UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE NEUROCIÊNCIAS E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

POLIANA PATRÍCIO ALIANE

**AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE INTERVENÇÕES BREVES COM GESTANTES
NA REDUÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL**

RIBEIRÃO PRETO
2012

POLIANA PATRÍCIO ALIANE

**AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE INTERVENÇÕES BREVES COM GESTANTES
NA REDUÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências Médicas.

Área de Concentração: Saúde Mental
Orientador: Prof. Dr. Erikson Felipe
Furtado

RIBEIRÃO PRETO
2012

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Aliane, Poliana Patrício

Avaliação da eficácia de intervenções breves com gestantes na redução do consumo de álcool, 2012.

118 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde Mental.

Orientador: Furtado, Erikson Felipe.

1. Álcool. 2. Intervenções breves. 3. Gestação.
4. Prevenção. 5. Eficácia.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Poliana Patrício Aliane

Avaliação da eficácia de intervenções breves com gestantes na redução do consumo de álcool

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor.

Área de Concentração: Saúde Mental

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho ao meu marido Alexandre
e à nossa esperada filha Alice

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de várias mães e pais. Fruto que foi desejado, pensado, negociado e planejado antes de ser gestado e concebido. E como a ideia era fértil gerou também outros frutos...

De um desejo da pesquisadora nasceu uma ideia que foi pensada, negociada e começou a ser planejada com seu orientador – o pai que alimentou, cuidou, ensinou a tarefa e pôs limites.

Pelo processo gestacional passaram mães dedicadas, comprometidas, amigas e responsáveis, como a Joseane, a Larissa, a Patrícia, a Fabiana, a Vanessa, a Raquel e a Telma.

Passaram também aquelas mães e pais mais consideradas como avós, que aconselharam e ajudaram a preparar o enxoval, como as Professoras Marli e Clarissa.

E passaram as mães tias e tios que acompanharam seu pré-natal interferindo quando necessário, como os professores da Pós-Graduação em Saúde Mental e os amigos do PAI-PAD e NPCP (inclusive os que seguiram suas jornadas).

Passaram os primos que vibraram junto e estavam sempre dispostos a fazer o que poderiam para ajudar como meus pais, irmãos, familiares e amigos.

Teve também um pai companheiro e bastante presente que ajudou em todas as etapas da gestação, do parto (a fórceps!) e da concepção – Alê, meu marido.

Uma mãe parteira que me ajudou a conhecer e certificar meu trabalho – Andréa Dias, minha psicóloga.

Tiveram as mães de leite que nutriram de forma inspiradora este trabalho – gestantes que participaram da pesquisa.

Os pais adotivos – Prefeituras Municipais de Araraquara e de Ribeirão Preto, Hospital das Clínicas da FMRP/USP, instituição Corassol e todos os profissionais de saúde – que abriram as portas e receberam este trabalho de braços abertos.

Os pais provedores – FAPESP e CNPq – que possibilitaram os meios para que este trabalho fosse concebido.

Enfim, agradeço a todos esses pais e mães que, com carinho, contribuíram para esta pesquisa. Sem vocês não haveria este fruto.

ALIANE, P. P. Avaliação da eficácia de intervenções breves com gestantes na redução do consumo de álcool. 2012. 118 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

O uso de álcool na gestação traz sérios riscos à saúde da mãe e do bebê. As prevalências do uso de risco de álcool entre gestantes encontradas em estudos nacionais giram em torno de 20%. Nos EUA, estudos sobre avaliação das intervenções breves têm mostrado uma na redução do uso de álcool em gestantes. O objetivo deste estudo foi elaborar um protocolo de intervenção breve (IB) para gestantes e avaliar sua eficácia na redução do consumo de álcool comparativamente ao recebimento de um folheto informativo sobre os riscos do uso de álcool na gestação. Foi realizado um ensaio clínico, cego, comparativo e prospectivo, com distribuição randômica das participantes em dois grupos (IB e folheto), com dois tempos de coleta de dados (T1 e T2). Foram recrutadas 86 gestantes em serviços de saúde de Ribeirão Preto e Araraquara com uso de risco de álcool utilizando o instrumento T-ACE (pontuação maior ou igual a dois). As gestantes eram maiores de 18 anos e possuíam até 16 semanas de gestação. Todas responderam a um questionário incluindo avaliação do padrão de uso de álcool e receberam IB ou um folheto informativo sobre os riscos do uso de álcool na gestação. Foram excluídas gestantes com diagnóstico prévio de dependência de álcool ou drogas, as que pontuaram acima de 20 no instrumento AUDIT, as que declararam uso, nos últimos três meses, de outras drogas, exceto tabaco e aquelas incapazes de compreender e fornecer informações aos pesquisadores. No segundo tempo da pesquisa (a partir da 25ª semana gestacional) compuseram a amostra 80 gestantes, sendo 39 do grupo folheto e 41 do grupo IB. As gestantes do grupo IB apresentaram menor média de doses consumidas e maior prevalência de abstinentes. Contudo, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em relação ao padrão de consumo de álcool. A avaliação intra-grupos também não detectou diferenças no padrão de consumo de álcool entre T1 e T2 seja para o grupo folheto ou para o grupo IB. Apesar disso, a autoavaliação das gestantes tanto no grupo folheto quanto no grupo IB sobre a mudança no comportamento de consumo de bebidas alcoólicas indicou uma diminuição estatisticamente significativa do consumo (Grupo folheto, Wilcoxon, $Z=-2,74$; $p<0,01$; $r=0,31$) (Grupo IB, Wilcoxon, $Z=-4,43$; $p<0,001$; $r=0,49$).

Palavras-chave: álcool, intervenções breves, gestação, prevenção, eficácia.

ALIANE, P. P. **Efficacy of brief interventions in reducing alcohol consumption among pregnant women.** 2012. 118 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Alcohol use during pregnancy causes serious health risks to the mother and baby. National studies indicate prevalence around 20% of risky drinking by pregnant women. In the U.S., researches on evaluation of brief interventions have shown a reduction in alcohol consumption among pregnant women. A prospective, blind and randomized clinical trial was developed to evaluate the efficacy of a brief intervention (BI) protocol in reducing alcohol use among pregnant women. Participants were randomized by opaque and sealed envelopes in two groups (IB and brochure), with two periods of data collection (T1 and T2). We recruited 86 risky drinking and pregnant women in health care services using T-ACE (score more than two points). Women were older than 18 years and had up to 16 weeks of gestation. All completed a questionnaire including evaluation of standard alcohol and received IB (IB group) or information leaflet about the risks of alcohol use during pregnancy (brochure group). We excluded women with (1) a previous diagnosis of alcohol or drugs dependence, (2) those scored above 20 points in AUDIT instrument, (3) those reported drugs use (except tobacco) in the past three months, and (4) those unable to understand and provide information to researchers. In T2 period (up 24 weeks gestation), 80 participants remained in the study (39 brochure group and 41 IB group). IB group presented a lower average doses consumed and a higher prevalence of abstinent. However, there were no statistically significant differences between the groups in relation to the pattern of alcohol consumption. Intra-group evaluation also did not detect differences in the pattern of alcohol consumption between T1 and T2 in both groups. Nevertheless, self-assessment of pregnant women about the change in drinking behavior indicated a statistically significant decrease of alcohol consumption in brochure group (Wilcoxon, $Z = -2.74$, $p < 0.01$, $r = 0.31$) and IB group (Wilcoxon, $Z = -4.43$, $p < 0.001$, $r = 0.49$).

Keywords: alcohol, brief interventions, pregnancy, prevention, efficacy.

1.0 - INTRODUÇÃO	9
1.1 - PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO	9
1.2 - EPIDEMIOLOGIA	10
1.3 - INTERVENÇÕES BREVES (IB'S)	11
2.0 - OBJETIVOS	17
3.0 - METODOLOGIA	18
3.1 - CONTEXTO DO ESTUDO	18
3.2 - DELINEAMENTO DO ESTUDO	18
3.3 - ESTUDO PILOTO	19
3.4 - TREINAMENTO DE EQUIPES DE COLETA DE DADOS	19
3.5 - RECRUTAMENTO DA AMOSTRA	21
3.6 - PARTICIPANTES	22
3.7 - PROCEDIMENTOS	24
3.8 - PERÍODO DA COLETA DE DADOS	25
3.9 - QUESTIONÁRIO	26
3.10 - INSTRUMENTOS	27
3.11 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS	29
3.12 - ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	30
3.13 - FINANCIAMENTO	32
4.0 - RESULTADOS	33
4.1 - ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES BREVES	33
4.2 - ELABORAÇÃO DO FOLHETO INFORMATIVO	46
4.3 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	48
4.4 - PADRÃO DO USO DE ÁLCOOL (AVALIAÇÃO INICIAL)	51
4.5 - PADRÃO DE USO DE ÁLCOOL EM T2	53
4.6 - DIFERENÇAS NO PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL AO LONGO DO TEMPO (INTRAGRUPOS)	55
5.0 - DISCUSSÃO	59
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	70
ANEXOS	114

1.0 - INTRODUÇÃO

1.1- Problemas relacionados ao uso de álcool na gestação

O consumo de álcool durante a gestação impõe riscos à saúde do bebê e da própria gestante. Para a saúde do bebê, o consumo de álcool está associado, de maneira dose-dependente, à restrição do crescimento fetal, a deficiências cognitivas, ao aumento da morbimortalidade, ao desenvolvimento da Síndrome Fetal do Álcool (SFA), de anomalias congênitas, problemas neurodesenvolvimentais relacionados ao álcool e a outros transtornos do comportamento infantil (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000; NIAAA, 1999). Para a saúde da gestante, o uso de álcool durante a gestação está associado a uma maior chance de aborto, parto prematuro, descolamento prematuro de placenta e eclampsia (BROCKINGTON, 1998; PARKS; WIECZOREK; MILLER, 1996).

A SFA é um dos mais graves prejuízos causados pelo consumo de álcool e foi clinicamente caracterizada somente há algumas décadas (JONES; SMITH; ULLELAND; STREISSGUTH, 1973; JONES; SMITH, 1975; HANSON; JONES; SMITH, 1976). Indubitavelmente, o álcool está intimamente relacionado à embriotoxicidade e à teratogenicidade pelo fato de ter a capacidade de atravessar a barreira placentária e causar danos morfofuncionais e de desenvolvimento (JOHNSTON; BRONSKY, 1995; FURTADO; FABBRI, 1999; FREIRE et al., 2005).

Apesar de o fenômeno ser razoavelmente bem documentado na literatura científica internacional, existe ainda uma grande indefinição sobre os fatores relacionados às diferenças na quantidade de dano observadas nos recém-nascidos (NIAAA, 1999). Pouco se sabe ainda a respeito da relação entre níveis de consumo, características individuais maternas e grau de extensão e gravidade sobre o desenvolvimento infantil dos filhos de mães etilistas (KAUP; MERIGHI; TSUNECIRO, 2001). Outro agravante é o fato de que a confirmação do uso de álcool na gestação é subdiagnosticado em virtude do constrangimento social da mulher em informá-lo e pela falta de recursos humanos hábeis para investigar adequadamente o quadro (NOBILE; MATHIAS; MARTINS, 1984; LISANSKY;

GOMBERG, 1993; O'LEARY, 2004; FREIRE et al., 2005; FABBRI; FURTADO; LAPREGA, 2007).

1.2 - Epidemiologia

Apesar de existirem relatos sobre os efeitos teratogênicos do álcool desde a antiguidade clássica e de registros da literatura médica moderna já no século XIX (SULLIVAN, 1899), a SFA ainda persiste como uma das síndromes congênitas mais frequentes da sociedade contemporânea. Nos Estados Unidos, por exemplo, a ocorrência é estimada entre 1000-6000 casos entre os mais de quatro milhões de nascimentos registrados todos os anos, a um custo adicional ao sistema de saúde acima de US\$800.000 por criança afetada pela SFA (BLOSS, 1994). As taxas de incidência oscilam entre 0,4 a 3,1 casos por 100 nascimentos (CORRÊA; FERREIRA; LEMONICA, 2000). No Brasil não existe ainda um estudo epidemiológico sobre a ocorrência da SFA. Porém, um estudo realizado por Grinfeld et al. (1999) reuniu dados sobre SFA em São Paulo, através de entrevistas pessoais com os serviços de genética ligada às universidades. O estudo identificou que a incidência de SFA nos quatro serviços de genética entrevistados era de 17 em 16440 nascimentos registrados, ou um em cada 1000 nascimentos.

Uma das razões aventadas para o problema ser tão recorrente é a falta de preparo e conhecimento da população sobre a teratogenia do etanol (SOUZA; RODRIGUES; CIAVAGLIA, 1996; BUNDUKI et al., 1996).

No Brasil, utilizando-se a versão brasileira do questionário *Tolerance, Annoyed, Cut down e Eye-opener* (T-ACE) para rastreamento do consumo de álcool na gestação, em amostra sequencial de 450 mulheres no terceiro trimestre de gestação, 100 gestantes (22,1% do total) foram consideradas positivas para um padrão de consumo de álcool considerado como de risco para ocorrência de SFA (PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005; FABBRI; FURTADO; LAPREGA, 2007). Dados semelhantes aos encontrados por Kaup et al. (2001) em 445 gestantes em que 17,8% relataram ter consumido bebidas alcoólicas durante toda a gravidez e 15,9% até a confirmação da mesma que ocorreu em média com 9,6 semanas.

Em Ribeirão Preto, foram entrevistadas 150 puérperas de uma maternidade e avaliado o uso de álcool por meio do instrumento T-ACE. Destas gestantes, 20,7% foram rastreadas pelo T-ACE como tendo feito uso de risco de álcool na gestação. O uso de álcool por estas mães esteve associado à restrição do crescimento fetal, com diminuição de comprimento, peso e perímetro cefálico dos recém-nascidos (FREIRE et al., 2005). Moraes, Viellas e Reichenheim (2005) também investigaram o uso de álcool em gestantes de três maternidades públicas do Rio de Janeiro, utilizando o instrumento T-ACE, e identificaram uma prevalência de 24,1% de mães positivas para uso de risco de álcool.

A maior parte das gestações são espontâneas (não planejadas) e o fato do álcool ser largamente utilizado expõe a gestante a um elevado risco de se alcoolizar em algum momento da gestação, principalmente no início do período gestacional em que a maioria delas ainda não tem ciência da gravidez (FABBRI et al., 2007). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), é exatamente no início do período gestacional – quando ocorre a embriogênese – que a influência negativa do álcool é mais acentuada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994; RIBEIRO; GONZALEZ, 1995).

Assim, as consequências prejudiciais para a saúde da mulher e do feto expõem a necessidade de se planejar ações que visem prevenir o uso de álcool durante a gestação. Nesse sentido, é possível que a abordagem teórica e prática aplicada pelo modelo de intervenções breves sejam adequadas a essa finalidade dentro do contexto brasileiro.

1.3 - Intervenções Breves (IB's)

A origem das IB's remonta à década de 70 e, desde então, tem sido descrita como uma abordagem centrada no paciente que visa a mudança de comportamentos de risco, tais como: mudança de maus hábitos alimentares, redução de peso, cessação do tabagismo, redução de níveis de colesterol ruim, além da redução do uso abusivo de álcool (NILSEN, 2009).

No final da década de 80, a OMS desenvolveu o instrumento *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) com o objetivo de rastrear o uso abusivo de

álcool. Consequentemente, no sentido de prevenir esse uso abusivo de álcool, foram elaboradas estratégias de IB. No Brasil, essas estratégias para detecção precoce e intervenção rápida receberam o nome de EDIB's (Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves) (CORRADI-WEBSTER et al., 2005).

Dentro desse contexto, as IB's têm como finalidade identificar o padrão do uso de álcool e motivar o paciente a alcançar determinadas ações como, por exemplo, iniciar um tratamento ou melhorar seu nível de informação sobre riscos associados ao uso de álcool. As intervenções podem durar de cinco a 30 minutos, pelo menos, e são constituídas por uma curta sequência de etapas que incluem a identificação e dimensionamento dos problemas ou dos riscos e o oferecimento de aconselhamento, orientação e, em algumas situações, monitoramento periódico (MARQUES; FURTADO, 2004).

As IB's são indicadas para a população que faz uso de risco ou uso abusivo de álcool e tem como objetivos principais educar o paciente para o uso de baixo risco de álcool, bem como reduzir os riscos relacionados ao uso de álcool. Os pacientes identificados como dependentes de álcool são motivados a procurarem um tratamento especializado.

Miller e Sanchez (1993) propuseram seis elementos indicados pela sigla FRAMES para descrever os principais elementos das IB's: *feedback* (retorno), *responsability* (responsabilidade), *advice* (conselho), *menu of strategies* (menu de estratégias), *empathy* (empatia) e *self-efficacy* (autoeficácia).

O *feedback* consiste em oferecer ao paciente informação sobre os riscos relacionados ao seu padrão de consumo de álcool. Geralmente, é oferecido um retorno para o paciente de sua pontuação em uma escala de avaliação de seu padrão de consumo de álcool e o que essa pontuação indica em termos de risco para sua saúde.

O termo *responsability* indica a autonomia do paciente e sua responsabilidade nas decisões, que implicam no posicionamento necessário de autoproteção, cuidado e compromisso com a mudança.

Advice significa conselho e se refere às orientações e recomendações que o profissional deve oferecer ao paciente. Estas orientações devem ser claras, diretas, desvinculadas de juízo de valor moral ou social, além de preservar a autonomia de decisão do paciente.

O item *menu of strategies* se refere a uma variedade de estratégias que podem ser oferecidas para que o paciente escolha. Estas estratégias podem conter o estabelecimento de um limite de consumo de álcool, aprender a reconhecer os antecedentes relacionados ao comportamento de beber e desenvolver habilidades para evitar o consumo em situações de risco, aprender a lidar com os problemas diários que podem levar ao consumo de álcool, entre outros.

O termo *empathy* significa empatia e se refere a um estilo acolhedor, reflexivo e compreensivo que deve ser adotado pelo profissional que conduz a IB. Para Miller e Rollnick (2001) o modo como o terapeuta interage com seus pacientes ou, o estilo empático do terapeuta, é um determinante fundamental do sucesso do tratamento.

Por fim, o termo *self-efficacy* que significa autoeficácia, se refere ao foco que o profissional deve ter no sentido de promover e facilitar a confiança do paciente em seus recursos e em seu sucesso e o reforço do otimismo e autoconfiança do paciente, voltado a uma maior autopercepção da eficácia pessoal e da consecução de metas assumidas.

Não existe uma teoria única de IB's que expliquem como ou por que essas intervenções funcionam. Pode-se dizer que as IB's são baseadas em mudanças cognitivo-comportamentais e em teorias da aprendizagem como o Modelo de Crenças em Saúde, Teoria da Ação Racional, Teoria do Comportamento Planejado e Teorias Cognitivo-sociais (NILSEN, 2009). Estas teorias pressupõem que as decisões entre diferentes cursos de ação são baseados em probabilidades subjetivas de que uma ação vai levar a uma série de resultados esperados (crenças e expectativas) e que as pessoas comportam-se segundo o resultado dessa avaliação (STRAUB, 2005). Em várias teorias cognitivas os preditores da mudança de comportamento incluem autoeficácia (confiança na própria habilidade de levar adiante um comportamento particular), atitudes acerca do comportamento, percepção de pressões para se engajar num comportamento e a influência de pessoas significativas. Esses fatores têm impacto tanto diretamente no comportamento quanto influenciam a motivação para a realização do mesmo (intenção comportamental) (NILSEN, 2009).

Um estudo de revisão sistemática sobre a avaliação das intervenções breves mostrou que a maioria dos estudos publicados no período de 1990 a 2003 verificaram que as IB's foram eficazes na redução do consumo de álcool (MINTO et al., 2007). Além disso, há evidências de que as IB's para uso de risco de álcool em

mulheres grávidas ou em idade reprodutiva reduzem o risco da exposição ao álcool durante a gestação.

Nesse sentido, um estudo realizado com mulheres em idade reprodutiva verificou que a IB foi eficaz na redução do uso de risco de álcool e na manutenção deste comportamento medido 48 meses após a intervenção (MANWELL et al., 2000). As mulheres que ficaram grávidas neste período diminuíram o consumo de álcool de 13,6 para 3,5 drinques por semana e de 5,7 para 1,5 episódios de *binge* por mês. De acordo com os autores, após a IB, foi possível observar uma redução de 20% no consumo médio de álcool por semana.

Floyd et al. (2007) realizaram um estudo com mulheres em idade reprodutiva com comportamento de risco para exposição ao álcool durante a gestação. Neste estudo, as mulheres que tinham uso de risco de álcool e as que não usavam efetivamente métodos contraceptivos foram submetidas a quatro sessões de IB ou receberam apenas informações. O grupo de mulheres que recebeu IB teve o risco de uma exposição ao álcool na gestação duas vezes menor que o grupo que recebeu somente informação.

Por outro lado, Chang et al. (1999) em um ensaio clínico randomizado com 250 gestantes comparou o consumo de álcool entre gestantes que receberam IB com um grupo controle que foi submetido somente ao exame sobre o consumo de álcool. Em ambos os grupos houve uma diminuição do uso de álcool ao longo da gestação, porém, não foram encontradas diferenças estatísticas entre os grupos. Entre as gestantes abstinentes que receberam IB, 86% se mantiveram abstinentes ao longo da gestação enquanto 72% se mantiveram abstinentes no grupo considerado como controle.

Da mesma forma Handmaker, Miller e Manick (1999) num estudo piloto com 42 gestantes do Novo México, compararam o consumo de álcool entre gestantes que receberam intervenção breve motivacional com um grupo controle que recebeu uma carta informando sobre os riscos do uso de álcool na gestação e encaminhamento para o serviço de saúde de referência da gestante. Neste estudo, as mulheres que receberam IB tiveram maior redução do consumo de álcool que o grupo controle, mas a diferença não apresentou significância estatística senão para a variável estimativa da concentração de álcool no sangue.

Um estudo realizado com gestantes de baixa renda, provenientes do estado da Califórnia nos EUA, teve como objetivos avaliar a eficácia das IB's em manter a

abstinência do uso de álcool em gestantes e avaliar as consequências da IB' para a saúde do bebê (O'CONNOR; WHALEY, 2007). Comparando-se os grupos de gestantes que receberam IB's com o grupo que recebeu somente avaliação do uso de álcool, o estudo verificou que as mulheres que receberam IB's reportaram cinco vezes mais abstinência comparadas àquelas que receberam somente avaliação. Segundo os autores, as gestantes que receberam IB's também tiveram bebês com maior peso e comprimento ao nascer e menor taxa de mortalidade neonatal.

Tzilos, Sokol e Ondersman (2011) realizaram um estudo randomizado com 50 gestantes em acompanhamento pré-natal das quais 27 foram submetidas à uma intervenção breve computadorizada e 23 receberam um folheto projetado especificamente para facilitar a redução do uso de álcool na gestação. Após 30 dias foi realizada uma entrevista de seguimento, por telefone, na qual foi constatada diminuição do uso de álcool em ambos os grupos sem diferenças significativas entre eles. Após o parto, contudo, as mulheres que receberam IB tiveram filhos com maior peso comparados às mulheres que receberam o folheto.

Outro estudo do tipo caso-controle avaliando as IB's em gestantes, realizado na cidade de Boston nos EUA, teve como objetivo avaliar a eficácia da IB na redução do consumo de álcool no período pré-natal quando o parceiro era incluído na pesquisa (CHANG et al., 2005). Este estudo verificou que a redução do uso de álcool no grupo das gestantes que receberam IB foi maior para aquelas que tinham maior consumo de álcool inicialmente. Além disso, quando o parceiro era incluído na intervenção, os efeitos da IB eram significativamente maiores.

Chang et al. (2000) e Chang et al. (2006) verificaram que os elementos das IB's como a escolha da meta e as razões para mantê-la têm um papel importante na manutenção da abstinência e na redução do uso de álcool. Neste sentido, as gestantes que escolheram a abstinência como meta e as que reportaram a SFA como uma razão para manter sua meta reduziram significativamente seu consumo de álcool.

Nilsen (2009), em uma revisão bibliográfica sobre IB's com gestantes, avaliou quatro ensaios clínicos randomizados e constatou que, apesar das IB's apresentarem redução do consumo de álcool, as gestantes no grupo controle também reduziram seu consumo, de forma que diferenças estatísticas entre os grupos foram difíceis de ser observadas.

Uma recente revisão sistemática teve como objetivo avaliar a eficácia de intervenções psicológicas e educacionais para reduzir o consumo de álcool durante a gestação ou em mulheres planejando a gestação. Nesta revisão foram selecionados quatro ensaios clínicos randomizados e os resultados mostraram que, para a maioria das variáveis de desfecho analisadas, não houve diferenças entre os grupos e os resultados relacionados à abstinência e redução do uso de álcool foram diversos. Porém, os resultados dos estudos individualmente sugeriram que as intervenções utilizadas podem encorajar as mulheres a se absterem do álcool durante a gestação. Os autores também ressaltaram que foram oferecidas poucas informações sobre os efeitos das intervenções na saúde da mulher e do bebê (STADE et al., 2009).

Embora o uso de álcool e drogas na gestação seja reconhecidamente associado a prejuízos diversos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento do bebê, a dimensão objetiva do problema na realidade brasileira ainda não é plenamente conhecida. No momento em que se observa um crescimento do consumo de álcool entre mulheres jovens no Brasil, especialmente nos centros urbanos, assim como um aumento do número de gestantes adolescentes, verifica-se uma escassez de informações e estudos sobre o tema, tampouco de programas de intervenção (GALDURÓZ et al., 2005).

Em síntese, vimos que o consumo de álcool durante a gestação põe em risco a saúde da mulher e do bebê, que as prevalências do uso de risco de álcool em gestantes no Brasil giram em torno de 20% e que os estudos sobre IB's para redução do uso de álcool em gestantes têm se concentrado nos EUA. Apesar das evidências mostrarem uma diminuição do uso de álcool em mulheres e gestantes, a maioria dos ensaios clínicos randomizados destinados a avaliar comparativamente a intervenção breve com um grupo controle em amostras de gestantes não identificaram diferenças estatísticas entre os grupos. Observa-se, contudo, que os estudos que analisaram variáveis neonatais como desfecho, encontraram evidências sugestivas de uma maior eficácia das intervenções breves.

Assim, este projeto de pesquisa tem a iniciativa de elaborar um protocolo de intervenção para redução do uso de álcool em gestantes (grupo intervenção breve) e testar sua eficácia no contexto brasileiro comparativamente a um grupo que receberá um folheto informativo sobre os riscos do uso de álcool na gestação (grupo folheto).

2.0 - OBJETIVOS

Geral:

- Avaliar comparativamente dois grupos de gestantes (designados como IB e folheto) em relação ao padrão de consumo de álcool em dois tempos distintos (T1 e T2);

Específicos:

- Elaborar um protocolo de intervenção breve para redução do uso de álcool em gestantes;
- Elaborar um folheto informativo sobre os riscos do uso de álcool na gestação baseado no protocolo de intervenção breve;
- Rastrear gestantes com um padrão de risco de consumo de álcool;
- Verificar o padrão de consumo de álcool das gestantes rastreadas em três tempos distintos (trimestre anterior a gestação, no começo da gestação até a data da primeira avaliação e no período entre a primeira e a segunda avaliação);
- Comparar o padrão do uso de álcool entre as avaliações/intervenções e verificar se houve alteração destes;
- Verificar diferenças entre os grupos IB e folheto no padrão de consumo de álcool nos três tempos avaliados;
- Verificar diferenças no padrão de consumo de álcool ao longo do tempo intragrupos.

3.0 - METODOLOGIA

3.1 - Contexto do Estudo

Este projeto deu origem ao projeto temático “Fatores associados à eficácia de um modelo de intervenções breves para redução do consumo de álcool na gestação”, e foi desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia (NPCP), coordenado e sob responsabilidade do Professor Doutor Erikson Felipe Furtado da FMRP-USP, contando com uma equipe de colaboradores.

3.2 - Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo do tipo ensaio clínico, cego, comparativo e prospectivo, com distribuição randômica dos participantes em dois grupos (grupo intervenção breve e grupo folheto), com dois tempos de coleta de dados.

No primeiro tempo ou T1 (mulheres com até 16 semanas de gestação), foram rastreadas gestantes com uso de risco de álcool. Essas gestantes responderam a um questionário de pesquisa e, foram sorteadas (através de abertura de envelope lacrado) para receber intervenção breve ou um folheto com orientações sobre os riscos do uso de álcool na gestação.

Inicialmente seriam incluídas somente as gestantes no primeiro trimestre gestacional (até 12 semanas), por ser um período crítico para o desenvolvimento de problemas decorrentes do uso de álcool na gestação. Porém, na medida em que avançava a coleta dos dados observou-se que havia um número significativo de mulheres entre 13 e 16 semanas de gestação devido à descoberta tardia da gravidez e do agendamento da primeira consulta pré-natal. Estas gestantes passaram a ser incluídas na amostra do estudo. Entende-se que essa alteração não oferece implicações negativas para os objetivos do estudo e, por outro lado, permite ampliar o tamanho amostral e diminuir o tempo de realização da pesquisa, reduzindo assim seus custos.

No segundo tempo ou T2 (a partir da 25^a semana gestacional), foi realizada uma nova avaliação do padrão do uso de álcool. Optou-se por realizar a avaliação a partir da 25^a semana gestacional, pois compreende o período de entrada no terceiro trimestre, nos oportunizando a possibilidade de realizar a entrevista em tempo hábil antes do nascimento do bebê.

Os entrevistadores estavam cegos no segundo tempo da pesquisa para a condição de grupo da participante, ou seja, se a participante pertencia ao grupo folheto ou ao grupo intervenção breve.

3.3 - Estudo piloto

No segundo semestre de 2009 foi realizado um estudo piloto com vinte gestantes de unidades básicas de saúde e do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto para verificar a adequação da Ficha de Registro de Dados I e II. Foram realizadas algumas adaptações de vocabulário, ordem de questões e adaptações de instrumentos não validados.

No primeiro semestre de 2010 foram realizadas 20 entrevistas de rastreamento do uso de risco de álcool com gestantes em atendimento pré-natal no Hospital das Clínicas da FMRP/USP e conduzida a intervenção breve com a utilização do folheto informativo. Não foram necessárias novas adaptações do folheto informativo ou do protocolo de intervenção breve após este estudo uma vez que o material formulado atingiu os objetivos esperados.

3.4 - Treinamento de equipes de coleta de dados

Na cidade de Araraquara foi selecionada inicialmente uma entrevistadora com formação em Psicologia e, posteriormente, foram selecionadas duas entrevistadoras em formação no curso de Psicologia. Na cidade de Ribeirão Preto uma aluna em formação no curso de Ciências Farmacêuticas, uma em formação em Psicologia e

uma Musicoterapeuta pós-graduada (Doutorado em Psicobiologia, FFLCRP-USP), foram selecionadas para a tarefa de coleta de dados.

O treinamento para coleta de dados na cidade de Araraquara foi realizado nos dias 21/07/10 e 17/11/10 e em Ribeirão Preto nos dias 02/08/10 e 08/09/10.

O treinamento respeitou o seguinte protocolo:

I - Leitura prévia do material:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Ficha de registro de dados I
- Ficha de registro de dados II
- Manual de intervenções breves para gestantes

II - Leitura conjunta dos questionários (pesquisadora lê com o profissional que irá coletar os dados) com as instruções:

- Abordagem da gestante e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Critérios de inclusão e exclusão de participantes
- Preenchimento dos questionários
- Forma de contar pontos dos instrumentos
- Conferência dos questionários
- Procedimentos de randomização

III - Intervenções breves com gestantes:

- Leitura conjunta dos passos da Intervenção Breve
- Role play

IV - Atividades supervisionadas:

- O profissional em treinamento assistia uma aplicação de questionário e Intervenção Breve realizada pelo supervisor
- A pesquisadora assistia uma aplicação de questionário e Intervenção Breve realizada pelo profissional em treinamento

Os treinamentos tiveram duração de oito horas, sendo quatro horas de atividades teóricas (item I e II e parte do item III) e quatro horas práticas (parte do item III e item IV).

Este procedimento teve por objetivo ampliar a capacidade de coleta dos dados e evitar vieses de aplicação do questionário e das intervenções breves.

3.5 - Recrutamento da amostra

A amostra foi recrutada em diferentes unidades de atenção à saúde de Ribeirão Preto e Araraquara, sendo 40 gestantes de Ribeirão Preto e 40 de Araraquara.

Na cidade de Ribeirão Preto foram selecionadas unidades básicas de saúde com número elevado de gestantes cadastradas no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), a saber: Vila Virgínia, Parque Ribeirão, Campos Elíseos, Simioni, Vila Mariana, Marincek, Ipiranga e Jardim Aeroporto. Também foram entrevistadas gestantes no Hospital das Clínicas da FMRP/USP.

Em Ribeirão Preto, parte do procedimento de recrutamento da amostra foi realizado por telefone, eliminando a necessidade de comparecimento do pesquisador nas unidades de saúde, evitando, assim, um custo financeiro e motivacional importante para a pesquisa.

Este procedimento considerou os aspectos éticos implícitos de forma que a entrevista de rastreamento por telefone só foi realizada após o pesquisador-entrevistador se identificar e informar a participante sobre os objetivos, procedimentos e esclarecimentos éticos da pesquisa. Depois do consentimento verbal da gestante, foi realizada a entrevista de rastreamento (cerca de 3 minutos) para identificar se a gestante preenchia os critérios de inclusão.

Na cidade de Araraquara, inicialmente, foram selecionadas as unidades de saúde com o maior número de gestantes cadastradas no SIAB, a saber: Santa Angelina, Vila Xavier, Parque São Paulo, Selmi Dei, Yolanda, Iguatemi, Melhado, Jardim América e Parque Laranjeiras. Posteriormente, as gestantes foram entrevistadas no Ambulatório de Saúde da Mulher – local onde são realizadas as ultrassonografias de todas as gestantes da rede pública de saúde do município. Em

Araraquara, todas as entrevistas de rastreamento foram realizadas face-a-face com a gestante entrevistada.

A identificação das gestantes com uso de risco de álcool foi feita através do instrumento de rastreamento T-ACE.

3.6 - Participantes

A amostra foi formada por mulheres com até 16 semanas de gestação, em acompanhamento pré-natal pelo SUS nas cidades de Ribeirão Preto e Araraquara, que pontuaram dois ou mais no instrumento T-ACE, caracterizando um uso de risco de álcool.

Critérios de inclusão: Mulheres com até 16 semanas de gestação, acima de 18 anos de idade, rastreadas com consumo de risco de álcool (pelo T-ACE), com capacidade para compreender a natureza da pesquisa, os procedimentos e fornecer seu consentimento com plena clareza dos objetivos da pesquisa e seus direitos.

Critérios de exclusão: Foram excluídas as gestantes menores de idade, com diagnóstico prévio de dependência de álcool e/ou outras drogas, aquelas que pontuaram acima de 20 no instrumento AUDIT (caracterizando uma possível dependência de álcool), gestantes que declararam uso, nos últimos três meses, de outras drogas, exceto tabaco (questão 2 do ASSIST), e aquelas incapazes de compreender ou fornecer informações aos pesquisadores.

O cálculo do tamanho da amostra para a comparação entre os grupos, realizado no programa EPIDAT versão 3.1, foi baseado num intervalo de confiança de 95% ($\alpha = 0,05$), 75% de potência, e a expectativa de diferença de proporções entre os grupos de 25 pontos percentuais para a interrupção do uso de álcool. Sendo assim, o tamanho da amostra calculado foi de 92 gestantes.

Até 13/02/2012 foram rastreadas 486 gestantes, das quais 28,4% (N=138) pontuaram dois ou mais no instrumento T-ACE, indicando uso de risco de álcool. Destas, 29 preencheram critérios de exclusão, 20 não concluíram sua participação no primeiro tempo da pesquisa e três questionários foram anulados por ambivalência de informações fornecidas pela participante. Dentre os critérios de exclusão, destaca-se: nove gestantes eram menores de idade (uma das quais era usuária de

cocaína), oito gestantes pontuaram acima de 20 no instrumento AUDIT, indicando possível dependência de álcool, duas gestantes já possuíam diagnóstico de dependência de álcool (uma das quais era dependente de outras substâncias também), quatro gestantes tinham idade gestacional acima de 16 semanas, duas gestantes eram usuárias constantes de maconha, uma era dependente de maconha, crack e cocaína, e três gestantes tiveram dificuldades de compreender as questões formuladas e fornecer informações.

Portanto, foram entrevistadas 86 gestantes no primeiro tempo da pesquisa com uso de risco de álcool. Destas, três gestantes se recusaram a participar no segundo tempo da pesquisa (uma das quais sofreu aborto espontâneo), duas gestantes sofreram aborto espontâneo, uma se mudou e não deixou telefone de contato (Figura 1).

Figura 1 – Percurso amostra da pesquisa

3.7 - Procedimentos

O procedimento inicial da pesquisa consistia em (1) ir às unidades de saúde e realizar um levantamento das mulheres em acompanhamento pré-natal com até 16 semanas gestacionais; (2) ligar para todas as gestantes e convidá-las a ir à unidade de saúde para participar da pesquisa; (3) apresentar a pesquisa e solicitar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; (4) realizar o rastreamento do uso de risco de álcool utilizando a Ficha de Registro de Dados I e, em casos positivos, (5) aplicar o questionário de pesquisa completo (Ficha de Registro de Dados II) e; (6) realizar a intervenção breve ou entrega de folheto informativo sobre os riscos do uso de álcool na gestação (de acordo com sorteio de envelope lacrado).

Posteriormente, foi testado um procedimento para agilizar a etapa de rastreamento, uma vez que muitas gestantes confirmavam a presença na unidade de saúde para participar da pesquisa e não compareciam. Este procedimento consistia em realizar a entrevista de rastreamento por telefone e, caso a gestante fosse identificada como positiva ($T\text{-ACE} \geq 2$), era convidada a continuar participando da pesquisa e agendada a entrevista completa na unidade de saúde.

As gestantes eram informadas de que a pesquisa era realizada em dois tempos e que faríamos um contato para agendar nova entrevista a partir da 25ª semana gestacional.

Todas as entrevistas foram realizadas em salas reservadas aos pesquisadores a fim de garantir o sigilo das informações e um relato fidedigno das gestantes.

Prospectivamente, a partir da 25ª semana de gestação, era feito contato por telefone com a gestante e agendada nova entrevista na unidade de saúde (42 entrevistas) ou em consultório particular (23 entrevistas). Caso a gestante não pudesse comparecer para a entrevista, esta era realizada por telefone (13 entrevistas) ou no domicílio da mesma (2 entrevistas).

A Figura 2, a seguir, mostra o procedimento realizado para a coleta dos dados.

Figura 2 - Procedimentos de coleta dos dados

3.8 - Período da coleta de dados

A coleta de dados da fase I da pesquisa teve início dia 22/06/10 e da fase II dia 25/10/10 e foram encerradas em 01/03/12 e 28/06/2012, respectivamente.

3.9 - Questionário

Foram utilizados três questionários: Ficha de Registro de Dados I, Ficha de Registro de Dados II e Ficha de Registro de Dados III.

A Ficha de Registro de Dados I (Apêndice A) era composta por duas sessões. A primeira sessão continha dados de identificação da gestante como número do prontuário, unidade de saúde, município, nome da gestante, idade, semana gestacional, além de nome do entrevistador e data da entrevista. A segunda sessão era composta pelo instrumento de rastreamento T-ACE e algumas questões sobre uso de tabaco. Esta entrevista inicial tinha o objetivo de rastrear as gestantes que preenchiam os critérios de inclusão para participar da pesquisa e sua aplicação durava cerca de três minutos.

A Ficha de Registro de Dados II (Apêndice B) reuniu as seguintes informações: dados sociodemográficos, avaliação de saúde geral, avaliação de saúde mental, avaliação de hábitos e doenças de familiares, avaliação de hábitos da gestante (lazer, atividade física, uso de álcool habitual – AUDIT, uso de álcool no trimestre anterior à gestação e uso de álcool durante a gestação), avaliação do uso de substâncias psicoativas (ASSIST), prontidão para mudança, estresse, satisfação conjugal, suporte social, *coping*, autoeficácia, avaliação da percepção de risco, crenças e conhecimentos sobre o uso de álcool na gestação. Esta entrevista tinha o objetivo de coletar informações sobre o padrão de uso de álcool no trimestre anterior à gestação (questões 67 a 69) e durante a gestação (questões 70 a 72), bem como de identificar os critérios de exclusão da pesquisa através dos instrumentos AUDIT e ASSIST. A duração de aplicação dessa entrevista foi de, aproximadamente 50 minutos.

A Ficha de Registro de Dados III (Apêndice C) reuniu as seguintes informações: avaliação de saúde geral (incluindo intercorrências na gestação), avaliação de saúde mental, avaliação retrospectiva do uso de álcool durante a gestação e no período entre as entrevistas, avaliação subjetiva do uso de álcool, satisfação conjugal, suporte social, autoeficácia, avaliação do padrão de uso de álcool do marido da gestante e uma sessão aberta de observações feitas pela gestante ou pelo entrevistador. Essa entrevista tinha o objetivo de identificar mudanças no padrão do uso de álcool entre os dois tempos da pesquisa (questões

37 a 42) e saber qual a autoavaliação que a gestante faz sobre esta mudança (questões 41 e 42). Esta entrevista teve duração de, aproximadamente, 30 minutos.

3.10 - Instrumentos

- T-ACE (Tolerance, Annoyed, Cut down, Eye opener): questões 9 a 12 da Ficha de Registro de Dados I

O instrumento T-ACE foi desenvolvido para avaliar o risco de uso de álcool para o desenvolvimento do feto e viabilizar a detecção de gestantes que possuem consumo alcoólico de risco.

O T-ACE foi desenvolvido por Sokol, Martier e Ager. (1989) e se originou do instrumento CAGE (*Cut down, Annoyed, Guilt, Eye opener*) utilizado para o rastreamento e avaliação de dependência de álcool.

Em 2001, foi realizado no Brasil o estudo de adaptação e validação do T-ACE para uma população de gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) em Ribeirão Preto/SP (FABBRI et al., 2007).

O instrumento contém quatro questões e sua aplicação tem duração entre um e dois minutos. As questões do T-ACE, na versão brasileira, foram intercaladas com outras questões, que tratam sobre comportamentos relacionados com alimentação e que não interferem no resultado do instrumento.

A primeira questão investiga a tolerância (*Tolerance*), ou seja, a quantidade de álcool que a gestante precisa beber para se sentir desinibida. A segunda questão investiga a preocupação de terceiros com o padrão de consumo de álcool da gestante (*Annoyed*). A terceira questão investiga o desejo de interromper ou diminuir o consumo de álcool (*Cut-down*). A quarta questão se refere à necessidade de beber pela manhã para se sentir melhor (*Eye opener*). A pontuação varia de zero a dois pontos para a primeira questão e de zero a um ponto para as demais questões.

O T-ACE possui sensibilidade de 100% e especificidade de 97,9% com ponto de corte igual ou acima de dois pontos, em comparação aos parâmetros da CID-10 (utilizada como padrão-ouro).

- AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test): questões 73 a 82 da Ficha de Registro de Dados II

O AUDIT é um instrumento de rastreamento, desenvolvido pela OMS, para a investigação do uso excessivo de álcool e para ajudar na realização de intervenções breves.

A versão brasileira foi traduzida em 2003 (BABOR et al., 2003) e o manual para utilização do instrumento foi organizado e distribuído pelo Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade (PAI-PAD), da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP).

O instrumento pode ser aplicado em forma de entrevista por um aplicador treinado ou em forma de questionário autoaplicável e consta de dez questões que investigam três domínios: uso de risco de álcool (questões 73, 74 e 75), sintomas de dependência (questões 76, 77 e 78) e uso nocivo de álcool (questões 79, 80, 81 e 82).

Cada questão possui possibilidades de respostas com pontuações que variam de zero a quatro pontos. Assim, através de escores quantitativos, o AUDIT identifica na população geral, o uso de baixo risco (pontuações entre zero e sete), uso de risco (pontuações entre oito e quinze), uso nocivo (pontuações entre dezesseis e dezenove) e sintomas de dependência (pontuações acima de vinte).

- ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test): questões 83 a 90 da Ficha de Registro de Dados II

O ASSIST é um instrumento de rastreamento, desenvolvido pela OMS, para a detecção do uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas.

A versão brasileira foi validada por Henrique et al. (2004) em população da atenção primária e secundária de saúde.

O ASSIST é um questionário estruturado contendo oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos). As questões abordam a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário,

prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável.

Cada resposta corresponde a um escore, que varia de zero a quatro, sendo que a soma total pode variar de 0 a 20. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 15 como indicativa de abuso e ≥ 16 como sugestiva de dependência.

3.11 - Procedimentos Éticos

O projeto, como parte do projeto temático intitulado “Fatores associados à eficácia de um modelo de intervenções breves para redução do consumo de álcool na gestação”, foi aprovado pelo CEP-HCFMRP, conforme ofício 108/2010 referente ao processo HCRP 12627/2009 (Anexo A).

Foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC/FMRP/USP adendo referente à realização de entrevista de rastreamento por telefone para recrutamento de participantes para pesquisa, conforme ofício 409/2011 (Anexo B).

Foi obtida uma carta de anuência da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto (Anexo C) e da Prefeitura Municipal de Araraquara (Anexo D) para realização da coleta de dados nas unidades básicas de saúde destas cidades. Também foi obtida anuência para realização da coleta de dados no setor de ultrassonografia do HCFMRP/USP (Anexo E).

As gestantes foram informadas sobre a ausência de riscos para sua participação na pesquisa, sobre a possibilidade de não responder alguma questão que a constrangesse e sobre a possibilidade de retirada do consentimento a qualquer momento da pesquisa sem nenhuma penalização ou prejuízo, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D).

Durante as entrevistas da pesquisa, caso a gestante fosse identificada como provável dependente de álcool (AUDIT ≥ 20), era feito um contato com a enfermeira da unidade de saúde para que fosse providenciada uma avaliação diagnóstica e encaminhamento. Da mesma forma, caso fossem observadas gestantes com sintomas psiquiátricos, a unidade de saúde era imediatamente informada.

3.12 - Análise Estatística

Considerando o objetivo geral deste estudo de avaliar comparativamente dois grupos de gestantes em relação ao padrão de consumo de álcool durante a gestação, foi definida como variável dependente o uso de álcool durante a gestação avaliado pelo relato da gestante da quantidade e frequência. A variável independente foi a natureza da intervenção que as participantes receberam: intervenção breve ou folheto.

Como medida de frequência do uso de álcool utilizou-se a frequência absoluta que considerou o número de dias de consumo de álcool num determinado período (trimestre anterior à gestação, começo da gestação até a data da primeira entrevista e período da gestação entre a primeira e a segunda avaliação), e a frequência relativa dada pelo cálculo: $(\text{número de dias de consumo de álcool} \div \text{número de dias do período a que se refere o consumo}) \times 100$.

Como medida de quantidade foi utilizada a variável número de doses por ocasião, considerando uma dose padrão como 12 gramas de álcool absoluto, ou seja: uma lata de cerveja (350ml), uma taça de vinho (140ml), uma dose de destilados (40ml), uma garrafa de Ice (275ml).

Foi considerado como padrão de consumo tipo *binge* a ingestão de três ou mais doses numa ocasião, por se tratar de um padrão de consumo que excede o limite de consumo de baixo risco para mulheres (duas doses) além de exceder o número de doses (duas doses) considerado como parâmetro de risco de desenvolvimento de problemas relacionados com a Síndrome Fetal do Álcool (SOKOL et al., 1989).

As respostas das entrevistas foram digitadas e organizadas através de variáveis em uma planilha do tipo Excel. O banco de dados final foi exportado para o pacote estatístico PASW Statistics (v.19; SPSS Inc, Chicago, IL) no qual as variáveis foram organizadas e preparadas para as análises. Foi realizada a limpeza do banco de dados através de inspeção detalhada de planilhas descritivas. Após esta etapa de preparação, seguiu-se com as análises estatísticas apresentadas abaixo como descritas por Marôco (2011).

Primeiramente foi realizada a análise exploratória dos dados através da realização de estatísticas descritivas. As variáveis categóricas são apresentadas no

texto por meio de sua frequência absoluta (n) e frequência relativa (n%). Já as variáveis contínuas são apresentadas por meio de medidas de tendência central como média (M), mediana (Me) e moda, seguidas por medidas de dispersão como desvio-padrão (DP), mínimo (min), máximo (max) e percentis.

Para dar prosseguimento com as análises inferenciais, todas as variáveis contínuas deste estudo foram inspecionadas com a finalidade de avaliar se a sua distribuição observada provinha de uma população com distribuição normal. Para tanto foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk considerando que os grupos formados (Folheto e IB) possuíam $n < 50$. A condição de normalidade não foi observada para nenhum par de variáveis. Dessa forma, optou-se por utilizar estatísticas não-paramétricas em todos os testes de hipótese envolvendo variáveis contínuas.

A primeira estratégia de análise inferencial foi realizada com a finalidade de avaliar a existência de diferença entre os grupos IB e folheto. Neste caso, para avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as proporções das variáveis categóricas entre os grupos utilizou-se o teste do Qui-quadrado de Pearson (χ^2), sendo empregada a correção do teste exato de Fisher para os casos em que o cruzamento entre as variáveis não apresentaram frequências esperadas maiores que 1 e/ou 80% das frequências esperadas maiores ou iguais a cinco. Para o caso das variáveis contínuas que não possuíam distribuição normal foi utilizado o teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney (U) que compara a forma da distribuição destas variáveis. A segunda estratégia de análise inferencial foi realizada com a finalidade de avaliar a existência de diferença dentre grupos para os desfechos avaliados relacionados com o consumo de álcool nos diferentes tempos (trimestre anterior à gestação, começo da gestação até a primeira avaliação e período da gestação entre a primeira e a segunda avaliação). Neste caso, para avaliar a existência de diferença entre os desfechos de natureza categórica (uso de álcool no período referente e consumo tipo *binge*) foi utilizado o teste Q de Cochran (Q) para mais de duas populações em um delineamento de medidas repetidas com o ajuste de comparação múltipla *a posteriori*. No caso dos desfechos contínuos (porcentagem de dias que consumiu álcool, porcentagem dos dias que fez uso tipo *binge* e média de doses por ocasião) foi utilizado o teste não paramétrico de Friedman (χ^2_F) com o ajuste para comparação múltipla de médias de ordens *a posteriori*. Por fim, o teste exato unilateral de Wilcoxon para amostras pareadas foi utilizado com a finalidade de comparar a autoavaliação sobre o consumo de álcool

das gestantes no começo e no final da gestação. Quando encontrada diferença estatisticamente significativa dentre grupos foi calculado o tamanho do efeito das intervenções (folheto e intervenção breve) através do r de Coehn (1988) e suas classificações de tamanho de efeito. O valor de r ao quadrado corresponde à porcentagem da variância explicada da intervenção aplicada (Field, 2009).

Para todas as análises descritas acima adotou-se $\alpha=0,05$ como critério de rejeição da hipótese nula dos testes.

3.13 - Financiamento

Para a execução deste projeto de pesquisa foram concedidos recursos provenientes do CNPq/DECIT (processo número 575304/2008-1) mediante aprovação em seleção pública de projetos.

Foram concedidas bolsas de doutorado pelo CNPq, processo nº 141771/2009-7, com vigência de 01/05/2009 a 31/12/2009, e FAPESP, processo nº 2009/50999-9, com vigência de 01/01/2010 a 30/04/2012.

4.0 - RESULTADOS

4.1 - Elaboração do protocolo de intervenções breves

O protocolo de intervenção breve foi elaborado tendo como pressupostos teóricos o Modelo de Crenças em Saúde (STRECHER; ROSENSTOCK, 1997), a Entrevista Motivacional (MILLER; ROLLNICK, 2001), o modelo Transteórico de estágios de mudança de comportamento (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1993) e a Terapia Cognitivo-Comportamental (BECK, 1997).

Na elaboração do protocolo foram consultados como referências o manual da OMS (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2003), o documento do *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (2000) e o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2006).

Este protocolo de intervenções breves compreende intervenções de Educação para o Álcool, Orientações Básicas e Aconselhamento Breve e não é indicado para gestantes dependentes de álcool.

A Educação para o Álcool é indicada nos casos em que a gestante pontuar abaixo de dois no T-ACE. Nesses casos, as mulheres não consomem bebidas alcoólicas ou, se consomem, o fazem dentro dos limites de baixo risco (quando não estão grávidas). A Educação para o álcool nesses casos compreende o *feedback* para a gestante sobre a pontuação no T-ACE, parabenização e orientação sobre os perigos do consumo de álcool na gestação.

As Orientações Básicas são indicadas para as gestantes que pontuarem de dois a cinco no T-ACE e não forem dependentes de álcool. Consiste em dar o *feedback* para a gestante sobre como está seu consumo de álcool, oferecer informações sobre os riscos do uso de álcool para ela e para o bebê e fazer uma recomendação expressa para que a gestante se mantenha abstinente do uso de álcool nesse período. A forma como está estruturado o folheto da gestante reflete uma intervenção breve, utilizando orientações básicas. Os seis itens contemplados nas orientações básicas são: Apresentação, Avaliação de risco, *Feedback* sobre o consumo, Consequências do uso de álcool para a gestante e seu bebê, Recomendação para abstinência e Mensagens de apoio.

A – Apresentação

Nesta seção introduz-se o tema álcool destacando-o como um item de investigação em saúde.

Para abordar esse tema, que pode estar repleto de preconceitos e estigmas, é necessário que o entrevistador adote uma postura adequada, como preconizado por Miller e Rollnick (2001), evitando qualquer atitude autoritária ou de julgamento e utilizando de empatia e conhecimento sobre o assunto.

No folheto, como recurso informativo, foi inserido o conceito de dose-padrão, a fim de facilitar a autoavaliação da gestante sobre seu padrão de uso de álcool na sessão subsequente.

B – Avaliação de risco

Para avaliar o consumo de álcool foi utilizado o instrumento T-ACE. A escolha pelo T-ACE justifica-se pelo fato de ser um instrumento de rápida aplicação, além de ter sido validado no Brasil para identificação de gestantes com consumo de álcool que pode colocar em risco a saúde de seu bebê.

O T-ACE identifica não somente as mulheres que estão fazendo uso de álcool durante a gestação, mas também aquelas que possuem um padrão de consumo regular considerado de risco e que, portanto, poderão retomar o consumo habitual a qualquer momento durante a gestação.

Uma pontuação maior ou igual a dois no T-ACE indica um padrão de consumo de álcool que pode colocar em risco a saúde do bebê.

C – Feedback sobre consumo

O *feedback* tem como objetivo localizar a gestante em uma condição de risco. No modelo de crenças em saúde, para que um indivíduo mude um comportamento de risco é necessário que ele tenha a percepção do risco, ou seja, considere-se suscetível a um problema de saúde (STRECHER; ROSENSTOCK, 1977; BECKER et al., 1975).

Para promover a percepção de risco utilizou-se a imagem de duas pirâmides de gestantes, uma maior (em cor preta) mostrando que a maioria das gestantes não está bebendo durante a gestação e uma menor (em cor vermelha) mostrando que há um grupo de risco de gestantes que estão fazendo uso de álcool. O objetivo de se utilizar duas pirâmides de gestantes foi o de mostrar que o comportamento de

risco não é tão prevalente quanto as gestantes podem imaginar e promover um aumento de preocupações com a própria saúde e a saúde do bebê. Além disso, a gestante poderá pensar sobre a segurança de se promover mudanças no comportamento ao sair do grupo de risco (STRAUB, 2005).

Nos casos em que a gestante possui um padrão de consumo de risco, mas afirma que parou de beber durante a gestação, mostra-se a pirâmide menor com o intuito de demonstrar que, caso ela volte a fazer uso de álcool em algum momento durante a gestação, ela estará localizada naquela condição de risco.

D – Consequências do uso de álcool para a gestante e seu bebê

O objetivo de apresentar as consequências nocivas do uso de álcool para a gestante e seu bebê é promover, de acordo com o modelo de crenças em saúde, a percepção da gestante da severidade dos problemas, ou seja, perceber que seu comportamento pode ter consequências sérias.

Neste sentido, ressalta-se que o uso de álcool poderá afetar permanentemente a saúde do bebê, de forma a persistir na vida escolar e vida adulta.

Além disso, destacam-se os prejuízos do uso de álcool para a saúde da mulher, uma vez que, como observado no grupo de gestantes para adaptação do folheto, é comum que elas pensem que o consumo de álcool poderá gerar consequências somente para o bebê.

E – Recomendação para abstinência

Em geral, os protocolos de Intervenção Breve preconizam o estabelecimento de metas com o usuário de risco, de forma que ele poderá decidir entre parar de beber ou diminuir seu consumo de álcool de acordo com suas motivações e necessidades.

No caso das gestantes, como não existe um padrão que seja considerado de baixo risco, o mais recomendado é que a mulher pare de beber durante a gestação.

Portanto, optamos por não estabelecer metas, mas sim, realizar uma prescrição para a abstinência.

F – Mensagens de apoio

Este item tem o objetivo de promover apoio e encorajamento para a mudança de comportamento. As mensagens estruturadas foram: “Mãe, a sua saúde e a do seu bebê dependem de você!” e “O nascimento de uma criança é uma alegria para a família! As mães desejam que seu neném nasça com saúde. Cuide da sua saúde e tenha um bebê saudável”.

Estas mensagens foram estruturadas na forma de ganhos, pois segundo Straub (2005), mensagens em forma de ganhos são mais apropriadas para promover comportamentos preventivos.

O Aconselhamento Breve também é indicado para as gestantes que pontuarem de dois a cinco pontos no T-ACE e não forem dependentes do uso de álcool e, é aplicado conforme o estágio motivacional para a mudança de comportamento em que a gestante se encontra. Consiste em realizar os passos das Orientações Básicas, além de implementar junto com a gestante estratégias para a mudança de comportamento de acordo com seu engajamento no processo de mudança. A seguir, serão descritos os itens utilizados no aconselhamento breve.

A – Avaliação da prontidão para mudança

As decisões de seguir em frente ou não são tomadas de acordo com o nível de motivação para mudança que a gestante se encontra.

Para facilitar a identificação dos estágios motivacionais foi elaborado um quadro de decisões (Figura 3), no qual cada pergunta descreve um estágio de motivação para a mudança de forma a nortear, de acordo com a resposta da gestante, a próxima intervenção a ser realizada.

Figura 3 - Quadro de decisões para condução de Intervenções Breves

Segundo Prochaska, Diclemente e Norcross (1993) existem cinco estágios de motivação para mudança que são pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção.

A pré-contemplação é um estágio no qual a pessoa apresenta pouca ou nenhuma preocupação com o uso da substância, não deseja mudar o comportamento e pode negar que seu comportamento em relação ao uso da substância seja um problema. A pergunta formulada para identificar se a gestante estava nesse estágio foi: “Para você é importante parar de beber agora?”. Uma resposta negativa ou vacilante indicaria que a gestante não deseja mudar seu comportamento e nega que possa ser suscetível às consequências do uso de álcool que lhe foram apresentadas.

A contemplação é um estágio no qual a pessoa apresenta ambivalência ou conflito sobre seu comportamento. Ao mesmo tempo em que apresenta preocupação com o uso da substância e busca informações, ainda não há engajamento na mudança de comportamento. Caso a gestante responda positivamente a pergunta anterior (“Para você é importante parar de beber agora?”), a pergunta formulada para identificar o estágio de contemplação é: “Você se sente preparada para parar de beber?”. Caso a resposta seja negativa, isso indica que a gestante ainda não está engajada na mudança de comportamento, embora ela acredite que é importante parar de beber.

O estágio de preparação reflete um momento de tomada de decisão, engajamento em metas e prioridades. Neste caso, a gestante teria respondido positivamente à pergunta “Você se sente preparada para parar de beber?”, e negativamente à pergunta: “Você tem feito alguma coisa para parar de beber?”. Isso indica que a gestante já tomou sua decisão para parar de beber, porém ainda não realizou mudanças no seu comportamento.

A ação é um estágio no qual a pessoa já realizou mudanças no seu comportamento em relação a bebida, porém ainda pode ter recaídas. Neste estágio a gestante teria respondido positivamente à pergunta “Você tem feito alguma coisa para parar de beber?” e negativamente à pergunta “Sua estratégia está funcionando bem?”. Neste caso observa-se que a gestante realizou mudanças no seu comportamento, mas a mudança ainda não se tornou uma característica permanente.

A manutenção é um estágio no qual a pessoa atinge seus objetivos, tem a aquisição de novos comportamentos e atitudes em relação ao uso da substância. Aqui, a gestante responderia positivamente à pergunta “Sua estratégia está funcionando bem?”, indicando sucesso na aquisição do novo comportamento em relação à bebida.

B – Avaliação de crenças

Esta avaliação é indicada quando a gestante encontra-se no estágio de pré-contemplação. Neste estágio não há desejo de mudar o comportamento em relação ao uso de álcool, portanto uma avaliação de crenças, atitudes e pensamentos em relação ao consumo de álcool poderá ser útil.

A Terapia Cognitiva (Beck, 1997) baseia-se no modelo cognitivo, no qual as emoções e comportamentos das pessoas são influenciados pelo modo como elas interpretam determinados eventos e situações. As pessoas tentam extrair sentido do seu ambiente desde os primeiros estágios desenvolvimentais e suas interações com o mundo e outras pessoas conduzem a determinados entendimentos ou aprendizagens, suas crenças, as quais podem variar em precisão e funcionalidade.

Neste modelo, existem as crenças centrais (entendimentos sobre si mesmo, outras pessoas e o mundo ao seu redor. São o nível mais fundamental de crenças e são globais, rígidas e supergeneralizadas), as crenças intermediárias (influenciadas pelas crenças centrais e que consistem em atitudes, regras/expectativas e suposições) e os pensamentos automáticos (são o nível mais superficial da cognição e são ativados diante das situações vividas).

Desta forma, identificar pensamentos automáticos e crenças disfuncionais e submetê-las à avaliação crítica poderá promover uma mudança de crenças e, conseqüentemente, mudança de comportamento.

Para avaliar as crenças das gestantes em relação ao comportamento de consumo de álcool foram construídas seis proposições baseadas no discurso das gestantes (observado no grupo de gestantes para adaptação do folheto) e em algumas classes de expectativas utilizadas no instrumento *Alcohol Expectancy Questionnaire* (AEQ), a saber: transformações globais positivas, relaxamento e redução de tensão, mudanças no comportamento social, aumento de excitação (BROWN; CHRISTIANSEN; GOLDMAN, 1987). Todas as proposições refletiam atitudes e expectativas positivas em relação ao consumo de álcool.

Para cada proposição foi criado um contraponto a fim de criar a dúvida em relação à veracidade da crença apresentada e, assim, uma esperada dissonância cognitiva. Esta acontecerá quando a gestante experimentar uma tensão psicológica decorrente do conflito entre seu comportamento de consumir bebida alcoólica e sua crença modificada.

O Quadro 1, abaixo, corresponde a avaliação de crenças e os contrapontos apresentados.

CRENÇAS/EXPECTATIVAS	CONTRAPONTO
1 - Quando eu bebo me sinto mais corajosa para enfrentar os problemas da vida e a bebida me ajuda a aguentar as dores da vida.	1 - Menor controle dos comportamentos em situações públicas; menor controle sobre os filhos e a casa também. A bebida diminui a capacidade de tolerar algumas situações como, por exemplo, o comportamento dos filhos, e você age impulsivamente podendo tornar-se agressiva.
2 - Quando eu bebo me sinto mais a vontade com outras pessoas ou consigo aguentar as pessoas que me incomodam.	2 - Fica exposta a brigas e discussões com mais facilidade.
3 - Quando eu bebo fico mais relaxada e menos preocupada.	3 - Prejuízo da coordenação motora; vulnerável à acidentes; negligência do perigo eminente; menor consciência.
4 - Beber me dá sensação de liberdade ou poder.	4 - Uso continuado gera dependência que é o oposto da liberdade. Menor nível de consciência, menor condição de fazer escolhas, de falar com propriedade, de decidir sobre si e sobre os outros.
5 - Se eu beber com meu marido ou com minhas amigas (os), eles vão me achar uma pessoa legal.	5 - As dificuldades de relacionamento com o marido aumentam com o uso de álcool. Como a bebida deixa você mais desinibida, você pode agir de forma desagradável e as pessoas podem se afastar de você devido ao seu comportamento.
6 - Eu bebo para me divertir, ficar alegre, rir, brincar, etc. Acho que festa sem bebida não tem graça.	6 - Náuseas, tómbos, vômitos, acidentes de trânsito, ressaca e dores de cabeça são consequências do uso de bebidas. A diversão pode acabar em acidentes.

Quadro 1 - Avaliação de crenças e apresentação de contrapontos

C – Avaliação de autoeficácia

Esta avaliação é conduzida quando a gestante está no estágio de contemplação, ou seja, está ambivalente em relação ao consumo de álcool e ainda não está engajada na mudança de comportamento.

Neste momento, um fator fundamental para a continuidade da intervenção é a autoeficácia percebida da gestante que recebe as orientações. Antes que elas possam ser convencidas da necessidade de mudança de comportamento, elas devem acreditar que possuem a capacidade de seguir as recomendações (STRAUB, 2005).

Autoeficácia, nesse caso, refere-se ao juízo pessoal que as gestantes fazem acerca de sua capacidade para parar de beber. Essa habilidade pode estar prejudicada por baixa autoestima, história prévia de fracasso, ambiguidades em relação ao comportamento adotado/comportamento saudável, estresse, dentre outros.

Para esta avaliação foram criadas algumas proposições baseadas no discurso das gestantes (observado no grupo de gestantes para adaptação do folheto) e em alguns itens da Escala de Avaliação da Autoeficácia Geral (RIBEIRO et al., 1995).

Após a avaliação da autoeficácia é realizado um encorajamento. Em Terapia Cognitiva (BECK, 1997) os pensamentos automáticos disfuncionais, como, por exemplo, os relacionados à baixa autoeficácia são respondidos através de evidências que mostrem o contrário.

Uma forma de promover o sentimento de autoeficácia consiste em relembrar, com a gestante, situações difíceis que ela conseguiu superar. Por exemplo: uma dieta bem sucedida, ter deixado de fumar, ter sido aprovada em um curso, ter conseguido um emprego, ter cuidado de um filho doente, dentre outros.

No Quadro 2, abaixo, a lista de encorajamento mostra alguns dos principais acontecimentos na vida de uma pessoa, nos quais provavelmente ela precisou enfrentar dificuldades. Essa é uma forma de verificar a capacidade da gestante de superar obstáculos para obter fins desejados. Por exemplo: concluir os estudos, superar dificuldades de relacionamento, superar dificuldades financeiras, etc.

AUTOEFICÁCIA	ENCORAJAMENTO
Eu não me sinto capaz de realizar mudanças na minha vida.	<p>Você concluiu os estudos? Teve dificuldades? Conseguiu superar?</p> <p>Você trabalha? Foi difícil conseguir um trabalho? Como conseguiu superar?</p> <p>Você tem amigas ou marido? Tem dificuldades na relação? Como consegue superar?</p> <p>Já teve outra gestação? Teve dificuldades? Como superou?</p> <p>Já teve dificuldades financeiras? Como conseguiu superar?</p>
Já tentei diminuir ou parar de beber e não consegui.	
Eu até tento, mas o problema é que eu gosto de beber, então acho que não vou conseguir.	
Se eu ficar estressada ou chateada vou acabar bebendo.	
Eu desisto facilmente das minhas metas.	

Quadro 2 - Avaliação da autoeficácia e encorajamento

D – Avaliação de motivações (razões para não beber)

Esta etapa é cumprida quando a gestante está no estágio de preparação, ou seja, ela já decidiu mudar e planeja tomar uma atitude. Neste caso a percepção dos benefícios de mudar o comportamento (STRECHER; ROSENSTOCK, 1997) podem ser motivadoras para a adoção do novo comportamento.

Para isso, criamos uma lista de bons motivos para parar de beber na gestação (Quadro 3) baseada em alguns manuais de intervenção breve (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2003; *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 2000; *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2006). A gestante é solicitada a escolher pelo menos três bons motivos para ela.

() Eu vou dormir melhor	() Vou viver uma vida mais saudável
() Eu vou economizar dinheiro	() Vou reduzir as chances de o meu bebê ter malformações
() Será mais fácil ficar magra já que as bebidas alcoólicas contêm muitas calorias	() Vão aumentar as chances de eu ter um bebê saudável
() Terei menos chances de me sentir deprimida	() Vou cuidar melhor dos meus filhos e da minha família
() As outras pessoas vão me respeitar	() Vou ter mais controle sobre minha própria vida
() Vou melhorar meu relacionamento com meu marido, filhos e amigas	() Alguma outra razão?

Quadro 3. Estabelecendo razões para não beber

E – Avaliação de barreiras e enfrentamento

Esta avaliação é realizada quando a gestante está no estágio de Ação, ou seja, ela já promoveu mudanças no comportamento, porém a mudança ainda não se tornou uma característica permanente.

Neste caso é adequado revisar com a gestante as barreiras que ela poderá encontrar para manter seu comportamento atual e como enfrentá-las. Chamamos estas barreiras de situações problemáticas, ou seja, situações nas quais a gestante poderá ter vontade de beber. O enfrentamento são alternativas comportamentais para lidar com as situações problemáticas.

Em Terapia Cognitivo-comportamental (BECK, 1997) os cartões de enfrentamento são cartões que o paciente mantém por perto e é encorajado a lê-los em um período regular ou sempre que estiver diante de uma situação problemática. Estes cartões podem assumir várias formas, uma das quais contém, de um lado, as situações problemáticas para o paciente e, de outro, estratégias comportamentais para usar nessas situações específicas.

O Quadro 4, a seguir, mostra algumas alternativas construídas a partir de manuais existentes (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2003; *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 2000; *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2006), de situações problemáticas e formas de enfrentá-las.

As gestantes eram encorajadas a marcar suas respostas no cartão oferecido e o levavam para casa ao final da intervenção.

Situações problemáticas	Formas de lidar com as situações problemáticas
☐ Festas, churrascos, aniversários, festas de fim de ano, etc. ☐ Fim de semana ☐ Encontro de amigos ☐ Quando meu marido/amigos está(estão) bebendo perto de mim ☐ Quando me sinto chateada ou deprimida ☐ Quando me sinto sozinha ☐ Quando quero me divertir ☐ Quando meu marido ou algum amigo insiste ☐ Quando as pessoas riem e dizem que não vou conseguir ☐ Eu tentei uma estratégia que não deu certo ☐ Quando discuto com meu marido ou filhos ☐ Outras:	☐ Comer alguma coisa saudável ☐ Conversar com parentes ou amigos ☐ Dançar ☐ Brincar com as crianças ☐ Fazer algo que gosta como ouvir música, tomar banho, costurar, ler uma revista, etc. ☐ Jogar algum jogo ☐ Beber bebidas não alcoólicas ☐ Dizer às pessoas que está seguindo recomendações de um profissional de saúde para não beber ☐ Outras:

Quadro 4. Situações problemáticas e formas de enfrentá-las

F – Sumário

O sumário é realizado sempre, ao final do aconselhamento breve, e tem o objetivo de organizar as idéias da gestante sobre a intervenção que foi realizada, além de assegurar que ela compreendeu a mensagem recebida (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 2000; *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2006).

Um exemplo de como realizar o sumário é: “*Nós preenchemos um questionários sobre seu uso de álcool. Vimos que sua pontuação indica que, neste momento, seu uso de álcool pode trazer prejuízos para sua saúde e para a saúde do seu bebê. Depois vimos uma lista de riscos que o uso de álcool na gestação pode trazer para você e para o seu bebê (pedir para a gestante tentar se lembrar de alguns riscos). Além disso, a recomendação é que você não consuma nenhuma bebida alcoólica durante a gestação. {Você escolheu algumas razões para não beber durante a gestação que foram _____. Vimos também algumas situações em que você pode ter vontade de beber, que foram _____, e você selecionou algumas estratégias para lidar com elas, que foram _____}.*”

Você tem alguma pergunta a fazer?

Tenho certeza de que você é capaz de seguir essas orientações e alcançar sua meta.

Lembre-se de ter sempre a mão estas orientações para ajudá-la!”

Neste exemplo, o espaço delimitado pelas chaves, só será válido para as gestantes que preencheram essas etapas.

O tempo total de aplicação da intervenção breve variou de cinco a 30 minutos. Todas as gestantes receberam orientações básicas, porém o aconselhamento breve foi conduzido de acordo com o estágio de prontidão para mudança da gestante.

Foi elaborado e publicado um manual com o objetivo de orientar profissionais de saúde sobre como conduzir intervenções breves com gestantes. Este material é utilizado nos treinamentos oferecidos pelo PAI-PAD sobre Álcool e Saúde da Mulher (Apêndice E).

4.2 - Elaboração de folheto informativo

O folheto foi desenvolvido como material de apoio para o grupo de gestantes que recebeu intervenção breve e como fonte de orientação para as gestantes que participaram do grupo folheto (Apêndice F).

Este material contempla as orientações básicas da intervenção breve incluindo os itens: instrumento de avaliação do uso de álcool, identificação de risco, orientações sobre consequências do uso de álcool na gestação e recomendação para abstinência.

A fim de adequar o folheto à população alvo foi realizado, no segundo semestre de 2009, um grupo de gestantes com os objetivos de: (I) verificar a compreensão do folheto informativo sobre o uso de álcool na gestação; (II) identificar conhecimentos e crenças existentes sobre o tema; e (III) identificar a apreensão dos conteúdos do folheto.

Para tal, foram realizados dois encontros com um grupo de gestantes do Corassol, nos dias 25/09 e 23/10/09. No primeiro encontro participaram nove gestantes e no segundo encontro participaram as mesmas nove gestantes mais uma.

Corassol é uma organização não-governamental, localizada na cidade de Ribeirão Preto, que realiza trabalhos nas áreas de educação, cultura, saúde, assistência social e meio ambiente. Uma das unidades de serviço do Corassol é o Casulo de Amor, que atende, aproximadamente, 100 gestantes por ano, propiciando-lhes orientação quanto ao desenvolvimento de uma gravidez saudável, cuidados com o bebê, aleitamento materno, e geração de renda no âmbito familiar.

No primeiro encontro foi realizada uma dinâmica de apresentação, uma dinâmica de aquecimento e a leitura pausada do folheto com a identificação de compreensão dos tópicos: capa, mensagem inicial, dose-padrão, instrumento T-ACE, pontuação, consequências e recomendações.

No segundo encontro foi realizada a identificação da apreensão dos conteúdos do folheto informativo, utilizando as seguintes perguntas para as gestantes: “O que vocês se lembram da conversa que tivemos?”; “Como vocês contariam para uma amiga gestante o que aprenderam?”; “Como vocês contariam para uma amiga que não está grávida o que aprenderam?”.

Os encontros foram conduzidos por três pesquisadoras do NPCP. No primeiro encontro uma pesquisadora conduziu as dinâmicas, a leitura e verificação de compreensão das gestantes, enquanto as demais pesquisadoras faziam anotações sobre as observações feitas pelas gestantes. No segundo encontro, as gestantes foram divididas em três grupos menores de forma que cada pesquisadora conduziu as perguntas e anotações de respostas de cada grupo menor.

Como resultado desse grupo de gestantes, obtivemos:

I - Compreensão do folheto

As gestantes apresentaram algumas dificuldades na compreensão de termos técnicos como: hiperatividade, julgamento e coordenação motora. Elas não tinham conhecimento sobre a concentração de álcool nas diferentes bebidas. Ficaram surpresas com os prejuízos que o álcool traz para a gestante e para a criança em idade escolar. De uma forma geral elas acompanharam com interesse e atenção as informações repassadas.

II - Conhecimentos e crenças existentes

Observamos que as participantes possuíam alguns conhecimentos sobre a saúde da gestante, amamentação e prejuízos do álcool para o bebê. Estas informações provavelmente podem ter sido efeito de um trabalho educativo e de orientação prévios.

Em geral elas também revelaram a crença de que bebidas doces cortavam o efeito do álcool, como por exemplo, batidas com leite condensado, licores, ice e coquetéis. Outra idéia refere-se à quantidade de bebida alcoólica que pode trazer prejuízo: algumas falaram que qualquer quantidade faz mal outras afirmam que um pouco (uma bicadinha, um copo) não faz mal.

III - Conteúdos absorvidos

- Qualquer bebida contém álcool e o açúcar não corta o efeito deste;
- O conceito de dose padrão não ficou claro;
- Algumas bebidas têm maior concentração de álcool e cerveja tem menos;
- Consequências do uso de álcool para o bebê e para a criança;

- Consequências do uso de álcool para a mãe: vulnerabilidade para violência, sofrer acidentes, parto prematuro;
- Gestante não pode beber, pois faz mal para o bebê;
- O álcool vai para o leite.

IV) Observações e sugestões

As gestantes demonstraram uma atenção à estética do folheto, comentando as imagens ilustrativas. Tiveram uma boa aceitação ao responder o questionário que avaliava o consumo de álcool e uma boa aceitação ao material (folheto) apresentado.

Demonstraram preocupação em falar sobre o tema – abordar uma amiga sobre essa temática – com receio da reação da amiga, identificando assim o preconceito em torno do uso de álcool e drogas, além de uma responsabilização da mulher pelas consequências com o bebê.

O grupo de gestantes teve grande valia no sentido de promover a utilização de recursos relacionados ao cotidiano da gestante buscando um raciocínio mais concreto na abordagem do tema em questão, além de evitar o uso de termos técnicos. Foram anotadas algumas sugestões das gestantes para a arte final do folheto.

Também foi observado que o consumo de álcool neste grupo está presente na gestante e em alguns familiares, como o marido e a mãe. Neste grupo foi identificada uma gestante com provável Dependência de Álcool e outra relatou que voltou a fazer uso de álcool e tabaco remetendo ao estresse que estava vivenciando.

4.3 - Caracterização da amostra

Seguindo os critérios de inclusão e exclusão adotados, compuseram a amostra final da pesquisa 80 gestantes, das quais 39 pertenciam ao grupo Folheto e 41 pertenciam ao grupo Intervenção Breve.

As gestantes possuíam, na primeira etapa do estudo, idade média aproximada de 26 anos ($M=26,18$; $DP=\pm 5,19$) e idade gestacional média de

aproximadamente 12 semanas ($M=11,74$; $DP=\pm 2,91$). As participantes, na sua maioria, eram casadas ou amasiadas (66,3%), possuíam no máximo o Ensino Médio incompleto (60%), não eram praticantes de religião (73,8%), não planejavam ficar grávida (75%) e não exerciam atividade remunerada (51,3%). Ao considerar toda a renda da família, a média era de R\$ 1.176,41 ($DP=\pm 624,35,71$) sendo dividida entre cerca de 3,56 dependentes por família.

Do total de gestantes, apenas 16,3% tinha algum problema de saúde, sendo que somente uma gestante estava fazendo tratamento psicológico ou psiquiátrico e duas gestantes estavam fazendo uso de medicamento psiquiátrico.

No segundo tempo da pesquisa as participantes estavam com uma média de 27,7 semanas de gestação ($DP=\pm 3,3$).

Na Tabela 1, pode-se observar que não existiu diferença estatisticamente significativa para qualquer variável estudada neste primeiro momento, quando comparamos o grupo que recebeu a intervenção breve e o que recebeu apenas o folheto.

Tabela 1 - Descrição da amostra de gestantes e análise do balanceamento gerado a partir da alocação aleatória entre os grupos (n=80)

Variáveis Categóricas	Categorias	Total (n=80)		Folheto (n=39)		Intervenção Breve (n=41)		Estatísticas Inferenciais	
		N	%	N	%	n	%	χ²	p
Estado Civil	Casada	13	16,3	6	15,4	7	17,1	2,168	0,95*
	Vive junto	40	50,0	21	53,8	19	46,3		
	Solteira	25	31,3	12	30,8	13	31,7		
	Separada/Divorciada	1	1,3	-	-	1	2,4		
	Viúva	1	1,3	-	-	1	2,4		
Escolaridade Máxima	Nenhuma	-	-	-	-	-	-	4,745	0,46*
	Fundamental Incompleto	22	27,5	13	33,3	9	22,0		
	Fundamental Completo	10	12,5	5	12,8	5	12,2		
	Médio/ Técnico Incompleto	16	20,0	7	17,9	9	22,0		
	Médio/ Técnico Completo	27	33,8	10	25,6	17	41,5		
	Superior Incompleto	4	5,0	3	7,7	1	2,4		
	Superior Completo	1	1,3	1	2,6	-	-		
Exerce atividade remunerada	Não	41	51,3	19	48,7	22	53,7	0,195	0,66*
	Sim	39	48,8	20	51,3	19	46,3		
Pratica alguma religião	Não	59	73,8	32	82,1	27	65,9	2,709	0,10*
	Sim	21	26,3	7	17,9	14	34,1		
Planejava ficar grávida agora	Não	60	75,0	31	79,5	29	70,7	0,817	0,37*
	Sim	20	25,0	8	20,5	12	29,3		
Tem problema de saúde	Não	66	83,5	33	84,6	33	82,5	0,064	0,80*
	Sim	13	16,5	6	15,4	7	17,5		
Variáveis Contínuas	Grupo	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Estatísticas Inferenciais	
Idade da gestante (anos)	Folheto	26,74	26	25	4,993	18	38	U	p
	Intervenção Breve	25,63	25	19	5,379	18	38		
	Total	26,18	26	25	5,192	18	38		
Renda familiar (reais)	Folheto	1163,78	1000	800	630,199	320	3000	U	p
	Intervenção Breve	1189,03	1000	800	626,879	350	3000		
	Total	1176,41	1000	800	624,351	320	3000		
Pessoas que dependem da renda familiar	Folheto	3,63	3,5	2	1,567	1	8	U	p
	Intervenção Breve	3,5	3	2	1,769	2	12		
	Total	3,56	3	2	1,664	1	12		
Idade gestacional em semanas no 1º tempo da pesquisa	Folheto	11,49	11	10	3,051	4	16	U	p
	Intervenção Breve	11,98	12	12	2,788	4	16		
	Total	11,74	12	12	2,911	4	16		
Idade gestacional em semanas no 2º tempo da pesquisa	Folheto	27,79	27	25	3,262	24	36	U	p
	Intervenção Breve	27,68	27	25	3,282	24	37		
	Total	27,74	27	25	3,252	24	37		

χ^2 =Estatística do teste do Qui-quadrado de Pearson com ou sem correção do teste exato de Fisher; U=Estatística U de Mann-Whitney. *p>0,05 aceitando a igualdade entre os grupos para as variáveis apresentadas.

4.4 - Padrão de uso de álcool (avaliação inicial)

Inicialmente foi avaliada a quantidade de dias em que as gestantes consumiram álcool nos 90 dias antes da entrevista, indicando que elas beberam em média 17,19 dias (DP=17,01), correspondendo a uma média de 19,09% de dias em que consumiram álcool. Nestas ocasiões as gestantes relataram consumir em média 6,15 doses de bebidas alcoólicas (DP=4,52), tendo realizado consumo tipo *binge* em 17,75% dos 90 dias e 95,7% dos dias em que beberam.

Ao serem questionadas acerca do seu consumo de álcool durante a gestação até o dia da primeira entrevista, observou-se que estas beberam em média 3,45 dias com desvio padrão de 6,19, caracterizando um consumo em 4,01% dos dias deste período. As 65% das gestantes que consumiram álcool neste período, fizeram-no em média em 6,17% (DP=7,72%) dos dias em que estavam grávidas até a data da primeira entrevista. O número médio de doses consumidas foi de 3,23 (DP=3,38) e mediana igual a dois. Tal padrão de consumo esteve associado com ao menos uma ocasião de consumo tipo *binge* entre 51,9% das gestantes que consumiram álcool, indicando que, em média, este tipo de consumo foi feito em 3,89% dos dias deste período (DP=7,84%). Os valores do padrão de consumo acima descritos não caracterizaram uma distribuição normal, influenciados pelo número de gestantes que declararam não ter consumido bebida alcoólica nesse período.

Na Tabela 2, pode-se observar o padrão de uso de álcool na amostra total e em cada grupo nos 90 dias que antecederam a pesquisa e durante a gestação até a primeira entrevista. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas para o padrão de uso de álcool observado neste primeiro tempo da pesquisa quando comparados os grupos intervenção breve e folheto.

Tabela 2 - Padrão de consumo de álcool 90 dias antes da gestação e durante a gestação até a primeira avaliação (n=80)

Variáveis Categóricas	Categorias	Total (n=80)		Folheto (n=39)		Intervenção Breve (n=41)		Estatísticas Inferenciais			
		n	%	n	%	n	%				
Consumiu álcool no trimestre anterior à gestação	Não	1	1,2	1	2,6	-	-	χ^2	p*		
	Sim	79	98,8	38	97,4	41	100			-	0,48
Fez <i>binge</i> em alguma ocasião em que bebeu no trimestre anterior a gestação	Não	10	12,5	6	15,4	4	9,8	χ^2	p*		
	Sim	70	87,5	33	84,6	37	90,2			-	0,51
Bebeu durante o período gestacional anterior à primeira avaliação	Não	28	35,0	13	33,3	15	36,6	χ^2	p*		
	Sim	52	65,0	26	66,7	26	63,4			0,093	0,76
Fez <i>binge</i> em alguma ocasião em que bebeu no período gestacional anterior à primeira avaliação.	Não	53	66,3	24	61,5	29	70,7	χ^2	p*		
	Sim	27	33,8	15	38,5	12	29,3			0,756	0,38
Variáveis Contínuas	Grupo	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Estatísticas Inferenciais			
Porcentagem de dias que bebeu no trimestre anterior à gestação	Folheto	18,66	13,33	13,33	19,797	0,00	100,00	U	p*		
	IB	19,51	13,33	13,33	18,252	1,11	100,00			740,500	0,56
	Total	19,09	13,33	13,33	18,905	0,00	100,00				
Quantidade média de doses que bebeu por ocasião no trimestre anterior à gestação	Folheto	5,46	4,00	4,00	4,315	0,00	20,00	U	p*		
	IB	6,80	6,00	8,00	4,665	2,00	24,00			625,000	0,91
	Total	6,15	5,00	4,00	4,520	0,00	24,00				
Porcentagem de dias que bebeu <i>binge</i> no trimestre anterior à gestação	Folheto	17,06	13,33	13,33	20,662	0,00	100,00	U	p*		
	IB	18,40	13,33	13,33	18,764	0,00	100,00			714,500	0,41
	Total	17,75	13,33	13,33	19,598	0,00	100,00				
Porcentagem de dias em que bebeu durante a gestação até a primeira avaliação	Folheto	3,30	1,09	0,00	5,648	0,00	28,57	U	p*		
	IB	4,68	1,19	0,00	7,884	0,00	28,57			766,500	0,74
	Total	4,01	1,19	0,00	6,878	0,00	28,57				
Quantas doses em média no dia que bebeu durante a gestação até a primeira avaliação	Folheto	2,15	1,00	0,00	3,498	0,00	20,00	U	p*		
	IB	2,05	1,00	0,00	2,783	0,00	10,00			778,500	0,83
	Total	2,10	1,00	0,00	3,133	0,00	20,00				
Porcentagem de dias em que bebeu <i>binge</i> durante a gestação até a primeira avaliação	Folheto	1,96	0,00	0,00	5,161	0,00	28,57	U	p*		
	IB	3,07	0,00	0,00	7,716	0,00	28,57			764,000	0,68
	Total	2,53	0,00	0,00	6,578	0,00	28,57				

U=Estatística U de Mann-Whitney, *p>0,05 aceitando a igualdade entre os grupos para as variáveis apresentadas.

4.5 - Padrão de uso de álcool em T2

No segundo tempo da pesquisa as gestantes referiram seu consumo de álcool no período compreendido entre as avaliações. As gestantes beberam em média 4,2 dias com desvio padrão de 8,03, caracterizando um consumo em 2,2% dos dias deste período. As 50% das gestantes que consumiram álcool neste período, fizeram-no em média em 4,33% (DP=5,03%) dos dias em que estavam grávidas até a data da primeira entrevista. O número médio de doses consumidas foi de 2,91 (DP=3,58) e mediana igual a dois. Tal padrão de consumo esteve associado com ao menos uma ocasião de consumo tipo *binge* entre 37,5% das gestantes que consumiram álcool, indicando que, em média, este tipo de consumo foi feito em 2,42% dos dias deste período (DP=5,11%). Observa-se, portanto, uma diminuição do padrão de consumo de álcool entre as gestantes que relataram consumo nas avaliações realizadas.

Neste momento da pesquisa foi perguntado às gestantes como estas avaliavam seu comportamento de consumo de bebidas alcoólicas atual e no começo da gestação, utilizando uma escala de 0 a 10, sendo 0 pouco consumo e 10 um alto consumo (ver questões 41 e 42 do apêndice C). Nesta autoavaliação as médias variaram de 3,13 no começo da gestação a 1,01 no momento da segunda entrevista para amostra total, e respectivamente de 2,77 a 1,21 no grupo folheto, e de 3,46 a 0,83 no grupo intervenção breve. Não foram observadas diferenças entre os grupos na autoavaliação, porém a avaliação intragrupo mostrou uma redução estatisticamente significativa tanto para a amostra total (Wilcoxon, $Z=-5,07$; $p<0,001$), como no grupo folheto (Wilcoxon, $Z=-2,74$; $p<0,01$; $r=0,31$) indicando a existência de um efeito médio para o folheto, assim como a intervenção breve (Wilcoxon, $Z=-4,43$; $p<0,001$; $r=0,49$) também com um efeito médio.

Não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no padrão de consumo de álcool observado em T2, conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3 - Padrão de consumo de álcool entre a primeira avaliação (T1) e o seguimento (T2) (n=80)

Variáveis Contínuas	Grupo	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Análises Inferenciais	
Porcentagem de dias em que consumiu álcool no período gestacional entre T1 e T2	Folheto	2,03	0,54	0,00	3,076	0,00	12,44	U	p*
	IB	2,29	0,00	0,00	5,006	0,00	25,40	722,500	0,43
	Total	2,16	0,19	0,00	4,154	0,00	25,40		
Média de doses de álcool consumidas no período gestacional entre T1 e T2	Folheto	1,57	0,50	0,00	3,568	0,00	16,00	U	p*
	IB	1,34	0,00	0,00	2,160	0,00	10,00	789,000	0,91
	Total	1,45	0,25	0,00	2,915	0,00	16,00		
Porcentagem de ocasiões em que fez uso tipo <i>binge</i> no período gestacional entre T1 e T2	Folheto	0,84	0,00	0,00	2,496	0,00	11,06	U	p*
	IB	1,55	0,00	0,00	4,721	0,00	25,40	746,000	0,45
	Total	1,21	0,00	0,00	3,796	0,00	25,40		
Autoavaliação da gestante sobre o seu comportamento de beber de 0 a 10 no começo da gestação	Folheto	2,77	2,00	0,00	2,978	0,00	10,00	U	p*
	IB	3,46	3,00	3,00	2,984	0,00	10,00	671,000	0,21
	Total	3,13	3,00	0,00	2,983	0,00	10,00		
Autoavaliação da gestante sobre o seu comportamento de beber de 0 a 10 no final da gestação	Folheto	1,21	0,00	0,00	2,473	0,00	10,00	U	p*
	IB	0,83	0,00	0,00	1,883	0,00	10,00	754,000	0,60
	Total	1,01	0,00	0,00	2,184	0,00	10,00		

U=Estatística U de Mann-Whitney, *p>0,05 aceitando a igualdade entre os grupos para as variáveis apresentadas.

4.6 - Diferenças no padrão de consumo de álcool ao longo do tempo (intragrupos)

Conforme apontado nas Tabelas 4 e 5, os dados coletados apontam para a existência de uma tendência de diminuição do consumo de álcool entre as gestantes ao longo das três avaliações realizadas (90 dias antes da gestação, período da gestação até a avaliação em T1 e período da gestação entre a primeira e a segunda avaliação).

A comparação entre as proporções de gestantes que fizeram uso de álcool em algum dos três momentos indicou que existe uma diferença estatisticamente significativa entre os tempos ($p < 0,001$) no sentido de uma redução do consumo. Contudo, essa diferença não foi observada, seja no grupo total, entre as gestantes que receberam IB ou que receberam apenas o folheto quando comparados T1 e T2. O mesmo resultado foi encontrado com relação ao consumo tipo *binge*.

Da mesma forma a principal diferença entre os desfechos número de dias que usou álcool, quantidade de doses e dias em que consumiu álcool em padrão de *binge*, foi entre a avaliação feita nos 90 dias anteriores à gestação com a avaliação em T1 e T2, e não entre T1 e T2 como era esperado.

As figuras 4 e 5 descrevem, respectivamente, o percurso do consumo de álcool das gestantes dos grupos folheto e intervenção breve. No caso do grupo folheto (Figura 4), das 39 gestantes rastreadas como T-ACE positivas, 26 (66,7%) consumiram bebida alcoólica no começo da gestação até a data da primeira entrevista. Destas, 16 (61,5%) das gestantes continuaram bebendo até o momento da segunda avaliação, enquanto 10 (38,5%) ficaram abstinentes neste período. É interessante observar que daquelas 16 gestantes que continuaram bebendo até o momento da segunda avaliação, 12 (75%) delas apresentaram algum tipo de diminuição do padrão de consumo de álcool. Essa importante redução intragrupo observada para as gestantes do grupo folheto também se repetiu para o grupo IB, conforme apresentado na Figura 5. Neste grupo, das 14 (53,8%) gestantes que continuaram bebendo até o momento da segunda avaliação, nove (64,3%) apresentaram algum tipo de diminuição do padrão de consumo de álcool. Entretanto, é particularmente relevante reforçar que este grupo apresentou maior prevalência de gestantes abstinentes em comparação ao grupo folheto.

Tabela 4 - Comparação múltipla de proporções de uso de álcool e consumo tipo *binge* nos três tempos avaliados utilizando o teste de amostras pareadas de Cochran para a amostra total (n=80), grupo IB (n=41) e Folheto (n=39)

Variável	Intervenção	Tempo	Categoria	N	%	Teste de Cochran		Pares	Comparações Múltiplas			
						Q	p		T	Z	p	p ajustado
Fez uso <i>binge</i>	Folheto	Antes gestação (a)	Não	6	15,4	34,438	<0,001*	a – b	0,462	3,897	<0,001	<0,001
			Sim	33	84,6							
		T1 (b)	Não	24	61,5			a – c	0,692	5,846	<0,001	<0,001
			Sim	15	38,5							
		T2 (c)	Não	33	84,6			b – c	0,231	1,949	0,051	0,154
			Sim	6	15,4							
	IB	Antes gestação (a)	Não	4	9,8	44,313	<0,001*	a – b	0,610	5,413	<0,001	<0,001
			Sim	37	90,2							
		T1 (b)	Não	29	70,7			a – c	0,683	6,062	<0,001	<0,001
			Sim	12	29,3							
		T2 (c)	Não	32	78,0			b – c	0,073	0,650	0,516	1,000
			Sim	9	22,0							
Fez uso de álcool	Folheto	Antes gestação (d)	Não	10	12,5	78,406	<0,001*	a – b	0,688	6,583	<0,001	<0,001
			Sim	70	87,5							
		T1 (b)	Não	53	66,3			a – c	0,538	8,420	<0,001	<0,001
			Sim	27	33,8							
		T2 (c)	Não	65	81,3			b – c	0,150	1,837	0,066	0,199
			Sim	15	18,8							
	IB	Antes gestação (d)	Não	1	2,6	19,913	<0,001*	d – e	0,308	3,065	0,002	0,007
			Sim	38	97,4							
		T1 (e)	Não	13	33,3			d – f	0,436	4,341	<0,001	<0,001
			Sim	26	66,7							
		T2 (f)	Não	18	46,2			e – f	0,128	1,277	0,202	0,605
			Sim	21	53,8							
Fez uso de álcool	IB	Antes gestação (d)	Não	-	-	28,074	<0,001*	d – e	0,366	3,536	<0,001	0,001
			Sim	41	100,0							
		T1 (e)	Não	15	36,6			d – f	0,537	5,185	<0,001	<0,001
			Sim	26	63,4							
		T2 (f)	Não	22	53,7			e – f	0,171	1,650	0,099	0,297
			Sim	19	46,3							
	Total	Antes gestação (d)	Não	1	1,3	47,880	<0,001*	d – e	0,338	4,667	<0,001	<0,001
			Sim	79	98,8							
		T1 (e)	Não	28	35,0			d – f	0,488	6,755	<0,001	<0,001
			Sim	52	65,0							
		T2 (f)	Não	40	50,0			e – f	0,150	2,078	0,038	0,113
			Sim	40	50,0							

*Significância nível <0,05.

Tabela 5 - Comparações múltiplas de médias de dias que bebeu em *binge*, dias que usou álcool e média de doses por ocasião utilizando teste para amostras pareadas de Friedman para a amostra total (n=80), grupo IB (n=41) e Folheto (n=39).

Variáveis	Intervenção	Tempo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Minimum	Maximum	Teste Friedman		Pares	Comparações Múltiplas			
								χ^2_F	p		T	Z	p	pajustado
Porcentagem de dias em que bebeu <i>binge</i>	Folheto	Antes gestação (a)	17,06	13,33	20,66	0,00	100,00	42,760	<0,001*	a-b	1,013	4,472	<0,001	<0,001
		T1 (b)	1,96	0,00	5,16	0,00	28,57			a-c	1,218	5,378	<0,001	<0,001
		T2 (c)	0,84	0,00	2,49	0,00	11,06			b-c	0,205	0,906	0,365	1,000
	IB	Antes gestação (a)	18,40	13,33	18,76	0,00	100,00	59,547	<0,001*	a-b	1,232	5,577	<0,001	<0,001
		T1 (b)	3,07	0,00	7,71	0,00	28,57			a-c	1,366	6,184	<0,001	<0,001
		T2 (c)	1,55	0,00	4,72	0,00	25,40			b-c	0,134	0,607	0,544	1,000
	Total	Antes gestação (a)	17,75	13,33	19,59	0,00	100,00	101,711	<0,001*	a-b	1,125	7,115	<0,001	<0,001
		T1 (b)	2,53	0,00	6,57	0,00	28,57			a-c	1,294	0,158	<0,001	<0,001
		T2 (c)	1,21	0,00	3,79	0,00	25,40			b-c	0,169	1,067	0,286	0,858
Porcentagem de dias em que bebeu	Folheto	Antes gestação (d)	18,66	13,33	19,79	0,00	100,00	45,59	<0,001*	d-e	1,077	4,756	<0,001	<0,001
		T1 (e)	3,30	1,09	5,64	0,00	28,57			d-f	1,423	6,284	<0,001	<0,001
		T2 (f)	2,03	0,54	3,07	0,00	12,44			e-f	0,346	1,529	0,126	0,379
	IB	Antes gestação (d)	19,51	13,33	18,25	1,11	100,00	63,01	<0,001*	d-e	1,220	5,522	<0,001	<0,001
		T1 (e)	4,68	1,19	7,88	0,00	28,57			d-f	1,634	7,399	<0,001	<0,001
		T2 (f)	2,29	0,00	5,00	0,00	25,40			e-f	0,415	1,877	<0,60	0,181
	Total	Antes gestação (d)	19,09	13,33	18,90	0,00	100,00	108,08	<0,001*	d-e	1,150	7,273	<0,001	<0,001
		T1 (e)	4,01	1,19	6,87	0,00	28,57			d-f	1,531	9,684	<0,001	<0,001
		T2 (f)	2,16	0,19	4,15	0,00	25,40			e-f	0,381	2,411	0,016	0,048
Número médio de doses que consumiu	Folheto	Antes gestação (g)	5,46	4,00	4,31	0,00	20,00	42,15	<0,001*	g-h	0,910	4,020	<0,001	<0,001
		T1 (h)	2,15	1,00	3,49	0,00	20,00			g-i	1,244	5,492	<0,001	<0,001
		T2 (i)	1,57	0,50	3,57	0,00	16,00			h-i	0,333	1,472	0,141	0,423
	IB	Antes gestação (g)	6,80	6,00	4,65	2,00	24,00	55,29	<0,001*	g-h	1,171	5,301	<0,001	<0,001
		T1 (h)	2,05	1,00	2,78	0,00	10,00			g-i	1,463	6,626	<0,001	<0,001
		T2 (i)	1,34	0,00	2,16	0,00	10,00			h-i	0,293	1,325	0,185	0,555
	Total	Antes gestação (g)	6,15	5,00	4,52	0,00	24,00	96,93	<0,001*	g-h	1,044	6,601	<0,001	<0,001
		T1 (h)	2,10	1,00	3,13	0,00	20,00			g-i	1,356	8,578	<0,001	<0,001
		T2 (i)	1,45	0,25	2,92	0,00	16,00			h-i	0,312	1,976	0,048	0,144

*Significância nível <0,05.

Figura 4 - Percurso do consumo de álcool das gestantes do grupo Folheto entre T1 e T2

Figura 5 - Percurso do consumo de álcool das gestantes do grupo Intervenção Breve entre T1 e T2

5.0 - DISCUSSÃO

Ambos os grupos formados apresentaram características semelhantes tanto com relação ao consumo de álcool, quanto acerca dos aspectos sócio-demográficos. Tais resultados indicam que se pode considerar, portanto, adequado o processo de alocação aleatória e seleção da amostra.

Neste estudo foram rastreadas 28,4% de gestantes com uso de risco de álcool através do T-ACE. A versão utilizada deste instrumento foi a mesma utilizada por Fabbri et al. (2007) que fez a validação do T-ACE para população de gestantes e encontrou uma prevalência de uso de risco de 22,1%. Destaca-se, contudo, que Fabbri et al. (2007) utilizou uma população de gestantes no terceiro trimestre gestacional quando o padrão de consumo de álcool e a tolerância (medida pela primeira questão do T-ACE) provavelmente teriam diminuído.

O uso do T-ACE para o rastreamento da amostra mostrou-se adequado uma vez que este instrumento identifica não somente as mulheres que estão fazendo uso de álcool atualmente, como também aquelas com um padrão de tolerância (três doses ou mais) que indicam um uso regular de bebidas alcoólicas. Tal característica aponta para o risco de a gestante retomar o uso de álcool a qualquer momento durante a gestação (o que pode ser observado nas figuras 4 e 5), além de um risco aumentado para problemas no desenvolvimento do bebê.

Outra informação importante foi a avaliação do consumo de álcool antes da gestação. Observamos que esta avaliação facilitou o *rapport* permitindo um autorrelato do uso atual de álcool pelas gestantes. Tal estratégia pode ser utilizada nos serviços de saúde com o objetivo de abordar a temática e rastrear possíveis bebedoras.

Dentre as 86 gestantes incluídas na pesquisa, três (3,5%) tiveram aborto espontâneo, duas das quais relataram uso de álcool durante a gestação. Embora o motivo do aborto não tenha sido investigado, é importante destacar que o uso de álcool durante a gestação pode acarretar o aborto espontâneo (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000; NIAAA, 1999). Além disso, dados preliminares do ano de 2010 divulgados pelo DATASUS revelam uma prevalência de óbitos fetais antes do parto de 1,2% no município de Araraquara e de 0,9% no município de

Ribeirão Preto, revelando que a prevalência de abortos em gestantes é menor do que a encontrada neste estudo.

Assim como encontrado nos estudos de Chang et al. (1999), Handmaker et al. (1999), Tzilos, Sokol e Ondersman (2011) e observado por Nilsen (2009) em estudo de revisão, foi observada diminuição do padrão de consumo de álcool tanto entre as gestantes que participaram do grupo IB quanto das gestantes que participaram do grupo folheto sem obter, contudo, diferenciação entre os grupos.

Nilsen (2009) chama a atenção para o fato de que muitos estudos sobre intervenções breves envolveram procedimentos de avaliação bastante abrangentes tanto nos grupos intervenção breve quanto nos grupos controle e que isso tem levado à especulação sobre se o rastreamento em si pode constituir uma espécie de intervenção e poderia explicar por que os participantes do grupo controle também reduziram seu consumo de álcool. Neste sentido, o rastreamento/avaliação do uso de álcool teria provocado contemplação sobre o comportamento de beber e tornado a gestante consciente do seu consumo de álcool de maneira a propiciar a mudança de comportamento.

Alia-se a isso o fato de que esta pesquisa utilizou como estratégia de “controle” o uso de um folheto informativo sobre os riscos do consumo de álcool na gestação, o qual conta com uma recomendação expressa para que a gestante não consuma bebidas alcoólicas. Este folheto foi cuidadosamente preparado em colaboração com um grupo de gestantes e adaptado em sua linguagem tendo-se em vista o conceito de literacia em saúde (*health literacy*) o qual se refere ao grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender informações básicas de saúde e serviços necessários para tomar decisões de saúde adequadas (HEALTHY PEOPLE, 2010). Neste conceito as habilidades individuais são tão importantes quanto as habilidades de comunicação e avaliação das pessoas com as quais os indivíduos interagem em relação à sua saúde visando fornecer informações de saúde de uma forma adequada para o público (THE HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, 2010).

Muitas vezes são fornecidos materiais desnecessariamente complexos que não funcionam como ferramentas para a ação e ajuda para a tomada de decisões em saúde. Além disso, muitos profissionais de saúde têm se acostumado a escrever e falar uma linguagem especializada que conta com o jargão de seu trabalho, em vez de palavras comuns de uso cotidiano. Com a transição para um

sistema de saúde mais centrado no usuário, como parte de um esforço global para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e reduzir os custos dos cuidados de saúde, os indivíduos precisam assumir um papel ainda mais ativo nas decisões de saúde. Para conseguir isso as pessoas precisam de fortes competências de informação em saúde (THE HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, 2010). Diante disso e dos resultados encontrados por Chang et al. (2005) que identificaram uma maior redução do uso de álcool em gestantes quando o parceiro era incluído na intervenção breve, considera-se relevante que as ações em saúde possam ser ampliadas para o contexto familiar e social no qual o usuário de saúde está inserido, tornando as responsabilidades em saúde compartilhadas não somente entre profissional e usuário, mas também entre aqueles sistemas mais abrangentes.

Uma percepção dos pesquisadores foi de que a maioria das gestantes já havia promovido mudanças no comportamento de beber de forma que o aconselhamento breve se concentrou mais em avaliar situações problemáticas e formas de lidar com essas situações do que em avaliação de crenças, autoeficácia e razões para não beber. Tal percepção foi confirmada pelas análises estatísticas que identificaram uma maior redução do consumo de álcool entre o trimestre anterior à gestação e as avaliações em T1 e T2. Esta observação pode indicar a existência de um processo natural de mudança do comportamento de beber relacionado a um conhecimento prévio sobre os malefícios do álcool, ou ainda, decorrentes de orientações recebidas de um profissional de saúde já que todas as gestantes incluídas na pesquisa estavam fazendo acompanhamento pré-natal. Pesquisas futuras poderiam comparar grupos de gestantes que receberam intervenção breve com grupos que não receberam nenhuma intervenção, a fim de verificar como funcionaria o processo de mudança de comportamento nesses grupos. Tal processo de pesquisa poderia utilizar informação retrospectiva do consumo de álcool no grupo controle, a fim de tentar eliminar o efeito da avaliação no comportamento de beber.

Destaca-se ainda que, na autoavaliação das gestantes, houve uma redução significativa do padrão de consumo de álcool entre T1 e T2, enquanto nas análises de comparações múltiplas (tabelas 4 e 5) foram observadas diminuições do padrão de consumo de álcool neste período, embora não estatisticamente significativas. De forma semelhante, Stadel et al. (2009) em estudo de revisão bibliográfica sobre o tema concluíram que mesmo diante de resultados diversos e não significativos, as

intervenções utilizadas podem encorajar as mulheres a se absterem do álcool durante a gestação.

A observação dos resultados aponta para uma discreta superioridade da IB sobre o folheto em relação à prevalência de gestantes abstinentes em T2 (46,2% no grupo folheto contra 3,7% no grupo IB), a média de doses consumidas por ocasião em T2 (1,57 doses no grupo folheto contra 1,34 doses no grupo IB) e a autoavaliação sobre o padrão de consumo de álcool em T2 (1,21 no grupo folheto contra 0,83 no grupo IB). Por outro lado, o grupo folheto alcançou menor frequência de dias de consumo (2,03% no grupo folheto contra 2,29% no grupo IB) e menor frequência de consumo tipo binge (0,84% no grupo folheto contra 1,55% no grupo IB). Desta forma, e diante das evidências estatísticas, não é possível dizer que a intervenção breve apresenta maior eficácia que o folheto informativo na redução do consumo de álcool ou vice-versa. Porém, podemos pensar que, em se tratando dos efeitos do uso de álcool sobre o feto, pode ser plausível dizer que os dados encontrados sejam clinicamente relevantes, especialmente se considerarmos que os estudos de O'Connor e Whaley (2007) e Tzilos, Sokol e Ondersman (2011) encontraram resultados significativamente melhores entre grupos quando analisadas variáveis de desfecho relacionadas à saúde do bebê.

Por se tratar de um estudo pioneiro, os resultados encontrados não devem desencorajar o uso do protocolo de intervenção breve desenvolvido e o uso do folheto informativo como importantes ferramentas de prevenção do uso de álcool na gestação. Galduróz et al. (2005) chama a atenção para o crescimento do consumo de álcool entre mulheres jovens no Brasil, para o aumento do número de gestantes adolescentes e para a escassez de programas de intervenção. O material desenvolvido pode ser facilmente utilizado por profissionais de saúde desde que recebam um treinamento e o material disponíveis pelo Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade (PAI-PAD).

Este estudo apresenta seus limites uma vez que não alcançou o tamanho amostral esperado para verificação de diferenças entre os grupos diminuindo com isso a capacidade de identificar diferenças estatisticamente significativas quando elas realmente existem. Destaca-se, contudo, o sucesso do recrutamento da amostra considerando os estreitos critérios de inclusão e as adversidades deste tipo de coleta de dados (contar com a participação da gestante em dois tempos distintos,

o deslocamento até as unidades de saúde pelos entrevistadores e pelas participantes, tempo despendido para a participação, limitado tempo para a coleta de dados, entre outros).

Outro limite refere-se à influência de variáveis intervenientes não controladas que poderiam interferir na redução ou aumento do uso de álcool em gestantes. Dentre essas variáveis poderíamos considerar: alterações de apetite e paladar presentes no primeiro trimestre gestacional, a presença ou não de náuseas, o estágio motivacional em que a gestante se encontra, o consumo de álcool do marido, vivenciar situações de violência e estresse, entre outros. Algumas dessas variáveis são controladas no estudo temático e dão origem a outros projetos de pesquisa do NPCP.

Além disso, também pode configurar uma limitação do estudo o fato de que nove entrevistadoras diferentes aplicaram a intervenção breve. Por se tratar de uma intervenção em que a empatia é um elemento presente no efeito da mesma, a existência de diferentes entrevistadoras pode implicar em diferentes resultados da intervenção. No entanto, para amenizar este efeito, foi realizado um treinamento para a aplicação da intervenção breve oferecido pela autora desta tese, além de constante supervisão dos entrevistadores.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Fetal Alcohol Syndrome and Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorders. **Pediatrics**, v. 106, n. 2, p. 358-361, 2000.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Drinking and Reproductive Health: A Fetal Alcohol Spectrum Disorders Prevention Tool Kit. 2006. Disponível em: http://www.acog.org/from_home/misc/dept_pubs.cfm
- BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. **Intervenções Breves para uso de risco e uso nocivo de álcool – Manual para Uso em Atenção Primária**. Organização Mundial de Saúde – Departamento de Saúde Mental e Dependência de Substâncias. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.
- BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C.; SAUNDERS, J. B.; MONTEIRO, M. G. AUDIT: Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool - Roteiro para Uso em Atenção Primária. Organização Mundial de Saúde – Departamento de Saúde Mental e Dependência de Substâncias. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.
- BECK, J. **Terapia Cognitiva: Teoria e Prática**. 1ª edição, Artmed, 1997.
- BECKER, M. H.; KABACK, M. M.; ROSENSTOCK, I. M.; RUTH, M. V. Some influences on public participation in a genetic screening program. **Journal of Community Health**, v. 1, p. 3-14, 1975.
- BLOSS, G. The economic cost of FAS. **Alcohol Health & Research World**, v. 18, n. 1, p. 53-54, 1994.
- BROCKINGTON, I. F. Drugs prescribed and abused. In: _____. **Motherhood and Mental Health**. Oxford: Oxford University Press, 1998. p. 469-515.
- BROWN, S. A.; CHRISTIANSEN, B. A.; GOLDMAN, M. S. The Alcohol Expectancy Questionnaire: an instrument for the assessment of adolescence and adult expectancies. **Journal of Studies on Alcohol**, v. 48, p. 483-491, 1987.
- BUNDUKI, V.; RUANO, R.; MIGUELEZ, X.; ZUGAIB, M. O consumo de álcool na gestação: efeitos sobre o feto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 7, n. 1, p. 46-50, 1996.

- CHANG, G. et al. Brief Intervention for prenatal alcohol use: a randomized trial. **Obstetrics & Gynecology**, v. 105, n. 5, p. 991-998, 2005.
- CHANG, G.; GOETZ, M. A; WILKINGS-HAUG, L; BERMAN, S. A Brief Intervention for prenatal alcohol use: An in-depth look. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 18, n. 4, p. 365-9, 2000.
- CHANG, G.; MCNAMARA, T. K.; ORAV, E. J.; WILKINGS-HAUG, L. Brief Intervention for prenatal alcohol use: The role of drinking goal selection. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 31, n. 4, p. 419-24, 2006.
- CHANG, G.; WILKINGS-HAUG, L; BERMAN, S.; GOETZ, M. A. Brief Intervention for alcohol use in pregnancy: a randomized trial. **Addiction**, v. 94, n. 10, p. 1499-1508, 1999.
- COHEN, J. W. **Statistical power analysis for the behavioral sciences** (2ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.
- CORRADI-WEBSTER et al. Capacitação de profissionais do Programa de Saúde da Família em Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves para o uso problemático de álcool. **Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2005.
- CORRÊA, C. L.; FERREIRA, M. G.; LEMONICA, I. P. Consumo de álcool e gravidez: riscos decorrentes desta associação. **Revista Brasileira de Toxicologia**, v. 13, n. 1, p. 5-10, 2000.
- DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?sinasc/cnv/pnvs.def>. Acesso em: 19/12/2011.
- FABBRI, C. E.; FURTADO, E. F.; LAPREGA, M. R. Alcohol consumption in pregnancy: performance of the Brazilian version of the questionnaire T-ACE. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 6, p. 979-984, 2007.
- FIELD, A. **Discovering Statistics Using SPSS**. 3ed. London: Sage, 2009.
- FLOYD et al. Preventing alcohol-exposed pregnancies: a randomized controlled trial. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 32, n. 1, p. 1-10, 2007.

- FREIRE, T. D. M.; MACHADO, J. C.; MELO, E. V. D.; MELO, D. G. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, p. 376-381, 2005.
- FURTADO, E. F.; FABBRI, C. E. Consumo materno de álcool e outras substâncias psicoativas e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil. **Medicina**, v. 32, n. SI, p. 53-58, 1999.
- GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; CARLINI, E. A. **V Levantamento sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras - 2004**. São Paulo: CEBRID, 2005.
- GRINFELD, H.; GOLDENBERG, S.; SEGRE, C. A. M.; CHADI, G. Fetal Alcohol Syndrome in São Paulo, Brazil. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 13, p. 496-497, 1999.
- HANDMAKER, N. S.; MILLER, W.; MANICK, M. Findings for a pilot study of motivational Interviewing with pregnant drinkers. **Journal of Studies on Alcohol**, v. 60, p. 285-287, 1999.
- HANSON, J. W.; JONES, K. L.; SMITH, D. W. Fetal alcohol syndrome. Experience with 41 patients. **Journal of the American Medical Association**, v. 235, n. 14, p. 1458-1460, 1976.
- HEALTHY PEOPLE 2010. Disponível em: (<http://www.healthypeople.gov/Document/pdf/uih/2010uih.pdf>). Acesso em: 02/01/2012.
- HENRIQUE, I. F. S.; DE MICHELI, D.; LACERDA, R. B.; LACERDA, L. A.; FORMIGONI, M. L. O. S. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.50, n 2, p. 199-206, 2004.
- JOHNSTON, M. C.; BRONSKY, P. T. Prenatal craniofacial development: New insights on normal and abnormal mechanisms. **Critical Reviews in Oral Biology and Medicine**, v. 6, n. 1, p. 25-79, 1995.
- JONES, K. L.; SMITH, D. W. The fetal alcohol syndrome. **Teratology**, v. 12, n. 1, p. 1-10, 1975.

- JONES, K. L.; SMITH, D. W.; ULLELAND, C. N.; STREISSGUTH, P. Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. **Lancet**, v. 1, n. 7815, p. 1267-1271, 1973.
- KAUP, Z. O. L.; MERIGHI, M. A. B.; TSUNECHIRO, M. A. Avaliação do consumo de bebida alcoólica durante a gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, p. 575-580, 2001.
- LISANSKY GOMBERG, E. S. Women and alcohol: Use and abuse. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 181, n. 4, p. 211-219, 1993.
- MANWELL, L. B.; FLEMING, M. F.; MUNDT, M. P.; STAUFFACHER, E. A.; BARRY, K. L. Treatment of problem alcohol use in women of childbearing age: results of a brief intervention trial. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 24, n. 10, p. 1517-1524, 2000.
- MARQUES, A. C. P. R.; FURTADO, E. F. Intervenções Breves para problemas relacionados ao álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, supl. I, p. 28-32, 2004.
- MARÔCO, J. **Análise estatística: com o PASW Statistics**. Pêro Pinheiro: Report number, 2010.
- MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional; Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- MILLER, W.R.; SANCHEZ, V.C. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard, G., ed. **Issues in Alcohol Use and Misuse in Young Adults**. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press, 1993.
- MINISTERIO DA SAUDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo**. Brasil: Ministério da Saúde, Brasília, 1994.
- MINTO, E. C.; CORRADI-WEBSTER, C. M.; GORAYEB, R.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, E. F. Intervenções Breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 3, p. 207-220, 2007.
- MORAES, C. L.; VIELLAS, E.F.; REICHENHEIM, M.E. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE and TWEAK in a Brazilian setting. **Journal of Studies on Alcohol**, v. 66, n. 2, p. 165-173, 2005.

- NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. Identification and Care of Fetal Alcohol-Exposed Children. A Guide for Primary-Care Providers. **National Institutes of Health**, Publication nº 99-4369, 1999.
- NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. Personal steps to a healthy choice: a woman's guide. **National Institutes of Health**, Publication nº 00-4370, 2000.
- NILSEN, P. Brief alcohol intervention to prevent drinking during pregnancy: an overview of research findings. **Current Opinion in Obstetrics & Gynecology**, v. 21, n. 6, p. 496-500, 2009.
- NOBILE, L.; MATHIAS, L.; KIN, H. Y.; MARTINS, J. A. Álcool e gravidez - considerações epidemiológicas e efeitos adversos sobre o concepto. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 33, n. 5, p. 347-351, 1984.
- O'CONNOR, M. J.; WHALEY, S. E. Brief intervention for alcohol use by pregnant women. **American Journal of Public Health**, v. 97, n. 2, p. 252-258, 2007.
- O'LEARY, C. M. Fetal alcohol syndrome: Diagnosis, epidemiology, and developmental outcomes. **Journal of Pediatrics and Child Health**, v. 40, n. 1-2, p. 2-7, 2004.
- PARKS, K. A.; NOCHAJSKI, T. H.; WIECZOREK, W. F.; MILLER, B. A. Assessing alcohol problems in female DWI offenders. **Alcohol Clinical and Experimental Research**, v. 20, n. 3, p. 434-439, 1996.
- PINHEIRO, S. N.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, E. F. Psychiatric morbidity and alcohol use by pregnant women in a public obstetric service. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 593-598, 2005.
- PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, v. 47, p. 1102-1114, 1993.
- RIBEIRO, J. L. P. Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. **Actas da III Conferência Internacional: Formas e Contextos**. Braga: APPORT, P. 163-176, 1995.

- RIBEIRO, E. M.; GONZALEZ, C. H. Síndrome alcoólica fetal: revisão. **Pediatria (São Paulo)**, v. 17, n. 1, p. 47-56, 1995.
- SOKOL, R. J.; MARTIER, S. S.; AGER, J. W. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 160, n. 4, p. 863-868, 1989.
- SOUZA, G. T.; RODRIGUES, M. C.; CIAVAGLIA, M. C. Análise do grau de conhecimento da população sobre a teratogenia do álcool e a conduta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 49, n. 2, p. 287-304, 1996.
- STADE, B. C.; BAILEY, C.; DZENDOLETAS, D.; SGRO, M.; DOWSWELL, T.; BENNETT, D. Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 15, n. 2, CD004228, 2009.
- STRAUB, R. O. Comportamento e saúde (parte 3). In: Straub, R. O. **Psicologia da saúde** (p. 193-229). Porto Alegre: Artmed, 2005.
- STRECHER, V. J.; ROSENSTOCK, I. M. The health belief model. In: A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, C. McManus (Eds.), **Cambridge Handbook of psychology, health and medicine** (p. 113 – 117). Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1977.
- SULLIVAN, W. C. A note on the influence of maternal inebriety on the offspring. **Journal of Mental Science**, v. 45, p. 489-503, 1899.
- THE HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. **Health Literacy Studies Web Site**. Disponível em: <http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy>. Acesso em: 14/01/2012. Atualizado em: 17/07/2010.

Seção II – T-ACE

Orientações para o entrevistador

O T-ACE é um questionário que avalia o uso de risco de álcool na gestação. As questões sublinhadas são para facilitar a conversa. Não é necessário anotar as respostas. Faça as perguntas 9 a 12 exatamente como estão escritas neste questionário. Marque com um X a opção que melhor se encaixa na resposta da gestante. Os valores de cada questão do T-ACE estão ao lado dos quadradinhos. Quando terminar toda a entrevista, por favor, some os números e anote no local indicado a pontuação final.

Você tem bom apetite? O que costuma comer nas refeições principais? Qual a bebida alcoólica de sua preferência?

9. Qual a quantidade que você precisa beber para se sentir desinibida ou mais “alegre”? (*Avaliar conforme nº de doses-padrão*) ₀ Não bebo ₁ Até duas doses ₂ Três ou mais doses

10. Alguém tem lhe incomodado por criticar o seu modo de beber? (Ex: marido, filho, pais) ₀ Não ₁ Sim

11. Você tem percebido que deve diminuir seu consumo de bebida? ₀ Não ₁ Sim

12. Você costuma tomar alguma bebida logo pela manhã para manter-se bem ou para se livrar do mal-estar do “dia seguinte” (ressaca)? ₀ Não ₁ Sim

Pontuação final: pontos

- Se a gestante pontuou 0 a 1 ponto - há um baixo risco para a saúde do bebê
- Se a gestante pontuou 2 a 5 – o uso de álcool da gestante pode trazer risco à saúde do bebê. Encaminhe a gestante para a equipe de pesquisa do PAI-PAD para que possamos fazer a intervenção adequada.

13. Você gosta de fumar cigarro? (*somente tabaco*) Não Sim

14. Atualmente, você costuma fumar cigarro? (*somente tabaco*) Não Sim

15. Durante esta gestação quantos cigarros, em média, você fuma por dia?

--	--

 cigarros por dia.

16. Você deseja e nos autoriza a entrar em contato com você para receber o resultado desta avaliação?

Não Sim

17. Você deseja e nos autoriza a entrar em contato com você para uma nova avaliação? Não Sim

IB

--	--	--	--

**AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES BREVES COM
GESTANTES NA REDUÇÃO DO CONSUMO DE RISCO DE ÁLCOOL
FICHA DE REGISTRO DE DADOS II**

Avaliação de Gestantes no 1º Trimestre de Gravidez

Seção I - Identificação da paciente

1. Número do prontuário:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
2. Unidade de Saúde:
-
3. Nome da gestante:
-
-
4. Endereço (Av/ Rua)
-
5. Número

--	--	--	--
6. Complemento

--	--	--	--	--	--
7. Bairro

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
8. Cidade

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
9. Tel contato: [

--	--

]

--	--	--	--

 -

--	--	--	--

 / [

--	--

]

--	--	--	--

 -

--	--	--	--
10. Entrevistador:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
11. Data da entrevista:

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--
12. Local da entrevista:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seção II – Dados Sócio-demográficos

13. Idade:

--	--

 anos

[illegible]

15. Atualmente, com quem voce mora?

☐ Pais ☐ Companheiro ☐ Amigas ☐ Sozinha ☐ Outros

Especifique:

16. Estado civil: ☐ Casada ☐ Vive junto ☐ Solteira ☐ Separada/Divorciada ☐ Viúva

17. Esta é a sua primeira relação conjugal? ☐ Não ☐ Sim ☐ não se aplica

18. Qual o tempo de relação com o atual companheiro?

 anos e

 meses

 não se aplica

19. Escolaridade:

☐ Nenhuma

Ensino Médio/Técnico completo

☐ Ensino Fundamental incompleto

☐ Ensino Médio/Técnico completo

☐ Ensino Fundamental completo

☐ Ensino Superior incompleto

Ensino Médio/Técnico incompleto

☐ Ensino Superior completo

20. Qual a cor que você considera que seja a sua pele?

☐ Amarela ☐ Branca ☐ Indígena ☐ Parda ☐ Preta

21. Exerce atividade remunerada? ☐ Não ☐ Sim

22. Qual a renda mensal total de sua família:

R\$

--	--	--	--

,

--	--

--

 Não sei

--

 Não quis responder

23. Quantas pessoas dependem desta mesma renda mensal?

--	--

 pessoas

24. Você é praticante de alguma religião? ☐ Não ☐ Sim

Seção III – Avaliação da Saúde Geral

“Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre sua saúde”.

25. Qual a Idade gestacional? semanas

26. Você planejava ficar grávida agora? ☐ Não ☐ Sim

27. Quantos filhos biológicos você já teve? filhos ☐ nenhum

28. Você faz tratamento para algum problema de saúde? ☐ Não ☐ Sim

29. Se sim, quais problemas de saúde?

☐	☐	☐	☐
Hipertensão	Diabetes	Alergias	Problemas cardíacos/ circulatório
☐	☐	☐	☐
Problemas respiratórios	Problemas gastrointestinais	DSTs/ AIDS	Problemas renais
☐	☐	☐	☐
Problemas mentais	Problemas genito- urinários	Anemia	Outros

Outros:

30. Você faz tratamento psiquiátrico ou psicológico?

☐ Não ☐ Já fiz ☐ Estou fazendo atualmente

31. O tratamento foi motivado devido a algum dos itens a seguir?

☐ Ansiedade	☐ Depressão	☐ Conflitos conjugais
☐ Problemas com os filhos	☐ Transtornos alimentares	☐ Outros

Outros:

32. Faz uso de algum medicamento psiquiátrico? ☐ Não ☐ Sim

Seção IV – Avaliação da Saúde Mental

“Gostaria que você me respondesse se você tem sentido alguns desses sintomas nos últimos meses, mas não considere aqueles que estejam relacionados à gravidez atual.”

33. Tem dores de cabeça frequentes?	☐ Não	☐ Sim
34. Tem falta de apetite?	☐ Não	☐ Sim
35. Dorme mal?	☐ Não	☐ Sim
36. Assusta-se com facilidade?	☐ Não	☐ Sim
37. Tem tremores na mão?	☐ Não	☐ Sim
38. Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	☐ Não	☐ Sim
39. Tem má digestão?	☐ Não	☐ Sim
40. Tem dificuldade de pensar com clareza?	☐ Não	☐ Sim
41. Tem se sentido triste ultimamente?	☐ Não	☐ Sim
42. Tem chorado mais do que de costume?	☐ Não	☐ Sim
43. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	☐ Não	☐ Sim
44. Tem dificuldades para tomar decisões?	☐ Não	☐ Sim
45. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	☐ Não	☐ Sim
46. Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	☐ Não	☐ Sim
47. Tem perdido o interesse pelas coisas?	☐ Não	☐ Sim
48. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	☐ Não	☐ Sim
49. Tem tido idéias de acabar com a vida	☐ Não	☐ Sim
50. Sente-se cansada o tempo todo?	☐ Não	☐ Sim
51. Tem sensações desagradáveis no estômago?	☐ Não	☐ Sim
52. Você se cansa com facilidade?	☐ Não	☐ Sim

Seção V – Avaliação Familiar – Hábitos e Doenças

“Agora, me responda sobre os hábitos e doenças de seus familiares. Algum de seus familiares (pai, mãe, irmãos, marido, filhos, outros) tem alguma doença?”

Familiares	Doença									
	Hipertensão	Diabetes	Problemas cardíacos/ circulatório	Problemas respiratórios	Problemas gastrointestinais	DSTs / AIDS	Problemas renais	Problemas genito- urinários	Outros	Nenhum
53. Pai	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
54. Mãe	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
55. Irmãos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
56. Marido	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
57. Filhos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
58. Outros	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

“Algum de seus familiares (pai, mãe, irmãos, marido, filhos, outros) tem o hábito de fumar, beber ou usar drogas?”

Familiares	Hábitos			
	Fumar	Beber	Usar drogas	Nenhum
59. Pai	☐	☐	☐	☐
60. Mãe	☐	☐	☐	☐
61. Irmãos	☐	☐	☐	☐
62. Marido	☐	☐	☐	☐
63. Filhos	☐	☐	☐	☐
64. Outros	☐	☐	☐	☐

Seção VI – Avaliação dos Hábitos de Vida

“Agora, me responda sobre os seus hábitos de vida como alimentação e lazer”.

65. Quais atividades você geralmente realiza nos seus momentos de lazer?

Visitar amigas e familiares

☐

Festas

☐

Passear com a família

☐

Outros

☐

66. Você atualmente realiza alguma atividade física? Qual?

☐

Sim

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐

Não

“Por favor, me responda sobre o seu consumo de bebidas alcoólicas (por exemplo: cerveja, chope, vinho, pinga, batidas, catuaba e outros) **durante o trimestre (90 dias) anterior à sua gestação**”.

67. Quantos dias você consumiu bebida alcoólica? ☐ Nenhum

dias

68. Qual a quantidade, em média, que você bebeu nessas ocasiões?

doses

69. Quantas vezes você consumiu três ou mais doses? ☐ Nenhuma

vezes

“Agora, me responda sobre o seu consumo de bebidas alcoólicas **durante esta gestação**”.

70. Quantos dias você consumiu bebida alcoólica? ☐ Nenhum

dias

71. Qual a quantidade, em média, que você bebeu nessas ocasiões?

doses

72. Quantas vezes você consumiu três ou mais doses? ☐ Nenhuma

vezes

“Agora me responda sobre seu consumo de álcool **habitual**”.

Perguntas

	0 Nunca	1 Mensalmente ou menos	2 De 2 a 4 vezes por mês	3 De 2 a 3 vezes por semana	4 4 ou mais vezes por semana
73. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?	☐	☐	☐	☐	☐
74. Quantas doses de bebidas alcoólicas você consome num dia normal?	0 ou 1 ☐	2 ou 3 ☐	4 ou 5 ☐	6 ou 7 ☐	8 ou mais ☐
75. Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?	Nunca ☐	Menos que uma vez por mês ☐	Mensalmente ☐	Semanalmente ☐	Quase todos os dias ☐

Seção VII – Avaliação do uso de substâncias psicoativas

[illegible][illegible]

Se “NÃO” em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
 Se “NÃO” em todos os itens vá para a seção VII – Prontidão para mudança.
 Se “SIM” para alguma droga continue a entrevista.

84. Durante os três últimos meses com que frequência você utilizou esta substância que você mencionou?	Nunca	Uma ou duas vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
Derivados do tabaco	☐	☐	☐	☐	☐
Maconha	☐	☐	☐	☐	☐
Cocaína, crack	☐	☐	☐	☐	☐
Anfetaminas ou êxtase	☐	☐	☐	☐	☐
Inalantes	☐	☐	☐	☐	☐
Hipnóticos/ sedativos	☐	☐	☐	☐	☐
Alucinógenos	☐	☐	☐	☐	☐
Opióides	☐	☐	☐	☐	☐
Outras, especificar	☐	☐	☐	☐	☐
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>					

Se “NUNCA” para todos os itens pule para a questão 87, com outras respostas continue com as demais questões

85. Durante os três últimos meses com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir?	Nunca	Uma ou duas vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
Derivados do tabaco	☐	☐	☐	☐	☐
Maconha	☐	☐	☐	☐	☐
Cocaína, crack	☐	☐	☐	☐	☐
Anfetaminas ou êxtase	☐	☐	☐	☐	☐
Inalantes	☐	☐	☐	☐	☐
Hipnóticos/ sedativos	☐	☐	☐	☐	☐
Alucinógenos	☐	☐	☐	☐	☐

85. Durante os três últimos meses com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir?	Nunca	Uma ou duas vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
Opióides	☐	☐	☐	☐	☐
Outras, especificar	☐	☐	☐	☐	☐

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

86. Durante os três últimos meses com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) resultou em problemas de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	Uma ou duas vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
Derivados do tabaco	☐	☐	☐	☐	☐
Maconha	☐	☐	☐	☐	☐
Cocaína, crack	☐	☐	☐	☐	☐
Anfetaminas ou êxtase	☐	☐	☐	☐	☐
Inalantes	☐	☐	☐	☐	☐
Hipnóticos/ sedativos	☐	☐	☐	☐	☐
Alucinógenos	☐	☐	☐	☐	☐
Opióides	☐	☐	☐	☐	☐
Outras, especificar	☐	☐	☐	☐	☐

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

87. Durante os três últimos meses, com que frequência por causa de seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc...) você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	Nunca	Uma ou duas vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
Derivados do tabaco	☐	☐	☐	☐	☐
Maconha	☐	☐	☐	☐	☐
Cocaína, crack	☐	☐	☐	☐	☐

[illegible][illegible][illegible][illegible]

	Nunca	Uma ou duas vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
1. Você se sente triste?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Você se sente cansado(a)?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Você se sente irritado(a)?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Você se sente desanimado(a)?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Você se sente nervoso(a)?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Você se sente sem vontade de viver?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Você se sente sem vontade de fazer nada?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Você se sente sem vontade de sair de casa?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Você se sente sem vontade de trabalhar?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Você se sente sem vontade de estudar?	☐	☐	☐	☐	☐

[illegible]

Não, nunca	Sim nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
☐	☐	☐

Seção VII - Prontidão para a mudança

“As próximas questões são para identificar como você se sente sobre o seu comportamento de beber. Para cada questão diga se você discorda totalmente, discorda, não concorda nem discorda, concorda ou concorda totalmente.”

Questões	-2 Discordo totalmente	-1 Discordo	0 Não concordo e nem discordo	1 Concordo	2 Concordo totalmente
91. Eu acho que não bebo muito.	☐	☐	☐	☐	☐
92. Eu estou tentando beber menos do que eu bebia.	☐	☐	☐	☐	☐
93. Eu me divirto bebendo, mas algumas vezes eu bebo muito.	☐	☐	☐	☐	☐
94. Algumas vezes eu penso que deveria diminuir meu consumo de álcool.	☐	☐	☐	☐	☐
95. É uma perda de tempo pensar sobre o meu modo de beber.	☐	☐	☐	☐	☐
96. Eu tenho mudado meus hábitos de beber.	☐	☐	☐	☐	☐
97. Qualquer pessoa pode querer mudar o seu comportamento de beber, mas eu estou realmente fazendo alguma coisa para isto.	☐	☐	☐	☐	☐
98. Eu estou em um estágio em que eu deveria pensar em beber menos.	☐	☐	☐	☐	☐
99. Meu beber é um problema algumas vezes.	☐	☐	☐	☐	☐
100. Eu acho que não preciso mudar o meu jeito de beber.	☐	☐	☐	☐	☐
101. Eu estou mudando meus hábitos de beber agora.	☐	☐	☐	☐	☐
102. Beber menos seria inútil para mim.	☐	☐	☐	☐	☐

Seção VIII – Avaliação do Estresse

103. Vou citar alguns eventos e gostaria que você me respondesse quais destes ocorreram em sua vida nos **últimos 12 meses**. Primeiro lembre-se da pior experiência que você já passou e considere que esta receba uma pontuação igual a 5 numa escala de estresse. Agora compare esta com as que eu vou citar e aponte em uma escala de um a cinco, quanto de estresse estes eventos causaram a você.

Evento estressor	Nível de estresse				
a. ☐ Separação conjugal definitiva	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b. ☐ Separação temporária (marido ou filhos)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c. ☐ Violência doméstica	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d. ☐ Desemprego	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
e. ☐ Morte de algum familiar	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
f. ☐ Morte de amigo	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
g. ☐ Doença ou acidente pessoal	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
h. ☐ Brigas com familiares (filhos ou marido)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
i. ☐ Problema de saúde familiar	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
j. ☐ Mudança de cidade	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
k. ☐ Problemas com a justiça (próprio ou familiares)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
l. ☐ Dificuldades financeiras	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Seção IX - Satisfação conjugal

“Agora, peço que você me responda, por favor, sobre a sua relação com seu marido (ou namorado, companheiro, etc)”.

	Não	Sim
104. Você discute ou tem considerado o divórcio, separação ou término do seu relacionamento?	☐	☐
105. Você ou seu companheiro deixa a casa após uma briga?	☐	☐
106. Você pensa que as coisas entre você e seu companheiro estão indo bem?	☐	☐
107. Você faz confidências ao seu companheiro?	☐	☐
108. Você já se arrependeu, alguma vez, de ter se casado (ou estar vivendo junto)?	☐	☐
109. Você e seu companheiro brigam?	☐	☐

	Não	Sim
110. Você e seu companheiro irritam um ao outro?	☐	☐
111. Você expressa carinho e beija o seu companheiro frequentemente?	☐	☐

112. Os números da linha abaixo representam diferentes graus de satisfação com o seu relacionamento. O ponto central “Um Pouco Satisfeita” representa o grau de satisfação da maioria dos relacionamentos. Observe a escala e aponte o número que melhor descreve o grau de satisfação considerando todos os aspectos do seu relacionamento.

Muito insatisfeita	Insatisfeita	Um pouco satisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5

113. Qual das frases abaixo melhor descreve a sua expectativa quanto ao futuro do seu relacionamento?

- ☐ 3. Eu quero, desesperadamente, que meu relacionamento seja bem sucedido.
- ☐ 2. Eu quero muito que meu relacionamento seja bem sucedido.
- ☐ 1. Seria bom se o meu relacionamento fosse bem sucedido.
- ☐ 0. Meu relacionamento pode nunca ser bem sucedido.

114. Qual a disposição que você tem para melhorar o seu relacionamento?

- ☐ 4. Farei tudo que eu puder para que meu relacionamento melhore.
- ☐ 3. Farei minha parte para que meu relacionamento melhore.
- ☐ 2. Eu não posso fazer mais do que eu estou fazendo agora para que meu relacionamento melhore.
- ☐ 1. Eu me recuso a fazer qualquer coisa além do que eu estou fazendo agora para que meu relacionamento melhore.
- ☐ 0. Não existe nada mais que eu possa fazer para manter meu relacionamento.

Seção X - Avaliação da Satisfação Com o Suporte Social

“Sobre a sua relação com os amigos, família e a sociedade como um todo, você diria que:”

	Não	Sim
115. Por vezes se sente só no mundo e sem apoio	☐	☐
116. Não sai com amigas tantas vezes quanto gostaria	☐	☐
117. As amigas não lhe procuram tantas vezes quanto você gostaria	☐	☐
118. Quando precisa desabafar com alguém, encontra facilmente amigas com quem o fazer	☐	☐
119. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tem várias pessoas a quem pode recorrer	☐	☐
120. Às vezes sente falta de alguém verdadeiramente íntimo que lhe compreenda e que você possa desabafar sobre coisas íntimas	☐	☐
121. Sente falta de atividades sociais que lhe satisfaçam	☐	☐
122. Gostaria de participar mais de atividades comunitárias (ex: igreja, clubes, atividades no bairro, etc...)	☐	☐
123. Está satisfeita com a forma como se relaciona com sua família	☐	☐
124. Está satisfeita com a quantidade de tempo que passa com a sua família	☐	☐
125. Está satisfeita com o que faz em conjunto com sua família	☐	☐
126. Está satisfeita com a quantidade de amigas que tem	☐	☐
127. Está satisfeita com a quantidade de tempo que passa com suas amigas	☐	☐
128. Está satisfeita com as atividades e coisas que faz com o seu grupo de amigas	☐	☐
129. Está satisfeita com o tipo de amigas que tem	☐	☐

130. Em uma escala de 1 a 5, sendo 1 nada e 5 muito, o quanto você considera que o seu companheiro oferece apoio emocional a você? ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

131. Você acha que tem pessoas nas quais você confia que podem lhe ajudar nos cuidados com seu bebê?

☐ Não ☐ Sim

Seção XI – Coping

“Responda com base no modo como costuma lidar com os problemas da vida”.

Questões	Não	Sim
132. Toma medidas para tentar melhorar a sua situação (desempenho)	☐	☐
133. Pensa muito sobre a melhor forma de lidar com a situação	☐	☐
134. Pede conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo problema	☐	☐
135. Procura apoio emocional de alguém (família, amigos)	☐	☐
136. Tenta encontrar conforto na sua religião ou crença espiritual	☐	☐
137. Procura algo positivo em tudo o que está acontecendo	☐	☐
138. Culpa-se pelo que está acontecendo	☐	☐
139. Tenta aceitar as coisas tal como estão acontecendo	☐	☐
140. Fica aborrecida e expressa seus sentimentos (emoções)	☐	☐
141. Recusa-se a acreditar que isto esteja acontecendo desta forma contigo	☐	☐
142. Faz outras coisas para pensar menos na situação, tal como dormir, limpar a casa, conversar com amigos ou vizinhos, atividades físicas, etc	☐	☐
143. Desiste de se esforçar para obter o que quer	☐	☐
144. Usa álcool ou outras drogas para lhe ajudar a ultrapassar os problemas	☐	☐
145. Enfrenta a situação levando-a para a brincadeira	☐	☐

Seção XII – Auto-Eficácia

“Pense na forma como você age ou pensa sobre determinadas situações na vida e me responda:”

Questões	Não	Sim
146. Quando você faz planos tem certeza que é capaz de realizá-los	☐	☐
147. Quando não consegue fazer alguma coisa na primeira vez insiste e continua tentando até conseguir	☐	☐
148. Se uma coisa lhe parece muito complicada não tenta sequer realizá-la	☐	☐
149. Quando estabelece objetivos que são importantes pra você raramente consegue realizá-los	☐	☐
150. É uma pessoa autoconfiante	☐	☐
151. Não se sente capaz de enfrentar a maioria dos problemas que encontra na vida	☐	☐
152. Normalmente desiste das coisas antes delas terem acabado	☐	☐
153. Quando está tentando aprender alguma coisa nova, se não obtém logo sucesso desiste facilmente	☐	☐
154. Desiste facilmente das coisas	☐	☐
155. Sente insegurança acerca da sua capacidade para fazer coisas	☐	☐
156. Um dos seus problemas é que não consegue fazer as coisas como devia	☐	☐

Seção XIII – Avaliação da percepção de risco, crenças e conhecimento

“Por fim, gostaria de saber sua opinião sobre alguns assuntos abaixo”.

157. Quão grave você pensa que deve ser para o seu bebê se você consumir álcool durante a gestação?

☐

1 Nada grave

☐

2 Um pouco grave

☐

3 Grave

☐

4 Muito grave

158. Você já ouviu falar da Síndrome Fetal do Álcool?

☐

Não

☐

Sim

“Nas questões abaixo responda “Sim” para as afirmativas que você concorda e “Não” para as afirmativas que você discorda”.

159. É bom para a saúde da gestante beber um pouco de cerveja pois esta bebida é diurética

☐

Não

☐

Sim

160. O consumo de álcool durante a gestação pode causar aborto espontâneo

☐

Não

☐

Sim

161. Crianças nascidas de mães que fizeram uso de álcool durante a gestação podem ter dificuldades de aprendizagem

☐

Não

☐

Sim

162. Quando a mãe consome bebidas alcoólicas durante a gestação o álcool não passa para o bebê

☐

Não

☐

Sim

163. Quanto mais a gestante bebe maiores as chances de ter um filho com retardo mental

☐

Não

☐

Sim

164. A cerveja preta ajuda a mãe a produzir mais leite durante a amamentação

☐

Não

☐

Sim

165. Durante a amamentação o álcool passa para o bebê

☐

Não

☐

Sim

166. O uso de cigarro durante a gestação pode causar baixo peso e problemas respiratórios ao bebê

☐

Não

☐

Sim

167. O uso de cigarro durante a amamentação altera o sabor do leite materno

☐

Não

☐

Sim

168. Mesmo que a mãe fumante não esteja amamentando, se ela fumar próximo a criança poderá causar danos à saúde do seu filho

☐

Não

☐

Sim

169. O consumo de bebida alcoólica na gestação pode provocar pressão alta

☐

Não

☐

Sim

Avaliação de Gestantes no 3º Trimestre de Gravidez

Seção I - Identificação da paciente

[illegible][illegible][illegible]

$$\left[\begin{array}{|c|c|} \hline & \\ \hline \end{array} \right] \left[\begin{array}{|c|c|c|c|} \hline & & & \\ \hline \end{array} \right] - \left[\begin{array}{|c|c|c|c|} \hline & & & \\ \hline \end{array} \right] / \left[\begin{array}{|c|c|} \hline & \\ \hline \end{array} \right] \left[\begin{array}{|c|c|c|c|} \hline & & & \\ \hline \end{array} \right] - \left[\begin{array}{|c|c|c|c|} \hline & & & \\ \hline \end{array} \right]$$

[illegible][illegible]

Seção II – Avaliação da Saúde Geral A

“Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre sua saúde”.

--	--

semanas

7

Não

7

Sim

9. Se sim, qual?

[illegible]

Seção III – Avaliação da Saúde Mental

“Gostaria que você me respondesse se você tem sentido alguns desses sintomas nos últimos meses”

10. Tem dores de cabeça frequentes?	☐ Não	☐ Sim
11. Tem falta de apetite?	☐ Não	☐ Sim
12. Dorme mal?	☐ Não	☐ Sim
13. Assusta-se com facilidade?	☐ Não	☐ Sim
14. Tem tremores na mão?	☐ Não	☐ Sim
15. Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	☐ Não	☐ Sim
16. Tem má digestão?	☐ Não	☐ Sim
17. Tem dificuldade de pensar com clareza?	☐ Não	☐ Sim
18. Tem se sentido triste ultimamente?	☐ Não	☐ Sim
19. Tem chorado mais do que de costume?	☐ Não	☐ Sim
20. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	☐ Não	☐ Sim
21. Tem dificuldades para tomar decisões?	☐ Não	☐ Sim
22. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	☐ Não	☐ Sim
23. Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	☐ Não	☐ Sim
24. Tem perdido o interesse pelas coisas?	☐ Não	☐ Sim
25. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	☐ Não	☐ Sim
26. Tem tido idéias de acabar com a vida?	☐ Não	☐ Sim
27. Sente-se cansada o tempo todo?	☐ Não	☐ Sim
28. Tem sensações desagradáveis no estômago?	☐ Não	☐ Sim
29. Você se cansa com facilidade?	☐ Não	☐ Sim

Seção IV – Avaliação da Saúde Geral B

“Gostaria de saber como está sua saúde durante a gestação”

30. Você tem tido algum desconforto por causa da gestação? ☐ Não ☐ Sim

31. Qual era seu peso no começo da gestação? quilos

32. E agora, qual é o seu peso? quilos

33. De 1 a 5, sendo 1 muito ruim e 5 muito bom, como você avalia sua qualidade de sono agora?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

34. De 1 a 5, sendo 1 muito ruim e 5 muito bom, como você avalia a qualidade de sua alimentação agora?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

35. Quantas consultas de pré-natal você tem feito por mês? consultas

36. Quantas ultrassonografias você já fez? ultrassonografias

Seção V – Avaliação dos Hábitos de Vida

ATENÇÃO ENTREVISTADORA: Essa avaliação é fundamental para o desenvolvimento do projeto GESTA-INTERBREVE. É necessário saber qual foi a **data da última entrevista** da gestante e com **quantas semanas de gestação** ela estava para ajudá-la a se recordar sobre seu consumo de bebidas alcoólicas. **Seja cuidadosa** ao preencher esta seção.

“Agora, gostaria de saber sobre seu consumo de bebida alcoólica, como cerveja, vinho, batidas, vodca, Martini, etc.”

37. Gostaria que você me ajudasse a recordar com que frequência você consumiu bebida alcoólica **durante a gestação**:

Primeiro trimestre	Segundo Trimestre	Terceiro Trimestre
☐ Nenhuma vez	☐ Nenhuma vez	☐ Nenhuma vez
<input type="text"/> <input type="text"/> doses por semana	<input type="text"/> <input type="text"/> doses por semana	<input type="text"/> <input type="text"/> doses por semana
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
_____ (outra quant/freq)	_____ (outra quant/freq)	_____ (outra quant/freq)

38. Do dia _____ (nossa última entrevista) até hoje, com que

frequência você consumiu bebida alcoólica? ☐ Nenhum dias

39. Qual a quantidade, em média, que você bebeu nessas ocasiões? doses

40. Quantas vezes você consumiu três ou mais doses? Nenhuma vezes

41. De acordo com a escala abaixo, como você avalia seu comportamento de consumir bebidas alcoólicas **no começo da gestação**?

42. De acordo com a escala abaixo, como você avalia seu comportamento de consumir bebidas alcoólicas **agora**?

43. Atualmente, você costuma fumar cigarro? (*somente tabaco*) ? Não Sim

44. Em média, quantos cigarros você fuma por dia? cigarros por dia

Seção VI - Satisfação conjugal

“Agora, peço que você me responda, por favor, sobre a sua relação com seu marido (ou namorado, companheiro, etc)”.

	Não	Sim
45. Você discute ou tem considerado o divórcio, separação ou término do seu relacionamento?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
46. Você ou seu companheiro deixa a casa após uma briga?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
47. Você pensa que as coisas entre você e seu companheiro estão indo bem?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
48. Você faz confidências ao seu companheiro?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
49. Você já se arrependeu, alguma vez, de ter se casado (ou estar vivendo junto)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
50. Você e seu companheiro brigam?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
51. Você e seu companheiro irritam um ao outro?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
52. Você expressa carinho e beija o seu companheiro frequentemente?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

53. Os números da linha abaixo representam diferentes graus de satisfação com o seu relacionamento. O ponto central “Um Pouco Satisfeita” representa o grau de satisfação da maioria dos relacionamentos. Observe a

escala e aponte o número que melhor descreve o grau de satisfação considerando todos os aspectos do seu relacionamento.

Muito insatisfeita	Insatisfeita	Um pouco satisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5

54. Qual das frases abaixo melhor descreve a sua expectativa quanto ao futuro do seu relacionamento?

- ☐ 3. Eu quero, desesperadamente, que meu relacionamento seja bem sucedido.
- ☐ 2. Eu quero muito que meu relacionamento seja bem sucedido.
- ☐ 1. Seria bom se o meu relacionamento fosse bem sucedido.
- ☐ 0. Meu relacionamento pode nunca ser bem sucedido.

55. Qual a disposição que você tem para melhorar o seu relacionamento?

- ☐ 4. Farei tudo que eu puder para que meu relacionamento melhore.
- ☐ 3. Farei minha parte para que meu relacionamento melhore.
- ☐ 2. Eu não posso fazer mais do que eu estou fazendo agora para que meu relacionamento melhore.
- ☐ 1. Eu me recuso a fazer qualquer coisa além do que eu estou fazendo agora para que meu relacionamento melhore
- ☐ 0. Não existe nada mais que eu possa fazer para manter meu relacionamento.

Seção VII - Avaliação da Satisfação Com o Suporte Social

“Sobre a sua relação com os amigos, família e a sociedade como um todo, você diria que:”

	Não	Sim
56. Por vezes se sente só no mundo e sem apoio	☐	☐
57. Não sai com amigas tantas vezes quanto gostaria	☐	☐
58. As amigas não lhe procuram tantas vezes quanto você gostaria	☐	☐
59. Quando precisa desabafar com alguém, encontra facilmente amigas com quem o fazer	☐	☐
60. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tem várias pessoas a quem pode recorrer	☐	☐

	Não	Sim
61. Às vezes sente falta de alguém verdadeiramente íntimo que lhe compreenda e que você possa desabafar sobre coisas íntimas	☐	☐
62. Sente falta de atividades sociais que lhe satisfaçam	☐	☐
63. Gostaria de participar mais de atividades comunitárias (ex: igreja, clubes, atividades no bairro, etc...)	☐	☐
64. Está satisfeita com a forma como se relaciona com sua família	☐	☐
65. Está satisfeita com a quantidade de tempo que passa com a sua família	☐	☐
66. Está satisfeita com o que faz em conjunto com sua família	☐	☐
67. Está satisfeita com a quantidade de amigas que tem	☐	☐
68. Está satisfeita com a quantidade de tempo que passa com suas amigas	☐	☐
69. Está satisfeita com as atividades e coisas que faz com o seu grupo de amigas	☐	☐
70. Está satisfeita com o tipo de amigas que tem	☐	☐

71. Em uma escala de 1 a 5, sendo 1 nada e 5 muito, o quanto você considera que o seu companheiro oferece apoio emocional a você? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

72. Você acha que tem pessoas nas quais você confia que podem lhe ajudar nos cuidados com seu bebê?

☐ Não ☐ Sim

Seção VIII – Auto-Eficácia

“Pense na forma como você age ou pensa sobre determinadas situações na vida e me responda:”

Questões	Não	Sim
73. Quando você faz planos tem certeza que é capaz de realizá-los	☐	☐
74. Quando não consegue fazer alguma coisa na primeira vez insiste e continua tentando até conseguir	☐	☐
75. Se uma coisa lhe parece muito complicada não tenta sequer realizá-la	☐	☐
76. Quando estabelece objetivos que são importantes pra você raramente consegue realizá-los	☐	☐

OBSERVAÇÕES:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: Avaliação da Eficácia das Intervenções breves para redução do uso de álcool na gestação

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Prof. Dr. Erikson F. Furtado - CRM-SP 82.645

Endereço: Hospital das Clínicas da FMRP-USP, Av. dos Bandeirantes 3900, Campus da USP, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP – CEP: 14049-900. Telefone: (16) 3602-2727

1- JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DA PESQUISA

A gestação é um período de mudanças na vida da mulher. Essas mudanças acontecem tanto no corpo e saúde física da mulher, quanto nas suas relações sociais, no trabalho e na vida conjugal. Neste período, hábitos comuns podem interferir com a saúde da gestante e do seu bebê, como por exemplo, o uso de alguns remédios, cigarro ou bebida, assim como provavelmente também o estresse vivido pela mãe durante a gestação, a ausência de apoio do marido e da família. O nosso objetivo é desenvolver e avaliar uma técnica preventiva do uso de álcool na gestação, verificando também a influência de outros fatores que podem estar relacionados ao uso de álcool neste período.

2- PROCEDIMENTOS A SEREM UTILIZADOS

Você está sendo convidada(o) a colaborar nesta pesquisa respondendo algumas perguntas sobre sua saúde física, seus hábitos de vida, sobre seus relacionamentos e dificuldades, e sobre como você tem reagido em algumas situações difíceis ou estressantes. As respostas fornecidas serão anotadas em uma ficha, que será mantida sob a responsabilidade e a guarda do pesquisador-responsável. O seu nome será mantido em sigilo. As informações serão consideradas como confidenciais. Se for identificado algum problema de saúde, você será comunicada(o) e orientada(o). O tempo que necessitaremos para as entrevistas fica em torno de uma hora e meia. As entrevistas serão feitas pela equipe deste projeto, sem envolver mais nenhum outro profissional, de modo que as informações ficarão mantidas em anonimato e com garantia de que não serão utilizadas por mais ninguém a não ser o pesquisador acima mencionado.

As gestantes participantes desta pesquisa serão selecionadas para receber um folheto contendo informações sobre o uso de álcool na gestação ou para uma intervenção breve com um profissional treinado para isso. As gestantes serão contactadas novamente pelos pesquisadores no terceiro trimestre gestacional para uma breve avaliação sobre seu padrão de uso de álcool.

3- DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS

Não há nenhum desconforto ou risco para você ou para o seu marido em participar. A única coisa que lhe pedimos é o tempo que você e seu marido terão que gastar para responder às perguntas e que sejam sinceros em respondê-las.

4- BENEFÍCIOS

As informações obtidas serão muito úteis e poderão auxiliar na implantação de ações preventivas em relação ao tema, na saúde pública.

São esses os SEUS DIREITOS ao participar da pesquisa (cf. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde):

- 1- A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;
- 2- A liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- 3- A segurança de não ser identificado e do caráter confidencial de toda informação relacionada com sua privacidade;
- 4- O compromisso de receber informação atualizada durante o estudo, mesmo que esta afete sua vontade de continuar participando;
- 5- A disponibilidade de tratamento médico e indenização a que legalmente tem direito, por parte da instituição de saúde, em caso de danos justificados, causados diretamente pela pesquisa;
- 6- Se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Termo de Consentimento:

Eu, Sr (a). _____ RG: _____
abaixo assinado, tendo recebido as informações sobre a pesquisa e sobre meus direitos acima relacionados, declaro estar ciente e devidamente esclarecido(a) e de que aceito participar deste estudo.

_____, ____/____/____.

Assinatura participante

Visto entrevistador

(Assinatura digital, no campo ao lado, com o polegar direito, quando não puder escrever).

Capa

Página 1

Manual para intervenções breves com gestantes/ Ribeirão Preto. PAI-PAD. 2010.

10p. : il. ; 21 cm.

Referente ao projeto: Fatores associados à eficácia de um modelo de intervenções breves para redução do consumo de álcool na gestação. Inclui referências bibliográficas. ISBN

1. Gestação. 2. Álcool (Psiquiatria). 3. Intervenções breves. 4. Saúde mental. I. Aliane, Poliana Patrício II. Furtado, Erikson Felipe. III. Souza, Joseane de. IV. Esper, Larissa Horta.

CDU 616.89:613.81

Página 2

Prezado(a) profissional,

Este folheto foi desenvolvido por uma equipe de pesquisadores do Núcleo de Pesquisas em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia do PAI-PAD (Programa de Ações Integradas para a Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade).

Nosso objetivo foi elaborar um material de apoio para profissionais que lidam com gestantes, para prevenir o uso de álcool na gestação e os riscos que esse uso possa ocasionar.

Você poderá utilizar este folheto durante a consulta pré-natal, numa visita domiciliar à gestante, num grupo de gestantes ou onde melhor lhe convier. Portanto, o ideal é que você possa utilizá-lo logo no começo da gestação, para ajudar a prevenir os problemas que o uso de álcool pode trazer para o bebê no período inicial do seu desenvolvimento.

Abaixo, seguem informações detalhadas de como utilizar o material. Lembre-se de ter em mãos também o folheto do AUDIT (você poderá solicitá-lo à equipe do PAI-PAD, caso necessário).

Bom trabalho!

Página 3

Primeiro passo: Estabelecendo a empatia

Pode ser difícil para algumas pessoas conversar sobre sua intimidade, portanto, estabelecer a empatia é fundamental nesse processo de orientação e de promoção da saúde.

Sendo assim, antes de iniciar sua conversa, verifique a disponibilidade da gestante para atendê-lo (a). Procure um local confortável para a conversa e procure primeiro ouvir o que a gestante tem para lhe dizer. Seja simpático ao falar e assuma uma postura firme, mas não autoritária. Durante a conversa é importante que você não faça julgamentos sobre o que a gestante tem a lhe dizer, mas sim, procure valorizar os aspectos positivos do que ela fala. Não queira dar soluções prontas ao problema que a gestante lhe apresenta e não a interrompa enquanto estiver falando. Tente se colocar no lugar da gestante e procure olhá-la nos olhos enquanto conversam.

Essas dicas podem ajudá-lo a iniciar a conversa, a conquistar a confiança da gestante para conversar sobre seus assuntos pessoais e para acreditar em seu trabalho. Com isso, o objetivo final, que é promover a saúde, ficará mais fácil de ser alcançado.

Segundo passo: Como perguntar sobre o consumo de álcool?

Faça primeiro as perguntas rotineiras. Introduza o assunto como um dos procedimentos adotados. A avaliação do consumo de álcool também é uma das formas de avaliar a saúde da mulher.

Exemplo: Hoje já conversamos sobre alguns assuntos referentes à sua saúde. Agora, gostaria que você me respondesse mais algumas perguntas referentes ao seu consumo de bebidas alcoólicas. Podemos começar?

Terceiro Passo: Utilizando o folheto da gestante

Mostre para a gestante que você tem em mãos um folheto que foi produzido para ela. Deixe um folheto com a gestante e fique com outro, para que você possa acompanhá-la na leitura do material. Comece lendo em voz alta o título e a mensagem de introdução do folheto.

- Explicando o conceito de dose padrão

Mostre para a gestante que cada bolinha dentro da bebida representa um grama de álcool e que nas bebidas mais concentradas essas bolinhas estão mais juntas. Explique para a gestante que a mesma quantidade de álcool que tem na cerveja, tem no vinho, licor, uísque, cachaça, etc. Porém, as concentrações são diferentes.

Uma crença que pode existir é que as bebidas doces como Ice's, licores ou as bebidas misturadas com leite condensado e frutas (como nos coquetéis) "perdem o efeito do álcool", ou seja, a crença de que não sentir o gosto do álcool significa não estar consumindo álcool. Portanto, esteja atento ao informar que os coquetéis de fruta, licores e Ice's também contêm álcool e qual quantidade indica uma dose padrão.

Exemplo: Uma dose padrão é a dose de qualquer bebida que contenha 12 gramas de álcool puro. Essa quantidade de álcool é encontrada em uma lata de cerveja de 250 ml ou em um copo de chopp de 350 ml ou em uma taça de vinho de 140 ml ou ainda em um copinho de pinga, vodka ou conhaque de 40 ml. Se a bebida é diluída no coquetel de frutas ou misturada com limão (como na caipirinha) ou acrescida de açúcar ou leite condensado, ela continua contendo álcool.

- Aplicando o questionário T-ACE:

Durante a aplicação desse instrumento, pode ser comum que a gestante responda que parou de beber quando soube da gestação. Peça à gestante que se refira à quantidade que ela geralmente consome e que a deixa mais desinibida ou alegre. Essa é uma forma de rastrear possíveis bebedoras, uma vez que a gestante pode retomar o uso de álcool durante esse período. Além disso, a gestante pode se sentir menos constrangida ao afirmar que gosta de beber, mas não tem bebido durante a gestação.

Após o preenchimento completo do questionário, faça o somatório das questões que poderá variar de 0 a 5 pontos.

- Feedback sobre a pontuação

Nesse momento você deverá dizer para a gestante qual a pontuação que ela fez no questionário que acabou de responder e o que essa pontuação indica em termos de risco para a saúde do seu bebê.

Uma pontuação de 0 a 1 indica baixo risco para a saúde do bebê. Mas, **ATENÇÃO**, baixo risco não quer dizer ausência de risco. Se a gestante pontuou 1, isso indica que ela está fazendo uso de álcool. Mesmo que o uso seja em pequenas quantidades, ele poderá trazer prejuízos, caso haja uma frequência de uso ou dependendo do estado nutricional da gestante ou, ainda, do seu metabolismo. O indicado é que você faça a **EDUCAÇÃO PARA O ÁLCOOL**.

Uma pontuação de 2 a 5 indica maior risco de problemas para a saúde do bebê relacionado ao uso atual de álcool da gestante. Nesse caso você irá proceder à aplicação do AUDIT.

- Aplicação do AUDIT (utilize folheto próprio do AUDIT)

- Resultado do AUDIT

Caso a pontuação do AUDIT seja superior a 20 pontos, isso indica uma provável dependência de álcool. Você deverá encaminhar a gestante para um atendimento especializado. Nesses casos não é recomendado que

Página 6

se faça a intervenção breve, pois a mudança de comportamento da gestante exigirá um trabalho extensivo com um especialista na área.

Caso a pontuação seja de 0 a 19 pontos, você procederá às **ORIENTAÇÕES BÁSICAS** e ao **ACONSELHAMENTO BREVE**.

- Orientando sobre as consequências do uso de álcool

Nesta seção são apresentadas as consequências do uso de álcool para a mulher/gestante e para o bebê/criança. É comum que as pessoas pensem que o uso de álcool durante o período da gestação trará prejuízos somente para o bebê, porém uma série de consequências também pode afligir a gestante.

É importante também ressaltar que o uso de álcool nesse período pode afetar a saúde do bebê permanentemente, de forma que ele venha a apresentar problemas na idade escolar que persistirão até a vida adulta.

- Recomendações

As gestantes devem ser encorajadas a se abster completamente do uso de álcool. Neste caso, não há estabelecimento de meta por parte do paciente, mas sim uma medida prescritiva adotada pelo profissional de saúde.

Página 7

Quarto Passo: Aconselhamento Breve

Quando você chegar neste ponto, talvez já tenha percebido qual a motivação da gestante para a mudança de comportamento (nesse caso a mudança significa parar de beber). Caso contrário, algumas perguntas irão ajudá-la a identificar em qual estágio motivacional a mulher se encontra. Sua intervenção a partir daqui irá mudar de acordo com a resposta a essas perguntas. Veja a figura abaixo que ilustra os caminhos da Intervenção Breve.

Página 8

Para todas as perguntas peça para a gestante responder com SIM ou NÃO. Caso ela se mostre em dúvida ou responda de forma vacilante (Por exemplo: "às vezes", "não sei"), aja como se a resposta fosse NÃO.

- Para você, é importante parar de beber agora?

Resposta SIM: Avance para a próxima pergunta.

Resposta NÃO: Avalie as crenças e expectativas da gestante sobre o uso de álcool e ofereça um contraponto para cada crença. Ao final, faça a mesma pergunta para a gestante novamente. Caso a resposta seja sim, avance para a próxima pergunta. Caso a resposta seja não, faça um sumário da sessão, agradeça e finalize.

Lista de crenças e contrapontos

Exemplo: "Eu tenho aqui uma lista com pensamentos que algumas pessoas podem ter sobre o uso de bebidas alcoólicas. Gostaria que você me apontasse com quais desses pensamentos você concorda."

CRENÇAS/EXPECTATIVAS	CONTRAPONTO
1 - Quando eu bebo me sinto mais corajosa para enfrentar os problemas da vida e a bebida me ajuda a aguentar as dores da vida.	1 - Menor controle dos comportamentos em situações públicas; menor controle sobre os filhos e a casa também. A bebida diminui a capacidade de tolerar algumas situações, como, por exemplo, o comportamento dos filhos, e você age impulsivamente, podendo tornar-se agressiva.

Página 9

2 - Quando eu bebo me sinto mais à vontade com outras pessoas ou consigo aguentar as pessoas que me incomodam.	2 - Fica exposta a brigas e discussões com mais facilidade.
3 - Quando eu bebo fico mais relaxada e menos preocupada.	3 - Prejuízo da coordenação motora; vulnerável a acidentes; negligência do perigo eminente; menor consciência.
4 - Beber me dá sensação de liberdade ou poder.	4 - Uso continuado gera dependência, que é o oposto da liberdade. Menor nível de consciência, menor condição de fazer escolhas, de falar com propriedade, de decidir sobre si e sobre os outros.
5 - Se eu beber com meu marido ou com minhas amigas (os), eles vão me achar uma pessoa legal.	5 - As dificuldades de relacionamento com o marido aumentam com o uso de álcool. Como a bebida deixa você mais desinibida, você pode agir de forma desagradável e as pessoas podem se afastar de você devido ao seu comportamento.

Página 10

6 - Eu bebo para me divertir, ficar alegre, rir, brincar, etc. Acho que festa sem bebida não tem graça.	6 - Náuseas, tómbos, vômitos, acidentes de trânsito, ressaca e dores de cabeça são consequências do uso de bebidas. A diversão pode acabar em acidentes.
---	--

- Você se sente preparada para parar de beber agora?

Resposta SIM: Avance para a próxima pergunta.

Resposta NÃO: Avalie a autoeficácia e ofereça encorajamento. Ao final, faça novamente a mesma pergunta para a gestante. Caso a resposta seja sim, avance para a próxima pergunta. Caso a resposta seja não, faça um sumário da sessão, agradeça e finalize.

Autoeficácia, nesse caso, refere-se ao juízo pessoal que as gestantes fazem acerca de sua capacidade para parar de beber. Essa habilidade pode estar prejudicada por baixa autoestima, história prévia de fracasso, ambiguidades em relação ao comportamento adotado/comportamento saudável, estresse, dentre outros.

Uma forma de promover o sentimento de autoeficácia consiste em relembrar com a gestante situações difíceis que ela conseguiu superar. Por exemplo: uma dieta bem sucedida, ter largado o cigarro, ter sido aprovada em um curso, ter conseguido um emprego, ter cuidado de um filho doente, dentre outros.

É importante para o entrevistador prestar atenção na fala da gestante durante a intervenção. Há elementos nessa fala que permitem uma análise de sua autoeficácia. Por exemplo: a gestante é divorciada e sustenta sozinha seus filhos, a gestante já cuidou de um parente doente, etc.

Caso esses elementos não estejam presentes na fala da gestante, a lista de encorajamento mostra alguns dos principais acontecimentos na vida de uma pessoa, nos quais provavelmente ela precisou enfrentar dificuldades.

Página 11

Essa é uma forma de verificar a capacidade da gestante de superar obstáculos para obter fins desejados. Por exemplo: concluir os estudos, superar dificuldades de relacionamento, superar dificuldades financeiras, etc.

Lista de Autoeficácia e Encorajamento

Exemplo: "Você me disse há pouco que não se sente preparada para parar de beber. Peço que você me aponte nesta lista com quais desses pensamentos você concorda."

AUTOEFICÁCIA	ENCORAJAMENTO
Eu não me sinto capaz de realizar mudanças na minha vida.	<p>Você concluiu os estudos? Teve dificuldades? Conseguiu superar?</p> <p>Você trabalha? Foi difícil conseguir um trabalho? Como conseguiu superar?</p> <p>Você tem amigas ou marido? Tem dificuldades na relação? Como consegue superar?</p> <p>Já teve outra gestação? Teve dificuldades? Como superou?</p> <p>Já teve dificuldades financeiras? Como conseguiu superar?</p>
Já tentei diminuir ou parar de beber e não consegui.	
Eu até tento, mas o problema é que eu gosto de beber, então acho que não vou conseguir.	
Se eu ficar estressada ou chateada vou acabar bebendo.	
Eu desisto facilmente das minhas metas.	

Página 12

- Você tem feito alguma coisa para parar de beber?

Resposta SIM: Avance para a próxima pergunta.

Resposta NÃO: Avance para razões para não beber. Caso a gestante escolha algumas razões, avance para situações problemáticas, formas de lidar com situações problemáticas, faça um sumário da sessão, agradeça e finalize. Caso contrário, faça um sumário da sessão, agradeça e finalize.

Estabelecendo razões para não beber

Exemplo: "Vou ler uma lista, baseada em pesquisas, sobre os benefícios que você pode esperar se parar de beber na gestação. Que tal se você escolher três que pareçam os melhores motivos para você?"

☐ Eu vou dormir melhor	☐ Vou viver uma vida mais saudável
☐ Eu vou economizar dinheiro	☐ Vou reduzir as chances de o meu bebê ter malformações
☐ Será mais fácil ficar magra já que as bebidas alcoólicas contêm muitas calorias	☐ Vão aumentar as chances de eu ter um bebê saudável
☐ Terei menos chances de me sentir deprimida	☐ Vou cuidar melhor dos meus filhos e da minha família
☐ As outras pessoas vão me respeitar	☐ Vou ter mais controle sobre minha própria vida
☐ Vou melhorar meu relacionamento com meu marido, filhos e amigas	☐ Alguma outra razão?

Página 13

Verificando situações problemáticas

Exemplo: "A sua vontade de beber pode mudar de acordo com seu humor, com as pessoas com quem você está ou com algumas situações específicas. Você acredita que algumas das situações abaixo podem fazer com que você tenha vontade de beber? Quais?"

☐ Festas, churrascos, aniversários, festas de fim de ano, etc.
☐ Fim de semana
☐ Encontro de amigos
☐ Quando meu marido/amigos está(estão) bebendo perto de mim
☐ Quando me sinto chateada ou deprimida
☐ Quando me sinto sozinha
☐ Quando quero me divertir
☐ Quando meu marido ou algum amigo insiste
☐ Quando as pessoas riem e dizem que não vou conseguir
☐ Eu tentei uma estratégia que não deu certo
☐ Quando discuto com meu marido ou filhos
☐ Outras:

Página 14

Pensando em alternativas para lidar com as situações problemáticas

Exemplo: "Dentre a lista abaixo, alguma(s) das opções pode(m) ajudá-la a lidar com as situações problemáticas?"

☐ Comer alguma coisa saudável
☐ Conversar com parentes ou amigos
☐ Dançar
☐ Brincar com as crianças
☐ Fazer algo que gosta como ouvir música, tomar banho, costurar, ler uma revista, etc.
☐ Jogar algum jogo
☐ Beber bebidas não alcoólicas
☐ Dizer às pessoas que está seguindo recomendações de um profissional de saúde para não beber
☐ Outras:

- Sua estratégia está funcionando bem?

Resposta SIM: Faça um sumário da sessão, agradeça e finalize.

Resposta NÃO: Avalie situações problemáticas e formas de lidar com ela. Faça um sumário da sessão, agradeça e finalize.

Página 15

Quinto Passo: Sumário de Sessão

O sumário tem o objetivo de organizar as ideias da gestante sobre a intervenção que foi realizada, além de assegurar que ela compreendeu a mensagem recebida.

Exemplo: "Nós preenchemos um questionário sobre seu uso de álcool. Vimos que sua pontuação indica que, neste momento, seu uso de álcool pode trazer prejuízos para sua saúde e para a saúde do seu bebê. Depois vimos uma lista de riscos que o uso de álcool na gestação pode trazer para você e para o seu bebê (pedir para a gestante tentar se lembrar de alguns riscos). Além disso, a recomendação é que você não consuma nenhuma bebida alcoólica durante a gestação.

[Você escolheu algumas razões para não beber durante a gestação que foram _____
Vimos também algumas situações em que você pode ter vontade de beber, que foram _____
e você selecionou algumas estratégias para lidar com elas, que foram _____.]*

Você tem alguma pergunta a fazer?

Tenho certeza de que você é capaz de seguir essas orientações e alcançar sua meta.

Lembre-se de ter sempre a mão estas orientações para ajudá-la!"

[]* Somente para as gestantes que preencheram essas etapas.

Página 16

Mais algumas palavras sobre a intervenção breve com gestantes:

O QUE É:

EDUCAÇÃO PARA O ÁLCOOL? Consiste em dar um feedback para a gestante sobre como está seu consumo de álcool (baixo risco ou risco), orientá-la sobre o limite de baixo risco (se abster do uso de álcool), encorajá-la a se manter abstinente e informá-la sucintamente dos riscos do uso de álcool nesse período.

Quem deve receber educação para o álcool?

As gestantes que pontuarem de 0 a 1 ponto no T-ACE.

ORIENTAÇÕES BÁSICAS? Consiste em dar o feedback para a gestante sobre como está seu consumo de álcool (baixo risco ou risco), oferecer informações sobre os riscos do uso de álcool para ela e para o bebê e fazer uma recomendação expressa para que a gestante se mantenha abstinente do uso de álcool nesse período. A forma como está estruturado o folheto da gestante reflete uma intervenção breve, utilizando orientações básicas.

Quem deve receber orientações básicas?

Todas as gestantes que pontuarem de 2 a 5 pontos no T-ACE e não forem dependentes do uso de álcool.

ACONSELHAMENTO BREVE? Consiste em dar o feedback para a gestante sobre como está seu consumo de álcool (baixo risco ou risco), oferecer informações sobre os riscos do uso de álcool para ela e para o bebê, fazer uma recomendação expressa para que a gestante se mantenha abstinente do uso de álcool nesse período e implementar junto com a gestante estratégias para a mudança de comportamento de acordo com seu engajamento no processo de mudança.

Quem deve receber aconselhamento breve?

As gestantes que pontuarem de 2 a 5 pontos no T-ACE e não forem dependentes do uso de álcool e, também, conforme o estágio motivacional para a mudança de comportamento em que a gestante se encontra.

Página 17

COMO RESPONDER AS SEGUINTE PERGUNTAS:

- 1) O que dizer para a gestante que fez uso de álcool em gestações anteriores e teve filhos sem problemas de desenvolvimento?

Cada gestação é única. Beber bebida alcoólica pode afetar mais um bebê do que outro, ou seja, a gestante poderá ter uma criança que nasça saudável e outra com problemas. Quanto mais velha ela estiver e beber, pior é o risco para seu bebê. Há problemas que o filho pode ter e que a gestante não associa com o uso de álcool (por exemplo: dificuldades escolares, déficit cognitivo, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade).

- 2) O que dizer para a gestante que estava bebendo e ficou preocupada se o álcool afetou seu bebê?

Parar de beber em qualquer período da gestação será melhor para a mãe e para seu bebê. Mostrar os ganhos que ela terá ao parar de beber. Dizer para a gestante também que não existem casos comprovados de mulheres que consumiram pouco álcool no início da gestação e que isso tenha trazido danos para o bebê. Aconselhar a gestante a procurar um pediatra após o nascimento do bebê, se isso a deixar mais tranquila.

- 3) O que responder para a gestante que diz que outro profissional de saúde afirmou que seu consumo de álcool não era um problema?

Seja ético e tenha cuidado para não gerar descrença no profissional. Comente que talvez ele não tenha feito uma avaliação específica sobre o padrão de consumo de álcool dela e, portanto, não avaliou os danos desse consumo para ela. Diga que você está estudando sobre o tema e que ainda não existe um limite que seja considerado seguro para o consumo de álcool na gestação.

Bibliografia:

- American Academy of Pediatrics. Fetal Alcohol Syndrome and Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorders. *Pediatrics*, v. 106, n. 2, p. 358-361, 2000.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Drinking and Reproductive Health: A Fetal Alcohol Spectrum Disorders Prevention Tool Kit. 2006. Disponível em: http://www.acog.org/from_home/misc/dept_pubs.cfm
- Babor, T. F.; Higgins-Biddle, J. C. Intervenções Breves para uso de risco e uso nocivo de álcool □ Manual para Uso em Atenção Primária. Organização Mundial de Saúde □ Departamento de Saúde Mental e Dependência de Substâncias. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.
- Babor, T. F.; Higgins-Biddle, J. C.; Saunders, J. B.; Monteiro, M. G. AUDIT: Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Alcool - Roteiro para Uso em Atenção Primária. Organização Mundial de Saúde □ Departamento de Saúde Mental e Dependência de Substâncias. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.
- Chang, G. et al. Brief Intervention for prenatal alcohol use: a randomized trial. *Obstetrics & Gynecology*, v. 105, n. 5, p. 991-998, 2005.
- Corrêa, C. L.; Ferreira, M. G.; Lemônica, I. P. Consumo de álcool e gravidez: riscos decorrentes desta associação. *Revista Brasileira de Toxicologia*, v. 13, n. 1, p. 5-10, 2000.
- Fabbri, C. E.; Furtado, E. F.; Laprega, M. R. Alcohol consumption in pregnancy: performance of the Brazilian version of the questionnaire T-ACE. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 6, p. 979-984, 2007.
- Floyd et al. Preventing alcohol-exposed pregnancies: a randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 32, n. 1, p. 1-10, 2007.
- Freire, T. d. M.; Machado, J. C.; Melo, E. V. d.; Melo, D. G. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 27, p. 376-381, 2005.
- Furtado, E. F.; Fabbri, C. E. Consumo materno de álcool e outras substâncias psicoativas e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil. *Medicina*, v. 32, n. SI, p. 53-58, 1999.
- Hanson, J. W.; Jones, K. L.; Smith, D. W. Fetal alcohol syndrome. Experience with 41 patients. *Journal of the American Medical Association*, v. 235, n. 14, p. 1458-1460, 1976.
- Jones, K. L.; Smith, D. W. The fetal alcohol syndrome. *Teratology*, v. 12, n. 1, p. 1-10, 1975.

- Jones, K. L.; Smith, D. W.; Ulleland, C. N.; Streissguth, P. Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet*, v. 1, n. 7815, p. 1267-1271, 1973.
- Lisansky Gomberg, E. S. Women and alcohol: Use and abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 181, n. 4, p. 211-219, 1993.
- Manwell, L. B.; Fleming, M. F.; Mundt, M. P.; Stauffacher, E. A.; Barry, K. L. Treatment of problem alcohol use in women of childbearing age: results of a brief intervention trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, v. 24, n. 10, p. 1517-1524, 2000.
- Marques, A. C. P. R.; Furtado, E. F. Intervenções Breves para problemas relacionados ao álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, supl. 1, p. 28-32, 2004.
- Ministerio da Saude. Secretaria de Assistência à Saúde. Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo. Brasil: Ministério da Saúde, Brasília, 1994.
- Minto, E. C.; Corradi-Webster, C. M.; Gorayeb, R.; Laprega, M. R.; Furtado, E. F. Intervenções Breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 16, n. 3, p. 207-220, 2007.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Identification and Care of Fetal Alcohol-Exposed Children. A Guide for Primary-Care Providers. National Institutes of Health, Publication nº 99-4369, 1999.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Personal steps to a healthy choice: a woman's guide. National Institutes of Health, Publication nº 00-4370, 2000.
- O'Connor, M. J.; Whaley, S. E. Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *American Journal of Public Health*, v. 97, n. 2, p. 252-258, 2007.
- O'Leary, C. M. Fetal alcohol syndrome: Diagnosis, epidemiology, and developmental outcomes. *Journal of Pediatrics and Child Health*, v. 40, n. 1-2, p. 2-7, 2004.
- Sokol, R. J.; Martier, S. S.; Ager, J. W. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 160, n. 4, p. 863-868, 1989.
- Sullivan, W. C. A note on the influence of maternal inebriety on the offspring. *Journal of Mental Science*, v. 45, p. 489-503, 1899.

Página 20

Contracapa

Capa

A mãe cuida, protege e ama seu filho, mesmo antes dele nascer. Ela sabe que é importante cuidar de própria saúde para que seu bebê não tenha problemas e cresça saudável.

Por isso, mãe, cuidar da sua saúde agora vai ajudar você a ter uma gestação mais tranquila e proteger seu filho.

Este folheto é para ajudá-la a conhecer melhor quais são as consequências do consumo de álcool para você e seu bebê.

Primeiro você precisa saber o que é uma DOSE-PADRÃO.

DOSE PADRÃO:
Uma dose padrão equivale a 12 gramas de álcool puro, o que significa 1 copo de cerveja, ou 1 taça de vinho, ou 1 dose de pinga, como você pode ver na figura abaixo.

1 taça de vinho
140 ml

1 dose pequena de
aperitivo (batidas) 40 ml
1 garrafa de ice 275 ml

1 copo de cerveja ou
1 tulipa de chopp 350 ml
ou uma latinha 350 ml

1 dose de destilados
(pinga, conhaque, whisky) 40 ml

● cada bolinha representa 1g de álcool

Página 1

Agora que você já sabe o que é uma dose padrão, sugerimos que você responda às questões abaixo.

Qual a quantidade que você precisa beber para se sentir desinibida ou mais "alegre"?

(Avaliar conforme nº de doses-padrão)

☐ Não bebo (0) ☐ Até duas doses (1) ☐ Três ou mais doses (2)

Alguém tem lhe incomodado você por criticar o seu modo de beber?
(Ex: cônjuge, filho, pai ou mãe)

☐ Não (0) ☐ Sim (1)

Você tem percebido que deve diminuir seu consumo de bebida?

☐ Não (0) ☐ Sim (1)

Você costuma tomar alguma bebida logo pela manhã para manter-se bem ou para se livrar-se do mal-estar do "dia seguinte" (ressaca)?

☐ Não (0) ☐ Sim (1)

Faça a soma dos quadradinhos que você marcou com um x.

Total de pontos:

Página 2

Considerando o total de pontos final do questionário, veja abaixo o quanto seu consumo de álcool pode prejudicar a saúde do seu bebê.

Resultado do teste

Nós, às vezes, nos esquecemos que o álcool é uma droga porque ele é amplamente utilizado em nossa sociedade. O uso de bebidas alcoólicas durante a gravidez pode prejudicar a saúde do seu filho, mesmo quando ele ainda está dentro da barriga da mãe.

Página 3

Página 4

Página 5

Lembre-se, não consuma bebidas alcoólicas:

- se estiver tentando engravidar
- se suspeita estar grávida
- durante toda gestação
- durante o período que estiver amamentando

Assim como o álcool, o cigarro também é uma droga que pode causar importantes prejuízos para a saúde do bebê. Por isso mãe, se você está fumando é aconselhável parar de fumar durante a gestação e também no período da amamentação.

Durante as consultas de pré-natal, converse com o seu médico ou enfermeira sobre o seu consumo, eles poderão orientar e esclarecer você sobre suas dúvidas.

*O nascimento de uma criança é uma alegria!
As mães sonham com o nascimento de seu bebê
e desejam que ele nasça com saúde e feliz.
Cuide da sua saúde e tenha um bebê saudável.*

Página 6

Realização

Programa de Ações
Integradas para Prevenção e
Atenção ao Uso de Álcool e
Drogas na Comunidade

Apoio

Processo nº 575304/2006-1

Processo nº 09/50999-9

Contracapa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.usp.br

Ribeirão Preto, 19 de janeiro de 2010

Ofício nº 108/2010
CEP/MGV

Prezado Professor,

O trabalho intitulado **“FATORES ASSOCIADOS À EFICÁCIA DE UM MODELO DE INTERVENÇÕES BREVES PARA REDUÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO”** foi analisado “AD REFERENDUM” e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 12627/2009.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimo Senhor

PROF. DR. ERIKSON FELIPE FURTADO

Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento

Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA – 0000 2733; IRB – 0000 2186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.usp.br

Ribeirão Preto, 09 de fevereiro de 2011.

Ofício n.º 409/2011.
CEP/MGV

PROCESSO HCRP Nº. 12627/2009

Prezado Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 317ª Reunião Ordinária, realizada em 07/02/2011, analisou e aprovou a solicitação de adendo referente à realização de entrevista de rastreamento por telefone para recrutamento de participantes da pesquisa: "FATORES ASSOCIADOS À EFICÁCIA DE UM MODELO DE INTERVENÇÕES BREVES PARA REDUÇÃO DO CONSUMO DE ALCOOL NA GESTAÇÃO". O CEP aprovou a continuidade da pesquisa.

Atenciosamente,

DRª. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimo Senhor
PROF. DR. ERIKSON FELIPE FURTADO
Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento

Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA - 0000 2733; IRB - 0000 2186 - Registro CONEP/SISNEP nº. 4
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde
www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

OF. 2717/10 - GS
RASR/rasr

Ribeirão Preto, 18 de junho de 2010.

Senhor Coordenador,

Em atenção à solicitação de autorização para a realização do Projeto de Pesquisa intitulado “**Fatores associados à eficácia de um modelo de intervenções breves para redução do consumo de álcool na gestação**”, informamos que somos favoráveis à realização do referido Projeto.

Solicitamos que entre em contato com o Programa de Saúde da Mulher desta Secretaria para o agendamento do início do Projeto e que após os resultados da pesquisa sejam repassados ao referido Programa.

Com protestos de distinta consideração e elevado apreço, subscrevemo-nos.

Cordialmente,

DR. STÊNIO JOSÉ CORREIA MIRANDA
Secretário Municipal da Saúde

ILUSTRÍSSIMO SENHOR
PROF. DR. ERIKSON F. FURTADO
COORDENADOR
PAI PAD
HOSPITAL DAS CLÍNICAS – FMRP - USP
NESTA

SECRETARIA DE SAÚDE
ARARAQUARA
DESENVOLVIMENTO PARA TODOS

Av. ESPANHA, 188 6º ANDAR CEP 14801-130 TEL/FAX (016) 33011707

Araraquara, 08 de Julho de 2010.

OF.SMS. Nº. 744/2010

Prezado Senhor,

Em atenção ao solicitado, encaminho abaixo a autorização necessária:

Eu, Dra. Maria Regina Goulart Barbieri Ferreira, Secretária Municipal de Saúde do Município de Araraquara, autorizo o docente Erikson Felipe Furtado, da USP – Universidade de São Paulo, a desenvolver o Projeto “FATORES ASSOCIADOS À EFICÁCIA DE UM MODELO DE INTERVENÇÕES BREVES PARA REDUÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO” no Município de Araraquara.

Sendo o que tínhamos para o momento, reiteramos nossos protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

Dra. MARIA REGINA GOULART BARBIERI FERREIRA

Secretária Municipal de Saúde de Araraquara

Erikson Felipe Furtado
Coordenador do Projeto GESTA-INTERBREV
Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto, 15 de Junho de 2010.

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Geraldo Duarte

Responsável pelo Setor de Obstetrícia do

Departamento de Ginecologia do HCFMRP-USP

Ref.: Projeto de Pesquisa: "Fatores associados à eficácia de um modelo de intervenções breves para redução do consumo de álcool na gestação"

Solicito de V^a. S^a. a autorização para coleta de dados junto às pacientes gestantes dos Ambulatórios sob sua coordenação, sendo que a atividade será desenvolvida pela equipe por mim supervisionada, a partir do corrente mês.

Informo que o projeto tem a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, processo de nº. 575304/2008-1 – Saúde Mental.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Erikson F. Furtado

Responsável pelo PAI-PAD

Após análise do projeto na integra e aprovacao em todos os setores do DGO
Prof. Dr. Geraldo Duarte
Responsável pelo Setor de Obstetrícia
Ginecologia e Obstetrícia
CRM 91830