos quais nos rimos acreditando que não íamos conseguir fazer o proposto: Mas conseguimos sempre.

Ao corpo docente da Faculdade de Psicologia e Educação da Universidade Católica Portuguesa, por de uma maneira ou outra, me ter ajudado a desenvolver enquanto profissional mas, acima de tudo como pessoa.

## Resumo

O presente estudo teve como objetivo geral conhecer o consumo de álcool e a sua relação com as atitudes sobre a gravidez e a maternidade nas mulheres grávidas portuguesas do Norte do país.

Para este estudo, recorreu-se a 134 mulheres grávidas com idades compreendidas entre os 17 e os 41 anos. Os dados foram recolhidos em contextos de saúde públicos, privados e em situações informais. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade – EAGM e o Alcohol Use Disorder Identification Test – AUDIT. Os principais resultados demonstram que 15.7% da nossa amostra revela consumo de álcool durante a gravidez. Encontramos também correlações negativas marginalmente significativas entre o consumo de álcool e as subescalas “O Filho Imaginado” e “Gravidez como Fator de Mudança/Crescimento Pessoal”.

Este estudo aponta para a necessidade de continuidade desta linha de investigação, de modo a obter uma melhor compreensão da relação do fenómeno da gravidez e o consumo de álcool.

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

## Abstract

The purpose of the present study is to know alcohol consumption and its relationship with the psychological experience of pregnancy in portuguese pregnant women of the north of Portugal.

For this study, we used 134 pregnant women with age range between 17 and 41 years old. Data was collected in public and private health centers and in causal situations. The instruments used were Pregnancy and Motherhood Attitude Scale (EAGM) and Alcohol Use Disorder Identification Test – AUDIT. Main results show that 15.7% of our group reveals alcohol consumption during pregnancy. We also found negativa correlations marginally significant between the consumption of alcohol and the subscales “The Imagined Child” and “Pregnancy as a Change/Personal Growth Factor”.

This study points out the need of continuation of this type of investigation in order to better understand the relationship of pregnancy and alcohol consumption.

**Keywords:** Alcohol Consumption, Pregnancy, Motherhood, Experiences of Pregnancy and Motherhood

Índice	
<b>Introdução</b> .....	1
<b>Parte I – Enquadramento Teórico</b> .....	3
1. A Gravidez e a Maternidade.....	3
2. Álcool e Gravidez.....	5
<b>Parte II – Trabalho Empírico</b> .....	7
1. Objetivos e Hipóteses.....	7
2. Método .....	8
2.1. Amostra .....	8
2.2. Instrumentos .....	9
2.3. Procedimentos .....	11
2.3.1. Procedimentos de recolha de dados .....	11
2.3.2. Procedimentos de tratamento de dados .....	12
3. Apresentação dos Resultados .....	13
4. Discussão.....	18
<b>Conclusão</b> .....	21
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	23

## Índice de Tabelas

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra .....	8
Tabela 2- Dados relativos à gravidez .....	9
Tabela 3- Níveis de risco do consumo de álcool.....	10
Tabela 4- Caracterização da frequência de consumo antes e durante a gravidez .....	13
Tabela 5- Comparação entre frequência dos consumos antes e durante a gravidez .....	13
Tabela 6- Caracterização da quantidade de bebidas consumidas antes e durante a gravidez ..	14
Tabela 7- Comparação entre a quantidade de bebidas consumidas antes e durante a gravidez	14
Tabela 8- Consumos antes e durante a gravidez .....	15
Tabela 9- Consumos durante a Gravidez .....	15
Tabela 10- Resultados da comparação da EAGM da população padrão e da sub-amostra que revela consumo de álcool .....	16
Tabela 11- Comparação entre grávidas que revelaram consumo e grávidas que não revelaram em cada subescala da EAGM.....	16
Tabela 12- Associação entre as subescalas da EAGM e AUDIT-G Total.....	17

## Listagem de Anexos

Anexo 1 – Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Anexo 2 – Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM)

Anexo 3 – Folha de Consentimento Informado

## **Introdução**

O presente estudo insere-se numa linha de investigação do Centro de Estudos de Desenvolvimento Humano da Universidade Católica Portuguesa, coordenada pela Prof<sup>a</sup>. Maria Raúl Lobo Xavier, relativa ao Consumo de Álcool durante a Gravidez em Mulheres Portuguesas e tem como objetivo geral a obtenção de dados relativos ao consumo de álcool de um grupo de mulheres grávidas portuguesas e relação com as suas atitudes sobre a gravidez e maternidade, de modo a colmatar a falta de conhecimentos de dados nacionais e contribuir assim para que esta questão se modifique. Este projeto de investigação torna-se pertinente no âmbito da existência de consumo de álcool por parte de mulheres grávidas (e.g., Xavier, Moreira & Gordinho, 2011- enviado para publicação) parecendo indicar não haver conhecimento de limites mínimos seguros de consumo (e.g., OMS, 2014).

A literatura tem evidenciado a importância dada ao consumo de álcool no mundo (e.g., OMS, 2012) e às suas consequências prejudiciais: por exemplo doenças infecciosas como a pneumonia e a tuberculose, acidentes de trabalho, acidentes rodoviários e consequências dos consumos na gravidez (e.g., OMS, 2014), existindo vários programas de sensibilização e de intervenção (e.g., OMS, 2012; Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2013). No entanto, mesmo perante a informação existente, a Europa tem a taxa de consumo de álcool *per capita* mais alta do que qualquer outra região do mundo, sendo que em média os Europeus consomem 12,45 litros de puro álcool por ano (OMS, 2012). Em Portugal, os dados existentes apontam para um consumo de 12,9 litros de puro álcool por ano para adultos com idade igual ou superior a 15 anos (OMS, 2014).

No que concerne ao consumo de álcool por parte de mulheres, a OMS (2014) evidencia uma maior vulnerabilidade aos danos relacionados com o consumo de álcool. Esta vulnerabilidade é uma preocupação de saúde pública cada vez maior porque especialmente o consumo de álcool por parte das mulheres (grávidas) pode, causar graves consequências a nível da saúde e desenvolvimento da criança exposta associadas aos riscos pré-natais, perinatais e pós-natais negativos que este consumo acarreta (e.g., Jones, 2011; Sokol, Delaney-Black & Nordstrom, 2008). Integrado nas repercussões associadas à exposição pré-natal álcool, surge a PEA (Perturbação do Espectro Alcoólico Fetal) – um espectro de sintomas baseado em quatro critérios: exposição ao álcool durante o desenvolvimento intrauterino, deficiência no crescimento, dismorfia facial e lesões cerebrais nas áreas da cognição e comportamentais (Jablonský, Okálová & Juszczak, 2015) consequentes do consumo de álcool durante o período pré-natal no qual se destaca a SAF (Síndrome Alcoólico Fetal). A SAF tem presente no seu

conjunto sintomas como, dismorfia facial, lesões a nível do sistema nervoso central e deficiência em termos de crescimento reconhecidos nos bebés de mães que consumiram álcool (e.g., Jablonský et al., 2015). Poderíamos resumir indicando que ao nível pré-natal, a consequência de maior realce é o efeito do álcool no desenvolvimento cerebral da criança (Jones, 2011). Ao nível perinatal, a característica mais afetada é a falta de resposta a estímulos por comparação a crianças que não tenham sido expostas ao consumo (Sokol, Delaney-Black & Nordstrom, 2008). No âmbito do pós-natal, a criança poderá desenvolver um baixo QI, perturbação de hiperatividade com défice de atenção, dificuldades comportamentais e adaptativas, entre outros (Jones, 2011).

Nesta linha de ideias, é importante salientar que segundo a *European Alcohol Policy Alliance* (EUROCARE), estima-se que cerca de cinco milhões de europeus nasçam com anomalias e perturbações do desenvolvimento associadas ao consumo de álcool na gravidez, sendo esta a principal causa na Europa para estes problemas (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2013).

Em termos globais, existem dados mundiais no que concerne ao consumo de álcool por parte das mulheres (28,9 %) (OMS, 2014). Na Europa, os dados são os mais elevados com um consumo por parte das mulheres (idade igual ou superior a 15 anos) de 59,9% (OMS, 2014). Tendo em conta que em Portugal e segundo a OMS (2014), o consumo de álcool apontava para os 16,4 litros em mulheres com idade igual ou superior a 15 anos, podemos concluir que uma grande porção destas mulheres se encontrará em situação de fertilidade, na qual poderá haver ocorrência de gravidezes onde os bebés poderão estar expostos ao álcool presente na corrente sanguínea da mãe. Apesar da maioria das mulheres deixar de consumir álcool quando grávidas, existem mulheres que mantêm o consumo. No entanto, os dados relativos ao consumo de álcool em mulheres durante a gravidez são reduzidos, sendo quase inexistentes em Portugal e, por exemplo, os dados da nossa equipa apontam para que 24,5% das mulheres grávidas referiram continuar a beber bebidas com álcool (e.g., Xavier, Moreira & Gordinho, 2011 enviado para publicação; Xavier, Dias, Veiga, Silva & Gordinho, 2014). Por conseguinte, torna-se necessário e relevante adquirir mais informação relativa ao consumo de álcool na gravidez.

Embora exista interesse na relação de consumos de álcool e gravidez, estes trabalhos são principalmente focados no consumo- abusivo. Deste modo, não conhecemos até hoje outros trabalhos que não os da nossa equipa que explorem a vivência psicológica da gravidez e consumos - uso e não abuso. Assim, para além da exploração dos dados relativos aos consumos em mulheres grávidas portuguesas, será também importante explorar a sua relação com a vivência psicológica da mulher durante a gravidez e assim contribuir para os conhecimentos e

informações nacionais necessárias para promover a redução da procura das substâncias que desenvolvem comportamentos aditivos, a redução da oferta das mesmas (PNRCAD, 2013) e organizar/disponibilizar apoio adequado que responda às características da gravidez das mulheres que continuam a beber durante a gravidez.

Numa primeira parte deste estudo, será abordado o enquadramento teórico com o intuito de aprofundar alguns conceitos e conhecimentos relativos ao processo da gravidez e as suas atitudes e, por outro lado, o consumo de álcool na gravidez e os seus efeitos.

Numa segunda parte, será apresentado o método do estudo no qual farão parte elementos como: os objetivos e as hipóteses do mesmo, a descrição e caracterização da amostra, os instrumentos utilizados os procedimentos de recolha de dados e tratamento e análise dos mesmos. Ainda nesta segunda parte, serão abordados os resultados do estudo e feita a discussão dos mesmos. O trabalho termina com a conclusão.

## **Parte I – Enquadramento Teórico**

### 1. A Gravidez e a Maternidade

A gravidez é um processo maturativo que dura cerca de 40 semanas, desde a concepção até ao parto. Pressupõe alterações somáticas, sociais e psicológicas, sendo necessária uma reestruturação e reajustamentos na vida e nos contextos da mulher (e.g., Leal, 2005; Xavier & Paúl, 1996). O modo como estas mudanças são integradas, elaboradas e vivenciadas relacionam-se com a estrutura da personalidade da mulher, suporte conjugal, familiar e social, desejo e significado da gravidez e o projeto de maternidade (e.g., Leal, 2005).

Segundo Colman e Colman (1994), existem 6 tarefas de desenvolvimento pelas quais a mulher grávida deve passar. A primeira tarefa passa pela Aceitação da Gravidez que corresponde ao aceitar da gravidez. Embora pareça um processo relativamente fácil, ocorrem vivências psicológicas na mulher que numa fase inicial correspondam a uma ambivalência entre o desejo e o receio da gravidez (Canavaro, 2001). Esta fase tem como duração o primeiro trimestre da gravidez. Aquando do segundo trimestre, surge a segunda tarefa trata-se de aceitar a realidade do feto. Esta fase é vivenciada como a mudança que ocorre no corpo da mulher (Colman & Colman, 1994). Pode-se dizer que nesta fase também se inicia o processo da diferenciação, no qual a mãe começa a compreender que o bebé é uma entidade diferenciada dela mesma. Nesta fase, as mães começam a idealizar o bebé, com o seu aspeto físico, temperamento e nome (e.g., Brazelton & Cramer, 1993; Colman & Colman, 1994). É na terceira fase que se surge uma reavaliação por parte da grávida da sua relação com os pais. Nesta etapa,

a grávida recorda o seu passado e a sua infância e o modo como esta foi vivenciada em termos de interação com os pais, mais especificamente com a mãe. A representação que a mulher tem dos seus próprios pais é muito importante e uma forte ajuda para a avaliação da sua relação com os mesmos, ressaltando o que considerou positivo e negativo e o que se apropria ao seu novo papel de mãe (Canavarro, 2001). É na quarta tarefa que a grávida faz uma reavaliação e reestruturação da sua relação com o marido/companheiro para compreender como é que a dinâmica do casal vai mudar perante a integração de um novo elemento e como é que o marido/companheiro se vai comportar no novo papel parental. Com o novo elemento (criança) na família, especialmente no caso do primeiro filho, ocorre um ajuste de novos papéis e funções para o casal que implicam novas responsabilidades (Canavarro, 2001). Na quinta tarefa, a grávida tem de passar pela aceitação do bebé como uma pessoa diferenciada. Neste período existem sentimentos ambivalentes; por um lado a gravidez está a terminar e por outro a mãe tem um desejo de conhecer o filho (Canavarro, 2001). Nesta fase é importante que a mãe aceite o bebé como pessoa separada, com as suas próprias características e necessidades, sendo crucial desde os primeiros meses que a mãe desenvolva um sentimento de autonomia para com o bebé (Canavarro, 2001). Para a sexta tarefa, a mãe tem de reavaliar e reestruturar a sua própria identidade como mãe e a sua preparação para a maternidade e as implicações que este novo papel pode trazer (a nível profissional, pessoal, social, a própria imagem corporal, entre outros). Neste estágio, o processo da maternidade começa a surgir com um novo relevo e importância. Por fim, uma última tarefa desenvolvimental foi inserida por Cristina Canavarro (2001) sendo a tarefa na qual, a mulher grávida, no caso de este não ser o primeiro filho, reavalia e reestrutura a sua relação com os outros filhos.

Perante isto, é de ressaltar que gravidez e maternidade não são apenas dois conceitos diferentes. São duas vivências diferentes e complementares entre si. Maternidade pressupõe um período mais alargado que a gravidez (e.g., Alvarez, 2001). Maternidade inclui a gravidez mas, transcende-a começando pela decisão de se ter um filho (se a gravidez for desejada e planeada) e continuando num *continuum* ao longo do crescimento e desenvolvimento do filho (e.g., Alvarez, 2001). Deste modo, podemos referir-nos à maternidade como um projeto de vida ao longo do tempo que inclui a prestação de cuidados e de afetos por parte da mãe, proporcionando assim as melhores e mais estáveis condições de harmonia ao desenvolvimento da criança (Leal, 1997). A gravidez, por sua vez, levará a mulher a fazer projeções no seu futuro a melhor compreender e iniciar a sua transição para um papel parental (Conde & Figueiredo, 2007). A mãe terá de se ajustar a novas realidades e transformações e esta preparação pode desencadear

na mulher preocupações relacionadas com o parto, a saúde do bebé, o medo da possibilidade de abortar e também as questões de cariz financeiro (Conde & Figueiredo, 2007).

Tal como Bibring e colaboradores (1961) referiram, podemos descrever a gravidez como uma “crise desenvolvimental” que deve ser vista como uma “atualização” do papel da mulher que se tornará mãe e será vivida de modo diferente por cada mulher podendo ter implicações diferentes para, posteriormente, a maternidade. De acordo com Xavier (2000), esta crise revela-se como um momento de vida significativo no qual a mulher vê-se forçada a lidar e reviver sentimentos e vivências passadas com o intuito de as atualizar e originar respostas mais ou menos adaptativas consoante as possibilidades de cada um. A complexidade da vivência psicológica da gravidez envolve pois dimensões cognitivas, emocionais e comportamentais associadas a esses 9 meses e à antecipação da maternidade (e.g., Xavier, 2000).

## 2. Álcool e Gravidez

O álcool é uma substância psicoativa com propriedades de dependência que tem sido usada em várias culturas durante vários séculos (e.g., OMS, 2014). O consumo prejudicial de álcool causa nas sociedades, um grande fardo a nível de doenças, da economia e a nível social (OMS, 2014).

No que concerne ao consumo de álcool em mulheres portuguesas, em 2010, os dados apontam para um consumo de 16,4 litros de puro álcool (OMS, 2014). Em 2012, o consumo de bebidas alcoólicas entre as mulheres portuguesas rondava os 50% na faixa etária dos 25-34 anos e os 54% na faixa dos 35-44 anos (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2013), sendo que as prevalências de consumo *binge* (comportamento excessivo num curto período de tempo) foram de 6,3% dos 25 aos 34 anos e de 3,3% dos 35 aos 44 anos. Segundo o PORDATA (2015), a taxa de fecundidade mais elevada apresenta-se na faixa etária dos 30-34 anos com 82%, seguindo-se da faixa dos 25-29 anos com 65,9%. Segundo o III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (2012), verificou-se que, no contexto nacional, e perante a questão de escolha múltipla de “Motivos de não consumo de bebidas alcoólicas entre idades 15-64 anos”, em sexto lugar encontra-se o motivo da “gravidez/amamentação” com 1,9% dos participantes (Primeiro – apenas bebe ocasionalmente/em ocasiões especiais – 49,9%; Segundo – por motivos de saúde – 16,5%; Terceiro – apenas experimentou – 16,4%; Quarto – outro motivo – 11,7%; Quinto – Indicação médica – 3,7%). Perante os consumos em idade fértil referidos previamente, é reconhecido o risco da ocorrência de gravidezes nas quais os bebés possam ser expostos ao consumo de álcool.

Remetendo para o consumo propriamente dito de álcool nas grávidas, é estimado que entre 25% (valor correspondente a Espanha) e 50% (Holanda) das mulheres europeias não abandonam o consumo perante a gravidez (Anderson & Baumberg, 2006). Em Portugal, existe escassez de estudos relativos a este fenómeno do ponto de vista nacional. Segundo SICAD (2015), e com uma amostra de 1100, foi possível averiguar que das grávidas que fizeram parte do estudo perante a “frequência do consumo de bebidas alcoólicas após conhecimento da gravidez”, 80,7% responderam “Nunca”, 11,3% “Menos de 1 vez por mês”, 6,4% respondeu “1 a 3 vezes por mês”, 1,4% “1 a 4 vezes por semana” e 0,2% respondeu “5 ou mais vezes por semana”. Num trabalho integrado no estudo Geração XXI e segundo Pinto, Severo, Correia, Silva, Lopes e Barros (2010), 15,8% (n=80) das participantes apresentavam um consumo de álcool durante o terceiro trimestre de gravidez ao passo que, durante o primeiro trimestre apenas 7,9% referiram consumo de álcool. Existem também os dados da nossa equipa que apontam para um consumo de álcool de 24,5% por parte das mulheres grávidas (e.g., Xavier, Moreira & Gordinho, 2011 enviado para publicação; Xavier, Dias, Veiga, Silva & Gordinho, 2014).

O álcool é um fenómeno bastante estudado e que pressupõe efeitos na gravidez como interrupção involuntária da gravidez, restrição ao nível do crescimento do feto e defeitos congénitos (e.g., Keegan, Parva, Finnegan, Gersen e Belden, 2010). As consequências prejudiciais associadas ao consumo de álcool nas mulheres são um problema de saúde pública e que acarretam problemas sociais (e.g., Abel & Sokol, 1987; Lupton, Burd & Hardwood, 2004). Ao nível da saúde, estes problemas apresentam-se com um carácter de severidade para as crianças (e.g., Abel & Sokol, 1987; Lupton et al., 2004), potenciando a probabilidade de uma Perturbação do Espectro Alcoólico Fetal (FASD- *Fetal Alcohol Spectrum Disorder*) e outras condições de saúde evitáveis (e.g. Viljoen et al., 2005). “O abuso e consumo de álcool na gravidez é a causa não genética mais comum de atraso mental” (Creasy et al. *cit in* Keegan et al., 2010, p. 178). A Perturbação do Espectro Alcoólico Fetal apresenta um leque vasto de perturbações, com a maior severidade representada pelo diagnóstico do Síndrome Alcoólico Fetal. As consequências prendem-se com aspetos como a restrição do crescimento pré-natal e pós-natal, alterações do sistema nervoso, das articulações e faciais, defeitos cardíacos, entre outros (Keegan et al., 2010). Por vezes, também existem alterações ao nível dos olhos, audição, problemas urinários, entre vários, tendo um impacto permanente e significativo no bebé e na família (Keegan et al., 2010).

Muitos outros trabalhos têm abordado as consequências da exposição pré-natal em diversas fases do desenvolvimento (e.g., Sokol, Delaney-Black & Nordstrom, 2008; Irner et al, 2012). Ao nível neonatal, a resposta ao estímulo destas crianças encontra-se comprometida e

mais afetada aos 8 meses, na qual existem tempos de reação mais longo (Sokol, Delaney-Black e Nordstrom, 2008). No que diz respeito à transição para o pré-escolar, as crianças expostas ao álcool no útero apresentam valores significativamente baixos a nível pessoal e social, coordenação óculo-manual e de coeficiente cognitivo (Irner et al., 2012). Tempos de reação mais baixos, desatenção e hiperatividade têm sido aspetos também referidos em crianças expostas a nível moderados de álcool na gravidez (Sokol, Delaney-Black e Nordstrom, 2008). Apesar de crianças expostas a grandes quantidades de álcool (SAF) apresentaram características físicas notoriamente diferenciadas (lábio superior fino, olhos pequenos que parecem estar espaçados, entre outros), o diagnóstico é feito muitas vezes tardiamente ou nem sequer é feito (Behnke & Smith, 2013).

No entanto, quando procuramos estudos que abordem o padrão de consumo de baixo risco (duas bebidas padrão por dia ou até menos de uma bebida padrão por dia) (Xavier, Moreira & Gordinho, 2011 enviado para publicação), os resultados são contraditórios. Por um lado, existem estudos que confirmam os efeitos nefastos para o feto (Nykjaer, Alwan, Greenwood, Simpson, Hay, White & Cade, 2014) como disfunções cognitivas e comportamentais, perturbações da atenção e hiperatividade e baixo rendimento escolar (Howell, Lynch, Platzman, Smith & Coles, 2006) e também para a mãe, tal como o aborto espontâneo (Chiodo, Bailey, Sokol, Janisse, Delaney-Black & Hannigan, 2012). Por outro lado, outros estudos afirmam que não parece haver aumento do risco destes efeitos, por exemplo, no desenvolvimento fetal (Lundsberg, Illuzzi, Belanger, Triche, & Bracken, 2015).

No que concerne a consequências a longo-prazo, alguns autores (e.g., Merrick, Merrick, Morad, & Kandel, 2006; O'Connor & Paley, 2009) referem-se a áreas específicas das funções cognitivas ou saúde mental, não havendo no entanto, concordância geral relativamente a consequências na adolescência (Irner, 2012).

## **Parte II – Trabalho Empírico**

### 1. Objetivos e Hipóteses

O estudo desenvolvido teve como objetivo geral a obtenção de dados relativos ao consumo de álcool, bem como explorar atitudes sobre a gravidez e maternidade em mulheres grávidas portuguesas, procurando perceber a sua relação. Desta forma, o estudo seguiu uma linha hipotético-dedutiva dado que são colocadas hipóteses e se tenta estabelecer uma relação entre as variáveis presentes no objetivo geral. Assim sendo, a metodologia utilizada foi de cariz quantitativo.

Este estudo apresenta três objetivos específicos:

1. Conhecer os consumos de álcool em mulheres grávidas portuguesas;
2. Explorar as atitudes sobre a gravidez e a maternidade das mulheres grávidas portuguesas;
3. Explorar das possíveis correlações entre o consumo de álcool e as atitudes relativas à gravidez e maternidade das mulheres grávidas portuguesas.

Deste modo, e perante os objetivos específicos apresentados, colocam-se três hipóteses:

H1- As mulheres grávidas portuguesas consomem álcool durante o período pré-natal

H2- As mulheres grávidas portuguesas que consomem álcool durante a gestação apresentam atitudes sobre a gravidez e a maternidade diferentes das mulheres grávidas da população em geral

H3- Existem correlações entre dimensões das atitudes sobre a gravidez e a maternidade e o consumo de álcool

## 2. Método

### 2.1. AMOSTRA

A amostra do presente estudo foi constituída por um grupo de 134 mulheres portuguesas grávidas do norte do país que, entre setembro de 2015 e junho de 2016, recorreram a consultas de seguimento da gravidez e/ou cursos de preparação para o parto em contexto de serviço público e privado de saúde, sem discriminação da faixa etária e aceitaram fazer parte deste estudo.

Foram registados dados relativos à mãe como a idade, estado civil, nível de escolaridade, número de filhos prévios à atual gravidez, género do bebé (quando conhecido, tempo de gravidez (em semanas) e se se encontrava atualmente empregada. Quanto às idades, as mulheres grávidas tinham média de idades de 32.30 anos, com um desvio-padrão de 4.35, variando entre 17 anos (idade mínima) e 41 anos (idade máxima) Os restantes dados de caracterização da amostra encontram-se nas tabelas 1 e 2.

*Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra*

<i>Mulheres Grávidas (N= 134)</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	40	29.9
Casada	82	61.2
Divorciada	3	2.2

	União de facto	8	6.0
	Sem Informação	1	0.7
<b>Escolaridade</b>			
	Primária	2	1.5
	Até ao 9º ano	8	6.0
	Até ao 12º ano	49	36.6
	Licenciatura	53	39.6
	Pós-Graduação	9	6.7
	Mestrado	11	8.2
	Sem Informação	2	1.4
<b>Atualmente Empregada</b>			
	Sim	114	85.1
	Não	19	14.2
	Sem Informação	1	0.7

Tabela 2- Dados relativos à gravidez

	<i>Mulheres Grávidas (N= 134)</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Género do Bebé</b>			
	Feminino	69	51.4
	Masculino	56	41.8
	Sem Informação	9	6.7
<b>Número de Filhos</b>			
	0	83	61.9
	1	43	32.1
	2	5	3.7
	3	2	1.5
	Sem Informação	1	0.7
	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>
<b>Tempo de Gravidez (semanas)</b>	133	30.71	6.25

## 2.2. INSTRUMENTOS

Para esta investigação foram utilizados dois instrumentos: Para a avaliação dos consumos de álcool será usado o AUDIT - Alcohol Use Disorder Identification Test - Teste de Identificação da Perturbação do Consumo de Álcool (Babor, Higgins-Biddle, Saunders &

Monteiro, 2001) e para a avaliação das atitudes será utilizada a E.A.G.M. – Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (Xavier, Paul & Sousa, 2001).

No que concerne ao AUDIT (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001), este é um instrumento constituído por 10 itens desenvolvido pela OMS, com três questões sobre a quantidade e frequência do consumo, três questões relativas à dependência do álcool e quatro sobre problemas causados pelo álcool. A sua pontuação vai de 0 a 40 pontos. É particularmente adequado para as definições de cuidados de saúde primárias e tem sido usado em vários países e grupos culturais diferentes (e.g. Allen, Litten, Fertig & Babor, 1997). O aspeto de uma apropriação cultural e aplicabilidade internacional foram considerações importantes e uma grande vantagem no desenvolvimento do AUDIT (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). O AUDIT é diferente de outros instrumentos de autorrelato por ser baseado numa amostra muito vasta (multinacional), utilizando um racional estatístico para a seleção de cada item, pelo ênfase que dá à identificação de consumos perigosos em vez de dependência a longo prazo e as suas consequências e, por fim, devido ao seu foco em sintomas que surgiram no passado recente em vez de “alguma vez” (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). De seguida, apresento uma tabela que contém os níveis de risco do consumo de álcool e a consequente intervenção que deve ser utilizada.

*Tabela 3- Níveis de risco do consumo de álcool*

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

A partir de um determinado momento da nossa investigação (e tendo em conta que este é um projeto que se pretende continuar e que vai integrando alterações resultantes da reflexão realizada pela equipa de investigação), foi utilizada uma versão modificada do AUDIT (Xavier

& Canda, 2013 – versão para estudo), que permite também o registo dos consumos antes da gravidez (Anexo 1).

Relativamente à Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade - EAGM (Xavier & Paúl, 1996) (Anexo 2), este instrumento pressupõe uma conceptualização tripla de atitudes (cognições, emoções e comportamentos) e foi desenvolvido para compreender e avaliar o modo como as mulheres grávidas experienciam esta fase desenvolvimental especial. É uma escala de Likert com 42 itens organizada em sete subescalas: “O Filho Imaginado, Boa Mãe, Gravidez como um fator de Mudança/Crescimento Pessoal, Aspetos Difíceis da Gravidez/Maternidade, Relação com a Própria Mãe, Apoio do Marido/Companheiro e Imagem Corporal e Necessidade de Dependência”. Outro ponto a salientar na EAGM é a sua validade discriminativa. A validade discriminativa caracteriza-se pela capacidade de uma medida de distinguir membros de um grupo de membros de outro grupo numa escala (e.g., Xavier, 2000). Segundo as autoras, a escala não possui normas, servindo as estatísticas descritivas como parâmetros de referência para comparação de grupos de grávidas. No que respeita às estatísticas descritivas da EAGM, dadas as suas características de cotação, quanto mais baixos os valores, mais positivas são as atitudes face à gravidez e à maternidade por parte das grávidas. Por fim, é de considerar uma vantagem nesta escala: o facto de ter sido construída e validada usando uma amostra de mulheres grávidas portuguesas, excluindo assim fatores diversos que pudessem estar descontextualizados em escalas elaboradas por países diferentes.

## 2.3. PROCEDIMENTOS

### 2.3.1. *Procedimentos de recolha de dados*

No que concerne à recolha de dados, esta procedeu-se por etapas, sendo que a primeira etapa passou pela autorização para a recolha de dados por parte das Comissões de Ética e das Comissões Administrativas e Coordenações dos contextos públicos e privados de saúde dos locais definidos. Após obtenção das autorizações e em função do combinado com cada contexto, foi estabelecido contacto com as mulheres grávidas portuguesas que recorreram às consultas de seguimento da gravidez e a cursos de preparação para o parto, no qual foram explicados os objetivos e a garantia de confidencialidade dos dados. Outros momentos de recolha aconteceram em situações informais através de contactos próximos de elementos da equipa de investigação. Posteriormente, e após as mulheres grávidas terem concordado em fazer parte da amostra, foi-lhes pedido que preenchessem um Formulário de Consentimento Informado (Anexo 3). A passagem dos instrumentos foi feita de um modo individual e sem tempo limite.

### 2.3.2. Procedimentos de tratamento de dados

No que concerne aos dados recolhidos, a análise efetuada foi a análise quantitativa. Para tal e utilizando o programa de tratamento estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) fez-se, primeiramente, uma análise descritiva de modo a descrever resumidamente as medidas do conjunto de dados (médias, desvios-padrões e frequências) (Martins, 2011) relativos à caracterização da amostra (dados sociodemográficos e sobre a gravidez) e resultados dos dois instrumentos.

Após a descrição dos dados da amostra, realizaram-se os testes das hipóteses formuladas usando a estatística inferencial, permitindo compreender se existem associações ou diferenças na amostra em causa (Martins, 2011).

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

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

Após o cálculo dos valores de  $z$ , analisaram-se os mesmos na tabela de probabilidade de  $z$  (Clark-Carter, 1997), obtendo-se os valores de  $p$ -value que comprovam a existência ou não de diferenças significativas entre os grupos.

Após a análise exploratória dos dados revelar não estarem cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes estatísticos paramétricos, recorreu-se aos testes estatísticos não paramétricos, nomeadamente o Teste de Mann-Whitney e o Teste de Wilcoxon. O Teste de Mann-Whitney, tendo em conta que nos permitiu a análise das ordens médias de dois grupos independentes ao nível de uma variável dependente ordinal. O Teste de Wilcoxon permitiu-nos comparar a mesma variável em dois momentos temporais. Recorremos também a testes de associação (Coeficiente de Correlação de Spearman) para explorar a associação entre as variáveis.

### 3. Apresentação dos Resultados

Tendo em conta o objetivo 1 do estudo: Conhecer os consumos de álcool em mulheres grávidas portuguesas, apresentamos os dados correspondentes aos itens do AUDIT (tabelas 4, 6 e 8), no que diz respeito às características de consumo de álcool das mulheres grávidas portuguesas: frequência e padrões de consumo antes (AUDIT) e durante a gravidez (AUDIT.G).

Na tabela 4 estão apresentados os dados relativos à frequência de consumos (item 1 do AUDIT) antes e durante a gravidez.

Tabela 4- Caracterização da frequência de consumo antes e durante a gravidez

<b>Mulheres Grávidas (N= 134)</b>	<b>AUDIT</b>		<b>AUDIT.G</b>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Com que frequência consome bebidas alcoólicas?</b>				
0-Nunca	38	26.9	122	91.0
1-Uma vez por mês ou menos	32	23.9	8	6.0
2-Duas a quatro vezes por mês	9	6.7	3	2.2
3-Duas a quatro vezes por semana	6	4.5	1	0.7
Sem Informação	51	38.1	-	-

Verifica-se que das 134 participantes, 38 (26.9%) referiu que não consumia álcool antes da gravidez, tendo esse valor aumentado para 122 (91.0%) no que diz respeito à ausência de consumos durante a gravidez.

Tabela 5- Comparação entre frequência dos consumos antes e durante a gravidez

	<b>AUDIT</b> <b>(n=83)</b>	<b>AUDIT.G</b> <b>(n=134)</b>	
	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Z</b>
<b>Item 1 (Frequência de consumo)</b>	.82 (.899)	.13 (.449)	5.898***

\*\*\* $p < .001$

Comparando os resultados do item 1 do AUDIT e do AUDIT.G (tabela 5), pudemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre a frequência de consumo antes e durante a gravidez, sendo que  $Z=5.898$  e  $p=.000$ .

Na tabela 6, encontram-se os dados relativos aos padrões de consumo do item 2 do AUDIT, antes e durante a gravidez.

Tabela 6- Caracterização da quantidade de bebidas consumidas antes e durante a gravidez

	<b>Mulheres Grávidas (N= 134)</b>		<b>AUDIT</b>		<b>AUDIT.G</b>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<b>Quantidade de bebidas consumidas</b>						
1 ou 2	34	25.4	20	14.9		
3 ou 4	3	2.2	-	-		
Sem Informação	97	72.4	114	85.1		

No que concerne ao item 2 do AUDIT, os dados indicam consumos em 37 (27.6%) das participantes antes da gravidez e 20 (14.9%) durante a gravidez.

Tabela 7- Comparação entre a quantidade de bebidas consumidas antes e durante a gravidez

	<b>AUDIT</b>	<b>AUDIT.G</b>	
	<b>(n=37)</b>	<b>(n=20)</b>	
	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Z</b>
<b>Item 2 (Quantidade de bebida que consome)</b>	.08 (.277)	.00 (.000)	.000

Comparando os valores ilustrados nos dois momentos e, sendo que,  $Z=.000$  e  $p=1.000$ , não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a quantidade de bebida consumida antes e durante a gravidez.

No que concerne ainda aos valores totais do AUDIT quanto a consumos antes e durante a gravidez, obtivemos os valores ilustrados na Tabela 8.

Tabela 8- Consumos antes e durante a gravidez

	<b>AUDIT</b> <b>(n=134)</b> <b>Média (DP)</b>	<b>AUDIT.G</b> <b>(n=83)</b> <b>Média (DP)</b>	<b>Z</b>
<b>Valor Total</b>	1.05 (1.199)	.16 (.578)	5.933***

\*\*\*p < .001

Comparando os valores totais do AUDIT e do AUDIT.G, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o total do consumos antes da gravidez e durante a gravidez, sendo que  $Z=5.933$  e  $p=.000$ . Os valores mais elevados são: AUDIT Total – 5 pontos (0.7%) e AUDIT.G Total – 4 pontos (0.7%).

Como se pode verificar, os resultados das tabelas 4 e 6 não são consistentes, optando-se assim por fazer recurso a uma variável dicotómica com a indicação de consumos (revela consumo ou não revela consumo). Para esta variável, analisaram-se individualmente as respostas das inquiridas. As participantes que responderam “nunca” no item 1 e que responderam a uma das opções do item 2, foram consideradas “revelam consumo” e as que tendo respondido nunca no item 1 e não responderam a nenhuma das opções do item 2, foram consideradas “não revelam consumo”.

Tabela 9- Consumos durante a Gravidez

<b><u>Mulheres Grávidas (N= 134)</u></b>	<b><u>Total</u></b>	
	<b><i>N</i></b>	<b><i>%</i></b>
<b>Consumo ou não consumo</b>		
Revelam consumo	21	15.7
Não revelam consumo	113	84.3

Os resultados da tabela 9, ilustram que 15.7% da nossa amostra mantém os consumos de álcool na gravidez.

De seguida, e relativamente ao objetivo 2 deste estudo - Explorar as atitudes sobre a gravidez e a maternidade das mulheres grávidas portuguesas – apresento na Tabela 10 os resultados obtidos relativamente às sete subescalas do instrumento da Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade- EAGM (Paúl, Sousa & Xavier, 2001) da sub-amostra do nosso estudo que diz respeito às mulheres que consomem durante a gravidez e sua comparação com os resultados da população-padrão:

Tabela 10- Resultados da comparação da EAGM da população padrão e da sub-amostra que revela consumo de álcool

<b>Subescalas da EAGM</b>	<b>Amostra população padrão</b> (N = 357) <i>Média (DP)</i>	<b>Sub-amostra do estudo que revela consumo de álcool</b> (N = 21) <i>Média (DP)</i>	<b>Z</b>
<b>O filho imaginado</b>	11.56 (2.93)	10.38 (2.71)	1.84***
<b>Boa mãe</b>	20.09 (3.87)	18.80 (3.41)	1.53
<b>Gravidez como fator de mudança/crescimento</b>	12.32 (3.47)	9.48 (3.03)	3.75***
<b>Aspetos difíceis da gravidez/maternidade</b>	23.09 (3.72)	22.43 (3.64)	0.81
<b>Relação com a própria mãe</b>	6.48 (2.03)	6.33 (2.18)	0.34
<b>Apoio do marido/companheiro</b>	5.79 (1.70)	6.00 (1.87)	0.57
<b>Imagem corporal e necessidade de dependência</b>	8.71 (2.34)	8.86 (1.96)	0.29

\*\*\* p < .001

Deste modo, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre a população padrão e a sub-amostra que revela consumo de álcool nas subescalas “O Filho Imaginado” e “Gravidez como fator de mudança/crescimento”. Nas restantes subescalas não encontramos diferenças estatisticamente significativas.

Seguidamente comparámos os valores obtidos na EAGM pelo sub-grupo da nossa amostra que revelou consumos com o sub-grupo das participantes que não consumiam (Tabela 11):

Tabela 11- Comparação entre grávidas que revelaram consumo e grávidas que não revelaram em cada subescala da EAGM

<b>Subescalas da EAGM</b>	<b>Sub-amostra do estudo que não revela consumo de álcool</b> (n = 113) <i>Ordem Média</i>	<b>Sub-amostra do estudo que revela consumo de álcool</b> (n = 21) <i>Ordem Média</i>	<b>U</b>
---------------------------	--	---	----------

<b>O filho imaginado</b>	65.96	75.79	1012.50
<b>Boa mãe</b>	68.48	62.21	1075.50
<b>Gravidez como fator de mudança/crescimento</b>	69.00	59.43	1017.00
<b>Aspetos difíceis da gravidez/maternidade</b>	67.08	69.74	1139.50
<b>Relação com a própria mãe</b>	68.60	61.60	1062.50
<b>Apoio do marido/companheiro</b>	66.88	70.81	1117.00
<b>Imagem corporal e necessidade de dependência</b>	66.20	74.50	1039.50

Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas dentro da amostra recolhida no que diz respeito a mulheres grávidas que consomem álcool e as que não consomem álcool em nenhuma subescala.

Procedeu-se seguidamente à correlação de Spearman entre os resultados do AUDIT e as atitudes sobre a gravidez e a maternidade (avaliadas com recurso à EAGM), no sentido de se procurarem relações.

Tabela 12- Associação entre as subescalas da EAGM e AUDIT-G Total

<b>Subescalas da EAGM</b>	<b>AUDIT-G Total</b> <i>(n=131)</i> <i>Média (DP)</i>	<i>r<sub>s</sub></i>
<b>O Filho Imaginado</b>	0.53 (2.091)	-0.16 <sup>†</sup>
<b>Boa Mãe</b>		-0.13
<b>Gravidez como fator de mudança/ crescimento</b>		-0.15 <sup>†</sup>
<b>Aspetos difíceis da gravidez/maternidade</b>		-0.01
<b>Relação com a própria mãe</b>		0.07
<b>Apoio do marido/companheiro</b>		0.01
<b>Imagem corporal e necessidade de dependência</b>		0.09

† $p < .10$

Os resultados da tabela 12, mostram-nos que há uma correlação negativa marginalmente significativa entre a subescala “O Filho imaginado” da EAGM e o consumo de álcool,  $r_s = -.16, p = .065$ . Verificamos que há também uma correlação negativa marginalmente significativa entre a subescala “gravidez como fator de mudança/crescimento” e o consumo de álcool,  $r_s = -.15, p = .09$ . Não foram verificadas correlações entre os valores das restantes subescalas e o consumo de álcool.

#### 4. Discussão

O presente estudo teve como objetivo geral conhecer o consumo de álcool na gravidez e a sua relação com as atitudes sobre a gravidez e a maternidade nas mulheres grávidas portuguesas do Norte do país. A amostra foi constituída por 134 mulheres grávidas, com uma média de idades de 32.30 anos e um desvio-padrão de 4.25. Estes dados são consistentes com a informação do PORDATA (2015), como referido previamente neste estudo (a taxa de fecundidade mais elevada apresenta-se na faixa etária dos 30-34 anos com 82%, seguindo-se da faixa dos 25-29 anos com 65.9%.) No que concerne ao estado civil, 90 (67.2%) das inquiridas são casadas ou vivem em união de facto. Verificou-se ainda que a maioria das participantes encontra-se atualmente empregada (114 – 85.1%), o que é semelhante à taxa de empregabilidade nacional tendo em conta que a taxa de desemprego em Portugal encontra-se em: – sexo feminino 12.7% (PORDATA, 2015). Relativamente ao nível de escolaridade (N=53), 39.6% refere habilitações literárias ao nível de uma licenciatura. Para a maioria das mulheres (N= 83) e com uma percentagem de amostra de 61.9%, esta é a primeira gravidez.

Este estudo contém três hipóteses e vou neste ponto discutir se as mesmas foram confirmadas ou não.

No que concerne à hipótese 1- As mulheres grávidas portuguesas consomem álcool durante o período pré-natal:

Relativamente aos resultados do item 1 “Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?” e tendo em conta que nos estamos a referir a um consumo na gravidez, 122 das inquiridas (91%) assinalaram a opção “Nunca” como resposta, 8 (6%) a resposta “Uma vez por mês ou menos”, três (2.2%) a resposta “Duas ou quatro vezes por mês” e uma participante (0.7) assinalou a opção “Duas a quatro vezes por semana”.

No que diz respeito ao item 2 “Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?”, 20 (14.9%) das inquiridas revela um consumo de “1 ou 2” e 114 (85.1%) não responderam, permitindo-nos assim compreender que não existe consumo.

No que concerne às frequências e padrões de consumo antes e durante a gravidez, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas, sendo que  $z=5.933$  e  $p=.000$ .

A estrutura do AUDIT segue uma linha que se a resposta ao item 1 for “nunca”, então os restantes itens não seriam respondidos. No entanto, ao fazer uma análise detalhada das respostas durante a gravidez e da distribuição das respostas nestes dois itens verificamos algumas incoerências que poderão estar relacionadas com o facto de as participantes sentirem um certo estigma social relativo ao consumo de álcool que se prende com o fator de desejabilidade social.

Quando comparamos o número de consumidores de álcool identificadas antes da gravidez e depois (tabela 9), verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de mulheres da amostra que revelam consumo e as que não revelam durante a gravidez, sendo que os valores são mais elevados no “não consumo”. Ao analisar a base de dados, verificámos que todas estas participantes também assinalaram que bebiam antes da gravidez. Então podemos dizer que as 21 mulheres (15.7%) que bebem durante a gravidez continuam a repetir algo que já acontecia antes.

Assim sendo, a reflexão destes dados transmitem-nos que existem menos mulheres que consomem durante a gravidez do que antes. Perante isto, fomos analisar a base de dados para perceber se quem refere consumos durante a gravidez, também consumia antes. Verificámos que todas as participantes que consomem na gravidez já consumiam antes (ou seja, não existe nenhuma situação na qual os consumos só surgem na gravidez).

O resultado total do AUDIT (durante a gravidez) revela os seguintes dados: 121 das inquiridas obteve o valor “0” (90.3%), 7 o valor “1” (5.2%), quatro o valor “2” (3%), uma o valor “3” (0.7%) e uma o valor “4” (0.7%). Verificamos assim que todas as participantes se encontram todas no Nível I- Bebedores abstinentes e de baixo risco (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001).

Apesar destes consumos não apresentaram um abuso ou um comportamento de risco, a OMS (2012) refere que todos os consumos (incluindo um baixo consumo) na gravidez são considerados consumos de risco, dado que, até ao momento, não se conhecem limites mínimos seguros, recomendando-se a abstinência total do álcool durante a gravidez (OMS, 2012).

Tendo em conta os resultados apresentados relativamente a padrões de consumo de álcool na gravidez, a hipótese 1 foi confirmada.

A confirmação desta hipótese vem demonstrar que apesar de pouco (15.7%), existe de facto consumo de álcool por parte das mulheres grávidas portuguesas. Segundo o estudo de Xavier, Moreira e Gordinho (2011), os dados apontavam para um consumo por parte de 24.5%

das mulheres grávidas portuguesas. Pinto et al. (2010), apresentavam resultados para um consumo de álcool de 15.8% (no fim do terceiro trimestre da gravidez) Estes resultados (15.7% e 15.8%) são valores muito semelhantes e que acontecem em trabalhos dos dois últimos anos, próximos no tempo. Os primeiros dados da nossa equipa e que são mais elevados (24.5%), já tem quatro anos. Este tipo de resultados fazem-nos pensar numa possível alteração de comportamentos nos últimos tempos, possivelmente associados a mais informação sobre o risco do consumo de álcool durante a gravidez e parecem validar a necessidade de uma abordagem mais profunda acerca destes consumos por parte das mulheres grávidas. Se até à pouco tempo, não existiam dados relativos a este tema, agora que começam a surgir, elaboram-se algumas questões que se prendem com aspetos como, a prevenção por parte dos médicos relativamente a estes consumos e os conhecimentos acerca das consequências para o bebé por parte das mães. Deste modo, torna-se importante que a prevenção tenha um papel central para transmitir a esta população as consequências do consumo de álcool durante a gravidez (SICAD, 2013).

Relativamente à hipótese 2 – As mulheres grávidas portuguesas que consomem álcool durante a gestação apresentam atitudes sobre a gravidez e a maternidade diferentes das mulheres grávidas da população em geral:

No que concerne à subescala “Filho Imaginado” (associado aos desejos e expectativas para o futuro do bebé pela mulher grávida) (Xavier, Paúl & Sousa, 2001), a nossa amostra demonstra uma correlação significativa e valores inferiores ao resultado padrão (quanto mais elevados os resultados no AUDIT, mais elevados na subescala), o que nos pode persuadir a pensar num maior investimento por parte destas mulheres nos pensamentos, sonhos e esperanças para o seu filho nos primeiros anos de vida, pondo para segundo plano, cuidados na gravidez como os consumos de bebidas alcoólicas.

Na subescala “Gravidez como Fator de Mudança/Crescimento Pessoal”, verificamos igualmente uma correlação significativa (resultados mais elevados no AUDIT, são mais elevados na subescala) que pode apontar para um maior investimento por parte das grávidas do nosso sub-grupo na importância e no foco futuro nas mudanças que a gravidez acarreta.

Não se encontraram correlações estatisticamente significativas entre as restantes sub-escalas da EAGM e valores totais do AUDIT.

Relativamente à comparação entre a sub-amostra do estudo que não revela consumo e a sub-amostra que revela consumo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Deste modo e tendo em conta que existem diferenças estatisticamente significativas (nomeadamente em duas subescalas) – Tabela 10- ao nível da vivência psicológica da gravidez

entre a sub-amostra que revela consumo de álcool e a amostra padrão, a hipótese 2 foi confirmada.

Por fim e, quanto à hipótese 3 - Existem correlações entre dimensões das atitudes sobre a gravidez e a maternidade e o consumo de álcool, foram encontradas correlações negativas marginalmente significativas (ou seja, quanto maiores os valores nos resultados do AUDIT, menores os valores obtidos nas subescalas), havendo assim confirmação desta hipótese. Um dado interessante presente na Tabela 12 é o facto de que quando observamos a associação entre as subescalas da EAGM e o AUDIT.G Total, verificamos que as subescalas em que se encontram diferenças moderadamente negativas significativas são igualmente a subescala “O Filho Imaginado” e “Gravidez como Fator de Mudança/Crescimento Pessoal”. Este fator pode apelar a mais investigação no futuro, nomeadamente no que concerne a estas dimensões da vivência psicológica da gravidez.

Assim, seria pertinente a continuação deste estudo com uma amostra maior que permita explorar mais os resultados. Também há necessidade e importância numa abordagem de estudos qualitativos que nos permitam perceber melhor os consumos durante a gravidez e estas possíveis relações entre o modo como a mulher vive a gravidez e os seus consumos.

## **Conclusão**

O consumo de álcool durante a gravidez é uma preocupação mundial que tem repercussões tanto para o bebé como para a própria mãe (e.g., OMS, 2012). Este estudo procurou conhecer os padrões de consumo de álcool nas mulheres grávidas portuguesas e as atitudes sobre a vivência psicológica da gravidez e maternidade.

No que diz respeito às consequências do consumo de álcool para o feto, existem múltiplos estudos que abordam os efeitos nocivos no desenvolvimento da criança (e.g., Popova et. al., 2012; Lupton et. al., 2004). A OMS (2012) refere inclusive que o consumo de álcool durante a gravidez não deveria existir, alertando para este fator e para a importância da sua prevenção. No entanto, e como podemos observar por este estudo e outros (e.g., Xavier, Moreira & Gordinho, 2011- enviado para publicação), o consumo mantém-se em muitas mulheres.

Relativamente a este estudo e após a análise dos dados recolhidos, pudemos confirmar todas as hipóteses. Por um lado, confirmou-se a existência de padrões de consumo de álcool durante a gravidez em mulheres grávidas portuguesas e, apesar de ser um consumo baixo, por comparação aos encontrados na Europa (Eurocare, 2011), não deixa de ser um alerta para

investigar e compreender a informação que está a ser transmitida às gestantes em relação aos efeitos do álcool.

No que diz respeito à segunda hipótese, ficamos a conhecer as atitudes sobre a vivência psicológica da gravidez desta amostra e que existem diferenças estatisticamente significativas (nomeadamente nas subescalas “O Filho Imaginado” e “Gravidez como Fator de Mudança/Crescimento”) – Tabela 10- ao nível da vivência psicológica da gravidez entre a sub-amostra que revela consumo de álcool e a amostra padrão.

.Por fim, o estudo pretendia também averiguar a existência de correlações entre as atitudes sobre a gravidez e a maternidade e o consumo de álcool. Tendo em conta que existem correlações negativas marginalmente significativas ao nível da vivência psicológica da gravidez (subescalas “O Filho Imaginado” e “Gravidez como fato de Mudança/Crescimento Pessoal”) entre a sub-amostra que revela consumo de álcool e a amostra padrão, a hipótese 3 foi confirmada.

Em termos de limitações do presente estudo, creio que a amostra (133) e a subamostra do consumo de álcool (21) são reduzidas para um estudo mais aprofundado. Este fator prendeu-se com a dificuldade inicial de obtenção da autorização por parte das comissões de ética para se proceder à recolha de dados.

Para o futuro e de acordo com o que tem vindo a ser relatado ao longo da discussão, sugere-se que esta linha de investigação continue no âmbito nacional, tal como noutros países (OMS, 2014), com o intuito de aumentar a amostra nacional para obter dados mais fidedignos e poder intervir/prevenir mais adequadamente neste público-alvo, dado que esta é uma questão de saúde pública (e.g., PNRCAD, 2013). Por outro lado, também poderão ser pertinentes mais estudos qualitativos no qual se dê voz às grávidas para compreender como prevenir eficazmente e reduzir o número de crianças que podem nascer expostas a estes consumos.

Neste momento, existem medidas que alertam para as consequências destes consumos na gravidez como, por exemplo, avisos nas bebidas alcoólicas (World Drink Trends, 2005) e cartazes publicitários em hospitais e centros de preparação para o parto. No entanto, se ainda existem consumos por parte das grávidas, é de considerar que ainda existe uma lacuna na passagem de informação deste fenómeno que deve ser, o mais rapidamente possível, colmatada fazendo recurso a todos os elementos da comunidade que poderão ter um papel de relevo nesta causa (médicos, investigadores, psicólogos, entre outros).

## Referências Bibliográficas

- ✓ Abel, E. & Sokol, R. (1987). Incidence of fetal alcohol syndrome and economic impact of FAS-related anomalies. *Drug Alcohol Dependency*, 19, 51-70.
- ✓ Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B. & Babor T. (1997). A Review of Research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 21(4), 613–619.
- ✓ Alvarez, M. (2001). *Feminino e materno- um estudo exploratório* (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Porto, Portugal.
- ✓ Anderson, P. & Baumberg, P. (2006). *Alcohol in europe a public health perspective: A report for the European Commission*. Consultado em: [http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu\\_content\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_content_en.pdf).
- ✓ Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro M. G. (2001) *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test, Guidelines for Use in Primary Care*, 2nd Ed.. Geneva: World Health Organization.
- ✓ Balsa, C., Vital, C. & Urbano, C. (2012). *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- ✓ Behnke, M. & Smith, V. (2013). Prenatal Substance Abuse: Short- and Long-term Effects on the Exposed Fetus. *American Academy of Pediatrics*, 131 (3), 1009- 1024.
- ✓ Behnke, M. & Smith, V. (2013). Prenatal substance abuse: Short- and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics*, 131 (3), 1009-1024.
- ✓ Bibring, G.L., Dwyer, T.F., Huntington, D.S. & Valenstein, A.F. (1961). A Study of Psychological Processes in Pregnancy and of the Earliest Mother--Child Relationship. *Psychoanalytic Study of Child*, 16, 9-24.
- ✓ Brazelton, T.B. & Cramer, B.G. (1993). *A relação mais precoce*. Lisboa: Terramar.
- ✓ Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- ✓ Chiodo, L., Bailey, B., Sokol, R., Janisse, J., Delaney-Black, V. & Hannigan, J. (2012). Recognized spontaneous abortion in mid-pregnancy and patterns of pregnancy alcohol use. *Alcohol – An International Biomedical Journal*, 46 (3), 261-267.
- ✓ Colman, L.L. & Colman, A.D. (1994). *Gravidez - A Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

- ✓ Conde, A. & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais na gravidez, parto e pós-parto. *Ana. Psicológica*, 25 (3), 387-398.
- ✓ Eurocare (2011). *Protecting the unborn child from alcohol, policy debate*. Brussels: European Alcohol Policy Alliance. Disponível em [http://www.eurocare.org/press/previous\\_events/protecting\\_the\\_unborn\\_baby\\_from\\_alcohol\\_7\\_september\\_2011\\_european\\_parliament\\_brussels2](http://www.eurocare.org/press/previous_events/protecting_the_unborn_baby_from_alcohol_7_september_2011_european_parliament_brussels2)
- ✓ Howell, K., Lynch, M., Platzman, K., Smith, G. & Coles, C. (2006). Prenatal alcohol exposure and ability, academic achievement, and school functioning in adolescence: a longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(1),116–126.
- ✓ Irner, T. (2012). Substance exposure in utero and developmental consequences in adolescence: A systematic review. *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 18 (6), 521-549.
- ✓ Irner, T., Teasdale, T. & Olofsson, M. (2012). Cognitive and Social Development in Preschool Children Born to Women Using Substances. *Journal of Addictive Diseases*, 31 (1), 29-44.
- ✓ Jablonský, T., Okálová, O. & Stanislav, J. (2015). The Diagnosis of Fetal Alcohol Spectrum Disorder. *New Educational Review*, 42 (4), 112-122.
- ✓ Keegan, J., Parva, M., Finnegan, M., Gerson, A. & Belden, M. (2010). Addiction in Pregnancy. *Journal of Addictive Diseases*, 29 (2), 175-191.
- ✓ Jones, L. K. (2011). The effects of alcohol on fetal development. *Birth Defects Research*, 93(1), 3-11. Doi:[ 10.1002/bdrc.20200]
- ✓ Leal, I. (1997). Transformações socioculturais da gravidez e da maternidade: Correspondente transformação psicológica. In J.L. Ribeiro (Ed.), *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: I.S.P.A.
- ✓ Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da Parentalidade*. Fim de século edições. Sociedade unipessoal, LDA. Lisboa
- ✓ Lundsberg, L., Illuzzi, J., Belanger, K., Triche, E. & Bracken, M. (2015). Low to moderate prenatal alcohol consumption and the risk of selected birth outcomes: a prospective cohort study. *Ann Epidemiology*, 25 (1), 1-21.
- ✓ Lupton, C., Burd, L. & Hardwood, R. (2004). Cost of fetal alcohol spectrum disorders. *American Journal of Medical Genetics Part C (Semin. Med. Genet.)* 127, 42-50.
- ✓ Martins, M. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir* (1ª ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.

- ✓ Merrick, J., Merrick, E., Morad, M., & Kandel, I. (2006). Fetal alcohol syndrome and its long-term effects. *Minerva Pediatric*, 58, 211–218.
- ✓ Nykjaer, C., Alwan, N., Greenwood, D., Simpson, N., Hay, A., White, K. & Cade, J. (2014). Maternal alcohol intake prior to and during pregnancy and risk of adverse birth outcomes: evidence from a British cohort. *Epidemiology Community Health*, 1, 1-8.
- ✓ O'Connor, M. J., & Paley, B. (2009). Psychiatric conditions associated with prenatal alcohol exposure. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 15, 225–234.
- ✓ Organização Mundial de Saúde. (2012). *Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches*. Denmark.
- ✓ Organização Mundial de Saúde. (2012). *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*. Denmark.
- ✓ Organização Mundial de Saúde. (2014). *Global Status Report on alcohol and health 2014*. Switzerland.
- ✓ Pinto, E., Severo, M., Correia, S., Silva, I., Lopes, C. & Barros, H. (2010). Validity and reproducibility of a semi-quantitative food frequency questionnaire for use among Portuguese pregnant women. *Maternal & Child Nutrition*, 6, 105-119.
- ✓ PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo (2015). *Taxa de Desemprego: Total e por Sexo (%)*. Consultado em PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo:  
[http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+\(percentage+m\)-550](http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+(percentage+m)-550)
- ✓ PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo (2015). *Taxa de Fecundidade geral em Portugal*. Consultado em PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo: <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+fecundidade+geral-618>
- ✓ Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa, Portugal
- ✓ Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2015). *O Consumo de álcool na Gravidez*. Lisboa, Portugal
- ✓ Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

- ✓ Sokol, R.J., Delaney-Black, V. & Nordstrom. B. (2008). Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *JAMA*. 290(22), 2996-2999. Doi :[10.1001/jama.290.22.2996]
- ✓ Viljoen, D., Gossage, J., Brooke, L., Adams, C., Jones, K., Robinson, L. (2005). Fetal alcohol syndrome epidemiology in a South African community: A second study of a very high prevalence area. *Journal Study of Alcohol*, 66, 593-604.
- ✓ Xavier, M. R. & Canda, E. D. (2013). *Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade – EAGM* (Cedido pelos autores).
- ✓ Xavier, M. R. & Paúl, M. C. (1996). “Construção e validação de uma escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade”. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. IV, 419-424.
- ✓ Xavier, M.R. (2000). *Estatuto de risco das crianças expostas a substâncias ilícitas durante a gestação – as crianças que não podem dizer não...* Tese de Doutoramento não publicada apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto
- ✓ Xavier, M.R., Dias, P., Veiga, E., Silva, R. & Gordinho, C. (2014). Alcohol use and attitudes thought pregnancy and motherhood during pregnancy in a group of Portuguese women. *Infant Mental Health Journal*, 35 (3), Supplement, p. 210.
- ✓ Xavier, M.R., Moreira, T. & Gordinho, C. (2011). *Alcohol use during pregnancy in a group of Portuguese women* (enviado para publicação).
- ✓ Xavier, M.R., Paul, M.C. & Sousa, L. (2001). *Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade – EAGM* (Cedido pelos autores).
- ✓ Popova, S., Lange, S., Burd, L. & Rehm, J. (2012). Health Care Burden and Cost Associated with Fetal Alcohol Syndrome: Based on Official Canadian Data. *Plos One*, 7(8).

# **Anexos**