

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

LARISSA HORTA ESPER

Aspectos psicossociais associados ao consumo de álcool: uma comparação entre gestantes abstinentes, consumidoras com uso de risco, nocivo e dependência

RIBEIRÃO PRETO
2015

LARISSA HORTA ESPER

Aspectos psicossociais associados ao consumo de álcool: uma comparação entre gestantes abstinentes, consumidoras com uso de risco, nocivo e dependência

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

Área de concentração: Saúde Mental
Orientador: Erikson Felipe Furtado

RIBEIRÃO PRETO
2015

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

Esper, Larissa Horta

Aspectos psicossociais associados ao consumo de álcool: uma comparação entre gestantes abstinentes, consumidoras com uso de risco, nocivo e dependência. Ribeirão Preto, 2015.

122 p.: il.; 30 cm.

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

Orientador: Erikson Felipe Furtado

1. Gestação. 2. Aspectos psicossociais. 3. Álcool

ESPER, L.H. Aspectos psicossociais associados ao consumo de álcool: uma comparação entre gestantes abstinentes, consumidoras com uso de risco, nocivo e dependência. Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em:

Banca examinadora:

Prof. Dr. _____
Instituição _____
Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição _____
Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição _____
Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição _____
Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição _____
Julgamento _____ Assinatura: _____

À minha família pelo apoio incondicional em todos os momentos, principalmente durante os períodos de distância e saudade que foram necessários para concretizar este estudo.

Agradecimentos

Agradeço profundamente minha família, Willian, Maria Isabel, Bruno, Isabella, Sonia e Diego. Ficar longe de vocês durante quase um ano foi sem dúvida o maior desafio que já tive. Obrigada pela compreensão e apoio durante todo o processo, vocês são a minha força e motivação.

Ao Prof. Erikson Felipe Furtado pela confiança durante a construção deste trabalho, pela mediação para que o sonho de estudar no exterior em uma excelente instituição se concretizasse e pela orientação cuidadosa desta tese.

Aos queridos colegas do PAI-PAD, pelo apoio durante o desenvolvimento desta tese, por compartilhar conhecimentos e vivências sobre o atendimento destinado à mulheres. Sem dúvida esta equipe se tornou minha segunda família e vou levar para sempre em minhas melhores lembranças.

Agradeço a presença amorosa de meu namorado Fernando, pela ajuda durante a formatação do trabalho e por todo estímulo, especialmente na etapa final de conclusão desta tese.

À professora Hendree Jones pelas orientações criteriosas durante o período no exterior, ao estatístico Kevin O'Grady pelo apoio durante análises estatísticas e à todos os integrantes da equipe Horizons. A vivência com estes profissionais sem dúvida ampliou minha compreensão científica e clínica, sobre o tratamento destinado a mulheres farmacodependentes e seus filhos.

Aos queridos colegas que fiz durante o período na cidade de Chapel Hill, em especial Vicky, Mahlet, Johnhy, Jordan e Mary. Aprendi a respeitar e compreender nossas diferenças culturais que muitas vezes foram até divertidas, obrigada pela constante ajuda.

Aos colegas Leandro, Mariana e Marília, amigos queridos sempre presentes em minha vida. Nossas conversas sempre me ajudam a relaxar e refletir que a vida só faz sentido com pessoas como vocês ao meu lado.

Aos colegas que participaram desta pesquisa durante o desafiador processo de coleta de dados: Poliana, Joseane, Fabiana, Caline e aos profissionais do CAIS de Santa Rita do Passa Quatro e Centro de Referência a Saúde da Mulher- MATER.

Às gestantes colaboradoras deste estudo, que compartilharam suas histórias, confiaram no nosso trabalho e permitiram a realização desta pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior- CAPES pela concessão de bolsa nacional de doutorado e bolsa de doutorado sanduíche no exterior.

À todos vocês o meu muito obrigada!

Saltar sobre o vazio, pular de pico em pico.
Não ter medo da queda. Foi assim que se construiu a ciência:
não pela prudência dos que marcham, mas pela ousadia dos que sonham.
Todo conhecimento começa com o sonho. O conhecimento nada mais é que a
aventura pelo mar desconhecido, em busca da terra sonhada. Mas sonhar é coisa
que não se ensina. Brota das profundezas do corpo, como a água brota das
profundezas da terra. Como Mestre só posso então lhe dizer uma coisa: “Conte-me
os seus sonhos, para que sonhemos juntos!”

Rubem Alves – A Alegria de Ensinar

RESUMO

ESPER, L.H. **Aspectos psicossociais associados ao consumo de álcool: uma comparação entre gestantes abstinentes, consumidoras com uso de risco, nocivo e dependência.** 2015. 122 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

O consumo de bebidas alcoólicas durante o período gestacional está relacionado a diversos prejuízos para a saúde materna e do bebê. O uso desta substância por gestantes pode aumentar o risco de trabalho de parto prematuro, aborto espontâneo, descolamento de placenta e aumento de pressão arterial. Em relação ao filho, o álcool pode causar deficiência no crescimento intrauterino, malformações físicas, a Síndrome Fetal do Álcool (SFA), danos cognitivos e problemas comportamentais que podem perdurar por toda a vida da criança. Embora exista uma tendência a diminuição do consumo de álcool durante o período gestacional, observa-se que uma parcela de mulheres persiste no consumo abusivo. Dessa forma, a identificação dos aspectos psicossociais relacionados com o uso de álcool torna-se importante para compreender melhor quais os fatores relacionados com este comportamento. O estudo teve como objetivo avaliar comparativamente os aspectos psicossociais associados com o uso de álcool em amostra de gestantes com diferentes padrões de consumo: abstinentes, consumidoras de risco, consumidoras nocivas e com provável dependência de álcool. Os fatores predisponentes para a SFA (conforme modelo adaptado de Abel & Hannigan) e o modelo psicossocial para compreensão do problema foram utilizados para seleção dos aspectos psicossociais considerados relevantes nesta pesquisa. Durante o desenvolvimento do estudo, a pesquisadora realizou estágio de doutorado no exterior na *University of North Carolina at Chapel Hill (EUA)* para treinamento clínico e científico. Trata-se de um estudo com delineamento transversal, observacional e comparativo. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas com gestantes atendidas em unidades básicas de saúde, maternidade e em serviço especializado em atendimento a mulheres farmacodependentes. Os resultados apontaram que gestantes com maior gravidade de consumo tiveram maior propensão à morbidade psiquiátrica ($F=15,1$; $p\leq 0,001$), maior número de eventos estressores ($F=21,9$; $p\leq 0,001$), menor suporte social ($F=9,2$; $p\leq 0,001$), menor habilidade de *coping* ($F=6,5$; $p\leq 0,001$), menor conhecimento sobre os danos associados ao uso de álcool na gestação ($F=7,2$; $p\leq 0,001$) e tinham companheiro com uso de álcool ($X^2=5,8$; $p\leq 0,01$) e/ou drogas ilícitas ($X^2=24,3$; $p\leq 0,001$). A análise de regressão logística multivariada identificou quatro principais variáveis associadas à maior gravidade de uso de álcool: Estresse, Sintomas psiquiátricos, Uso de álcool e drogas do companheiro, Crenças e conhecimentos sobre o uso de álcool na gestação. Sendo assim, as gestantes com maior consumo de bebidas alcoólicas apresentaram aspectos psicossociais que as diferiram das gestantes abstinentes ou com consumo de risco de álcool. O estudo contribui ao evidenciar fatores que podem aumentar, ou ainda, moderar o consumo de álcool de gestantes. A gestação é um momento propício para auxiliar a mulher no abandono do uso de substâncias como bebidas alcoólicas. Os profissionais que atendem essa população podem avaliar tais aspectos psicossociais e detectar gestantes com maior vulnerabilidade para o uso de álcool. Portanto, o conhecimento sobre esta relação é importante para intervenções profissionais efetivas, formulação de estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, assim como uma melhor fundamentação de políticas públicas na área de saúde materno-infantil.

Palavras- chave: Aspectos psicossociais, Gestação e Álcool

ABSTRACT

ESPER, L.H. **Psychosocial aspects associated with Alcohol consumption: a comparison of pregnant women with abstinence, hazardous use, harmful use and alcohol dependence.** 2015. 122 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Alcohol consumption during pregnancy is related to several damage for maternal and newborn health. Pregnant women that use this substance can increases the risk for preterm labor, miscarriage, placental abruption and high blood pressure. For the child, alcohol can result in intrauterine growth restriction, physical malformations, the Fetal Alcohol Syndrome (FAS), cognitive impairment and behavioral problems that can last for a child's whole life. Although there is a tendency to decreased alcohol consumption during pregnancy, it is observed that a portion of women persists in the abuse. Thus, the identification of psychosocial aspects of alcohol use becomes important to better understand what factors are related to this behavior. The goal of the study was comparatively evaluate the psychosocial aspects associated with the alcohol use in a sample of pregnant women with different patterns of consumption: abstinence, hazardous use, harmful use and alcohol dependence. Permissive factors for FAS (as adapted model of Abel & Hannigan) and the psychosocial model for understanding the issue were used for selecting the psychosocial aspects considered relevant for this search. During the development of the study, the researcher conducted internship abroad at the University of North Carolina at Chapel Hill (USA) for clinical and scientific training. A cross-sectional, observational and comparative study. Data collection was conducted through semi-structured interviews with pregnant women attending the Basic Health Units, a maternity clinic and specialized service in addiction treatment for women. Results indicated that pregnant women with greater severity consumption were more chance to psychiatric morbidity ($F=15.1$, $p<0.001$), stressful events numbers ($F=21.9$, $p<0.001$), lower social support ($F=9.2$; $p<0.001$), lower levels of coping ($F=6.5$; $p<0.001$), lower Beliefs and Knowledge about the harms associated with alcohol use during pregnancy ($F=7.2$; $p<0.001$) and had a partner with alcohol use ($X^2=5.8$; $p<0.01$) and/or illicit drug use ($X^2=24.3$, $p<0.001$). Multivariate logistic regression analysis identified four main variables associated with greater severity of alcohol use: Stress, Psychiatric symptoms, Partner who use alcohol or drugs, Beliefs and Knowledge about alcohol use during pregnancy. Thus, pregnant women with greater severity of alcohol consumption had psychosocial aspects that differ from abstinent women or with hazardous alcohol consumption. This research identified factors that may increase or, even moderate alcohol consumption for pregnant women. Pregnancy seems to be appropriate moment to aid the woman in the abandonment of the use of substances such as alcohol. Professionals serving this population could evaluate this psychosocial aspects and detecting pregnant women with greater vulnerability to alcohol use. Therefore, knowledge of this association is important for effective professionals interventions, formulation of strategies for prevention, early diagnosis and treatment, as well as a better foundation for public policy about maternal and child health.

Keywords: Psychosocial aspects, Pregnancy and Alcohol

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Comparação da amostra total em relação ao número médio de doses consumidas por ocasião, no trimestre anterior a gestação e durante o primeiro trimestre gestacional.	64
Gráfico 2 - Número de gestantes da amostra com consumo de tabaco e/ou outras drogas em algum momento da vida, distribuídas segundo grupos de gravidade de uso de álcool.	68
Gráfico 3 - Distribuição de número de gestantes segundo pontuação total no SRQ-20.	69
Gráfico 4 - Pontuação média em escala de percepção de nível de estresse distribuída segundo grupos de gravidade de uso de álcool.....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas segundo amostra total e grupos de gravidade de consumo de álcool.....	62
Tabela 2 - Análise sobre o padrão de consumo de bebidas alcoólicas da amostra total e grupos de gravidade de uso de álcool, antes e durante a gestação.	65
Tabela 3 - SRQ-20: frequência de respostas positivas segundo amostra total e grupos de gravidade de consumo de álcool.....	70
Tabela 4 - Exposição a eventos estressores no último ano segundo amostra total e grupos de gravidade de uso de álcool.	73
Tabela 5 - Exposição a eventos estressores no último ano segundo amostra total e grupos de gravidade de uso de álcool.	76
Tabela 6 - Uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas do companheiro segundo amostra total e grupos de gravidade de uso de álcool.	79
Tabela 7 - Conhecimento sobre Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) e uso de álcool na amamentação segundo amostra total e grupos de gravidade de uso de álcool.	82
Tabela 8 - Associação de aspectos psicossociais e gravidade de uso de álcool: resultados do modelo de regressão logística multivariada (N=208).....	84

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Esquema de Abel e Hannigan (1995) sobre a relação entre os fatores predisponentes e fatores desencadeantes associados aos Defeitos congênitos relacionados ao álcool (ARBDs) e a Síndrome Fetal do Álcool (<i>Fetal Alcohol Syndrome- FAS</i>)	30
Figura 2 - Esquema ilustrativo sobre os aspectos psicossociais associados à gravidade de consumo de álcool em gestantes.....	36
Figura 3 - Processo de coleta de dados e formação de grupos de gestantes segundo gravidade de uso de álcool.	44
Figura 4 - Distribuição da pontuação média em escala de Suporte social segundo grupos de gravidade de uso de álcool.....	78

LISTA DE SIGLAS

ARBD	<i>Alcohol Related Birth Defects</i>
ARND	<i>Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorders</i>
ASSIST	<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
CAIS	Centro de Atenção Integral a Saúde
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CRSM- Mater	Centro de Referência a Saúde da Mulher- MATER
DP	Desvio padrão
EUA	Estados Unidos da América
FAS	<i>Fetal Alcohol Syndrome</i>
FASD	<i>Fetal Alcohol Spectrum Disorders</i>
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IRLE	<i>Interview for recents life even</i>
NAD	Núcleo Álcool e Drogas
NOS	<i>Newcastle-Ottawa Quality Assesment Scale</i>
NPCP	Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAI-PAD	Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade
PDSE	Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior
pFAS	<i>Partial Fetal Alcohol Syndrome</i>
SAS	<i>Statistical Analysis System</i>

SFA	Síndrome Fetal do Álcool
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SRQ-20	<i>Self Report Questionnaire-20</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
T-ACE	<i>Tolerance- Annoyed, Cut down, Eye opener</i>
TEAF	Transtornos do Espectro Alcoólico Fetal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo
UNC - Chapel Hill	<i>University of North Carolina at Chapel Hill</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 O problema do consumo abusivo de bebidas alcoólicas e outras drogas	18
1.2 Danos ao feto associados ao uso de álcool na gestação e a Síndrome Fetal do Álcool (Fetal Alcohol Syndrome)	21
1.3 Consumo de álcool na gestação: avaliação materna e a discussão sobre uma dose segura de uso.....	24
1.4 Modelo teórico.....	29
1.4.1 Modelo teórico de Abel e Hannigan: fatores predisponentes e desencadeantes associados a <i>FASD</i>	29
1.4.2 Modelo teórico: aspectos psicossociais associados ao uso de álcool na gestação	32
1.5 Hipóteses do estudo	38
2 OBJETIVOS.....	41
2.1 Geral	42
2.2 Específicos	42
3 METODOLOGIA.....	43
3.1 Delineamento metodológico	44
3.2 Participantes da pesquisa	44
3.3 Critério de seleção de grupos segundo gravidade do uso de álcool	45
3.4 Locais de coleta de dados	47
3.5 Procedimento	48
3.6 Instrumentos	49
3.7 Análises estatísticas	53
3.8 Aspectos éticos	54
3.9 Contexto do estudo	54
3.9.1 Estágio de doutorado no exterior através do PDSE	56
4 RESULTADOS	59

4.1 Dados sociodemográficos	60
4.2 Padrão de consumo de álcool	63
4.3 Consumo de tabaco e outras drogas	66
4.3 Morbidade psiquiátrica	69
4.4 Eventos estressores	72
4.5 <i>Coping</i>	75
4.6 Suporte social e suporte conjugal	77
4.7 Uso de tabaco, álcool e drogas do companheiro.....	79
4.8 Conhecimento sobre FASD e uso de álcool na amamentação	80
4.9 Aspectos psicossociais e gravidade de consumo de bebidas alcoólicas	83
5 DISCUSSÃO	85
6 CONCLUSÃO.....	100
6.1 Considerações finais	102
7 REFERÊNCIAS	107
8 APÊNDICES E ANEXOS	115

1 INTRODUÇÃO

1.1 O problema do consumo abusivo de bebidas alcoólicas e outras drogas

O consumo de substâncias psicoativas tem feito parte da vida social de homens e mulheres há muitos anos. Estudos epidemiológicos apontam que existem diferenças de gênero importantes relacionadas ao padrão de consumo de álcool e outras drogas (DEGENHARDT et al., 2008; OMS, 2011).

As mulheres quando comparadas aos homens, consomem menores quantidades de bebidas alcoólicas e há um maior número de abstinentes (DEGENHARDT et al., 2008; OMS, 2011). Números apresentados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) indicaram que 10,1% das mulheres e 32,4% dos homens referiram um beber pesado episódico (60 gramas ou mais de álcool puro) em pelo menos uma ocasião durante a semana. Em contrapartida, a maioria das mulheres neste levantamento referiu ser abstinente, 58,7% das mulheres e 41,8% dos homens no Brasil referiram não ter consumido bebidas alcoólicas durante o último ano (OMS, 2011).

Em outra ampla pesquisa realizada com amostra de mais de dezessete países, verificou-se um menor consumo feminino também de outras drogas tais como cocaína, maconha e tabaco (DEGENHARDT et al., 2008). No Brasil o uso de drogas ilícitas entre mulheres foi cerca de três vezes menor do que entre homens (BASTOS; BERTONI; HACKER, 2008).

Levantamento nacional realizado nos Estados Unidos da América (EUA) revelou que os homens apresentaram 2,2 vezes maior chance de abusar de drogas e 1,9 vezes de ser farmacodependente. As únicas drogas de exceção foram medicamentos, como analgésicos e tranquilizantes, os quais foram mais comuns entre a população feminina (COMPTON et al., 2007), esta exceção reflete o fato de que as mulheres no decorrer da história foram as principais usuárias de opióides e medicamentos de forma prescrita (KANDALL, 2010). Nos EUA, país atualmente considerado o maior consumidor de opióides do mundo, apresenta cerca de 2,1 milhões de pessoas que sofrem com transtornos relacionados ao abuso de opióides prescritos e apresenta cerca de 467.000 pessoas com abuso ou dependência de heroína. Em relação à heroína (forma ilícita de opióide), segundo dados apresentados pela SAMHSA, o número de pessoas que experimentaram esta droga nos EUA aumentou nos últimos anos (SAMHSA,

2013). Uma hipótese apontada é que neste país há a mudança de consumo de opióides farmacêuticos para a heroína, devido à maior acessibilidade desta segunda, menor preço e a falsa impressão de que a heroína pura (usada de forma fumada ou aspirada) é mais segura do que formas consideradas não puras da heroína (usada geralmente através de via endovenosa) (NIDA, 2008).

No Brasil, levantamento nacional identificou que o uso de opióides ilícitos é relativamente baixo, cerca 1,3% dos entrevistados em um levantamento nacional relataram uso na vida desta substância e apenas 0,1% referiram uso de heroína (CEBRID, 2005). Embora não há evidências de que problemas associados ao abuso de opióides será um futuro problema para o Brasil, a mudança no padrão de consumo de drogas de brasileiros e a tendência de internacionalização das drogas poderiam contribuir com o abuso desta droga. Em especial entre a população feminina a qual é historicamente mais vulnerável ao uso de opióides.

Embora a prevalência de uso feminino para a maioria das substâncias psicoativas ainda permanece menor do que a dos homens observa-se um estreitamento desta diferença de gênero com aumento significativo de uso entre a população feminina em diversos países do mundo (DEGENHARDT et al., 2008; UNODC, 2012;).

No Brasil, observa-se um aumento importante no consumo de bebidas alcoólicas entre as mulheres e aumento de problemas associados a este abuso (CARLINI et al., 2005). Segundo dados do Ministério da Saúde, houve aumento de internações psiquiátricas de mulheres devido ao abuso de álcool nos últimos anos, as estimativas apontaram que o uso problemático desta substância foi considerado a quinta principal causa deste tipo de internação no país (DATASUS, 2010).

Mulheres com abuso e dependência de substâncias psicoativas apresentam diferenças de gênero importantes, baseadas em uma complexa interação entre fatores biológicos, sociais, genéticos, hormonais e ambientais. Do ponto de visto biológico, estudos apontam a hipótese de que as mulheres são metabolicamente menos tolerantes ao uso de bebidas alcoólicas. Mediante a ingestão de quantidades equivalentes, o álcool apresenta maior impacto negativo no organismo feminino do que no organismo masculino (HERNANDEZ-AVILA, C. A.; ROUNSAVILLE, B. J.; KRANZLER, 2004, HOCHGRAF; BRASILIANO, 2010).

Evidências científicas apontam que as mulheres desenvolvem a dependência ao álcool em menor espaço de tempo e os prejuízos relacionados ao abuso desta substância progridem de forma mais rápida. Complicações clínicas como cirrose hepática,

pancreatite, cardiopatias e neuropatias decorrentes do abuso de álcool surgem precocemente e em maior gravidade para elas, este processo é denominado como efeito telescópio (*telescoping effect*) (HERNANDEZ-AVILA; ROUNSAVILLE; KRANZLER, 2004; JOHNSON et al., 2005).

Um dos principais motivos é a maior dificuldade de metabolização do álcool relacionado ao fato da mulher apresentar menor volume de água corporal, menor atividade da enzima álcool desidrogenase e maior proporção de gordura corpórea (NIAAA, 1999). Estes fatores também levariam as mulheres a sentir os efeitos das bebidas alcoólicas mais rápido do que os homens, precisando de menores quantidades para conseguir os mesmos efeitos (HERNANDEZ-AVILA; ROUNSAVILLE; KRANZLER, 2004). Além disso, as alterações hormonais femininas parecem alterar a metabolização do álcool (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2010).

Quanto às comorbidades psiquiátricas, estas parecem ser mais comuns entre mulheres alcoolistas do que homens alcoolistas. Estudos apontam que o uso de bebidas alcoólicas para aliviar sintomas de algum transtorno psiquiátrico é frequente entre mulheres que apresentam problemas relacionados ao abuso desta substância. Diagnósticos comuns associados ao abuso feminino de substâncias psicoativas são: transtornos de ansiedade, depressão maior, transtornos alimentares e transtornos de estresse pós-traumático (KERR-CORRÊA et al., 2007; HOCHGRAF; BRASILIANO, 2010).

O consumo abusivo de bebida alcoólica também apresenta repercussões clínicas importantes sobre a esfera ginecológica e obstétrica. A ingestão abusiva está associada a várias alterações no ciclo reprodutivo como a amenorréia, menopausa antecipada e o aborto espontâneo (NOVAES et al., 2000).

Os profissionais de saúde que atendem a população de mulheres com problemas relacionados ao abuso de bebidas alcoólicas devem estar atentos aos danos precoces associados ao uso desta substância (efeito telescópio). As disfunções clínicas apresentadas por mulheres alcoolistas podem ser sintomas secundários ao abuso alcoólico. Observa-se que é comum entre mulheres com problemas associados ao uso, a busca por serviços de saúde com queixas psíquicas e físicas, entretanto elas omitem seu consumo abusivo de bebidas alcoólicas.

Além dos prejuízos à saúde materna, cabe ressaltar os prejuízos ao desenvolvimento fetal quando drogas são consumidas durante a gestação. Substâncias psicoativas podem afetar o feto de diferentes maneiras. Por exemplo, a cocaína ou crack

causam diversos efeitos teratogênicos como o baixo peso ao nascer, malformações urogenitais, cardiovasculares e danos ao sistema nervoso central (KRISHNA; LEVITZ; DANCIS, 1993).

O tabaco apresenta relação com a maior ocorrência de complicações obstétricas maternas, retardo no desenvolvimento intrauterino durante o segundo e o terceiro trimestre de gestação, baixo peso ao nascer, problemas respiratórios do bebê e redução das funções pulmonares na infância (PRIETSCH et al., 2002; PRABHU et al., 2010).

Em relação à maconha, esta droga está associada ao retardo da maturação do sistema nervoso do feto. Esta substância parece permanecer no corpo materno por até 30 dias após o consumo, o que prolonga a exposição fetal à droga. Além disso, a maconha apresenta cerca de cinco vezes mais monóxido de carbono do que o cigarro, prejudicando a oxigenação fetal (BEHNKE; SMITH, 2013).

1.2 Danos ao feto associados ao uso de álcool na gestação e a Síndrome Fetal do Álcool (*Fetal Alcohol Syndrome*)

Uma preocupação importante sobre o abuso de bebidas alcoólicas em mulheres concentra-se nas gestantes, devido aos prejuízos não só para a saúde materna, como também para a saúde do bebê. O álcool está intimamente relacionado aos danos fetais devido à capacidade desta substância em atravessar a barreira placentária, sendo assim, o feto exposto aos efeitos teratogênicos do álcool sofre graves prejuízos ao seu desenvolvimento (BMA BOARD OF SCIENCE, 2007).

Observa-se que o abuso de álcool da mulher ocorre principalmente durante a idade fértil (CARLINI et al., 2005), fase na qual ocorre um elevado risco da mulher se alcoolizar em algum momento da gestação, em especial no início do período gestacional em que a maioria delas ainda não tem ciência do fato. Por exemplo, em estudo realizado pelo NPCP-PAI-PAD com amostra de gestantes em uma maternidade pública de Ribeirão Preto, verificamos que 48% da amostra reportou ter consumido alguma quantidade de bebidas alcoólicas no primeiro trimestre gestacional e apenas 39,4% referiu que a atual gestação foi planejada (ESPER, 2011).

Pesquisas nacionais que utilizaram o instrumento T-ACE (*Tolerance, Annoyance, Cut Down and Eye-Opener*) para rastreamento do uso de álcool,

identificaram uma prevalência elevada de uso de álcool em suas amostras. Aproximadamente duas em cada dez gestantes, apresentaram um padrão de consumo de álcool de risco para desenvolver os Transtornos do Espectro Alcoólico Fetal (TEAF), referente à sigla em inglês *Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)* (ALIANE, 2008; PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005; MORAES; REICHEINHEM, 2007).

O termo *FASD* é utilizado para descrever um conjunto de prejuízos ao feto decorrente do abuso de álcool materno durante a gestação. Os possíveis diagnósticos dentro deste espectro incluem: a Síndrome Fetal do Álcool (*Fetal Alcohol Syndrome-FAS*), a Síndrome Fetal do Álcool parcial (*Partial Fetal Alcohol Syndrome- pFAS*), as Desordens de Neurodesenvolvimento Relacionadas ao Álcool (*alcohol-related neurodevelopmental disorders – ARND*) e os Defeitos Congênitos Relacionados ao Álcool (*Alcohol-Related Birth Defects – ARBD*) (BMA BOARD OF SCIENCE, 2007; RILEY, 2011).

Em relação à *FAS*, esta síndrome é considerada a mais grave consequência ao desenvolvimento fetal causada pelo consumo abusivo de álcool materno. Atualmente, existem vários critérios diagnósticos definidos por entidades internacionais, como por exemplo, os critérios utilizados pelo Instituto de Medicina (*Institute of Medicine –IOM*), pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (*Centers for Disease Control and Prevention- CDC*) e os critérios de quatro dígitos de Astley e Clarren (*Four Digit Diagnostic Code*) (ASTLEY; CLARREN, 2000).

Entre as principais características clínicas desta síndrome estão: deficiência no desenvolvimento quanto ao peso e comprimento antes e após o nascimento, prejuízos ao desenvolvimento neurológico do sistema nervoso central, com consequências como hiperatividade, atrasos no desenvolvimento da linguagem, déficit de atenção, dificuldades de aprendizagem, pobre coordenação motora e uma série de anomalias faciais típicas, incluindo fissura palpebral curta, lábio superior fino e filtro nasal pouco visível (WATTENDORF; MUENKE, 2005; BMA BOARD OF SCIENCE, 2007; LANDGRAF; NOTHACKER, HEINEN 2013).

O álcool causa alterações na neurogênese e na formação dos órgãos dependendo do estágio de desenvolvimento em que o embrião ou feto se encontra. Esta substância pode causar efeitos citotóxicos ou mutagênicos que acarretam aberrações cromossômicas letais (NICCOLS, 2007).

A susceptibilidade do bebê aos danos ocasionados pelo uso de substâncias psicoativas é dividida segundo três principais etapas de desenvolvimento intraútero: (1)

período de pré-diferenciação; (2) período embrionário e (3) período fetal. Durante o período de pré-diferenciação há maior risco de morte ou dano ao embrião. No período embrionário, há risco de malformações dos órgãos e sistemas, uma vez que este é o período de início da organogênese. No período fetal, o uso de álcool materno causa retardo de crescimento, atraso no desenvolvimento e déficits funcionais particularmente neurocomportamentais (POLLARD, 2007).

O álcool pode lesar tecidos do sistema nervoso central tais como o cerebelo, o hipocampo e o córtex pré-frontal. Tais malformações biológicas são consideradas a base dos problemas comportamentais e déficits neurológicos de crianças com *FAS* (NICCOLS, 2007).

Em relação à *FAS*, a prevalência desta síndrome oscila segundo a população estudada. Estudo verificou que tal síndrome acomete cerca de 0,02 a 0,2% das crianças norte-americanas e entre 4 a 10% dos nascidos de mães dependentes de álcool (MAY, 2001).

Em relação à *FASD*, a prevalência estimada em escolares jovens foi de aproximadamente de 2% a 5% nos EUA e também em países da Europa Ocidental (MAY et al., 2009). Outro estudo, realizado na África do Sul, identificou a prevalência de 40,5 a 46,4 por 1000 crianças em idade escolar, tais taxas foram cerca de 18 a 141 vezes maiores do que as encontradas nos EUA (MAY et al., 2008).

No Brasil, estudo realizado em uma maternidade pública na cidade de São Paulo, observou que uma proporção de 38,69 por 1000 nascidos vivos apresentaram a *FASD*, destes 1,52 por 1000 nascidos vivos foram identificados com *FAS* (MESQUITA; SEGRE, 2009).

A prevalência deste espectro é ainda maior em ambientes especiais de cuidados a criança e jovens, tais como orfanatos e serviços de assistência social. Em recente pesquisa com metanálise da literatura, os resultados apontaram que nestes serviços a prevalência foi de aproximadamente 60 por 1000 crianças com *FAS* e 169 por 1000 crianças com *FASD* (LANGE et al., 2013).

A maior prevalência de *FASD* encontrada em países em desenvolvimento e em ambientes de cuidados à criança destaca a relevância de avaliação dos fatores sociais e ambientais que podem contribuir para o desenvolvimento de prejuízos ao bebê e para o consumo de álcool na gestação.

1.3 Consumo de álcool na gestação: avaliação materna e a discussão sobre uma dose segura de uso

Desde que a *FAS* foi documentada, uma série de estudos foram desenvolvidos no sentido de desvendar os fatores associados ao desencadeamento desta síndrome. Uma das grandes dificuldades desta linha de estudo é a identificação real do padrão de consumo de álcool durante o período gestacional.

Grupos de pesquisadores apontam desafios quanto à obtenção de informações sobre o consumo de álcool de gestantes (MAY et al., 2005; COYNE et al., 2008). Em estudo com mulheres africanas, residentes em região com maior prevalência de *FAS* já documentada, os autores apontam que as questões sobre o abuso de álcool durante a gestação são sensíveis de serem questionadas, sendo que a maneira de abordar o tema afeta a validade das informações. O tipo de questão, a sequência em que esta é avaliada durante a entrevista, a forma como ocorre o *feedback* para a gestante, comprometem a acurácia dos dados obtidos, especialmente quanto ao consumo de álcool em padrão abusivo (MAY et al., 2005).

Coyne e colaboradores (2008) verificam ainda que o método utilizado de “não julgamento”, a avaliação clínica em um espaço reservado e posterior visita domiciliar, facilitaram identificar prospectivamente uma proporção ampla de mulheres com risco de desenvolver crianças com prejuízos associados ao abuso de álcool (COYNE et al., 2008).

Entre as principais dificuldades em relação à obtenção de respostas fidedignas de mulheres que abusaram desta substância durante o período gestacional é a dificuldade de muitos profissionais em abordar este tema devido a crenças e estigmas relacionados ao consumo de álcool. Quanto à primeira, em experiência adquirida durante o desenvolvimento de projetos no Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia (NPCP/PAI-PAD), identificamos a necessidade em desenvolver estratégias específicas para abordar o abuso de substâncias psicoativas com a população de mulheres.

Verificou-se que algumas atitudes do entrevistador são extremamente importantes e auxiliam durante a coleta de dados fidedignos. Entre tais atitudes estão: o não julgamento do comportamento de consumo, a valorização dos aspectos positivos da

fala da gestante, a empatia do entrevistador, a adoção de uma postura firme, porém não autoritária e o respeito à autonomia da paciente quanto as suas escolhas.

Outra característica é a estruturação e sequência das questões utilizadas durante a entrevista, as quais devem ser organizadas de uma forma específica. Por exemplo, na presente pesquisa, no intuito de permitir um espaço ao entrevistador para obter um melhor vínculo e confiança da gestante, perguntas sobre hábitos de vida e alimentação foram inseridas no questionário e foram avaliadas primeiro do que as perguntas referentes ao abuso de substâncias.

Durante a avaliação do uso de álcool e/ou drogas, instrumentos de rastreamento validados também podem auxiliar a avaliação do entrevistador. São exemplos destes instrumentos o *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*, *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*, CAGE, TWEAK e T-ACE (CHANG, 2014), sendo este último validado no Brasil especificamente para população de gestantes (FABRI; FURTADO, 2005). No presente estudo foram utilizados como instrumentos de rastreamento de avaliação os questionários AUDIT e ASSIST, tais instrumentos são descritos na seção de metodologia.

Além das entrevistas diretamente a gestante, outra ferramenta utilizada para verificar o consumo de álcool durante a gestação é a dosagem laboratorial de biomarcadores da exposição a esta substância (CHANG, 2014). Há as dosagens de biomarcadores diretos, quando este detecta a própria substância no organismo, por exemplo, álcool no sangue e no ar exalado (bafômetro). E as dosagens de biomarcadores indiretos, ou seja, quando detecta um parâmetro biológico alterado pela presença de álcool no organismo, por exemplo, carboidrato deficiente de transferrina, volume corpuscular médio, hemoglobina associada ao acetaldeído, gama glutamil transpeptidase e as enzimas hepáticas (alanina aminotransferase, aspartato aminotransferase) (JOYA et al., 2012).

A limitação dessas dosagens laboratoriais é a necessidade de realizar o exame próximo ao período de exposição ao álcool, uma vez que fornecem informações da exposição recente ao álcool, devido à metabolização e eliminação do álcool do organismo. Além disso, a presença de outros fatores, como presença de outras patologias e consumo de outras substâncias, podem interferir nas dosagens de alguns biomarcadores indiretos, levando a falsos negativos ou positivos (JOYA et al., 2012).

Outra questão amplamente discutida entre pesquisadores e entre os profissionais que atendem esta população é em relação à quantidade segura de álcool que poderia ser

ingerida pela gestante. Embora o consumo abusivo de álcool durante a gestação seja reconhecido como um importante fator de risco para diversos prejuízos ao desenvolvimento do feto, os danos associados ao consumo de baixas doses de álcool durante a gestação dividem as opiniões entre especialistas.

Em revisão sistemática de estudos observacionais com metanálise da literatura, foi avaliado se o consumo de álcool materno seria um fator de risco para as seguintes medidas: baixo peso ao nascer, nascimento prematuro e pequeno tamanho para a idade gestacional. Neste estudo, as mães com consumo moderado de álcool foram comparadas a mães abstinências. Os resultados apontaram que para as medidas baixo peso, nascimento prematuro e pequeno tamanho não houve nenhuma diferença significativa até o valor de 10 gramas de álcool puro/ dia. Para a medida de nascimento prematuro, não houve nenhum efeito até 18 gramas de álcool puro/dia. Em contrapartida, em relação ao consumo abusivo de álcool, o risco foi crescente, ou seja, quanto maior o consumo abusivo de álcool materno, maiores foram os riscos de baixo desenvolvimento da criança. Os autores concluem que embora a relação entre dose-resposta indicou risco associado ao consumo abusivo de álcool nas medidas avaliadas, o mesmo efeito não foi identificado para o consumo moderado de álcool (PATRA et al., 2011). Cabe ressaltar que a avaliação realizada em tal pesquisa incluiu apenas medidas de peso, prematuridade e tamanho, não incluindo, portanto, medidas associadas a outros prejuízos já amplamente documentados pela literatura como, por exemplo, prejuízos cognitivos e comportamentais.

Em outra revisão também com metanálise da literatura, os autores verificaram associações entre o consumo moderado de álcool e consequências neuropsicológicas em neonatos e crianças. Os autores verificaram que o consumo baixo de álcool (até três doses por semana) e moderado (até seis doses por semana) foram associados a prejuízos de habilidade social, afeto e conduta de crianças em idade de nove meses a cinco anos. As ocasiões na gestação com consumo em padrão *binge drinking* (quatro ou mais doses em uma ocasião) foram fortemente associadas com menor habilidade cognitiva em crianças com idade entre seis meses a 14 anos de idade, a dose considerada no estudo foi de 13,4 gramas de álcool puro (FLAK et al., 2013).

Embora o estudo de Patra e colaboradores não tenha identificado danos físicos ao neonato até a quantidade de 10 gramas de álcool puro/dia (PATRA et al., 2011), o estudo de Flak verificou que o consumo em baixas doses na gestação foi associado a danos comportamentais em bebês e crianças (FLAK et al., 2013).

Estudos epidemiológicos em humanos são inconclusivos em relação a doses moderadas de consumo e ao impacto do álcool no feto, entretanto estudos em modelos animais demonstraram de forma convincente os prejuízos significativos em várias regiões cerebrais. Estudo de revisão sistemática com amostras animais demonstra claramente que em laboratório há déficits neurocomportamentais em filhotes de animais expostos a níveis moderados de etanol. Alterações na aprendizagem, memória, coordenação motora, comportamento social e resposta ao estresse também foram identificados nestes filhotes. Os prejuízos comportamentais parecem ocorrer devido aos danos que o álcool acarreta ao sistema dopaminérgico e serotoninérgico, aos neuromoduladores, à plasticidade sináptica e várias regiões do cérebro, como por exemplo, o hipocampo, cerebelo, corpo caloso e córtex pré-frontal (VALENZUELA, 2012).

A definição de uma quantidade segura de consumo de álcool durante a gestação em humanos ainda gera controvérsias. No ano de 2007 o jornal britânico *British Medical Journal* publicou diferentes opiniões de especialistas sobre o tema. Por um lado, um grupo apresentou evidências científicas sobre a não associação entre consumo moderado de álcool e danos fetais (embora não excluíssem totalmente esta possibilidade). Estes estudiosos defendiam que os profissionais de saúde devem respeitar a autonomia das gestantes. Sugeriam que as mulheres deveriam ser orientadas sobre os possíveis riscos associados e ser estimuladas a decidir por elas e por seus bebês, sobre a necessidade de consumo de álcool ou não durante a gestação. Segundo estes especialistas, banir completamente o uso de álcool não auxiliaria a mudança de comportamento materno (O'BRIEN, 2007).

Por outro lado, outro grupo de pesquisadores defende que a recomendação de abstinência total do uso de álcool é a única política de saúde segura para gestantes ou mulheres que planejam engravidar (NATHANSON; JAYESINGH; ROYCROFT, 2007). Segundo estes estudiosos, não há evidências conclusivas de que uma ou duas doses de bebidas alcoólicas ingeridas por semana durante a gestação não seriam danosas ao feto. Consideram que as gestantes podem interpretar de forma errônea os conceitos sobre consumo de álcool moderado. Além disso, entendem que algumas mulheres poderiam não ter conhecimento de que estão grávidas, principalmente no primeiro trimestre gestacional e fazer o uso abusivo desta substância. Apresentam ainda diversas evidências sobre a associação entre consumo moderado de álcool e danos ao feto e criança, sendo uma delas, um estudo prospectivo que identificou que o consumo

moderado de álcool no primeiro trimestre apresentou associação negativa com a saúde mental de crianças (NATHANSON; JAYESINGH; ROYCROFT, 2007).

Ambos os argumentos citados acima são apresentados de forma fundamentada. Entretanto, embora uma parcela importante de crianças expostas ao álcool durante o período fetal não desenvolva a *FAS* completa ou os prejuízos associados ao uso desta substância, considera-se que os profissionais de saúde que atendem esta população devem informar suas pacientes sobre os riscos relacionados a este uso, sendo a mãe alcoollista ou não.

Além disso, o fato do álcool ser um teratôgeno comportamental pode levar a criança a apresentar sintomas relacionados ao comportamento durante o seu desenvolvimento em idade escolar e/ou em outras faixas etárias e não apenas após o nascimento e primeira infância (GRINFELD, 2010).

Reconhecidos grupos de pesquisa também admitem que mesmo em baixos níveis de exposição pré-natal, o feto ainda pode ser atingido negativamente pelo álcool, não havendo uma quantidade de álcool segura a ser consumida durante a gestação (NIAAA, 1999; US SURGEON GENERAL, 2004). A recomendação da OMS também é a de abstinência total do uso de álcool durante o período gestacional (OMS, 2014).

Estes posicionamentos são importantes na medida em que se observa na comunidade a tolerância social quanto ao consumo de álcool durante a gestação. Tal aspecto repercute em falas comuns como, por exemplo, “beber um pouquinho não faz mal” e “apenas mulheres com dependência alcoólica é que apresentam crianças com problemas”. Discursos que podem amenizar um grave problema de saúde com repercussões graves por toda a vida da criança.

Interessante ressaltar ainda o alto custo gasto com crianças que apresentam a *FASD*. Em estudo norte-americano os autores identificaram que as despesas com a saúde de crianças que apresentam *FASD* foi cerca de nove vezes maior do que as despesas de crianças com ausência deste transtorno (AMENDAH; GROSSE; BERTRAN, 2010). Em outra pesquisa em região de mulheres com alta prevalência de consumo de álcool durante a gestação, verificou-se que as despesas com a saúde de crianças que apresentaram *FAS* foi cerca de 30 vezes maior do que o custo gasto com ações de prevenção nesta mesma comunidade (ASTLEY et al., 2000).

O fato da *FASD* poder ser totalmente evitável, destaca o quanto a implementação de atividades preventivas pode diminuir de forma significativa os danos à saúde da criança e consequentemente também diminuir os custos relacionados com a saúde.

Ainda em relação à prevenção, reforça-se que a atenção e orientação profissional quanto aos prejuízos ao feto associados ao consumo de álcool na gestação também deve incluir grupos de mulheres não gestantes e em idade fértil, com ou sem dependência de álcool, devido à maior vulnerabilidade ao uso de bebidas deste grupo de mulheres. No Brasil, por exemplo, observa-se que a faixa etária feminina de maior consumo é entre os 18 a 34 anos de idade.

1.4 Modelo teórico

1.4.1 Modelo teórico de Abel e Hannigan: fatores predisponentes e desencadeantes associados a FASD

O consumo de álcool na gestação é a variável central associada ao desenvolvimento da FASD. Entretanto diferenças individuais tais como: fatores genéticos, metabolização materna do álcool, vivência de estresse na gestação, fatores sociodemográficos, nutrição, entre outros, parecem moderar ou potencializar esta associação (ABEL; HANNIGAN, 1995).

Abel e Hannigan (1995) apresentaram um importante modelo teórico sobre o tema. Este modelo discute os fatores associados ao desenvolvimento da FAS ou prejuízos à saúde fetal decorrentes da exposição ao álcool. Segundo tais autores, há uma interação entre o abuso de álcool materno durante o período gestacional e duas categorias principais: os fatores predisponentes (*permissive factors*) e os fatores desencadeantes (*provocative factors*) (ABEL; HANNIGAN, 1995).

Fatores predisponentes são variáveis de predisposição sociocomportamental que produzem condições biológicas de vulnerabilidade. Quando presentes, estes fatores aumentam o risco para os efeitos teratogênicos do álcool, ou seja, os fatores predisponentes criam um ambiente biológico favorável para desencadear a FAS (ABEL; HANNIGAN, 1995) (Figura 1).

O comportamento de uso de tabaco, por exemplo, é considerado um importante fator predisponente, pois a partir do uso do tabaco, as substâncias tóxicas desta droga são liberadas no corpo materno e somadas ao uso de álcool, contribuem para diversos

efeitos adversos na gestação. São também considerados fatores predisponentes: o uso de outras drogas, a vivência de estresse, o baixo status socioeconômico e os fatores associados à cultura (ABEL; HANNIGAN, 1995).

Fatores desencadeantes ou provocativos são variáveis relacionadas diretamente ao meio biológico materno que provocam a *FAS*. Estes fatores aumentariam a suscetibilidade celular aos efeitos tóxicos do álcool. Por exemplo, os componentes tóxicos contidos no tabaco são considerados fatores desencadeantes, pois a partir destas substâncias há a hipóxia celular, morte celular e conseqüente dano ao desenvolvimento fetal. São também considerados fatores desencadeantes a desnutrição e os níveis de álcool no sangue materno (ABEL; HANNIGAN, 1995).

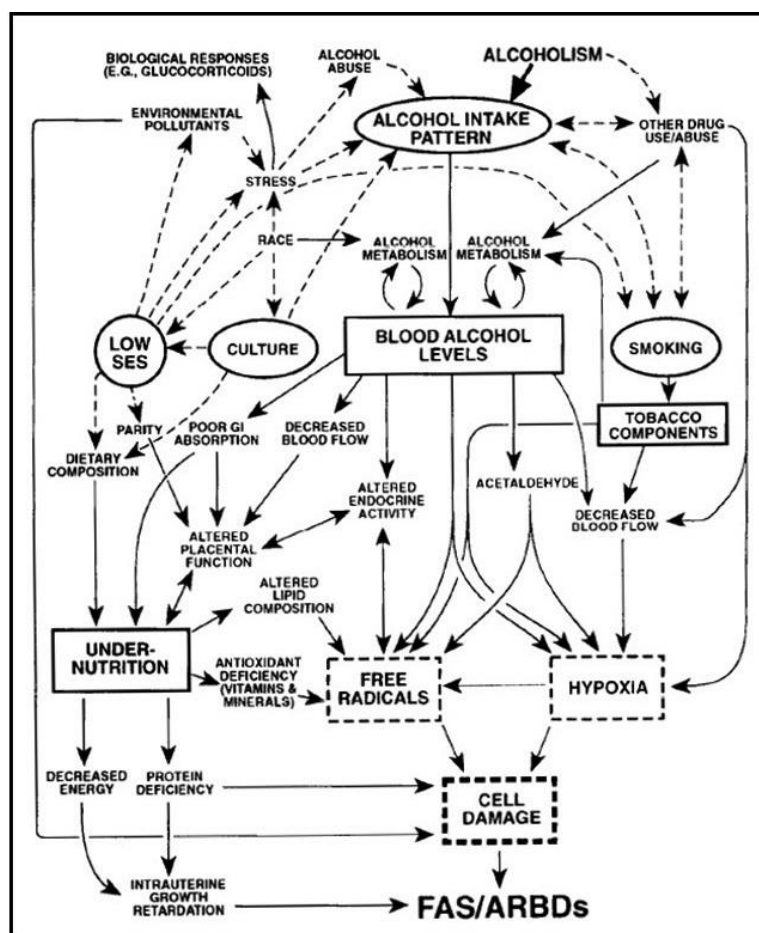


Figura 1- Esquema de Abel e Hannigan (1995) sobre a relação entre os fatores predisponentes e fatores desencadeantes associados aos Defeitos congênitos relacionados ao álcool (ARBDs) e a Síndrome Fetal do Álcool (*Fetal Alcohol Syndrome- FAS*) (ABEL; HANNIGAN, 1995).

Os fatores predisponentes e desencadeantes são apresentados no esquema acima. As variáveis inseridas em círculos são consideradas fatores predisponentes e as variáveis inseridas em quadrados são consideradas fatores desencadeantes. As linhas pontilhadas indicam associações entre as variáveis ambientais, demográficas e comportamentais. E por fim, as linhas sólidas indicam associações entre as variáveis biológicas e fisiológicas (ABEL; HANNIGAN, 1995) (Figura 1).

A partir do prévio conhecimento do modelo apresentado por Abel e Hannigan (1995), realizamos uma revisão sistemática da literatura, o objetivo foi identificar em evidências científicas quais seriam os principais fatores predisponentes maternos associados à *FASD* (ESPER; FURTADO, 2014).

Após estratégia de busca bibliográfica selecionamos 15 artigos que abordaram o tema de pesquisa, foi utilizado ainda a *Newcastle-Ottawa quality assesment scale (NOS)* para avaliar a qualidade dos estudos com delineamento caso-controle. Esta escala é recomendada pelo *Cochrane Review Group* para ser utilizada em estudos com metodologia não randomizada (LUNDH; GOTZSCHE, 2008). O julgamento da qualidade dos artigos então foi realizado a partir de três critérios principais: Comparabilidade, Exposição e Seleção.

Os resultados desta revisão indicaram que mães de crianças com *FASD* apresentaram maior idade no momento do nascimento da criança com o espectro, apresentaram nível educacional mais baixo, tiveram outros familiares com o abuso de álcool, tiveram outras crianças com *FASD*, reportaram pouca assistência pré-natal e tiveram um padrão diferencial de consumo de álcool (abuso de álcool antes da gravidez, não reduziram o consumo de álcool durante a gestação e apresentaram episódios frequentes de *binge drinking*) (ESPER; FURTADO, 2014).

Segundo critérios da *NOS*, identificamos que oito estudos apresentaram pontuação máxima quanto aos critérios de Seleção da amostra (definição de casos adequados, representatividade dos casos, seleção do grupo controle adequada, definição do controle). Quanto ao critério de Comparabilidade (baseado na análise dos dados ou *design* utilizado no estudo), quatro estudos apresentaram resultados adequados. E por fim, o critério de Exposição desta escala, a qual avalia o método de averiguação dos grupos caso e controle, identificou que apenas dois estudos apresentaram pontuação máxima (ESPER; FURTADO, 2014).

Portanto, observamos a existência de poucos estudos controlados adequados segundo avaliação de qualidade metodológica *NOS*. Esta revisão sistemática identificou

ainda que mães de crianças com *FASD* apresentaram importantes características socioeconômicas, familiares e comportamentais (especialmente relacionadas ao abuso de substâncias) que as diferiram do grupo de mulheres com ausência de problemas com o álcool (ESPER; FURTADO, 2014).

Destaca-se que os fatores de risco para a *FASD* não devem ser considerados de forma isolada, ou seja, a *FASD* é um espectro multifatorial e é desencadeada a partir da complexa relação entre diversos fatores. Estudos com delineamento longitudinal e com análises que verifiquem os efeitos dos fatores de risco cruzados são importantes no intuito de conhecer melhor a relação entre tais fatores. Além disso, estudos que verifiquem associações entre fatores de risco maternos e variáveis relacionadas ao desenvolvimento da criança poderiam identificar as variáveis maternas de maior impacto para o desenvolvimento infantil.

Esta revisão sistemática e o modelo teórico de Abel e Hannigan apresentaram como medida de desfecho o desenvolvimento da *FAS* ou *FASD* na criança. Entretanto, ao discutir os fatores predisponentes, os autores também sugerem as variáveis que poderiam estar associadas ao abuso de álcool materno durante a gestação. Entre estas variáveis estão o estresse, uso de outras drogas, uso de álcool por familiares, cultura e status sociodemográfico (ABEL; HANNIGAN, 1995; ESPER; FURTADO, 2014).

Nesta tese desenvolvemos um modelo teórico, o qual apresenta como base de sua fundamentação: os fatores predisponentes sugeridos pelo modelo de Abel e Hannigan (1995), os fatores maternos de risco associados à *FASD* e o modelo biopsicossocial de compreensão do uso de substâncias psicoativas. O esquema ilustrativo sobre o modelo teórico desta pesquisa será descrito no tópico a seguir.

1.4.2 Modelo teórico: aspectos psicossociais associados ao uso de álcool na gestação

Os prejuízos ao desenvolvimento de filhos de mulheres que abusaram de álcool durante a gestação são largamente documentados na literatura. Entretanto, uma importante lacuna existe na compreensão desta associação de grande relevância clínica

e científica que interessa-nos conhecer: os aspectos psicossociais relacionados ao abuso de álcool materno durante a gestação.

Pesquisadores enfrentam o desafio de compreender o comportamento do uso de álcool em seus diversos níveis de gravidade, desde a experimentação de bebidas e consumo nocivo de álcool até a dependência a esta substância. Tais diferentes subtipos de gravidade do uso de álcool podem ter diferentes etiologias (CLONINGER et al, 1996;. ZUCKER et al., 1996).

Não há uma única e simples explicação para a compreensão do uso de substâncias psicoativas. Diversos modelos teóricos tentam compreender qual a etiologia do uso de álcool e outras drogas. Entre estes, por exemplo, há o modelo médico ou de doença, o modelo ético legal, o modelo sociocultural (PILLON; LUIS, 2004) e o modelo biopsicossocial.

O modelo biopsicossocial de compreensão da saúde e doença parece ter sido apresentado pela primeira vez no ano de 1977 pelo psiquiatra George L. Engel. Este modelo foi apresentado no artigo titulado “*The need for a new medical model: A challenge for medicine*” (em português “A necessidade de um novo modelo médico: uma mudança para a medicina”) publicado na revista *Science*. O autor destaca as limitações do modelo de compreensão estritamente biológico (modelo biológico) e enfatiza a necessidade de inclusão dos fatores psicológicos e sociais para uma prática médica mais efetiva (ENGEL, 1977). Na década de 80 a relação entre o consumo compulsivo de álcool e os predisponentes biopsicossociais começa a ser reconhecida. Emerge assim, a compreensão biopsicossocial da dependência ao álcool (WALLACE, 1985).

O modelo biopsicossocial para a compreensão do consumo de substâncias psicoativas propõe que o comportamento do uso de álcool, assim como a dependência a esta substância, apenas pode ser compreendido se os diferentes níveis de seu funcionamento forem acessados.

A hipótese proposta por este modelo é a de que há uma mútua influência entre os diferentes níveis, sendo estes os níveis biológico, psicológico e o social. Portanto, há uma interação entre os fatores e estes não são compreendidos de forma isolada ou linear (causa-efeito). O uso de álcool e a dependência a esta substância é considerado como um produto final de uma combinação de diferentes níveis (biológico, psicológico e social) (FISHER; ROGET, 2009).

O nível biológico é compreendido como uma predisposição genética ou biológica do indivíduo. Este nível inclui fatores genéticos, alterações químicas neurocerebrais, deficiência de metabolização do álcool ou outras drogas (FISHER; ROGET, 2009). O instituto norte-americano *National Institute on Drug Abuse (NIDA)* estima, por exemplo, que os fatores genéticos são responsáveis por 40% a 60% da predisposição do indivíduo à farmacodependência, entretanto destacam que a influência dos fatores ambientais e sociais é essencial para a expressão genética (NIDA, 2008).

O nível psicológico refere-se a características comportamentais e emocionais que são identificadas com frequência entre os usuários de substâncias. Estes fatores incluem, por exemplo, sintomas de ansiedade e depressão, impulsividade, baixa autoestima, uma baixa tolerância à frustração ou ao estresse, inadequadas estratégias de *coping* e pouca habilidade de relacionamento interpessoal (FISHER; ROGET, 2009).

Pesquisas do Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia (NPCP) verificaram a associação entre sintomas emocionais e problemas relacionados ao consumo de álcool. O maior sofrimento psiquiátrico e sintomas depressivos e ansiosos foram identificados entre as gestantes abusadoras e dependentes de álcool se comparado às gestantes sem esses diagnósticos (PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005; ALIANE, 2008). A relação entre comorbidade psiquiátrica e uso de substâncias psicoativas é complexa, entretanto o consumo de bebidas alcoólicas a fim de aliviar estes sintomas parece ser comum entre mulheres (HERNANDEZ-AVILA; ROUNSAVILLE; KRANZLER, 2004).

O estresse também parece ser uma importante variável psicológica. O fato de o período gestacional ser um importante momento de mudanças poderia expor a mulher a diversas situações estressantes e conseqüentemente ao maior risco de abuso de álcool. Gestantes com maior vivência de eventos estressores durante a gestação e com elevado nível de estresse neste período apresentam com maior frequência problemas com o consumo de bebidas alcoólicas (ESPER, 2011).

Outros autores identificam ainda que há uma espécie de dose-resposta relacionada à somatória de eventos estressores vivenciados. A exposição cumulativa de eventos estressores ao longo do tempo seria um fator de risco para o consumo de álcool, independente das variações do tipo ou gravidade dos eventos envolvidos (DAWSON et al., 2005; LLOYD; TURNER, 2008).

Entretanto, a estratégia de *coping* pode ser moderadora da associação entre estresse e consumo de álcool. O *coping* é considerado como o fator comportamental e

cognitivo estabilizador, que permite ajustamentos e adaptações individuais quando se está perante situações estressantes (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; RIBEIRO, 2004).

Em estudo com amostra representativa nacional do Canadá foram verificadas as estratégias de *coping* utilizadas por três diferentes grupos: indivíduos saudáveis, indivíduos com transtorno mental de ansiedade ou humor, indivíduos dependentes de alguma substância psicoativa e indivíduos com condições médicas em geral em longo prazo. Os pesquisadores identificaram que as mulheres, independente do estado de saúde física ou mental, relataram mais do que os homens usar como estratégias de *coping* mudança nos hábitos alimentares (redução ou aumento de ingestão alimentar) e a busca pelo apoio social (conversar com amigos ou familiares sobre o problema). Em relação aos homens o aumento do consumo de álcool foi identificado como a estratégia mais comum independente do grupo. Entretanto a análise de regressão logística identificou que entre os indivíduos com transtorno de ansiedade e humor ou transtorno associado ao uso de substâncias no último ano foi maior a frequência de uso de tabaco, álcool ou outras drogas como forma de lidar com o estresse do que os outros grupos, independente do gênero. Os autores concluíram que as diferenças de gênero e saúde influenciaram a forma de lidar com o estresse (WANG et al., 2008).

Quanto ao nível social considerado pelo modelo biopsicossocial, este se refere aos relacionamentos do indivíduo com seus familiares, amigos e sociedade (FISHER; ROGET, 2009). A gestação parece influenciar as relações sociais da gestante. A mulher neste período refere sentir necessidade de cuidado e atenção dos membros da família e dos amigos, sendo que esta rede de suporte pode ajudá-la a enfrentar os diversos estressores presentes neste período. Entretanto, a falta de suporte familiar e conjugal, vivência de conflitos conjugais, presença de eventos estressores, violência doméstica e uso de álcool pelo companheiro podem ser fatores de risco para o uso de álcool da gestante (SOUZA et. al., 2010).

Um núcleo familiar com uso abusivo de álcool e/ou drogas e que considera o uso excessivo de substâncias com aceitação, pode ser um fator social de vulnerabilidade. Por outro lado, o aumento da gravidade de uso de substâncias pode ter como consequência prejuízos sociais, como perda de emprego, problemas legais, perda de suporte social e danos aos relacionamentos familiares.

O uso de álcool pelo companheiro é outro aspecto social importante a ser considerado na compreensão do problema de uso de bebidas alcoólicas por gestantes, pois parece influenciar o consumo de mulheres. Observa-se, por exemplo, que mulheres

com dependência de substâncias psicoativas frequentemente relacionam-se com parceiros que também apresentam problemas com drogas. A vivência com este companheiro pode reforçar o comportamento do uso, seja de forma direta, ao fornecer a droga ou dinheiro para comprar, ou indireta devido ao medo de perder o relacionamento ao parar de usar a droga (BORDIN et al., 2004).

Portanto, o modelo biopsicossocial sobre a compreensão do consumo de álcool considera os diferentes aspectos da vida do indivíduo. Um único nível seja o biológico, psicológico ou social, não é considerado como um fator causal, e sim como um fator de vulnerabilidade que quando associado aos outros níveis, pode desencadear o consumo e problemas com consumo de bebidas alcoólicas.

No presente estudo desenvolvemos um esquema ilustrativo sobre os aspectos psicossociais associados à gravidade de consumo de álcool. Este esquema teve como base teórica os fatores predisponentes sugeridos pelo modelo de Abel e Hannigan (1995), os fatores maternos de risco associados a *FASD* e o modelo biopsicossocial de compreensão do uso de substâncias psicoativas (Figura 2).

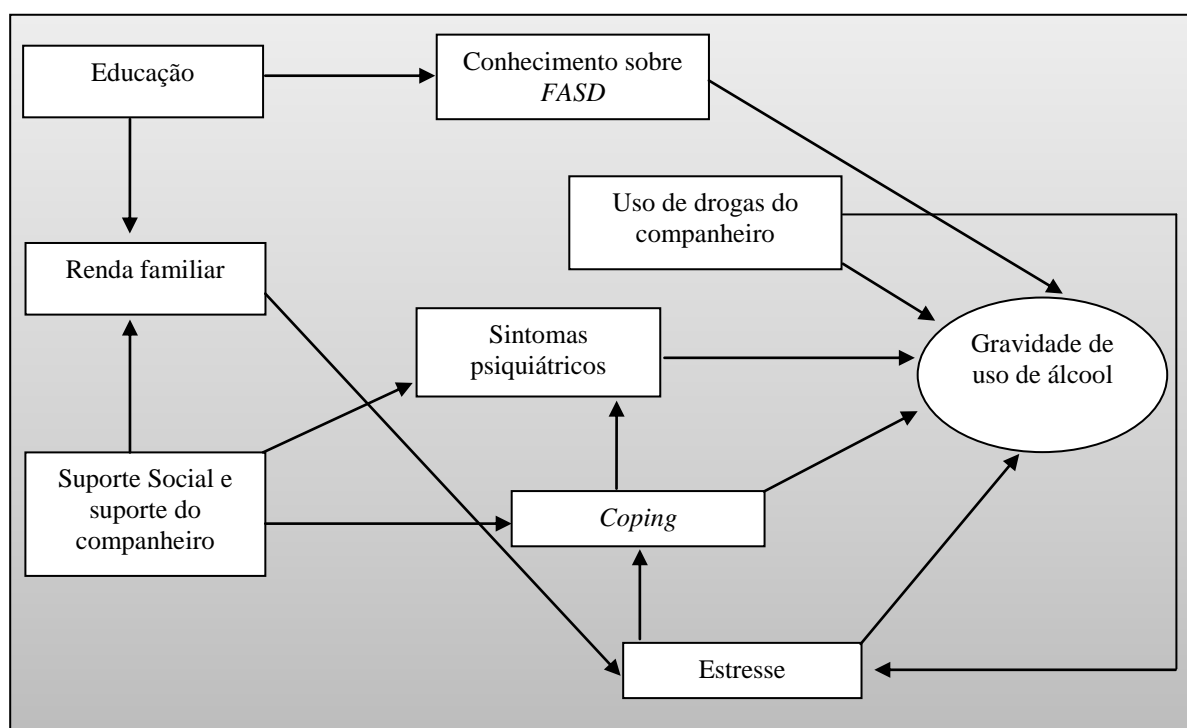


Figura 2 - Esquema ilustrativo sobre os aspectos psicossociais associados à gravidade de consumo de álcool em gestantes.

No presente estudo serão realizadas análises para verificar se a variável dependente “Gravidade de uso de álcool” apresenta associação com os seguintes aspectos psicossociais: Educação, Renda familiar, Suporte do companheiro, Suporte social, Sintomas psiquiátricos, Estresse, *Coping*, Uso de drogas do companheiro e Conhecimento sobre *FASD* e uso de álcool na amamentação.

A investigação sobre o “Conhecimento sobre *FASD* e uso de álcool na amamentação”, ou “literácia em saúde” (forma aportuguesada do termo inglês *health literacy*), foi adicionada ao esquema ilustrativo do estudo devido à grande relevância desta variável.

O menor nível de informação ou literácia sobre os danos ao feto associados ao uso de álcool parece estar associado ao maior consumo de bebidas alcoólicas na gestação. Em estudo com amostra nacional de mulheres australianas, identificou-se que a falta de conhecimento sobre os danos associados ao uso de álcool na gestação foi relacionada com a maior intenção de uso de álcool durante a gravidez (PEADON et al., 2011).

Poucos estudos na literatura nacional e internacional esclarecem as associações entre os aspectos psicossociais e o consumo de bebidas alcoólicas na gestação. Tais informações são de extrema importância, pois permitem o desenvolvimento de adequados programas de prevenção assim como melhores tratamentos a esta população (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2010). Segundo a OMS, os profissionais de saúde que atendem esta população precisam entender a complexidade dos problemas sociais, mentais e físicos das mulheres para fornecer o apoio adequado durante a gestação e puerpério (OMS, 2014).

Considerando o exposto acima, prepararam-se as seguintes questões norteadoras deste estudo: o grupo de gestantes abstinentes, consumidoras com uso de risco, com uso nocivo ou dependente de álcool difere em relação aos aspectos psicossociais associados ao consumo de bebidas alcoólicas? Quais aspectos psicossociais estão mais presentes em cada grupo de gestantes? E por fim, quais seriam os aspectos psicossociais de maior relevância associados com a maior gravidade de consumo de álcool?

A partir destas questões norteadoras, formularam-se as hipóteses investigadas neste estudo. No tópico a seguir são apresentadas tais hipóteses e os comentários sobre cada formulação.

1.5 Hipóteses do estudo

- I. Quanto maior a presença de sintomas psiquiátricos, maior a gravidade de consumo de álcool.

Comentário: o uso de bebidas alcoólicas parece estar associado a maior frequência de sintomas psiquiátricos em gestantes (PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005). A hipótese levantada neste estudo é a de que o grupo de gestantes com consumo nocivo e com provável dependência de álcool apresenta maior pontuação no instrumento SRQ-20, o qual avalia a propensão à morbidade psiquiátrica.

- II. Quanto maior o número de eventos estressores e a percepção de nível de estresse reportado em escala, maior a gravidade de consumo de álcool.

Comentário: o maior nível de estresse diante eventos estressores parece estar associado ao maior abuso de álcool em gestantes (ESPER, 2011). A hipótese deste estudo é a de que o maior número de eventos estressores e maior nível de estresse vivenciado no decorrer do último ano sejam associados a maior gravidade de consumo de bebidas alcoólicas. Além disso, espera-se identificar quais os diferentes tipos de eventos estressores mais frequentes em cada grupo de gestantes.

- III. A melhor habilidade de *coping*, conforme escore mais elevado em escala de avaliação desta variável, está associada a menor gravidade de consumo de álcool.

Comentário: o *coping* é considerado um fator estabilizador que permite ajustamentos e adaptações individuais quando se está perante situações estressantes (RIBEIRO, 2004). A hipótese deste estudo é que as gestantes abstinentes ou com consumo de risco apresentam maior pontuação total no instrumento de avaliação de *coping*, dessa forma esta variável apresenta uma relação inversa com a gravidade de consumo de álcool.

- IV. A percepção de maior suporte social está associada a menor gravidade de uso de álcool.

Comentário: a percepção de baixo suporte social é considerada um fator de vulnerabilidade para o uso de álcool de gestantes (SOUZA et. al., 2010). A hipótese deste estudo é a de que a maior percepção de um adequado suporte social é relacionada inversamente com o consumo de bebidas alcoólicas, ou seja, quanto maior a percepção de suporte social menor será o consumo de bebidas alcoólicas.

- V. O uso de álcool e/ou outras drogas do companheiro é associado com a maior gravidade de uso de álcool pela gestante.

Comentário: o consumo de substâncias psicoativas do companheiro parece influenciar o uso também de suas parceiras (BORDIN et al., 2004). Espera-se que entre o grupo de mulheres com consumo nocivo e provável dependência de álcool exista uma maior frequência de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas do companheiro.

- VI. Quanto maior o nível de conhecimento sobre os prejuízos ao bebê associados ao uso de álcool materno durante a gestação e amamentação, menor a gravidade de consumo de álcool da gestante.

Comentário: o menor nível de informação sobre os danos ao feto associados ao uso de álcool parece estar associado ao maior consumo de bebidas alcoólicas. (PEADON et al., 2011). A hipótese do estudo é uma relação inversa quanto à associação entre conhecimento sobre FASD e gravidade de uso de álcool, ou seja, as mulheres com maior informação sobre os danos à saúde do bebê associados ao consumo de álcool materno apresentam menor consumo de bebidas alcoólicas na gestação.

- VII. Os aspectos psicossociais avaliados em conjunto estão associados de maneiras distintas com a gravidade de uso de álcool de gestantes.

Comentário: a hipótese do estudo é a de que a distribuição dos escores das seguintes variáveis: Sintomas psiquiátricos, Estresse, Coping, Suporte social, Suporte conjugal, Consumo de álcool e drogas do companheiro e Conhecimento sobre FASD modulam a gravidade de uso de álcool das gestantes da amostra de forma distinta. Neste estudo foram utilizados como base teórica: os fatores predisponentes sugeridos pelo modelo de Abel e

Hannigan (ABEL; HANNIGAN, 1995), os fatores maternos de risco associados a *FASD* (ESPER; FURTADO, 2014) e o modelo biopsicossocial de compreensão do uso de substâncias psicoativa, a partir de então os aspectos psicossociais considerados adequados para as análises pretendidas foram selecionados. Dessa forma, esta última hipótese considera que entre os aspectos psicossociais selecionados há os de maior correlação com a gravidade de uso de álcool de gestantes.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar comparativamente os aspectos psicossociais identificados como relevantes para o comportamento de uso de álcool em gestantes com quatro diferentes padrões de consumo: abstinentes, consumidoras de risco, consumidoras nocivas e com provável dependência de álcool.

2.2 Específicos

Caracterizar os dados sócio- demográficos da amostra total e de cada grupo de gestantes com diferentes padrões de consumo

Descrever o consumo de álcool e outras drogas em amostra de gestantes.

Analisar a morbidade psiquiátrica em gestantes e associação com a gravidade de consumo de álcool.

Analisar os eventos estressores em gestantes e sua correlação com a gravidade de consumo de álcool.

Analisar as estratégias de *coping* utilizadas por gestantes e sua correlação com a gravidade de consumo de álcool.

Analisar o suporte social de gestantes e associação com gravidade de consumo de álcool.

Analisar o consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas do companheiro e a associação com gravidade de consumo de álcool.

Analisar o conhecimento sobre *FASD* e uso de álcool na amamentação e a sua associação com a gravidade do consumo de álcool.

Identificar os principais aspectos psicossociais em amostra de gestantes associados à gravidade de consumo de álcool.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento metodológico

Estudo do tipo transversal, observacional, descritivo e comparativo. A forma de recrutamento da amostra foi aleatória e realizada em diferentes locais de coleta, sendo estes: Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto, Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto e Centro de Atenção Integral a Saúde (CAIS de Santa Rita do Passa Quatro. A amostra total ficou composta por 251 gestantes que foram distribuídas em quatro diferentes grupos conforme a gravidade do consumo de álcool.

O esquema ilustrativo a seguir apresenta o processo de coleta de dados, os serviços que participaram do estudo e a formação dos grupos de gestantes segundo a gravidade de uso de álcool (Figura 3).

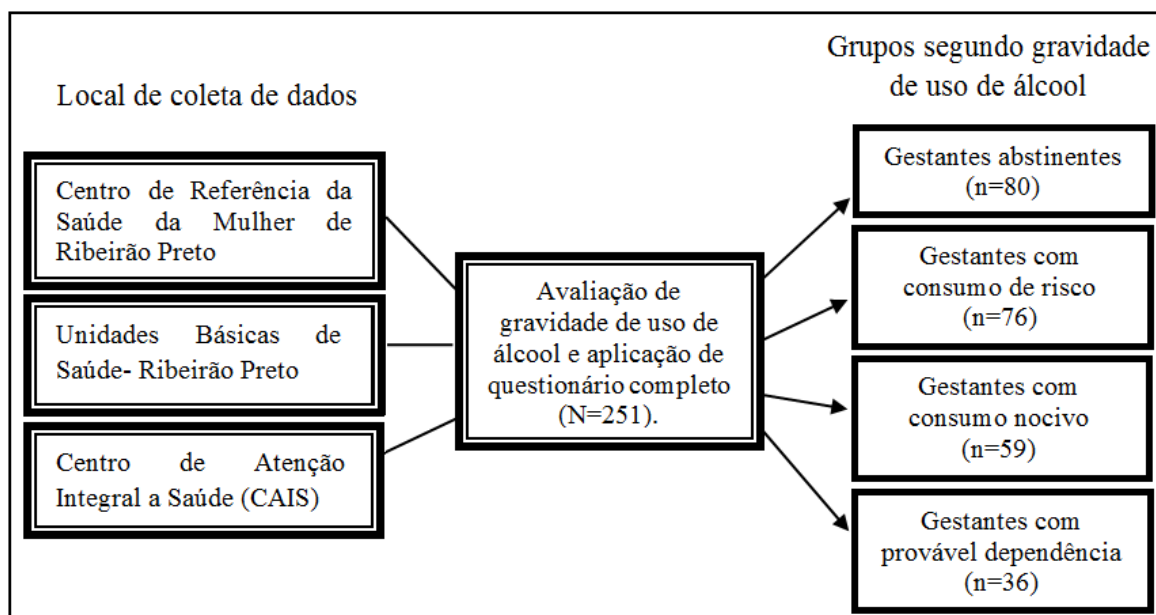


Figura 3 - Processo de coleta de dados e formação de grupos de gestantes segundo gravidade de uso de álcool.

3.2 Participantes da pesquisa

As participantes foram gestantes em qualquer trimestre gestacional, com idade acima de 18 anos, em condições gerais de saúde física e mental que lhes permitissem fornecer informações livremente e sem embaraço, com escolaridade suficiente para

compreender a natureza da pesquisa e fornecer seu consentimento com plena clareza dos objetivos do estudo e seus direitos. Os critérios de exclusão do estudo foram: gestantes menores de idade e aquelas incapazes de compreender ou fornecer informações aos pesquisadores.

3.3 Critério de seleção de grupos segundo gravidade do uso de álcool

Após revisão da literatura e realização de diversos testes estatísticos para avaliar o comportamento das variáveis independentes diante das diferentes medidas de uso de álcool, definimos que seria utilizado para divisão dos grupos o AUDIT-C (*Alcohol Use Disorders Identification Test- Consumption questionnaire*) e a pontuação total do instrumento AUDIT completo.

O AUDIT-C é um teste validado que realiza avaliação do uso de álcool, este instrumento é adequado para rotina de rastreamento em serviços de atendimento primário (BUSH et al., 1998; BRADLEY et al, 2009). Trata-se das três primeiras perguntas do instrumento AUDIT originalmente composto por 10 questões (BABOR et al. 2003), as quais avaliam a frequência de consumo, a quantidade e o número de ocasiões com consumo padrão *binge drinking* (consumo de cinco ou mais doses em uma única ocasião).

O AUDIT-C apresenta uma pontuação total de 0 a 12 pontos e para cada questão cinco opções de resposta são permitidas: a= 0 pontos, b= 1 ponto, c= 2 pontos, d= 3 pontos, e= 4 pontos.

Em estudo com ampla amostra nacional norte- americana, os escores do AUDIT-C foram identificados como bons marcadores de consumo diário de álcool, gravidade do uso de álcool e probabilidade de dependência de álcool (RUBINSKY, 2013).

O ponto de corte utilizado para mulheres é de três pontos ou mais, ou seja, uma pontuação menor que três considera a mulher com baixo risco e uma pontuação igual ou maior que três considera a mulher com consumo prejudicial de álcool (REINERT; ALLEN, 2007). Entretanto, a amostra do presente estudo é composta por mulheres

gestantes e consideramos que não há uma dose de álcool de baixo risco para a nossa amostra. Sendo assim, as mulheres com pontuação zero no AUDIT-C foram incluídas no grupo de abstinentes e as mulheres que apresentaram qualquer quantidade de uso de bebidas alcóolicas foram subdivididas segundo a gravidade do uso de álcool (risco, nocivo ou provável dependência).

As gestantes com pontuação igual ou maior que um no AUDIT-C e sem padrão de consumo abusivo de álcool (positivas para *binge drinking*) foram consideradas usuárias de uso de risco (Grupo 2). As gestantes com pontuação maior ou igual a um no AUDIT-C e com a presença de consumo abusivo de álcool (positivas para *binge drinking*) em uma ocasião foram consideradas usuárias de uso nocivo (Grupo 3). E por fim, as gestantes com pontuação igual ou maior que 13 no AUDIT completo foram consideradas com provável dependência de álcool (Grupo 4). Em suma, a amostra total de 251 gestantes foi distribuída da seguinte forma:

Grupo 1= Gestantes abstinentes (AUDIT-C = 0), o grupo ficou composto por 80 gestantes;

Grupo 2= Gestantes com consumo de risco (AUDIT-C ≥ 1) sem padrão de consumo abusivo em uma ocasião (*binge drinking*), o grupo ficou composto por 76 gestantes;

Grupo 3= Gestantes com consumo nocivo (AUDIT-C ≥ 1) e com padrão de consumo abusivo em uma ocasião (*binge drinking*), o grupo ficou composto por 59 gestantes;

Grupo 4= Gestantes com provável dependência de álcool (AUDIT ≥ 13), o grupo ficou composto por 36 gestantes.

O AUDIT completo foi incluído apenas na avaliação deste último grupo devido ao fato das últimas questões deste instrumento incluírem a avaliação de sintomas de dependência. Cabe lembrar que o AUDIT é considerado como um instrumento de rastreamento e não um instrumento diagnóstico. Sendo assim, no decorrer do estudo utilizaremos a terminologia “provável dependência de álcool” ao invés de “dependência de álcool”. A descrição de tal instrumento é apresentada na seção de instrumentos.

3.4 Locais de coleta de dados

A primeira etapa de coleta de dados selecionou gestantes em acompanhamento pré-natal, atendidas em unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto. Esta etapa foi continuidade do projeto mencionado pela sigla GESTA-INTERVBREV (ALIANE, 2012).

Após esta etapa de coleta de dados, buscou-se ampliar a amostra, sendo assim o Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – MATER foi contatado pela pesquisadora. O projeto foi encaminhado para avaliação da comissão de pesquisa do local e obteve aprovação para ser desenvolvido nesta instituição (Anexo 1).

Quanto às gestantes com provável dependência de álcool, a seleção da amostra a princípio, ocorreu a partir de unidades básicas de saúde e não a partir de um serviço especializado em álcool e drogas. Entretanto o número de gestantes com provável dependência de álcool que tivemos acesso em um longo período de coleta foi escasso (apenas duas gestantes em um ano de coleta de dados).

A partir do ano de 2013 obtivemos avanços importantes para a realização desta pesquisa e conseguimos novos espaços para coleta de dados. Iniciamos uma parceria com o Centro de Atenção Integral a Saúde (CAIS) de Santa Rita do Passa Quatro, o que permitiu a coleta de dados de gestantes dependentes de substâncias psicoativas. Este serviço realiza atendimento a pacientes com transtornos psiquiátricos e/ou com problemas associados ao abuso de substâncias psicoativas. Além da demanda municipal, este serviço atende os 26 municípios pactuados com a DRS XIII de Ribeirão Preto e as cidades Descalvado e Porto Ferreira.

A coleta de dados no Centro de Atenção Integral a Saúde (CAIS) de Santa Rita do Passa Quatro, foi realizada em dois serviços. O primeiro foi o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), o qual oferece tratamento ambulatorial a pacientes masculinos e femininos com idade acima de 13 anos. O segundo foi o Núcleo de Álcool e Drogas (NAD), o qual oferece vagas para internação, divididas entre dois setores, um setor masculino e o outro setor feminino. A coleta foi realizada no NAD feminino, neste local há três leitos destinados exclusivamente às gestantes.

3.5 Procedimento

Em cada entrevista foi utilizado um envelope contendo: duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um protocolo de avaliação completo e um folheto educativo sobre os prejuízos associados ao uso de álcool na gestação.

As gestantes que participaram do estudo foram previamente informadas sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos que seriam realizados, o tempo de duração da entrevista, o caráter confidencial das informações, os desconfortos e os benefícios em participar do estudo. Após este esclarecimento, os pesquisadores verificavam o interesse da gestante em colaborar com a pesquisa.

As mulheres que aceitaram participar do estudo assinaram duas vias idênticas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE- Apêndice 1), uma via permaneceu com a gestante e a outra via foi entregue ao pesquisador. Logo após, foi realizada entrevista completa visando aplicação do protocolo de avaliação dos aspectos psicossociais e consumo de álcool e outras drogas na gestação.

Realizada a entrevista, todas as gestantes, incluindo as mulheres abstinentes, com consumo de risco ou nocivo de álcool, receberam Intervenções Breves para uso de álcool na gestação e um folheto educativo sobre uso de álcool na gestação. O pesquisador responsável aplicou protocolo desenvolvido pelo grupo NPCP/PAI-PAD. Este protocolo incluiu Intervenções breves que são orientadas segundo o padrão de consumo de álcool e o estágio motivacional em que se encontra a gestante. As Intervenções Breves incluem a Educação para o álcool, Orientações básicas, Aconselhamento breve e encaminhamento para atendimento especializado em dependência de álcool e drogas quando necessário (ALIANE et al., 2013).

Além da aplicação de Intervenções Breves, as gestantes identificadas com suspeição de dependência de álcool no instrumento AUDIT foram encaminhadas para tratamento com equipe de psiquiatria no Hospital das Clínicas da FMRP-USP. Nesses casos, entende-se que está presente uma provável síndrome de dependência de álcool e por razões éticas não se pode deixar de oferecer opção de tratamento especializado.

As entrevistas completas tiveram a duração média de 40 minutos. Foram realizadas em espaço reservado e preferencialmente com ausência de acompanhante, a fim de preservar a confidencialidade das informações.

3.6 Instrumentos

Durante coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado o qual avaliou as seguintes variáveis: dados sociodemográficos, saúde física e mental, avaliação familiar, avaliação do uso de álcool e drogas, suporte social e conjugal, eventos estressores e intensidade de estresse, *coping*, conhecimento sobre FASD e uso de álcool na amamentação. Uma descrição detalhada de cada instrumento é apresentada a seguir.

Dados sociodemográficos

As questões buscaram informações sobre a idade, ocupação, moradia, estado civil, tempo de relação conjugal, escolaridade, cor, religião, renda familiar mensal e número de familiares que dependiam da mesma renda.

Avaliação de saúde geral

As questões avaliaram a idade gestacional, planejamento da gravidez, número de filhos, problemas de saúde física e mental, tratamento psiquiátrico ou psicológico e uso de medicações psiquiátricas.

Avaliação de saúde mental

Esta avaliação foi realizada através do instrumento *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) o qual é composto de vinte questões que avaliam a presença de sintomas psiquiátricos.

O instrumento foi desenvolvido a partir de estudos coordenados pela OMS no intuito de estender os cuidados à saúde mental (OMS, 1994). Tal questionário foi validado e adaptado para o português por Santos, Araújo e Oliveira no ano de 2009 e apresenta coeficiente de consistência interna de 0,80 (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

O questionário inclui questões como: “Assusta-se com facilidade?”, “Tem tremores nas mãos?”, “Tem chorado mais do que o costume?” e “Tem tido idéias de acabar com a vida?”. Cada uma das 20 questões recebe a pontuação de “0”, quando o sintoma é ausente ou “1” quando o sintoma é presente. A pontuação total maior que sete pontos neste instrumento indica maior propensão a morbidade psiquiátrica (OMS, 1994).

Avaliação do consumo de álcool

Verificamos o padrão de consumo de álcool no trimestre anterior a gestação e no primeiro trimestre gestacional. As questões incluíram o número de dias de consumo, a quantidade média ingerida segundo dose-padrão e número de ocasiões em padrão abusivo (*binge drinking*).

Utilizamos ainda o instrumento para rastreamento do uso de álcool AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*). O AUDIT foi utilizado para identificar o padrão de consumo de álcool. Este instrumento caracteriza o entrevistado segundo os conceitos de uso de baixo risco, uso de risco, uso nocivo e provável dependência (BABOR et al., 2003).

As três primeiras questões avaliam a quantidade, frequência e ocasiões de *binge drinking*; as três seguintes avaliam a presença de sintomas de dependência e as quatro últimas são questões que avaliam o risco de consequências prejudiciais ao usuário.

As oito primeiras questões apresentam cinco possibilidades de respostas, com valores que variam de zero a quatro. As duas últimas questões apresentam somente três possibilidades de respostas, com valores zero, um e quatro. A pontuação máxima total neste instrumento é de 40 pontos.

A tradução brasileira utilizada neste estudo foi feita a partir da última versão publicada no manual de utilização do AUDIT, editada pela OMS e publicada no Brasil no ano de 2003. Tal instrumento apresenta sensibilidade de 0,90 e uma especificidade de 0,80 (BABOR et al., 2003).

Avaliação do uso de substâncias psicoativas

A detecção do uso de tabaco e outras substâncias psicoativas foi realizada através do teste de triagem ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement*

Screening Test). Tal instrumento foi desenvolvido pela OMS e seu uso é adequado para ser utilizado em serviços não especializados.

A versão brasileira foi validada no ano de 2004 por Henrique e colaboradores (2004) (HENRIQUE et al., 2004). O instrumento apresenta boa sensibilidade e especificidade, considerando como padrão-ouro o diagnóstico do MINI-Plus. A confiabilidade é de 0,80 para álcool, 0,79 para maconha e 0,81 para cocaína (HENRIQUE et al., 2004).

Avaliação de estresse

O instrumento utilizado para a identificação de eventos estressores e percepção de nível de estresse (intensidade de estresse) foi baseado em dados da literatura e no inventário IRLE (*Interview for Recent Life Events*). O inventário IRLE é composto por 64 itens divididos em dez categorias: trabalho, educação, finanças, saúde, reação de luto ou perda, migração, moradia, aspectos legais, família e relacionamentos sociais (PAYKEL, 1997), tendo sido realizada uma adaptação deste inventário.

Um evento estressor relacionado à ocorrência de violência doméstica foi acrescentado nesta avaliação devido à relevância deste evento na amostra estudada.

A intensidade de estresse foi verificada ao questionar a gestante sobre o grau de impacto desagradável ou ameaça diante a vivência do evento estressor. Quando identificado exposição ao evento estressor, o nível de estresse foi classificado em uma escala de cinco pontos, sendo estes: (1) ausência de estresse, (2) estresse baixo, (3) estresse moderado, (4) estresse alto e (5) estresse acentuado.

Avaliação do suporte social

As questões foram baseadas na Escala de Percepção de Suporte Social (Ribeiro, 1999). A escala ficou composta por 15 afirmativas e foi construída para avaliar a percepção com o suporte social. A escala original era tipo *Likert* e foi modificada para respostas tipo “sim ou não”, dicotômicas. Esta seção incluiu questões como, por exemplo, “Está satisfeita com a forma que se relaciona com sua família” e “Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tem pessoas a quem pode recorrer”. Foram acrescentadas ainda duas questões: uma para avaliar a percepção

de suporte recebido do companheiro e outra para verificar se a gestante tinha pessoas nas quais ela poderia confiar em relação aos cuidados com o seu bebê.

Avaliação de *Coping*

As questões foram baseadas na versão reduzida do questionário *Brief Cope* proposto por Carver (CARVER, 1997). Este instrumento recebeu validação e adaptação para o português por Ribeiro e Rodrigues. Estes autores defendem que os indivíduos utilizam diferentes estratégias de *coping* dependendo de cada situação estressante, entretanto há estratégias mais comuns a serem utilizadas em função das diferentes dimensões de personalidade, ou seja, as estratégias de *coping* seriam mantidas devido a um tipo de “traço” apresentado por cada pessoa (RIBEIRO; RODRIGUES, 2004).

O questionário apresenta uma lista de diferentes estratégias de *coping* e o entrevistador avalia as principais estratégias de resposta ao estressor. Por exemplo, as questões dessa sessão incluem: “Diante de um problema em sua vida, como você costuma lidar? Usa álcool ou outras drogas para lhe ajudar a ultrapassar os problemas?”, “Procura algo positivo em tudo o que está acontecendo?” e “Tenta encontrar conforto na sua religião ou crença espiritual?”. As questões foram agrupadas segundo as seguintes subescalas: *Coping* ativo, Planejamento, Suporte instrumental, Suporte Social e Emocional, Religião, Reinterpretação Positiva, Auto-culpabilização, Aceitação, Expressão de sentimentos, Negação, Auto- distração, Desinvestimento comportamental, Uso de substâncias (álcool, drogas, medicamentos) e Humor (RIBEIRO; RODRIGUES, 2004).

Avaliação de Conhecimento sobre *FASD* e uso de álcool na amamentação

Não foi identificado na literatura consultada um instrumento específico, adequado para a amostra brasileira, para a avaliação de conhecimento sobre *FASD* e crenças sobre o consumo de álcool na gestação.

Optou-se então em elaborar questões baseadas na experiência adquirida com inúmeras gestantes atendidas no decorrer do projeto GESTA-INTERVBREV. Foram criadas afirmativas com opções de resposta de verdadeiro ou falso e foi incluída ainda uma questão sobre conhecimento geral sobre SFA (Você já ouviu falar da Síndrome Fetal do Álcool?).

Durante este projeto foram realizados dois grupos focais com gestantes para avaliar a adequação das questões selecionadas neste instrumento. Nestas atividades as questões mostraram ser adequadas.

Identificamos ainda crenças comuns e conhecimentos errôneos sobre o consumo de álcool durante a gestação e amamentação. O grupo de pesquisadores formulou questões sobre tais crenças que foram inseridas na avaliação. Por exemplo, uma crença comum identificada nos grupos focais foi “a cerveja preta ajuda a mãe a produzir mais leite durante a amamentação”.

3.7 Análises estatísticas

As informações coletadas durante entrevistas foram registradas em uma planilha do programa Excel e logo após foi realizada filtragem de erros de banco de dados. Para melhor execução do projeto e análise estatística dos dados, optou-se em buscar parceiros de outras instituições de ensino que desenvolvessem pesquisas com a mesma temática do presente estudo. Os pesquisadores da *University of North Carolina at Chapel Hill* auxiliaram durante este processo.

Durante estágio no exterior foi realizado nova filtragem de erros no banco de dados, recodificação de todas as variáveis do estudo e a transcrição para o inglês das principais informações do projeto no intuito de facilitar a comunicação com o assessor estatístico.

As análises estatísticas foram descritivas (frequências simples, porcentagens, médias e desvio-padrão) para caracterizar a amostra segundo variáveis sociodemográficas. Essa mesma estratégia estatística foi adotada para apresentar os escores dos instrumentos utilizados na entrevista (AUDIT, ASSIST, Estresse, SRQ-20, Escala de Suporte social, Uso de álcool e drogas do companheiro, Conhecimentos sobre FASD e uso de álcool na amamentação).

Além das análises descritivas, foram realizadas análises inferenciais através da avaliação da diferença de proporções, diferença de médias e testes de correlação entre as variáveis estudadas. O nível de significância adotado foi de 5% para todos os testes (p menor ou igual a 0,05). As análises bivariadas e de regressão logística multivariada

foram conduzidas para examinar a relação entre as variáveis de previsão, isoladamente e em conjunto. Os grupos de gestantes foram comparados com relação à variável dependente “Gravidade de consumo de álcool”.

As análises no exterior foram realizadas através do programa *Statistical Analysis System* (SAS) versão 9.3. No Brasil para a continuação das análises utilizamos o programa SPSS versão 20.0.

3.8 Aspectos éticos

A autorização prévia para coleta de dados no Centro de Atenção Integral a Saúde (CAIS) de Santa Rita do Passa Quatro e Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – MATER foi solicitada. Após reuniões com a equipe de coordenação destes serviços e avaliação do estudo pela comissão de pesquisa de ambas as instituições, o projeto obteve aprovação para ser desenvolvido nestes locais (Anexo 1 e Anexo 2).

A primeira etapa de coleta do projeto (Gesta-Intervbrev) obteve aprovação do Comitê de Ética do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (processo HCRP n° 12627/2009, Anexo 3). Para a segunda etapa de coleta de dados, foi realizado solicitação de nova revisão pelo comitê de ética. Este segundo processo também obteve aprovação do HCRP (processo HCRP n° 7278/2013, Anexo 4). Todas as gestantes que aceitaram participar do estudo assinaram o TCLE (Apêndice 1).

3.9 Contexto do estudo

O presente projeto faz parte do Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia/PAI-PAD (NPCP/PAI-PAD) em duas principais linhas de investigação deste grupo: Maternidade e exposição fetal ao álcool e drogas e Políticas Públicas de Saúde para álcool e drogas. O estudo é desdobramento do projeto de pesquisa central também desenvolvido pelo NPCP/PAI-PAD, denominado “Fatores associados à eficácia

de um modelo de intervenções breves para redução do consumo de álcool na gestação”, mencionado pela sigla Gesta- Intervbrev.

No ano de 2009 comecei a fazer parte da equipe Gesta-Intervbrev, inicialmente como colaboradora de pesquisa e depois iniciei meu projeto de mestrado no Programa de Saúde Mental da FMRP. A equipe na época foi composta por profissionais com diferentes formações acadêmicas (farmácia, psicologia, musicoterapia, psiquiatria e enfermagem) o que permitiu ampliação dos meus conhecimentos sobre o tema a partir da convivência com profissionais de outras áreas. Este foi um período de grande aprendizado, pois além do meu envolvimento com o meu projeto de pesquisa, tive a oportunidade de junto com a equipe desenvolver atividades clínicas relacionadas com o tema saúde materno-infantil e uso de substâncias psicoativas.

A equipe Gesta- Intervbrev investigou o consumo de álcool e drogas durante o período gestacional através de diferentes avaliações e projetos de pesquisa associados. Foram projetos de iniciação científica, mestrado, doutorado e pós- doutorado vinculados à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, ambas da Universidade de São Paulo. O grupo também desenvolveu trabalhos de prevenção ao uso de álcool e drogas na comunidade, eventos anuais informativos sobre o problema da Síndrome Fetal do Álcool e os riscos relacionados ao abuso de álcool durante a gestação e desenvolveu um treinamento de capacitação sobre uso de álcool e mulheres destinado aos profissionais de saúde da atenção primária.

A experiência adquirida com o grupo Gesta-Intervbrev foi o fator primordial de motivação para desenvolver o presente estudo. Durante o desenvolvimento de investigações científicas, realizei entrevistas com gestantes em atendimento pré-natal, este momento permitiu que eu observasse que mulheres com consumo de risco de álcool na gestação reportavam características psicossociais em comum. Entre elas, a presença de um companheiro também usuário de álcool/drogas e vivência de eventos estressores com elevado impacto de estresse chamavam a minha atenção.

Além disso, como enfermeira integrante da equipe PAI-PAD foi possível realizar junto com a equipe, atendimentos clínicos e supervisionar estágio de residência em psiquiatria em serviço especializado de tratamento para gestantes farmacodependentes. Novamente observei características peculiares destas mulheres, as quais pareciam diferenciar do grupo de gestantes com consumo de risco de bebidas alcoólicas. As discussões de casos clínicos com a equipe deste serviço, com os médicos residentes em psiquiatria e com colegas de equipe PAI-PAD ressaltavam o quanto o conhecimento

destas características seria importante para a melhor compreensão do problema. Os profissionais deste serviço reconheciam que havia diferenças de gênero que influenciavam a qualidade do tratamento dos pacientes, o modelo de atendimento predominantemente destinado aos homens não parecia ser adequado as mulheres. Havia a necessidade em identificar um modelo de tratamento que considerasse as peculiaridades femininas, em especial durante o período gestacional.

Após fazer uma ampla revisão da literatura sobre o tema, identifiquei a necessidade de ter maior aproximação com grupos de pesquisadores, assim como clínicos com extensa experiência com gestantes que apresentam problemas relacionados ao abuso de álcool. Sendo assim, durante o desenvolvimento da pesquisa participei de processo seletivo para obtenção de bolsa através do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE) da CAPES e fui contemplada.

Através de vínculo existente entre o grupo NPCP/PAI-PAD, coordenado pelo Prof. Erikson F. Furtado e um grupo norte-americano, coordenado pela Prof^a. Dr^a. Hendree E. Jones foi possível que no ano de 2014 a realização de estágio de doutorado, com treinamento clínico e científico na *University of North Carolina at Chapel Hill, EUA*.

3.9.1 Estágio de doutorado no exterior através do PDSE

Durante o desenvolvimento desta pesquisa foi organizada documentação para solicitação de bolsa de doutorado no âmbito do PDSE-CAPES. Em 20 de janeiro de 2014, a CAPES atendeu a solicitação de bolsa de estudo (Processo: BEX 14953/13-7) (Anexo 5) e o estágio no exterior teve a duração de maio a dezembro de 2014 na *University of North Carolina (UNC-CH)*.

A *UNC-CH* é situada na cidade universitária de *Chapel Hill*, Estados Unidos da América (EUA), foi fundada no ano de 1795 e é a mais antiga universidade pública deste país. Ganhou grande reputação por apresentar excelente qualidade acadêmica no ensino superior e é considerada uma das cinco melhores universidades dos EUA.

A *UNC* apresenta 78 cursos de graduação (*bachelor*), 112 programas de mestrado (*master*), 68 programas de doutorado (*doctorate*) e sete programas profissionalizantes, através de 15 diferentes escolas. Esta universidade engloba a

Faculdade de Medicina e dentre os diversos departamentos desta unidade está o Departamento de Obstetrícia e Ginecologia.

O Departamento de Obstetrícia e Ginecologia desta universidade apresenta atualmente um programa denominado *UNC Horizons*. Este programa é destinado ao tratamento de pacientes com abuso de substâncias psicoativas e tem como público alvo mulheres (preferencialmente mulheres em idade fértil, gestantes e puérperas) e seus filhos.

O programa é coordenado pela Dra. Hendree Jones, a qual prontamente aceitou ser colaboradora do presente projeto de pesquisa e supervisora do estágio de doutorado sanduíche. Dra. Hendree Jones é especialista reconhecida internacionalmente no desenvolvimento de pesquisas que investigam mulheres e gestantes farmacodependentes e seus filhos. Publicou diversos artigos científicos sobre o consumo de substâncias psicoativas na gestação, é autora de dois livros, sendo um deles destinado exclusivamente ao cuidado com gestantes que apresentam transtornos devido ao uso de substâncias (JONES; KALTENBACH, 2013). É consultora da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial da Saúde e desenvolve projetos de pesquisa com mulheres e suas famílias em diferentes países, tais como, Afeganistão, África do Sul e EUA.

Durante o estágio no exterior tive a oportunidade de conhecer todo o funcionamento do programa *UNC Horizons*. Participei de atividades clínicas da equipe de psiquiatria, enfermagem, obstetrícia e ginecologia desenvolvidas no hospital universitário, instalações residenciais e ambulatório.

A *UNC Horizons* apresenta uma filosofia de tratamento específica que faz com que este programa seja diferenciado e reconhecido internacionalmente. Entre as características do programa estão: o senso de eficácia da mulher é estimulado e é considerado necessário para o seu processo de recuperação da farmacodependência, o relacionamento mãe e filho são considerados cruciais para o sucesso durante o processo de recuperação, o programa oferece um continuo de cuidados em diferentes domínios de vida da mulher, como por exemplo, saúde física e mental, recuperação do trauma, atividades de educação e emprego, habitação, assessoria em problemas legais, desenvolvimento da parentalidade, relacionamento familiar e desenvolvimento espiritual.

Além conhecer e participar de diversas atividades clínicas no programa, a experiência no exterior colaborou enormemente com o desenvolvimento desta pesquisa.

Realizei a análise estatística parcial dos dados previamente coletados no Brasil neste período com auxílio de profissional estatístico da *UNC- Chapel Hill*, eu conheci outros grupos de pesquisa da *UNC-Chapel Hill* e *Durham University* e, além disso, foi possível desenvolver publicações científicas.

Desse modo, esta tese pretende ampliar a investigação científica sobre os aspectos psicossociais associados ao uso de álcool na gestação e, além disso, a partir da experiência durante o doutorado sanduíche, pretendo discutir e sugerir brevemente intervenções, adequadas para a realidade brasileira e destinadas para a população de gestantes com problemas relacionados ao abuso e dependência de álcool.

4 RESULTADOS

A amostra total foi categorizada segundo os seguintes grupos: Gestantes abstinentes (Grupo 1), Gestantes com consumo de risco (Grupo 2), Gestantes com consumo nocivo (Grupo 3) e Gestantes com provável dependência de álcool (Grupo 4).

A apresentação dos resultados foi organizada em três principais etapas de análise. A primeira etapa consistiu na análise descritiva dos dados sociodemográficos através da análise de frequência ou média da amostra total e análise de diferença entre os grupos segundo gravidade de consumo de álcool. A segunda etapa consistiu na análise descritiva de cada um dos aspectos psicossociais separadamente, sendo estes: Padrão de consumo de álcool, Consumo de tabaco e outras drogas, Morbidade psiquiátrica, Eventos estressores, *Coping*, Suporte social e conjugal, Uso de tabaco, álcool e drogas do companheiro, Conhecimento sobre *FASD* e uso de álcool na amamentação, em seguida foi realizado a análise bivariada destas variáveis através da identificação das diferenças de média ou proporção em relação a cada aspecto psicossocial e os diferentes grupos de gestantes. Por fim, a última etapa consistiu na apresentação de resultados obtidos a partir de análise de regressão logística multivariada.

4.1 Dados sociodemográficos

Em relação aos dados sóciodemográficos da amostra total, a média de idade foi de 26 anos, com idade mínima de 18 anos e máxima de 43 anos (DP=6,1). Quanto à cor da pele, a resposta mais frequente foi parda (42,2%) seguida de branca (32,6%).

A maioria da amostra referiu que tinha um companheiro em união legal ou consensual (72,9%) e que não era praticante de alguma religião (54,9%). Quanto à escolaridade 90 gestantes (36,0%) estudaram até oito anos, 143(57,2%) realizaram o ensino médio (completo ou incompleto) e 17(6,8%) realizaram o ensino superior (completo ou incompleto).

A maioria das gestantes da amostra reportou que atualmente desenvolve atividades remuneradas (57%). A média de renda familiar mensal foi de R\$1.655,00, com mínimo de R\$320,00 e máximo de R\$10.000,00 (DP=744,3). O número mínimo de

integrantes em uma família que dependiam da mesma renda foi de uma pessoa e o máximo de 14 pessoas. A média de renda mensal de cada integrante familiar foi de R\$562,20 (número total de renda familiar por mês dividido pelo número de pessoas que dependem da mesma renda), com mínimo de R\$80,00 e máximo de R\$2.000,00 (DP=364,9).

Quanto à presença de algum problema de saúde, a maioria da amostra reportou ausência de alguma doença hepática, renal, cardíaca, respiratória, entre outras (83,3%). A idade gestacional média da amostra foi de 11,5 semanas com mínimo de quatro e máximo de 41 semanas. Verificou-se ainda que a maioria reportou que a atual gestação não foi planejada (67,3%) e que tinha outros filhos biológicos (61,4%). O número máximo de filhos biológicos foi de sete e a média da amostra foi de um filho por mulher.

Quanto à realização de tratamento devido a algum transtorno psiquiátrico, a maioria da amostra total referiu que atualmente não fazia tratamento psiquiátrico (N=195; 77,6%), 33 gestantes (13,1%) referiram já terem feito tratamento em algum momento de suas vidas e 23 mulheres (9,1%) referiram estar atualmente fazendo (destas 17 gestantes estavam sendo atendidas em serviço especializado devido ao abuso de álcool e/ou drogas durante o período da entrevista).

A análise dos dados sócio-demográficos segundo grupos de gravidade de uso de álcool é demonstrada a seguir. As gestantes com maior gravidade de consumo, ou seja, gestantes com consumo nocivo (Grupo 3) e com provável dependência de álcool (Grupo 4) foram frequentemente mais solteiras ou estavam em união consensual do que os grupos com menor gravidade de uso de álcool (Grupo abstinente e Grupo com consumo de risco). Identificamos diferença estatística significativa entre os grupos em relação ao estado civil da amostra ($X^2=32,0$; $p\leq 0,001$).

Não foram detectadas diferenças estatísticas significativas entre os grupos para as seguintes variáveis: número de filhos por gestante, ($F=0,906$; $p=0,439$), cor da pele ($X^2=11,3$; $p=0,503$) e nível de escolaridade ($X^2=17,9$; $p=0,265$) (Tabela 1).

Em relação à idade materna, as seguintes médias foram identificadas: Grupo 1 média de 25,5 anos (DP=5,8), Grupo 2 média de 26,5 anos (DP=5,9), o Grupo 3 média de 26,1 anos (DP=5,8) e Grupo 4 média de 26,2 anos (DP=5,0). Embora as gestantes abstinente de álcool apresentaram ligeira menor idade, esta diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa ($F=0,408$; $p=0,748$).

Tabela 1 - Características sociodemográficas segundo amostra total e grupos de gravidade de consumo de álcool.

Variáveis		Amostra Total		Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4		p
		N(251)	%	N(80)	%	N(76)	%	N(59)	%	N(36)	%	
Cor	Amarela	18	7,2	8	10	5	6,5	5	8,5	0	0	0,503
	Branca	82	32,6	23	28,8	26	34,2	17	28,8	16	44,5	
	Indígena	5	2,0	2	2,5	2	2,6	1	1,7	0	0	
	Parda	106	42,2	38	47,5	32	42,1	22	37,3	14	38,9	
	Preta	40	16,0	9	11,2	11	14,5	14	23,7	6	16,6	
Estado civil	Casada	57	22,7	26	32,6	16	21,0	9	15,3	6	16,7	≤0,001
	União consensual	126	50,2	39	48,7	45	59,2	29	49,1	13	36,1	
	Solteira	58	23,2	13	16,2	13	17,2	20	33,9	12	33,3	
	Separada ou viúva	10	3,9	2	2,5	2	2,6	1	1,7	5	13,9	
Escolaridade	Fundamental incompleto	55	22,0	14	17,5	12	15,8	15	25,4	14	38,9	0,265
	Fundamental completo	35	14,0	7	8,7	14	18,5	7	11,9	7	19,5	
	Médio incompleto	54	21,6	20	25,0	15	19,8	13	22,1	6	16,6	
	Médio completo	89	35,6	33	41,3	28	36,8	20	33,9	8	22,2	
	Superior incompleto	10	4,0	2	2,5	4	5,2	3	5,0	1	2,8	
	Superior completo	7	2,8	4	5,0	2	2,6	1	1,7	0	0	
	Missing	1				1	1,3					

Grupo 1= gestantes abstinentes; Grupo 2= gestantes com consumo de risco; Grupo 3= gestantes com consumo nocivo; Grupo 4= gestantes com provável dependência. Calculou-se a porcentagem das gestantes considerando o número total de cada grupo. p=nível de significância estatística.

Quanto a renda mensal, o Grupo 1 apresentou renda média de R\$ 1.969,97 (DP=1.234,44), o Grupo 2 de R\$ 1.668,58 (DP=826,17), Grupo 3 de R\$ 1.428,53 (DP=842,81) e Grupo 4 de R\$1.263,16 (DP=641,97). Os resultados indicaram que os grupos com maior gravidade de consumo (Grupo 3 e Grupo 4) apresentaram menor renda mensal. Esta diferença entre os quatro grupos foi estatisticamente significativa (F=5,41; $p \leq 0,001$). A diferença de médias entre os grupos segundo renda média mensal de cada integrante familiar também foi significativa (F=2,81; $p \leq 0,05$).

Quanto a idade gestacional, o Grupo 1 apresentou média de 37,13 semanas, o Grupo 2 média de 29,54 semanas, o Grupo 3 média de 17,85 semanas e o Grupo 4 média de 18,08 semanas. Os grupos com menor gravidade portanto apresentaram maior

idade gestacional, a diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa ($F=59,38$; $p\leq 0,001$).

4.2 Padrão de consumo de álcool

A seguir são apresentados os resultados do padrão de consumo de álcool segundo a avaliação das seguintes medidas: quantidade média de ingestão, frequência de consumo, presença de ocasiões com uso abusivo (*binge drinking*) e o padrão de consumo de álcool segundo os resultados do instrumento AUDIT.

No trimestre anterior a gestação, observou-se na amostra total média de 11,8 dias ($DP=20,4$) com uma quantidade média de ingestão de 3,7 doses ($DP=5,3$). Avaliamos ainda o número de vezes em que a mulher consumiu bebidas alcoólicas neste período em padrão abusivo, ou seja três ou mais doses em uma única ocasião (*binge drinking*) e identificamos a média de 9,1 ocasiões na amostra total. Entre as mulheres que reportaram uso em padrão *binge drinking*, identificamos que seis mulheres referiram ter consumido apenas uma vez em padrão abusivo (2,4), 38 mulheres (15,1%) referiram ter consumido entre duas a oito vezes, 31 mulheres (12,4%) entre nove a 16 vezes, 23 mulheres (9,2%) entre 17 a 24 vezes e 19 mulheres (7,5%) referiram 25 vezes ou mais.

Quanto ao consumo de bebidas alcólicas durante o primeiro trimestre gestacional, verificou-se na amostra total a média de 3,6 dias ($DP=10,7$) com uma quantidade média de ingestão de 1,5 doses ($DP=3,3$). O número médio de ocasiões com consumo de álcool em padrão *binge drinking* foi de 2,4 ($DP=9,6$). Entre as gestantes que referiram uso abusivo em uma ocasião, identificamos que 33 gestantes (13,1%) reportaram ter consumido entre uma a oito vezes, quatro gestantes (2,1%) entre nove a 16 vezes, duas gestantes (0,9%) entre 17 a 24 vezes e nove gestantes (3,7%) referiram 25 vezes ou mais.

O gráfico abaixo apresenta a comparação dos resultados da amostra total sobre o consumo de bebidas alcoólicas em dois diferentes períodos, no trimestre anterior a gestação e no primeiro trimestre gestacional (Gráfico 1).

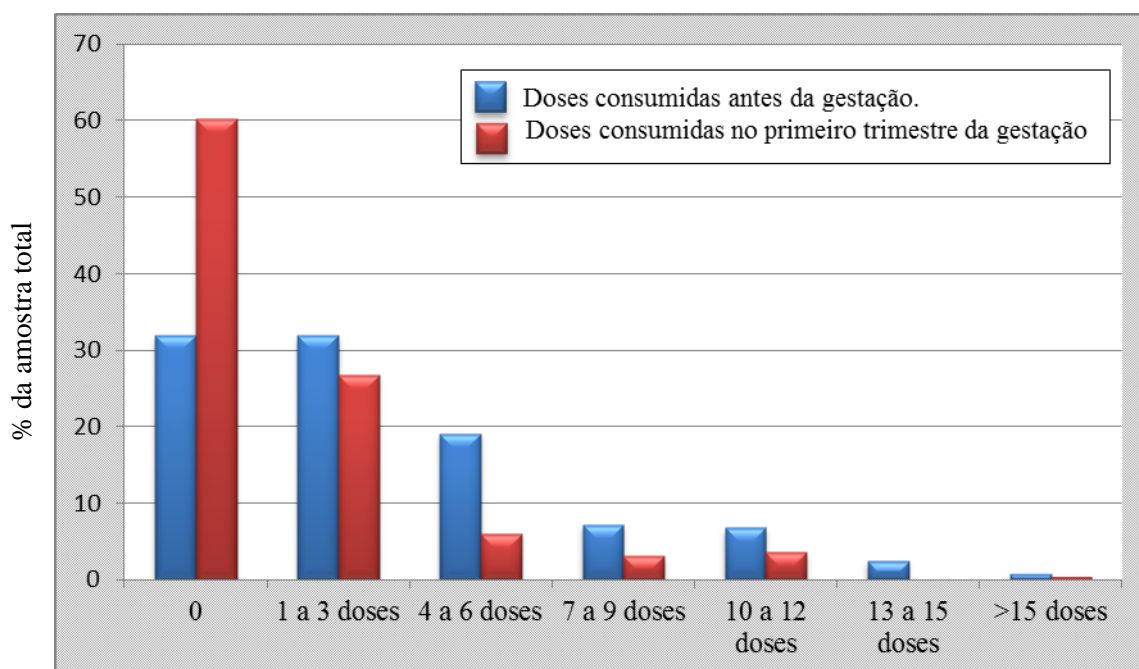


Gráfico 1 - Comparação da amostra total em relação ao número médio de doses consumidas por ocasião, no trimestre anterior a gestação e durante o primeiro trimestre gestacional.

Verifica-se através do gráfico acima que houve aumento do número de mulheres abstinentes durante o período gestacional. Aproximadamente 30% das mulheres na amostra eram abstinentes no período anterior a gestação, este número aumentou para 60% da amostra durante o primeiro trimestre gestacional. Além disso, houve uma diminuição da quantidade média de álcool ingerida por ocasião, a redução média foi de cerca de 2,2 doses o que equivale, por exemplo, a quantidade de álcool presente em aproximadamente duas latas de cerveja (350ml) ou duas taças de vinho (140ml).

Outra avaliação realizada foi através do instrumento AUDIT. A pontuação total média da amostra completa foi de 5,5 pontos, com mínimo de zero e máximo de 36 pontos (DP=7,0).

Realizamos a análise do padrão de consumo de álcool segundo grupos de gravidade de consumo. A pontuação média no instrumento AUDIT completo no Grupo abstinente (Grupo 1) foi de zero ponto, no Grupo com consumo de risco (Grupo 2) a média foi de 2,8 pontos (DP=2,4), no Grupo com consumo nocivo (Grupo 3) a média foi de 8,1 pontos (DP=2,5) e o Grupo com provável dependência (Grupo 4) apresentou média de 19,0 pontos (DP=7,0).

Observa-se na tabela a seguir que como esperado, houve diferença estatística entre os grupos em todas as medidas de padrão de uso de álcool ($p \leq 0,001$). Não surpreendentemente, as medidas de uso de álcool antes e durante a gestação apresentaram maior média no grupo de gestantes com consumo nocivo e provável dependência de álcool do que nos grupos com menor gravidade de consumo (Tabela 02).

Tabela 2 - Análise sobre o padrão de consumo de bebidas alcoólicas da amostra total e grupos de gravidade de uso de álcool, antes e durante a gestação.

		Amostra Total N(251)	Grupo1 N(80)	Grupo2 N(76)	Grupo3 N(59)	Grupo4 N(36)		
		M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	p	F
Antes da gestação (90 dias antes)	Número de dias com uso de álcool	11,8(20,4)	0,02(0,1)	6,6(7,6)	18,3(20,3)	38,7(31,1)	$\leq 0,001$	55,0
	Número médio de doses* por dia	3,7(5,3)	0,03(0,2)	2,1(1,4)	5,6(3,4)	11,8(8,2)	$\leq 0,001$	100,4
	Número de dias com uso de ≥ 3 doses* em uma ocasião	9,0(17,7)	0	3,2(7,8)	13,9(16,3)	33,1(27,9)	$\leq 0,001$	54,5
Durante a gestação (1º trimestre)	Número de dias com uso de álcool	3,6(10,7)	0	1,2(2,8)	3,2(5,4)	17,6(22,8)	$\leq 0,001$	34,1
	Número médio de doses* por dia	1,5(3,3)	0	0,8(1,3)	1,7(2,1)	6,2(6,2)	$\leq 0,001$	46,8
	Número de dias com uso de ≥ 3 doses* em uma ocasião	2,4(9,6)	0	0,3(1,4)	1,6(4,6)	13,8(21,7)	$\leq 0,001$	25,2

* As doses foram avaliadas segundo critério de dose- padrão da OMS, ou seja, uma dose padrão equivale a aproximadamente 12 gramas de álcool puro, quantidade presente em 350 ml de cerveja, 150 ml de vinho ou 40 ml de destilado. Grupo 1= gestantes abstinentes; Grupo 2= gestantes com consumo de risco; Grupo 3= gestantes com consumo nocivo; Grupo 4= gestantes com provável dependência. F=Anova. M=média. DP=desvio-padrão. p=nível de significância estatística.

Quando observamos o consumo de álcool antes e durante o primeiro trimestre de gestação, vemos que houve a diminuição do padrão de consumo (menor número de dias com uso, menor número médio de doses, menor número de dias em padrão *binge drinking*) em todos os quatro grupos que foram avaliados.

No período anterior a gestação o grupo de gestantes abstinentes apresentou média de consumo de 0,02 dias e ausência de ocasiões em padrão *binge drinking* (uso de três ou mais doses por ocasião). Durante a gestação, conforme critério de seleção dos

grupos utilizados neste estudo, estas mulheres reportaram que foram abstinentes durante o primeiro trimestre gestacional.

O grupo de gestantes com consumo de risco apresentou antes da gestação uma média de consumo durante 6,6 dias, com média de 2,1 doses e 3,2 dias com consumo em padrão *binge drinking*. Durante o primeiro trimestre de gestação, estas mulheres com uso de risco tiveram a média de 1,2 dias com consumo de bebidas alcoólicas, média de 0,8 doses por ocasião e média de 0,3 dias com consumo em padrão abusivo. Ao comparar os dois períodos (antes e durante o primeiro trimestre de gestação), houve a diminuição de aproximadamente 82% de dias com consumo, redução de 62% de quantidade de doses ingeridas por ocasião e redução de 90,7% de ocasiões com uso abusivo.

O grupo de gestantes com consumo nocivo apresentou antes da gestação uma média de consumo durante 18,3 dias, com média de 5,6 doses por ocasião e 13,9 dias com consumo em padrão *binge drinking*. Durante o primeiro trimestre da gestação, o número médio de uso foi de 3,2 dias, com 1,7 doses por ocasião e 1,6 dias em padrão abusivo. Ao comparar os dois períodos, houve a diminuição de aproximadamente 82% de dias com consumo, redução de 69,7% de quantidade de doses ingeridas por ocasião e redução de 88,5% de ocasiões com uso abusivo.

Por fim, o grupo de gestantes com provável dependência apresentou antes da gestação um número médio de 38,7 dias com consumo de bebidas alcoólicas, média de 11,8 doses por ocasião e média de 33,1 dias com padrão *binge drinking*. O Grupo 4 no primeiro trimestre da gestação apresentou número médio de 17,6 dias com uso, média de 6,2 doses por ocasião e média de 13,8 dias em padrão *binge drinking*. Ao comparar os dois períodos (antes e depois da gestação), houve a diminuição de aproximadamente 54,6% de dias com consumo, redução de 47,5% da quantidade de doses ingeridas por ocasião e 58,4% de ocasiões uso abusivo.

4.3 Consumo de tabaco e outras drogas

A avaliação sobre consumo de outras substâncias psicoativas através do instrumento ASSIST identificou que aproximadamente 55% da amostra total (N=138) reportou uso de tabaco em algum momento da vida.

Quanto ao uso de alguma droga ilícita foi identificado que 51,7% da amostra total (N=130) reportou este consumo em algum momento da vida. A maconha foi a droga ilícita mais frequente reportada por 20,7% das gestantes (N=52), seguida pelo uso de cocaína ou crack 13,5% (N=34), inalantes 7,1% (N=18), anfetaminas ou êxtase 6,3% (N=16), hipnóticos ou sedativos 2,3% (N=6) e alucinógenos, o qual foi reportado por 1,5% da amostra (N=4). Nenhuma gestante do estudo reportou uso de algum derivado de opióide como droga recreativa de abuso.

Avaliou-se ainda a frequência de uso de tabaco ou alguma outra substância psicoativa nos últimos três meses anteriores a entrevista. Observamos que 25% da amostra total reportou uso de tabaco (N=63) e aproximadamente 14% da amostra total (N=33) reportou uso de alguma substância ilícita neste período. Nenhuma gestante da amostra reportou uso de Hipnóticos, Sedativos, Alucinógenos ou Opióides neste período.

Identificamos a distribuição do número de gestantes com uso de substâncias psicoativas em algum momento da vida, segundo os grupos de gravidade de uso de álcool (Gráfico 2).

Em relação ao número de gestantes que reportaram uso de tabaco na vida, o número foi maior no Grupo com consumo nocivo (Grupo 3) seguida respectivamente pelo Grupo com consumo de risco (Grupo 2), Grupo com provável dependência (Grupo 4) e Grupo abstinente (Grupo 1). Entretanto o teste quiquadrado identificou que quando os grupos são comparados proporcionalmente, o consumo de tabaco foi maior no Grupo 4, sendo esta diferença estatística significativa ($X^2=50,4$; $p\leq 0,001$).

Em relação ao uso de outras drogas, o número de gestantes com uso na vida de alguma das substâncias psicoativas listadas foi maior entre o grupo de gestantes com provável dependência (Grupo 4). Neste grupo as seguintes frequências foram respectivamente identificadas: Maconha (N=18), Cocaína/crack (N=17), Inalantes (N=10), Anfetamina/Extase (N=9), Hipnóticos/Sedativos (N=4) e Alucinógenos (N=3).

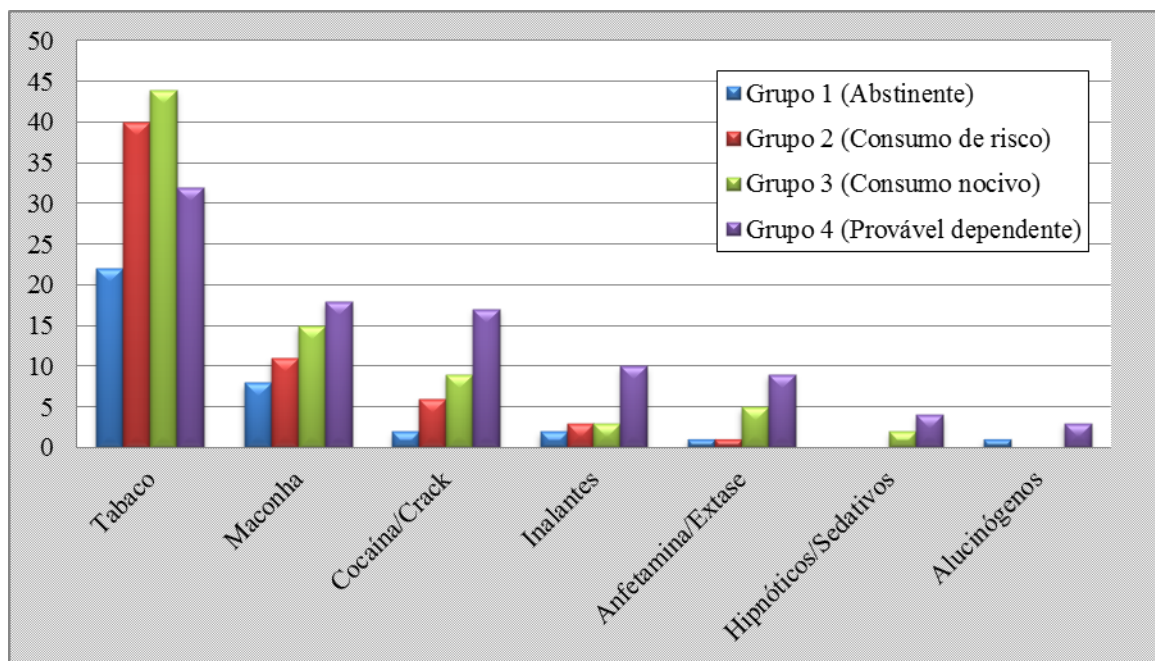


Gráfico 2 - Número de gestantes da amostra com consumo de tabaco e/ou outras drogas em algum momento da vida, distribuídas segundo grupos de gravidade de uso de álcool.

Nos últimos três meses anteriores a data da entrevista, a frequência de uso de tabaco foi de seis gestantes do Grupo abstinente, nove gestantes do Grupo com consumo de risco, 22 gestantes do Grupo com consumo nocivo e 26 gestantes do Grupo com provável dependência de álcool, a diferença estatística entre os grupos foi significativa ($X^2=84,2$; $p\leq 0,001$). Neste mesmo período, o Grupo com provável dependência de álcool apresentou maior número de gestantes com uso de outras drogas, sendo a diferença entre os grupos significativa ($p\leq 0,001$).

Nenhuma gestante dos grupos com menor gravidade de uso de álcool (Grupo 1 e Grupo 2) reportou uso de maconha nos últimos três meses anteriores a entrevista. Duas gestantes do grupo com uso nocivo e nove gestantes do grupo de prováveis dependentes reportaram uso desta substância ($X^2=49,0$; $p\leq 0,001$). Em relação a cocaína/crack, as seguintes frequências foram identificadas: uma gestante do Grupo 1, duas gestantes do Grupo 2, três gestantes do Grupo 3 e 11 gestantes do Grupo 4 ($X^2=54,7$; $p\leq 0,001$). Em relação ao uso de inalantes, apenas uma gestante do Grupo 3 e três gestantes do Grupo 4 reportaram consumo. O uso de inalantes neste período foi reportado por apenas duas gestantes do Grupo 4.

4.3 Morbidade psiquiátrica

A avaliação de morbidade psiquiátrica foi realizada através das questões do instrumento SRQ- 20. Em relação à amostra total, constatou-se que 112 gestantes (44,6%) foram positivas neste instrumento (pontuação \geq 7), ou seja, tais mulheres apresentaram maior propensão à morbidade psiquiátrica. A pontuação mínima foi de zero ponto e a máxima de 17 pontos (DP=4,1). A distribuição de gestantes segundo pontuação total no instrumento é apresentada a seguir (Gráfico 3).

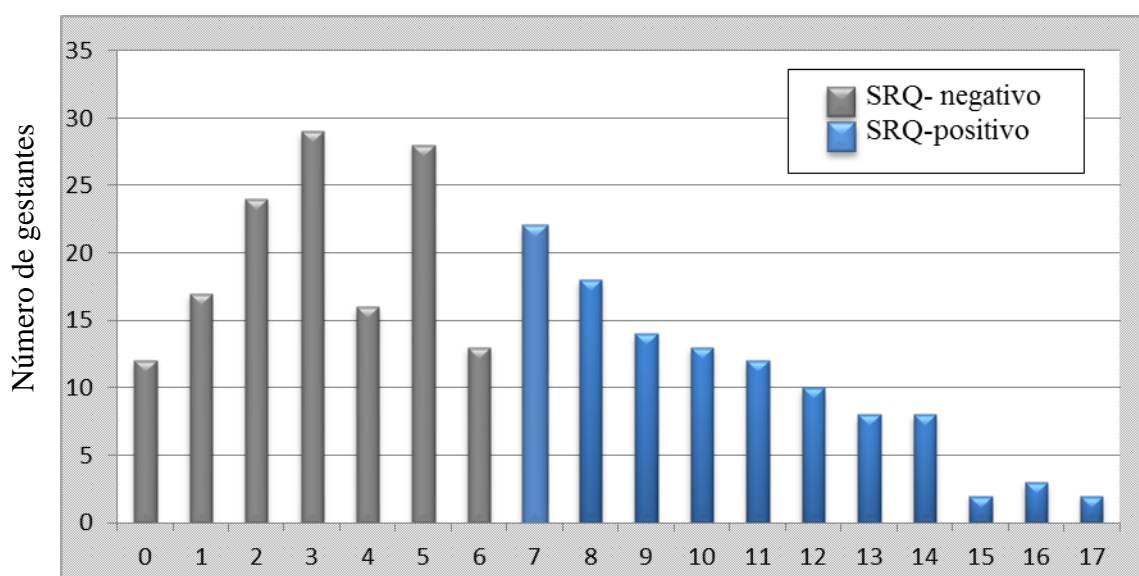


Gráfico 3 - Distribuição de número de gestantes segundo pontuação total no SRQ-20.

Analizamos a frequência de cada uma das questões que compõe este instrumento. Utilizamos a categorização das variáveis proposta por Santos, Araújo e Oliveira (2009) para interpretação dos resultados. Sendo assim, quatro fatores foram extraídos para compor cada categoria, os quais foram identificados como: Fator I – humor depressivo e ansioso, Fator II – sintomas somáticos, Fator III – decréscimo de energia vital, Fator IV – pensamentos depressivos (SANTOS; ARAUJO; OLIVEIRA, 2009).

Tabela 3 - SRQ-20: frequencia de respostas positivas segundo amostra total e grupos de gravidade de consumo de álcool.

	Amostra total		Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4			
Variáveis	N(251)	%	N(80)	%	N(76)	%	N(59)	%	N(36)	%	p	X ²
Fator I												
Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	166	66,1	46	57,5	51	67,1	38	64,4	31	86,1	0,009	8,0
Assusta-se com facilidade?	107	42,6	31	38,7	27	35,5	33	55,9	16	44,4	0,133	2,2
Tem se sentido triste ultimamente?	121	48,2	25	31,2	33	43,4	32	54,2	31	86,1	≤0,001	2,2
Tem chorado mais do que de costume?	118	47,0	30	37,5	42	55,2	29	49,1	17	47,2	0,273	2,2
Fator II												
Tem dores de cabeça freqüentes?	126	50,2	29	36,2	41	53,9	34	57,6	22	61,1	0,004	17,4
Dorme mal?	77	30,7	20	25,0	26	34,2	15	25,4	16	44,4	0,130	6,7
Tem sensações desagradáveis no estômago?	94	37,5	21	26,2	26	34,2	29	49,1	18	50,0	≤0,001	4,3
Tem má digestão?	64	25,5	14	17,5	20	26,3	18	30,5	12	33,3	0,030	14,9
Tem falta de apetite?	46	18,3	10	12,5	16	21,0	11	18,6	9	25,0	0,130	28,9
Tem tremores na mão?	33	13,1	4	5,0	7	9,2	10	16,9	12	33,3	≤0,001	1,1
Fator III												
Você se cansa com facilidade?	110	43,8	27	33,7	31	40,7	28	47,4	24	66,6	≤0,001	1,7
Tem dificuldades para tomar decisões?	64	25,5	14	17,5	15	19,7	18	30,5	17	47,2	≤0,001	12,0
Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	38	15,1	6	7,5	12	15,7	10	16,9	10	27,7	0,005	7,5
Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	83	33,1	23	28,7	23	30,2	24	40,6	13	36,1	0,192	12,4
Sente-se cansada o tempo todo?	89	35,5	18	22,5	26	34,2	27	45,7	18	50,0	≤0,001	15,5
Tem dificuldade de pensar com clareza?	56	22,3	8	10,0	16	21,0	18	30,5	14	38,8	≤0,001	22,3
Fator IV												
Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	39	15,5	4	5,0	14	18,4	9	15,2	12	33,3	≤0,001	15,9
Tem perdido o interesse pelas coisas?	75	29,9	15	18,7	16	21,0	28	47,4	16	44,4	≤0,001	11,6
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	31	12,4	1	1,2	11	14,4	5	8,4	14	38,8	≤0,001	9,7
Tem tido idéias de acabar com a vida?	31	12,4	4	5,0	7	9,2	8	13,5	12	33,3	≤0,001	10,5

Grupo 1= gestantes abstinentes; Grupo 2= gestantes com consumo de risco; Grupo 3= gestantes com consumo nocivo; Grupo 4= gestantes com provável dependência. X²= Qui Quadrado. p=nível de significância estatística. Calculou-se a porcentagem das gestantes considerando o número total de cada grupo.

Na amostra total, a resposta mais freqüente segundo categoria de Fator 1 foi “sentir-se nervosa, tensa e preocupada” (N=166, 66,1%), na categoria de Fator 2 “tem dores de cabeça frequentes” (N=126, 50,2%), na categoria Fator 3 “você se cansa com facilidade” (N=110, 43,8%) e por fim, na categoria de Fator 4 “tem perdido interesse pelas coisas” (N=75, 29,9%).

Quanto à comparação dos grupos segundo gravidade de uso de álcool, verificamos diferença significativa em relação a pontuação total média neste instrumento ($F=15,1$; $p\leq 0,001$). O Grupo 1 apresentou média de 4,3 pontos (DP=3,2), O Grupo 2 média de 6,0 pontos (DP=3,9), o Grupo 3 média de 7,1 pontos (DP=4,2) e o Grupo 4 média de 9,2 pontos (DP=4,2). Desta maneira, a **Hipótese I** deste estudo foi analisada e identificamos que as gestantes com maior gravidade de uso de álcool (Grupo 3 e Grupo 4) apresentaram maior propensão a transtornos psiquiátricos quando comparadas as gestantes com menor gravidade de uso de álcool (Grupo 1 e Grupo 2).

A tabela 3 apresenta de forma mais detalhada, a diferença estatística entre os quatro grupos em relação a cada questão do SRQ-20 separadamente. Observa-se que houve diferença significativa para a maioria das questões neste instrumento, por exemplo, foi significativa a diferença entre os grupos para todas as questões do Fator IV (pensamentos depressivos) ($p\leq 0,001$).

Destaca-se ainda a maior freqüência no grupo de gestantes com provável dependência nas questões “Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo” e “Tem tido idéias de acabar com a vida?”, presente em respectivamente 38,8% e 33,3% neste grupo.

Analizamos ainda a diferença estatística ao comparar isoladamente o Grupo 1 e Grupo 2 em relação as questões individuais do SRQ- 20. Identificamos que houve diferença significativa para as seguintes questões: “Tem chorado mais do que de costume?” ($X^2=4,2$; $p=0,03$), “Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?” ($X^2=5,6$; $p=0,01$) e “Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?” ($X^2=7,8$; $p=0,005$). Estas questões foram mais freqüentes no grupo de mulheres com consumo de risco do que em mulheres abstinentes. Em relação à proporção de mulheres com pontuação positiva no instrumento houve diferença estatística significativa entre os grupos ($X^2=6,7$; $p=0,04$), o Grupo 2 apresentou maior número de sintomas psiquiátricos se comparado ao Grupo 1.

A análise de comparação entre o Grupo 3 e Grupo 4 identificou que houve diferença estatística significativa em relação as seguintes questões: “Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?” ($X^2=4,2$; $p=0,03$), “Tem se sentido triste ultimamente?” ($X^2=8,7$;

$p=0,003$), “Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?” ($\chi^2=11,0$; $p=0,001$), “Tem tido idéias de acabar com a vida?” ($\chi^2=4,1$; $p=0,04$). Tais questões foram mais freqüentes no grupo de mulheres com provável dependência de álcool. Não houve diferença estatística entre o Grupo 3 e Grupo 4 em relação a proporção de mulheres com pontuação positiva no SRQ-20 ($\chi^2=0,42$; $p=0,51$).

4.4 Eventos estressores

Os eventos estressores foram avaliados segundo três principais medidas: número total de eventos estressores vivenciados no decorrer do último ano, frequência de cada evento estressor isoladamente e percepção total de nível de estresse.

Em relação ao número total de eventos estressores no último ano na amostra total, o mínimo foi de um evento estressor e o máximo foi de oito eventos estressores por gestante (DP=9,2).

Identificamos que houve maior média de eventos estressores entre os grupos com maior gravidade de consumo de álcool. O Grupo de gestantes abstinentes apresentou média de 2,0 eventos estressores, o Grupo de gestantes com consumo de risco apresentou média de 2,3 eventos estressores, o Grupo de gestantes com consumo nocivo apresentou média de 3,0 eventos estressores e o Grupo de gestantes com provável dependência de álcool apresentou média de 5,0 eventos estressores no último ano. A diferença estatística entre os grupos foi significativa ($F=21,9$; $p\leq 0,001$).

A frequência de cada evento estressor isoladamente é demonstrada na tabela a seguir. Os eventos com maior frequência na amostra total foram respectivamente: “Brigas com familiares” (N=99, 39,4%), “Dificuldades financeiras” (N=94, 37,4%), “Problema de saúde familiar” (N=90, 35,8%) e “Desemprego” (N=84; 33,4%). A tabela a seguir apresenta a diferença estatística entre os quatro grupos em relação à exposição a cada evento estressor (Tabela 4).

Tabela 4 - Exposição a eventos estressores no último ano segundo amostra total e grupos de gravidade de uso de álcool.

Evento estressor	Amostra total		Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4		p	X ²
	N(251)	%	N(80)	%	N(76)	%	N(59)	%	N(36)	%		
Separação conjugal definitiva	39	15,5	6	7,5	10	13,1	8	13,5	15	41,6	≤0,001	16,2
Separação temporária (marido ou filhos)	69	27,4	17	21,2	13	17,1	23	38,9	16	44,4	0,002	10,5
Violência doméstica	27	10,7	2	2,5	4	5,2	6	10,1	15	41,6	≤0,001	43,9
Desemprego	84	33,4	24	30,0	20	26,3	20	33,8	20	55,5	0,01	5,9
Morte de algum familiar	68	27,0	18	22,5	25	32,8	14	23,7	11	30,5	0,56	0,3
Morte de amigo	47	18,7	11	13,7	13	17,1	14	23,7	9	25,0	0,07	3,1
Doença ou acidente pessoal	28	11,1	8	10,0	7	9,2	6	10,1	7	19,4	0,22	1,4
Brigas com familiares (ex:filhos/marido)	99	39,4	27	33,7	23	30,2	25	42,3	24	66,6	≤0,001	10,2
Problema de saúde familiar	90	35,7	23	28,7	23	30,2	23	38,9	21	58,3	0,002	8,9
Mudança de cidade	23	9,1	3	3,7	9	11,8	5	8,4	6	16,6	0,05	3,8
Problemas com a justiça (próprio ou familiares)	38	15,1	8	10,0	9	11,8	9	15,2	12	33,3	0,003	8,5
Dificuldades financeiras	94	37,4	19	23,7	25	32,8	25	42,3	25	69,4	≤0,001	21,3

Grupo 1= gestantes abstinentes; Grupo 2= gestantes com consumo de risco; Grupo 3= gestantes com consumo nocivo; Grupo 4= gestantes com provável dependência. p=nível de significância estatística. X²= Qui Quadrado. Calculou-se a porcentagem das gestantes considerando o número total de cada grupo.

Quanto aos grupos com diferentes gravidades de uso de álcool, identificamos diferenças em relação a frequência de cada evento estressor isoladamente. Por exemplo, o evento “Violência doméstica” foi cerca de 16 vezes mais comum no grupo de mulheres com provável dependência do que entre o grupo de mulheres abstinentes, oito vezes mais comum do que o grupo de mulheres com consumo de risco e cerca de quatro vezes mais comum do que o grupo de mulheres com consumo nocivo. A diferença estatística entre os grupos foi significativa para este evento (X²=43,9; p≤0,001).

O eventos estressor “Separação conjugal definitiva” também foi mais frequente no Grupo 4, cerca de 41,6% das gestantes deste grupo vivenciaram este evento no último ano, a diferença estatística entre grupos foi significativa (X²=16,2; p≤0,001). O mesmo ocorreu com o evento estressor “Brigas com familiares, o qual foi presente em 66% da amostra de gestantes com provável dependência de álcool (X²=10,2; p≤0,001).

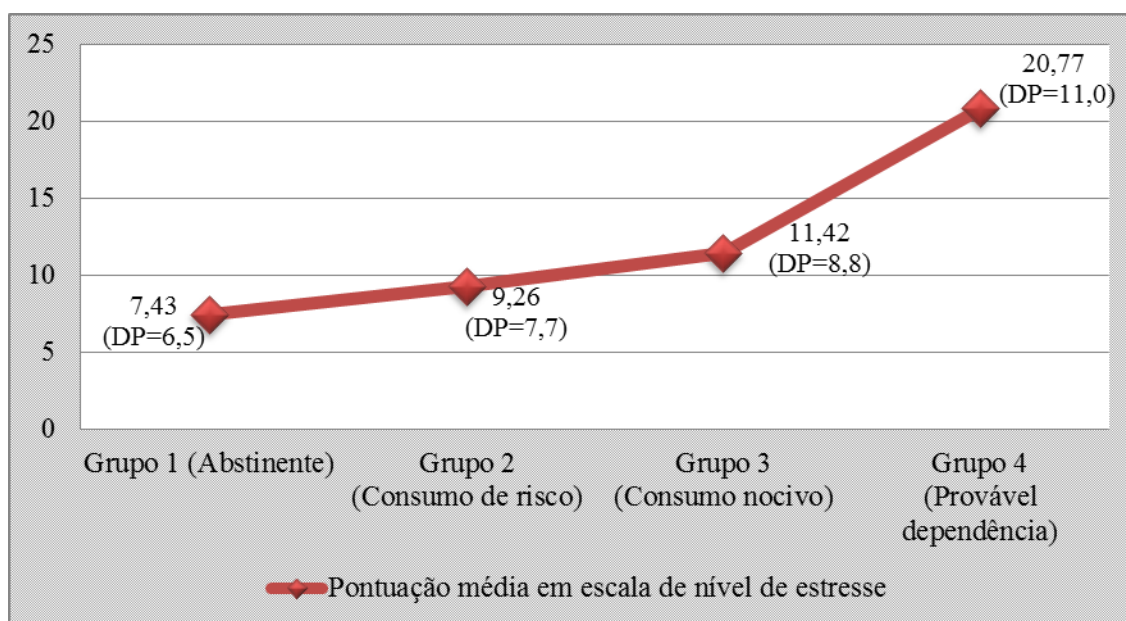


Gráfico 4 - Pontuação média em escala de percepção de nível de estresse distribuída segundo grupos de gravidade de uso de álcool.

Em relação à percepção de nível de estresse vivenciado no ano anterior a entrevista (Figura 4), os resultados indicaram que os grupos com maior gravidade de consumo de álcool reportaram maior percepção de nível de estresse vivenciado no ano anterior (Grupo 1=7,43 pontos, Grupo 2=9,26 pontos, Grupo 3=11,42 pontos e Grupo 4=20,77 pontos), sendo a diferença estatística entre os grupos significativa ($F=23,0$; $p \leq 0,001$).

Desse modo, a análise da **Hipótese II** deste estudo identificou que houve diferença estatística significativa entre os grupos com diferentes gravidades de consumo de álcool em relação a este aspecto psicossocial, as gestantes com maior gravidade de uso apresentaram maior número de eventos estressores e maior percepção de nível de estresse vivenciado. Além disso, a vivência de alguns eventos estressores, tais como “Separação conjugal definitiva” e “Violência doméstica” foram mais comuns no grupo de mulheres com provável dependência de álcool.

4.5 Coping

Avaliamos quais as principais estratégias de *coping* referida pela amostra total. Durante a categorização e interpretação das variáveis do instrumento, utilizamos a escala proposta por Ribeiro e Rodrigues (2004). As questões foram organizadas segundo as seguintes escalas: *Coping* ativo, Planejamento, Suporte instrumental, Suporte social e emocional, Religião, Reinterpretação positiva, Auto-culpabilização, Aceitação, Expressão de sentimentos, Negação, Auto- distração, Desinvestimento comportamental, Uso de substâncias como álcool, drogas e medicamentos e Humor. Consideramos que embora os indivíduos utilizem diferentes estratégias de *coping* diante cada situação estressante, estas estratégias são mantidas devido a um tipo de “traço” apresentado por cada pessoa (RIBEIRO; RODRIGUES, 2004).

Identificamos que a estratégia de *coping* “Toma medidas para tentar melhorar a sua situação” (Escala *Coping* ativo) foi a mais freqüente reportada por 92% da amostra total (N=230), seguida respectivamente por “Pensa muito sobre a melhor forma de lidar com a situação” (Escala Planejamento) (N=219), “Procura algo positivo em tudo o que está acontecendo” (Escala Reinterpretação positiva) (N=219), “Fica aborrecida e expressa seus sentimentos” (Escala Expressão de sentimentos) (N=206), “Faz outras coisas para pensar menos na situação, tal como dormir, limpar a casa, conversar com amigos ou vizinhos, atividades físicas, etc” (Escala Auto- distração) (N=194), “Procura apoio emocional de alguém (família, amigos)” (Escala Suporte social e emocional) (N=190), “Pede conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo problema” (Escala Suporte Instrumental) (N=182), “Tenta encontrar conforto na sua religião ou crença espiritual” (Escala Religião) (N=166), “Tenta aceitar as coisas tal como estão acontecendo” (Escala Aceitação) (N=153), “Enfrenta a situação levando-a para a brincadeira” (Escala Humor) (N=109), “Recusa-se a acreditar que isto esteja acontecendo desta forma contigo” (Escala Negação) (N=100), “Culpa-se pelo que está acontecendo” (Escala Auto- culpabilização) (N=72) “Desiste de se esforçar para obter o que quer” (Escala Desinvestimento comportamental) (N=28) e “Usa álcool ou outras drogas para lhe ajudar a ultrapassar os problemas” (Escala Uso de substâncias, álcool, drogas e medicamentos) (N=27).

A distribuição das diferentes estratégias de *coping* segundo grupos de gravidade de consumo de álcool são apresentadas a seguir (Tabela 5). As escalas assinaladas em cada linha não totalizam a soma das participantes porque uma mesma gestante pode ter sinalizado mais de uma estratégia de *coping*.

Tabela 5 - Exposição a eventos estressores no último ano segundo amostra total e grupos de gravidade de uso de álcool.

Escalas	Amostra total		Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4		p	X ²
	N(251)	%	N(80)	%	N(76)	%	N(59)	%	N(36)	%		
<i>Coping</i> ativo	230	92,0	77	96,2	69	90,7	53	89,8	31	86,1	0,04	3,9
Planejamento	219	87,6	67	83,7	68	89,4	51	86,4	33	91,6	0,95	0,9
Suporte instrumental	182	72,8	57	71,2	55	72,3	43	72,8	27	75,0	0,69	0,15
Suporte social e emocional	190	76,0	58	72,5	55	72,3	47	79,6	30	83,3	0,14	2,3
Religião	166	66,4	59	73,7	53	69,7	34	57,6	20	55,5	≤0,001	5,8
Reinterpretação positiva	219	87,6	76	95,0	66	86,8	49	83,0	28	77,7	0,004	8,2
Auto- culpabilização	72	28,8	17	21,2	21	27,6	17	28,8	17	47,2	0,009	6,6
Aceitação	153	61,2	44	55,0	45	59,2	40	67,7	24	66,6	0,11	2,5
Expressão de sentimentos	209	82,4	63	78,7	57	75,0	56	94,9	30	83,3	0,08	3,04
Negação	100	40,0	28	35,0	28	36,8	24	40,6	20	55,5	0,05	3,7
Auto-distração	194	77,6	68	85,0	56	73,6	44	74,5	26	72,2	0,09	2,8
Desinvestimento comportamental	28	11,2	7	8,7	6	7,8	9	15,2	6	16,6	0,11	2,5
Uso de substâncias	27	10,8	3	3,7	3	3,9	5	8,4	16	44,4	≤0,001	30,9
Humor	109	43,9	37	46,2	41	53,9	19	32,2	12	33,3	0,009	2,8

Grupo 1= gestantes abstinentes; Grupo 2= gestantes com consumo de risco; Grupo 3= gestantes com consumo nocivo; Grupo 4= gestantes com provável dependência. Calculou-se a porcentagem das gestantes considerando o número total de cada grupo. p=nível de significância estatística. X²= Qui Quadrado.

Observa-se diferença estatística significativa entre os grupos para as escalas *Coping* ativo (X²=3,9; p=0,04), Religião (X²=5,8; p=0,001), Reinterpretação positiva (X²=8,2; p=0,004) e Humor (X²=2,8; p=0,009). Identificamos uma relação inversa em relação a estas escalas e a gravidade de uso de álcool, ou seja, quanto maior a gravidade de uso de álcool menor foi a utilização destas escalas de *coping*.

As gestantes com maior gravidade de uso de álcool (Grupo 3 e Grupo 4) apresentaram maior frequência de uso das escalas de *coping* Auto-culpabilização ($\chi^2=6,6$; $p=0,009$), Negação ($\chi^2=3,7$; $p=0,05$) e Uso de substâncias, álcool, drogas e medicamentos ($\chi^2=30,9$; $p\leq 0,001$) quando comparadas as gestantes abstinentes ou gestantes com consumo de risco.

Verificamos a diferença entre os grupos em relação à pontuação total na escala de *coping*. As gestantes abstinentes (Grupo 1) e com consumo de risco de álcool (Grupo 2) apresentaram melhores pontuações nesta escala, ou seja, apresentaram melhor habilidade de *coping* quando comparadas às gestantes com consumo nocivo e gestantes dependentes. O Grupo 1 apresentou média de 9,5 pontos (DP=1,6), o Grupo 2 também apresentou média de 9,5 pontos (DP=1,8), o Grupo 3 média de 8,7 pontos (DP=1,8) e o Grupo 4 média de 8,1 (DP=1,7), a diferença estatística entre os grupos foi significativa ($F=6,52$; $p\leq 0,001$). Dessa forma, a avaliação da **Hipótese III** do estudo identificou que quanto melhor a habilidade de *coping* das gestantes, menor a gravidade de consumo de bebidas alcoólicas. As gestantes abstinentes ou com consumo de risco de álcool apresentaram maior pontuação em escala de *coping* e reportaram menor frequência de uso das seguintes escalas: Auto-culpabilização, Negação e Uso de substâncias, álcool, drogas e medicamentos.

4.6 Suporte social e suporte conjugal

A escala de suporte social identificou que a média de percepção de suporte foi de 11,7 pontos na amostra total, com mínimo de um ponto e máximo de 16 pontos (DP=3,8). Quanto maior a pontuação em escala, maior a percepção pela gestante de um adequado suporte social.

Em relação aos grupos segundo gravidade de uso de álcool, a figura a seguir apresenta que houve uma diferença estatística em relação aos grupos, quanto maior a gravidade de uso de álcool menor foi a percepção de suporte social identificada ($F=9,2$; $p\leq 0,001$). Nesta escala, o Grupo 1 apresentou média de 12,5 pontos (DP=3,0), O Grupo 2 média de 11,7 pontos (DP=3,5), O Grupo 3 média de 10,6 pontos (DP=3,9) e o Grupo 4 média de 8,8 pontos (DP=4,2) (Figura 4).

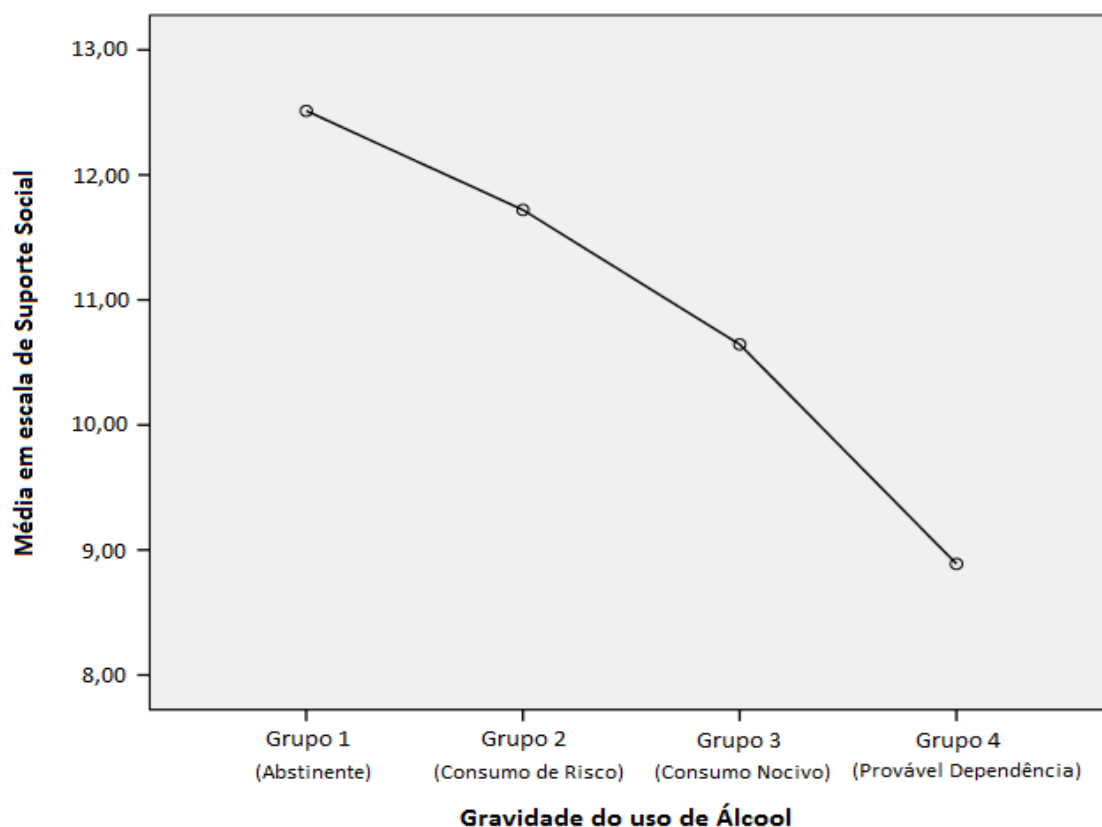


Figura 4 - Distribuição da pontuação média em escala de Suporte social segundo grupos de gravidade de uso de álcool.

A **Hipótese IV** do estudo foi analisada ao verificar a associação da escala de suporte social e a gravidade de uso de álcool. Como demonstrado no gráfico acima, identificamos uma relação inversa entre as variáveis, ou seja, quanto maior a percepção de suporte social percebido pela gestante menor foi a gravidade de uso de álcool. Duas questões isoladas verificaram ainda o suporte social percebido com durante os cuidados com o bebê e o suporte emocional do companheiro durante o período gestacional. Avaliamos primeiro se as gestantes consideravam que tinham algum suporte social durante os cuidados com o bebê. Os resultados apontaram que 205 gestantes (85% da amostra total) reportaram que tinham alguma pessoa que as auxiliaria durante estes cuidados e apenas 46 gestantes reportaram ausência de suporte (15%). A diferença entre os grupos com diferentes gravidades de uso de álcool não foi significativa ($X^2=8,6$; $p=0,19$).

Em relação a percepção de suporte emocional do companheiro durante o período gestacional, também não identificamos diferença entre os grupos em relação a esta

variável ($X^2=11,7$; $p=0,07$). A maioria das gestantes de todos os quatro grupos que reportaram ter algum companheiro atual, considerava adequado o apoio de seu parceiro durante a gestação, a seguinte frequência foi identificada com este resultado: 79,7% das gestantes do Grupo abstinente, 77,1% das gestantes do Grupo com consumo de risco, 68,6% das gestantes do Grupo com uso nocivo e 66,7% das gestantes do Grupo com provável dependência.

4.7 Uso de tabaco, álcool e drogas do companheiro

Os resultados a seguir apresentam o consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas pelo companheiro. Em relação à amostra total, 14 gestantes reportaram que não tinham companheiro (marido/namorado), desta forma tais mulheres não foram incluídas nesta avaliação.

Quanto ao uso de tabaco, conforme demonstrado na tabela a seguir os companheiros das gestantes com provável dependência de álcool apresentaram maior frequência de uso de tabaco (38,8%), entretanto a diferença estatística entre os grupos não foi significativa ($X^2=9,5$; $p=0,14$) (Tabela 6).

Em relação ao consumo de álcool do companheiro, o grupo de mulheres com uso de risco foi o que apresentou maior presença de uso de álcool pelo parceiro (68,1%). Com ligeira menor frequência, aproximadamente 63,8% das mulheres com consumo nocivo e também com provável dependência de álcool reportaram que seus parceiros consumiam bebidas alcoólicas e 41,8% do grupo de mulheres abstinentes reportou que seu companheiro fazia uso desta substância. A diferença estatística entre os quatro grupos foi significativa ($X^2=5,8$; $p\leq 0,01$). Interessante observar que com exceção do Grupo 1, em todos os outros grupos (Grupo 2, Grupo 3 e Grupo 4) a maioria das gestantes reportaram uso de álcool do companheiro.

Em relação ao uso frequente de drogas ilícitas pelo companheiro, a diferença estatística entre os grupos foi significativa ($X^2=24,3$; $p<0,001$). O Grupo 1, Grupo 2 e Grupo 3 apresentou respectivamente 4,0%, 5,7% e 10,3% da amostra com a presença de um parceiro com consumo de drogas ilícitas. A frequência no Grupo 4 foi de 27,7% desta amostra com uso destas substâncias pelo parceiro, ou seja, a frequência de uso de

drogas do companheiro no grupo de gestantes com provável dependência foi de três a sete vezes maior do que nos outros grupos com menores gravidades de uso de álcool da gestante.

Tabela 6 - Uso frequente de tabaco, álcool e drogas ilícitas do companheiro segundo amostra total e grupos de gravidade de uso de álcool.

Variáveis	Amostra total		Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4		p	X ²
	N(237)	%	N(74)	%	N(69)	%	N(58)	%	N(36)	%		
Uso de tabaco	66	26,3	21	28,3	18	26,0	13	22,4	14	38,8	0,14	9,5
Uso de álcool	138	55,0	31	41,8	47	68,1	37	63,7	23	63,8	0,01	5,8
Uso de drogas ilícitas	23	9,2	3	4,0	4	5,7	6	10,3	10	27,7	≤0,001	24,3

Grupo 1= gestantes abstinentes; Grupo 2= gestantes com consumo de risco; Grupo 3= gestantes com consumo nocivo; Grupo 4= gestantes com provável dependência. Calculou-se a porcentagem das gestantes considerando o número total de cada grupo que reportou apresentar companheiro. p=nível de significância estatística. X²= Qui Quadrado.

A análise da **Hipótese V** do estudo identificou, portanto que para cada substância psicoativa utilizada pelo companheiro há uma associação diferente com o consumo de bebidas alcoólicas de gestantes. O uso de tabaco do companheiro não foi associado com a gravidade de uso de álcool das gestantes. Entretanto a diferença entre os grupos de gestantes foi significativa quanto ao uso de álcool e principalmente quanto ao uso de drogas ilícitas do companheiro.

4.8 Conhecimento sobre FASD e uso de álcool na amamentação

A avaliação dos conhecimentos gerais sobre FASD incluiu questões sobre a percepção de risco para a saúde materna e do bebê associada ao uso de álcool durante a gestação e amamentação.

Os resultados foram obtidos através de frases afirmativas com opções de resposta “Verdadeira”, quando a gestante considerava correta a afirmação e resposta “Falsa”, quando a gestante considerava incorreta a afirmação. Acrescentamos uma

questão única sobre conhecimento geral sobre a SFA (Você já ouviu falar da Síndrome Fetal do Álcool?) e uma questão sobre a percepção de gravidade (Quão grave você pensa que deve ser para a saúde do seu bebê se você consumir álcool durante a gestação?) para avaliar as informações sobre SFA e percepção de risco.

Identificamos diferença estatística entre os grupos em relação às seguintes questões: “É bom para a saúde da gestante beber um pouco de cerveja pois esta bebida é diurética” ($\chi^2=12,5$; $p\leq 0,001$), “Quando a mãe consome bebidas alcoólicas durante a gestação o álcool não passa para o bebê” ($\chi^2=7,2$; $p=0,007$) e “A cerveja preta ajuda a mãe a produzir mais leite durante a amamentação” ($\chi^2=15,4$; $p\leq 0,001$). Verificamos que para todas estas questões, as gestantes com maior gravidade de consumo de álcool (Grupo 3 e Grupo 4) apresentaram menor nível de conhecimento.

A questão “É bom para a saúde da gestante beber um pouco de cerveja pois esta bebida é diurética” foi considerada como uma afirmação Falsa por 79 gestantes do Grupo abstinente (98,7%), 69 gestantes do Grupo com consumo de risco (90,7%), 52 gestantes do Grupo com uso nocivo (88,1%) e 29 gestantes do Grupo com provável dependência de álcool (80,5%).

Em relação a questão “O álcool não é transferido para o bebê quando a mãe ingere bebidas alcoólicas durante a gestação”, chama a atenção o resultado de que cerca de um quarto do grupo de gestantes com provável dependência (25,0%) considerou como Verdadeira esta afirmação. Em relação aos outros grupos, um número menor de mulheres concordou com esta questão, a frequência foi de apenas 7,5% do Grupo de abstinentes, 5,2% do Grupo com consumo de risco e 11,8% do Grupo com consumo nocivo ($\chi^2=7,2$; $p\leq 0,001$).

Observa-se que 47,4% das gestantes do Grupo com consumo nocivo e 47,2% das gestantes do Grupo com provável dependência de álcool reportaram estar de acordo com a afirmação de que “a cerveja preta ajuda na produção de leite na amamentação”. Interessante observar que, embora em menor frequência, uma parcela importante de gestantes do Grupo abstinente e do Grupo com consumo de risco de álcool (18,7% e 26,3% respectivamente) também consideraram estar de acordo com esta afirmativa (Tabela 7).

A avaliação sobre conhecimento geral sobre a SFA identificou que uma pequena parcela da amostra total já tinha ouvido falar sobre esta síndrome em algum momento de suas vidas (27,7%). Ao questionar “Você já ouviu falar algo sobre a Síndrome Fetal do Álcool? As seguintes respostas afirmativas foram identificadas: 33,7% do Grupo

abstinente, 25,0% do Grupo com consumo de risco, 23,7% do Grupo com uso nocivo e 25,0% do Grupo com provável dependência. A diferença estatística entre os grupos não foi significativa ($X^2=7,2$; $p\leq 0,001$).

Tabela 7 - Conhecimento sobre *Fetal Alcohol Spectrum Disorder* (FASD) e uso de álcool na amamentação segundo amostra total e grupos de gravidade de uso de álcool.

	Amostra total N(251)	Grupo 1 N(80)	Grupo 2 N(76)	Grupo 3 N(59)	Grupo 4 N(36)		
	f(% de respostas corretas)					p	X ²
É bom para a saúde da gestante beber um pouco de cerveja pois esta bebida é diurética (F).	229(92,0)	79(98,7)	69(90,7)	52(88,1)	29(80,5)	$\leq 0,001$	12,50
O consumo de álcool durante a gestação pode causar aborto espontâneo (V).	209(83,9)	68(85,0)	63(82,8)	47(79,6)	31(86,1)	0,765	0,08
Crianças nascidas de mães que fizeram uso de álcool durante a gestação podem ter dificuldades de aprendizagem (V).	216(86,7)	72(90,0)	62(81,5)	50(84,7)	32(88,8)	0,688	0,16
Quando a mãe consome bebidas alcoólicas durante a gestação o álcool <u>não</u> passa para o bebê (F).	222(89,5)	73(91,2)	70(92,1)	52(88,1)	27(75,0)	0,007	7,20
Quanto mais a gestante bebe maiores as chances de ter um filho com retardo mental (V).	210(84,7)	67(83,7)	65(85,5)	47(79,6)	31(86,1)	0,731	0,11
A cerveja preta ajuda a mãe a produzir mais leite durante a amamentação (F).	168(67,7)	64(80,0)	54(71,0)	31(52,5)	19(52,7)	$\leq 0,001$	15,40
Durante a amamentação o álcool passa para o bebê pelo leite (V).	237(89,9)	78(97,5)	70(92,1)	54(91,5)	35(97,2)	0,27	1,18
O consumo de bebida alcoólica na gestação pode provocar pressão alta (V).	223(89,9)	74(92,5)	66(86,8)	52(88,1)	31(86,1)	0,17	1,80
Grupo 1= gestantes abstinentes; Grupo 2= gestantes com consumo de risco; Grupo 3= gestantes com consumo nocivo; Grupo 4= gestantes com provável dependência. Calculou-se a porcentagem das gestantes considerando o número total de cada grupo. p=nível de significância estatística. X ² = Qui Quadrado. V=resposta correta: afirmação verdadeira. F= resposta correta: afirmação falsa.							

Em relação a pontuação total em escala de Conhecimento sobre *FASD* e uso de álcool na amamentação, a pontuação média da amostra total foi de 9,7 pontos com mínimo de 2 pontos e máximo de 12 pontos (DP=1,9).

Identificamos que houve diferença estatística significativa entre os grupos em relação a associação desta variável com a gravidade de uso de álcool ($F=7,2$; $p\leq 0,001$). A média de conhecimento para o Grupo 1 foi de 10,4 pontos ($DP=1,5$), Grupo 2 foi de 9,7 pontos ($DP=1,5$), Grupo 3 foi de 9,1 pontos ($DP=2,2$) e Grupo 4 foi de 9,2 pontos ($DP=1,7$). Observa-se, portanto que o Grupo com consumo nocivo apresentou menor média de conhecimento ao comparar com os outros grupos de gestantes.

A análise da **Hipótese VI** identificou uma relação inversa entre Conhecimento e o consumo de bebidas alcoólicas de gestantes. O menor nível de conhecimento sobre FASD e uso de álcool na amamentação foi associado com a maior gravidade de consumo de álcool dos grupos, ou seja, as gestantes com menor informação sobre os prejuízos à saúde da mãe e do bebê associados ao consumo de álcool materno apresentaram maior consumo de bebidas alcoólicas.

4.9 Aspectos psicossociais e gravidade de consumo de bebidas alcoólicas

A seguir é apresentado os resultados da análise de regressão logística multivariada, referente à correlação entre os aspectos psicossociais e a gravidade de uso de álcool de gestantes. Após testes estatísticos e correções de tais análises, os seguintes aspectos psicossociais e respectivas medidas foram selecionadas para compor esta análise: Educação (nível educacional), Renda (média de renda mensal familiar), Sintomas psiquiátricos (pontuação total em instrumento SRQ-20), *Coping* (pontuação total em escala), Estresse (pontuação total em escala de eventos estressores), Uso de álcool e drogas do companheiro, Suporte social (pontuação total em escala de suporte social) e Suporte conjugal (percepção de suporte conjugal), Conhecimento sobre FASD e uso de álcool na amamentação (pontuação em escala de conhecimento). A gravidade de uso de álcool foi considerada a variável dependente.

Os resultados apontam que os aspectos psicossociais que foram fortemente correlacionados com a gravidade de uso de álcool de gestantes foram o “Estresse” ($t=4,3$; $IC95\%:0,02-0,05$; $p\leq 0,001$), os “Sintomas psiquiátricos” ($t=3,5$; $IC95\%:0,02-0,10$; $p\leq 0,001$) e “Conhecimento sobre FASD e uso de álcool na amamentação” ($t=-3,5$;

$p \leq 0,001$; IC95%:0,18-0,05). Em seguida, chama atenção o uso de álcool e drogas do companheiro que também influenciou na gravidade de uso de álcool da amostra ($t=2,0$; $p=0,043$; IC95%:0,05-0,30).

Não apresentaram significância estatística os resultados para as seguintes variáveis: *Coping*, Suporte social, Suporte conjugal, Educação e Renda, todas estas variáveis apresentaram o nível de significância estatística maior que 0,001. Dessa forma, identificamos que as gestantes com maior gravidade de uso de bebidas alcoólicas foram mais prováveis de apresentar maior exposição ao Estresse, maior presença de Sintomas psiquiátricos, de ter uso de álcool e drogas do companheiro e apresentar menor Conhecimento sobre FASD e uso de álcool na gestação.

Tabela 8 - Associação de aspectos psicossociais e gravidade de uso de álcool: resultados do modelo de regressão logística multivariada (N=208).

Aspecto psicossocial	<i>t</i>	<i>p</i>	IC(95%)
Uso de álcool e drogas do companheiro	2,04	0,043	0,05-0,30
<i>Coping</i>	-1,00	0,314	0,11-0,03
Estresse	4,32	$\leq 0,001$	0,02-0,05
Sintomas psiquiátricos	3,56	$\leq 0,001$	0,02-0,10
Suporte social	1,26	0,207	0,01-0,07
Suporte conjugal	-0,94	0,347	0,18-0,06
Educação	0,57	0,564	0,07-0,12
Renda	-1,58	0,116	0
Conhecimento sobre FASD e uso de álcool na amamentação	-3,58	$\leq 0,001$	0,18-0,05

p =nível de significância estatística. IC95%=intervalo de confiança 95%.

Portanto, a análise de regressão logística multivariada verificou a **Hipótese VII** deste estudo. Identificamos que foram correlacionados com a gravidade de uso de álcool de gestantes os seguintes aspectos psicossociais: Uso de álcool e drogas do companheiro, Estresse, Sintomas Psiquiátricos e Conhecimento sobre FASD e uso de álcool na amamentação (esta última variável apresentou uma relação inversa com a gravidade de uso de álcool de gestantes). Sendo assim tais variáveis foram consideradas de maior relevância quando analisadas em conjunto.

5 DISCUSSÃO

Neste estudo identificamos que gestantes com distintas gravidades de consumo de bebidas alcoólicas apresentam diferenças quanto aos aspectos psicossociais. A análise bivariada verificou diferença estatística significativa quanto aos dados-sociodemográficos (estado civil, renda, idade gestacional), padrão de consumo de álcool, uso de outras substâncias psicoativas, propensão à morbidade psiquiátrica, número de eventos estressores, percepção de estresse, estratégias de *coping*, percepção geral de suporte social, presença de companheiro com uso de álcool e/ou drogas ilícitas e nível de conhecimento sobre os danos associados ao uso de álcool na gestação e amamentação. Além deste achado, a análise de regressão logística multivariada identificou quatro principais aspectos psicossociais associados à maior gravidade de uso de álcool de gestantes: Estresse, Sintomas psiquiátricos, Uso de álcool e drogas do companheiro, Conhecimentos sobre FASD e uso de álcool na amamentação. Trata-se da primeira pesquisa nacional que avalia a associação entre os aspectos psicossociais e o consumo de álcool em mulheres gestantes.

A idade materna não foi associada com a maior gravidade de uso de álcool. A média da amostra foi de aproximadamente 26 anos e este número diferiu pouco entre os grupos (Grupo 1 média de 25,5 anos, Grupo 2 média de 26,5 anos, o Grupo 3 média de 26,1 anos e Grupo 4 média de 26,2 anos). O resultado foi próximo dos números identificados sobre idade materna no estado de São Paulo, segundo levantamento do IBGE, as últimas estatísticas revelaram que a maioria dos nascidos vivos neste estado (cerca de 50,5%) tinham mães com idade de 20 a 29 anos, sendo que 26% dos bebês tinham mães com idade de 25 a 29 anos (IBGE, 2011).

As evidências científicas sobre a associação entre idade materna e uso de álcool na gestação são inconsistentes. Em estudo de revisão bibliográfica foram identificados 12 estudos que avaliaram esta associação, sendo que destes sete estudos reportaram que a idade mais velha materna foi associada com o maior consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação, já em outros cinco estudos esta mesma relação não apresentou significância estatística. Uma hipótese apontada pelos autores seria a de que a maior idade materna está relacionada com maiores anos de uso de bebidas alcoólicas e consequentemente os hábitos de consumo da mulher estariam mais arraigados com o decorrer do tempo (SKAGERSTRÖM; CHANG; NILSEN, 2011).

A idade materna tardia no período gestacional é considerada ainda um importante fator de risco para o desenvolvimento da FASD (ESPER; FURTADO, 2014). Esta variável estaria relacionada com a maior cronicidade causada pelo histórico de exposição ao álcool materna, ou seja, o maior tempo de exposição ao álcool aumentaria o potencial para complicações médicas de tais mulheres. Consequentemente, crianças filhas de mães mais velhas estariam expostas à maior severidade dos problemas crônicos de saúde maternos e seriam expostas a um maior nível sanguíneo de álcool intraútero (devido ao aumento de tolerância materna a esta substância) (ABEL; HANNIGAN, 1995). Dessa forma, embora no presente estudo a diferença estatística em relação à idade materna dos grupos não foi significativa, a avaliação deste fator torna-se importante na medida em que permite a análise desta variável como um fator de risco, tanto para o uso de álcool na gestação, quanto para o desenvolvimento da FASD.

Em relação ao padrão de consumo de álcool da amostra, não surpreendentemente, o grupo de gestantes com uso nocivo e com provável dependência apresentou maior uso de álcool antes e durante a gestação. Esses achados estão de acordo com outros estudos que também observam uma continuidade de consumo de álcool no período gestacional (CHANG et al. 2006; PEADON et al. 2011; SKAGERSTRÖM; CHANG; NILSEN, 2011).

O padrão de consumo de álcool da mulher no período anterior a gravidez é considerado um forte preditor de uso também durante a gestação (CHANG et al. 2006; PEADON et al. 2011; SKAGERSTRÖM; CHANG; NILSEN, 2011). Chang *et al.* em um estudo com amostra de gestantes, todas com triagem positiva de uso de álcool, descobriu que quanto maior o consumo antes da gestação maior o número de doses por ocasião no início do período gestacional (CHANG et al. 2006). Ainda em outro estudo realizada no Canadá com ampla amostra de gestantes, os pesquisadores identificaram que 46% das mulheres que referiram ter consumido álcool no período anterior a gestação continuaram a consumir bebidas, mesmo sabendo que estavam grávidas, entretanto para a maioria delas houve a diminuição do padrão de consumo (MCDONALD et al., 2014).

Observou-se que em todos os grupos de gestantes houve diminuição do padrão de consumo de álcool, ao comparar o trimestre anterior e o primeiro trimestre de gestação. Entretanto uma parcela importante da amostra total (cerca de 40%) reportou ter ingerido alguma quantidade de bebidas alcoólicas durante o primeiro trimestre

gestacional. Pesquisas nacionais também verificaram em suas amostras diminuição das unidades totais de bebidas alcoólicas com o progredir da gestação, entretanto o uso desta substância ainda estava presente neste período. Segundo estudo realizado com puérperas e seus neonatos em uma maternidade pública na cidade de São Paulo, aproximadamente 44% das mulheres reportaram uso semanal de álcool antes da gestação (três meses antes). Durante a gestação, 21,2% da amostra reportou consumo no primeiro trimestre gestacional e 33,2% consumiu álcool em algum momento da gestação (MESQUITA; SEGRE, 2009). Em outra pesquisa realizada com gestantes em uma maternidade pública na cidade de Ribeirão Preto, verificou-se uma prevalência um pouco superior a encontrada nesta pesquisa, aproximadamente 48% das mulheres reportaram uso durante o primeiro trimestre, este número diminuiu para 36,2% no segundo trimestre e 31,9% no terceiro trimestre (ESPER, 2011).

Durante a gestação observamos uma tendência à mudança de comportamento da mulher quanto aos hábitos de vida. A abstenção do uso de cigarro, a mudança para uma dieta alimentar mais saudável e a diminuição do consumo de álcool durante a gestação são algumas destas alterações. Em estudo com amostra de mulheres inglesas, os pesquisadores identificaram que 81% das gestantes reportaram alguma mudança de comportamento durante o primeiro trimestre gestacional, tais como: diminuição de uso de tabaco e/ou álcool, mudança de hábitos alimentares e maior ingestão de frutas e legumes e diminuição do consumo diário de cafeína (CROZIER et al., 2011).

A gravidez e a amamentação são exemplos de situações em que a mulher refere maior controle sobre o próprio consumo de bebidas alcoólicas (CESAR, 2006). Frequentemente, mulheres relatam que a principal motivação de mudança para hábitos mais saudáveis durante a gestação é a preocupação com o desenvolvimento e a saúde do bebê. Entretanto, observamos que algumas gestantes persistem no consumo de bebidas alcoólicas e/ou outras drogas e encontram dificuldade para ficarem abstinentes. Tais mulheres precisam de ajuda profissional para se abster neste período. Ao final deste tópico são apresentados alguns pontos considerados importantes para a atenção do profissional de saúde durante atendimento a esta população.

Outro achado interessante refere-se ao consumo abusivo ocasional durante a gestação. Verificamos que durante o primeiro trimestre a amostra total apresentou média de 3,6 dias com uso abusivo por ocasião. A exposição episódica ao álcool em grandes quantidades é extremamente prejudicial ao desenvolvimento do embrião e feto devido ao prejuízo celular decorrente deste abuso. Estudos experimentais apontam que

tais episódios são ainda mais prejudiciais do que a exposição a menores quantidades em maior frequência (NICCOLS, 2007). Ainda assim, durante as entrevistas observamos com frequência o relato materno de consumo abusivo por ocasião, especialmente aos finais de semana.

O danos ao feto decorrente do abuso de álcool materno sofre considerável influências segundo o denominado QFT. A sigla em inglês QFT significa: Q (*quantity*) quantidade de álcool consumida durante o período gestacional, F (*frequency*) frequência de consumo de bebidas alcoólicas e T (*timing*) tempo de consumo segundo período gestacional. Estas três medidas seriam diretamente relacionadas com a gravidade maior ou menor dos prejuízos ao feto (MAY; GOSSAGE, 2011).

O consumo de álcool durante o período gestacional é preocupante, pois diversos estudos apontam que mesmo em baixas quantidades o álcool ainda pode ser prejudicial ao desenvolvimento fetal (NIAAA, 1999; US SURGEON GENERAL, 2004). São listadas como problemas associados ao uso materno de álcool: deficiências no desenvolvimento pré e pós-parto, malformações físicas, anomalias faciais típicas, aumento da morbimortalidade e o desenvolvimento da Síndrome Fetal do Álcool. Além disso, o álcool lesa algumas regiões do Sistema Nervoso Central e pode afetar o cerebelo, o hipocampo e o córtex pré-frontal. Estas alterações ao SNC são consideradas a base dos problemas comportamentais e déficits neurológicos de crianças expostas ao álcool durante período embrio/fetal (NICCOLS, 2007).

A análise bivariada identificou que o consumo de tabaco foi maior entre gestantes com consumo nocivo e provável dependência ao comparar com o grupo de risco e grupo abstinente de álcool. Embora esta variável não foi incluída na análise multivariada desta pesquisa (devido ao fato de durante as análises estatísticas, o uso de tabaco se mostrar como uma variável de confusão e interferir na associação entre os aspectos psicossociais e uso de álcool), alguns estudos apontam que há uma forte associação entre uso de álcool e tabaco de gestantes. Segundo pesquisadores, mulheres que continuam a usar bebidas alcoólicas durante a gestação, mesmo estando cientes do fato de estarem gestantes são mais prováveis a também fumarem antes (MCDONALD et al., 2014) e durante a gestação (HARRISON; SIDEBOTTOM, 2009; LOPEZ; FILIPPETTI; CREMONTE, 2015). Em estudo com amostra de gestantes atendidas em serviços públicos de seis grandes capitais brasileiras, os pesquisadores identificaram que entre as gestantes que fumavam, a chance de também consumir bebidas alcoólicas foi

cerca de duas vezes maior do que as gestantes que não fumavam (KROEFF et al., 2005).

Além disso, em estudo internacional multicêntrico com ampla amostra de gestantes, os autores compararam os preditores para o uso de álcool na gestação em três diferentes países (Austrália, Reino Unido, Nova Zelândia e Irlanda). Identificaram que o uso de tabaco antes da gestação foi o principal preditor sendo este achado consistente em todos os países avaliados (O'KEEFFE et al., 2014).

Quanto à saúde mental das gestantes, identificamos que 44,6% da amostra foi positiva no instrumento SRQ-20, dessa forma tais mulheres apresentaram maior propensão à morbidade psiquiátrica. O percentual positivo encontrado nesta pesquisa é próximo ao identificado em estudo com gestantes atendidas também em serviços públicos da cidade de Pelotas, a avaliação de saúde mental foi também realizada através do SRQ-20 e 41,4% das mulheres foram positivas neste instrumento (SILVA et al., 2010). Já em outro estudo realizado com amostra de gestantes atendidas em uma maternidade pública na cidade de Ribeirão Preto, os resultados quanto a morbidade psiquiátrica foram inferiores aos do presente estudo. A avaliação realizada através do Questionário de Morbidade Psiquiátrica para Adultos (QMPA) verificou a prevalência de 38,2% de mulheres com suspeição de transtornos psiquiátricos. Os autores verificaram ainda que as gestantes com problemas relacionados ao álcool (uso nocivo e dependência de álcool segundo critérios da CID-10) apresentaram maior média de sintomas psiquiátricos se comparado ao grupo de mulheres sem tais problemas com esta substância (PINHEIRO; LAPREGA, FURTADO, 2005).

A análise da primeira hipótese identificou que as mulheres com maior gravidade de consumo de álcool apresentaram em escala maior número de sintomas psiquiátricos. Os fatores da escala SRQ-20 isoladamente também tiveram diferenças significativas entre os grupos. Em especial o Fator 4- Pensamentos depressivos, no qual para todas as questões houve a maior frequência de sintomas nos grupos de gestantes com uso nocivo ou provável dependência de álcool.

A presença de um maior número de sintomas psiquiátricos poderia contribuir como um estímulo ao consumo de bebidas alcoólicas. A análise entre tais variáveis é complexa e os dados transversais desta pesquisa não permitem inferir se a morbidade psiquiátrica é secundária ao uso de álcool, se o uso de álcool é secundário a morbidade psiquiátrica ou se há uma relação bilateral de causalidade entre tais variáveis (ou seja, cada um dos fatores aumenta as chances para que o outro ocorra). Entretanto, sabe-se

que é frequente entre mulheres o uso de bebidas alcoólicas para aliviar sintomas psiquiátricos. Por exemplo, estudo com mulheres alcoolistas verificou que em 2/3 dos casos, os sintomas depressivos e ansiosos antecederam o consumo abusivo de bebidas alcoólicas (BORDIN et al., 2004).

A literatura identifica que é comum a co-ocorrência de transtornos psiquiátricos e transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Alguns exemplos comuns identificados entre mulheres são as seguintes associações: depressão maior e dependência de cocaína, transtorno de pânico e dependência de álcool, esquizofrenia e dependência de múltiplas drogas e/ou álcool, transtorno de personalidade *boderline* e abuso de múltiplas drogas, transtornos alimentares (como exemplo bulimia e anorexia nervosa) e abuso de álcool e/ou drogas (KERR-CORRÊA et al., 2007; HOCHGRAF; BRASILIANO, 2010).

Além disso, a presença de sintomas psiquiátricos na gestação é associada a maior probabilidade de danos a saúde materna e do bebê. Os transtornos de ansiedade maternos, por exemplo, quando não tratados são considerados um importante fator de risco para a prematuridade e baixo peso do bebê ao nascer (ARAÚJO; PEREIRA; KARC, 2007).

A exposição a eventos estressores e a percepção de nível de estresse foram consideradas variáveis psicológicas incluídas no modelo teórico deste estudo. Dessa forma, a análise da segunda hipótese verificou se determinados eventos geradores de estresse psicológico estavam associados ao uso de bebidas alcoólicas. Os resultados apontaram que as mulheres com maior número de eventos estressores e com elevado nível de estresse apresentaram maior gravidade de consumo de bebidas alcoólicas. A maior gravidade de consumo também foi relacionada com a maior frequência de determinados eventos estressores, tais como: “Brigas com Familiares”, “Separação conjugal”, “Problemas com a justiça” e “Desemprego”. A relação entre eventos estressores e uso de álcool de gestantes corrobora com os achados de outros estudos (ESPER, 2011, BEIJERS et al., 2014).

Em recente estudo prospectivo com base populacional, os pesquisadores compararam mulheres que pararam de consumir álcool na gestação com mulheres que continuaram o consumo neste mesmo período. Os eventos estressores foram analisados através de categorização (cada categoria composta por nove eventos estressores), isoladamente e através da somatória total de eventos. Os autores identificaram que a continuidade de consumo de álcool durante a gestação foi associada com as seguintes

categorias de eventos estressores: “Conflito com entes queridos”, “Criminalidade” e “Eventos estressores específicos da gestação”. Quando cada evento estressor foi analisado isoladamente, os seguintes eventos foram associados: “Brigas com parceiro”, “Brigas com familiares”, “Ter uma gravidez indesejada” e “Fazer um teste para verificar se o bebê pode não ser saudável”. O total de eventos estressores (soma de todos os eventos) também foi associado com a continuidade de uso durante a gestação. Segundo os autores, o suporte social foi identificado como um fator de proteção para lidar com os eventos estressores (BEIJERS et al., 2014). A falta deste apoio social, decorrente de conflitos familiares e conjugais, parece ter como consequência a maior carga de estresse de mulheres e aumento de chance para o consumo de álcool na gestação.

Por outro lado, gestantes com maior gravidade de consumo de bebidas alcoólicas poderiam se expor às consequências sociais prejudiciais desta substância. Dessa maneira, neste grupo verificamos uma maior frequência de eventos estressores tais como: desemprego, separações conjugais, problemas financeiros e problemas com a justiça decorrentes, por exemplo, em envolvimento com acidentes de trânsito associados ao uso abusivo de álcool.

A maior gravidade de uso de álcool também foi associada com o maior número de eventos estressores vivenciados pela mulher. Alguns pesquisadores consideram que a exposição cumulativa de eventos estressores ao longo do tempo é um fator de risco para o consumo de álcool, independente das variações do tipo ou gravidade dos eventos envolvidos (DAWSON et al., 2005; LLOYD; TURNER, 2008). Dessa forma, em um determinado espaço de tempo, tanto para o indivíduo que é exposto a um único evento estressor com alto impacto de estresse (por exemplo: morte de um ente querido) quanto para o indivíduo que vivencia diversos eventos estressores com menor impacto de estresse (por exemplo: mudança de cidade, mais desemprego, mais separação temporária), há associação com o consumo de bebidas alcoólicas.

Os resultados desta pesquisa evidenciaram ainda que alguns eventos foram mais frequentes em mulheres com provável dependência, o destaque foi para o evento estressor “Violência doméstica”, o qual foi cerca de 16 vezes mais comum no grupo de mulheres com provável dependência do que entre o grupo de mulheres abstinentes.

A exposição a violência doméstica e a relação com abuso de substâncias psicoativas são documentados na literatura. Estudo norte-americano com amostra de gestantes verificou o consumo de álcool e/ou outras drogas no período anterior a

gestação, durante a gestação e a relação com exposição a violência do companheiro (violência psicológica, abuso físico e/ou sexual). Os resultados identificaram que o abuso de álcool e substâncias ilícitas, foi maior entre mulheres que foram expostas a violência quando comparadas a mulheres que não tiveram esta vivência. Interessante que esta relação teve associação com o consumo antes da gestação, mas principalmente durante a gestação, ou seja, a relação entre maior consumo de substâncias psicoativas da mulher e a exposição a violência do companheiro foi ainda mais forte com o período gestacional (MARTIN; BEAUMONT; KUPPER 2003). Outros pesquisadores também identificaram que entre mulheres que sofreram violência do companheiro, o uso de álcool, assim como o de tabaco foi maior na gestação (FASLOW et al., 2008). A hipótese levantada seria a de que mulheres com abuso de substâncias psicoativas poderiam utilizar álcool e drogas na tentativa de lidar com a situação de violência e amenizar a dor emocional vivenciada.

Pesquisas têm identificado ainda que em dias com o uso abusivo de substâncias psicoativas, seja o consumo do agressor e/ou da vítima, há um aumento de 11 vezes de chances em ocorrer a violência física. O uso de substâncias psicoativas parece precipitar ou exacerbar os atos de violência por parte do agressor. Por outro lado, usuários de álcool e substâncias psicoativas também podem ser expostos a situações de violência e se tornam vítimas. Dessa forma, mulheres que utilizam substâncias psicoativas podem apresentar maior risco de vivenciar situações de violência, como agressoras, mas principalmente como vítimas.

Nesta tese não verificamos qual o principal agressor da violência doméstica, entretanto foi comum a observação dos entrevistadores de ser o companheiro apontado como o principal agressor. Quando observamos as estatísticas nacionais sobre violência doméstica no Brasil, identificamos o parceiro íntimo como principal agressor. Segundo estatísticas do Datasenado, uma em cada cinco mulheres já foram vítimas de violência doméstica ou familiar no país. Em 65% dos casos, o agressor foi o atual companheiro (marido ou namorado) e em 15% o ex-companheiro, totalizando, portanto 80% dos casos reportados (DATASENADO, 2013).

Em relação as estratégias de coping, a avaliação da terceira hipótese do estudo identificou que quanto melhor a habilidade de *coping*, menor a gravidade de consumo de bebidas alcoólicas. A forma de lidar com o estresse parece estar associada com o consumo de álcool e drogas (WANG et al., 2008). Em estudo com amostra de gestantes atendidas em clínicas particulares em São Paulo, os autores identificaram que

aproximadamente 22% das gestantes utilizaram álcool e drogas. As gestantes com pontuações mais altas para depressão utilizaram frequentemente mais estratégias de *coping* mal adaptativas, tais como confronto e estratégias de fuga-esquiva, e menor frequência de estratégias consideradas adaptativas pelos autores, tais como solução de problemas. Os autores apontam a importância de abordar as estratégias de *coping* durante o período pré-natal, devido a associação identificada na amostra entre sintomas depressivos e estratégias de *coping*. e com sintomas depressivos de gestantes (FAISAL-CURY, SAVOIA, MENEZES; 2012)

Outra variável considerada neste estudo foi o nível social das gestantes, o qual se refere ao relacionamento da mulher com os familiares, amigos e sociedade. Os resultados sobre a análise da hipótese quatro apontaram que gestantes com maior gravidade de uso de álcool reportaram menor percepção de suporte social. Este dado corrobora com outros estudos que também identificam relação entre baixo suporte social durante a gestação e o consumo de álcool (SOUZA et al., 2010; SKAGERSTRÖM et al., 2013). A falta de suporte familiar e conjugal, vivência de conflitos conjugais, presença de eventos estressores, violência doméstica e uso de álcool pelo companheiro foram identificados como fatores de risco para o uso de álcool da gestante (SOUZA et al., 2010). Em puérperas adolescentes e mães jovens, o nível de estresse e o suporte social são considerados importantes moderadoras do uso substâncias psicoativas na gestação e sintomas depressivos (BARNET et al., 1995; COX et al., 2008).

Entretanto, estudo de McNamara e pesquisadores (2006) identificou que o suporte social não foi um preditor do uso de álcool durante a gestação. O estudo avaliou mulheres positivas no instrumento T-ACE, o qual avalia o consumo de risco de bebidas alcoólicas. O consumo de álcool anterior ou no início da gestação foram os principais preditores de uso subsequente no período gestacional. Os autores apontam que as medidas utilizadas para avaliar o suporte social poderiam causar tais diferenças de resultados em diferentes pesquisas. Como sugestão, os pesquisadores apontam a avaliação multidimensional, a qual inclui a investigação do suporte emocional e instrumental (por exemplo, ajuda em tarefas diárias como limpeza de casa e pagamento de contas). Interessante que neste mesmo estudo, buscou-se comparar o relato de percepção de apoio das mulheres grávidas com a percepção de seus parceiros. Em geral, houve pouca concordância em relação ao nível de apoio percebido pelas gestantes quando comparadas com as respostas de seus parceiros. Esta discrepância poderia

representar uma desconexão entre o que as mulheres percebem como necessidade e o que os parceiros consideram de apoio que foi oferecido (MCNAMARA et al., 2006).

A análise da quinta hipótese deste estudo verificou a associação entre consumo de substâncias psicoativas do parceiro e uso de bebidas alcoólicas da amostra. Entre as mulheres casadas, as gestantes que relataram presença de companheiro com uso de bebidas alcoólicas e/ou drogas tiveram maior consumo de álcool. A análise da hipótese sete identificou ainda que a presença de companheiro com uso de substâncias psicoativas foi uma variável fortemente associada com a maior gravidade de uso de álcool de gestantes.

Algumas hipóteses são levantadas para compreender a relação entre o parceiro e o uso de álcool da mulher durante a gestação. A primeira é a de que o companheiro pode apresentar uma postura de tolerância com o consumo de álcool da mulher, sendo assim o consumo da gestante seria visto com aceitação pelo companheiro e haveria uma menor percepção de risco sobre este comportamento. A segunda seria a de que o uso de bebidas alcoólicas do próprio companheiro poderia influenciar o uso também da mulher, ou seja, a vivência com o companheiro usuário poderia reforçar tal comportamento (LOPEZ; FILIPPETTI; CREMONTE, 2015; VAN DER WULP; HOVING; DE VRIES, 2015). Por fim, a terceira hipótese é a de que o parceiro poderia desenvolver um papel protetor, dessa forma o apoio do parceiro modelaria o consumo e poderia ajudar a gestante a abster-se durante a gestação (CHANG; MCNAMARA, 2005).

Em estudo realizado em Santa Fé, Argentina, os pesquisadores identificaram uma alta porcentagem de consumo de álcool materno, aproximadamente 75% das gestantes referiram ter consumido alguma quantidade de álcool durante a gestação. As mulheres com maior consumo de álcool, tanto antes como durante a gestação apresentaram em comum: o uso de cigarro, a presença de atitudes permissivas a respeito do uso de álcool durante a gestação e a presença de companheiro com uso de álcool. O consumo de álcool do companheiro (a quantidade e a frequência de uso) foi a variável que se associou mais fortemente ao consumo de álcool da mulher durante a gestação. Os autores discutem que as gestantes poderiam se contagiar e desenvolver as mesmas atitudes e comportamentos do companheiro. Além disso, as mulheres com consumo de álcool poderiam apresentar uma tendência em se relacionar com pessoas com atitudes e hábitos semelhantes ao próprio, incluindo o consumo de substâncias psicoativas (LOPEZ; FILIPPETTI; CREMONTE, 2015). Em outra pesquisa, os autores identificaram que o padrão de consumo de álcool do parceiro foi fortemente associado

com o uso de álcool materno durante a gestação, independente de outros fatores de risco. Além disso, as mulheres que consumiram álcool no período gestacional reportaram menor satisfação com o relacionamento conjugal e menor habilidade de discutir problemas com seu parceiro (BAKHIREVA et al., 2011).

Por outro lado, o companheiro pode desempenhar um papel importante na prevenção e auxílio na abstenção do uso de álcool na gestação. Segundo estudo de Chang et al., realizado com amostra de gestantes que receberam Intervenção breve para reduzir o uso de álcool no pré-natal, a estratégia foi ainda mais eficaz quando o parceiro (que declarou apoio a abstenção do álcool da gestante) participou das sessões de intervenção (CHANG; MCNAMARA, 2005).

Outro fator identificado na análise bivariada e multivariada com forte associação com o consumo de álcool de gestantes foram os Conhecimentos sobre FASD e uso de álcool na amamentação. Neste estudo, a análise da sexta hipótese identificou que as mulheres com maior consumo de álcool tiveram pontuações mais baixas em escala de conhecimento, ou seja, tais mulheres relataram maior presença de crenças errôneas e tiveram menor informação sobre os danos causados pelo uso de álcool.

Em estudo transversal com amostra de mulheres australianas também foi observado esta associação, a falta de conhecimento sobre as seguintes questões “o consumo de álcool durante a gravidez pode afetar o feto” e “a exposição ao álcool durante a gravidez pode levar a deficiência ao longo da vida na criança” foram relacionadas com o maior uso de álcool durante a gravidez, cabe salientar que no estudo australiano a avaliação sobre crenças não foi realizada. Esta mesma pesquisa também identificou que o maior nível de escolaridade foi associado a uma maior chance de uso de álcool na gestação. Para os autores, existe uma relação paradoxal entre o nível educacional, conhecimento sobre os prejuízos associados ao álcool e o consumo de álcool durante a gestação (PEADON et al., 2011). Outras pesquisas examinaram a associação entre escolaridade e consumo de álcool na gestação, mas os resultados foram inconclusivos (SKAGERSTRÓM; CHANG; NILSEN, 2011; POWERS et al., 2013). Nesta tese não houve diferenças estatísticas entre os grupos em relação ao nível de escolaridade da amostra, mas identificamos que as gestantes com menor conhecimento sobre FASD apresentaram maior consumo de bebidas alcoólicas.

Elevada porcentagem da amostra apresentou crenças errôneas sobre o consumo de álcool na gestação e um baixo nível de informações sobre FASD. Por exemplo, a falsa crença de que a cerveja preta ajuda a produzir mais leite na amamentação foi

considerada verdadeira por aproximadamente 35% da amostra. Além disso, apenas 30% das mulheres disseram que tinham alguma informação sobre a Síndrome Fetal do Álcool.

O fato de a FASD ser um transtorno considerado 100% evitável, revela a importância de desenvolver atividades informativas e de prevenção com mulheres gestantes e com a comunidade. Tais ações podem diminuir de forma significativa os danos à saúde tanto da mãe quanto do bebê.

O desenvolvimento de atividades educativas é preconizado pelo Ministério da Saúde como uma das ações de assistência às mulheres durante o pré-natal. Conforme as diretrizes do Ministério da Saúde (2006), o principal objetivo dos serviços de saúde durante a atenção pré-natal e puerperal é “acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao final da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal”. Os parâmetros estabelecidos para que este objetivo seja atingido estão a classificação e atendimento as gestantes consideradas de risco. A atenção dos profissionais de saúde a população de gestantes pressupõe, portanto a avaliação dinâmica das situações de risco com o intuito de identificar os problemas e atenuar e impedir um resultado desfavorável. Dentre os riscos que as gestantes estão expostas destaca-se o uso e dependência de drogas lícitas ou ilícitas, pois estão relacionados a maiores complicações durante a gestação e prejuízos ao desenvolvimento fetal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Diante deste contexto a suspensão do uso de álcool e/ou cigarro na gestação é uma das orientações do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A identificação dos riscos à saúde que a gestante está exposta é de extrema importância para os profissionais de saúde, pois a partir deste reconhecimento melhores condutas e encaminhamentos entre os serviços poderão ser realizados.

Entretanto mulheres gestantes parecem receber poucas informações sobre os efeitos do álcool para o bebê. Em estudo realizado com gestantes em atendimento pré-natal em serviços de saúde da cidade Ribeirão Preto revelou que apenas 5% das gestantes entrevistadas informaram ter recebido algum tipo de conhecimento sobre os riscos do uso de álcool na gestação. A grande maioria da amostra (95%) informou não ter obtido informações e orientações profissionais sobre o consumo de álcool durante o seu acompanhamento (FIORENTIN, VARGAS, 2006).

Outro agravante é o fato do consumo de álcool ser sub diagnosticado durante a gestação devido ao despreparo dos profissionais de saúde na investigação de queixas e

sintomas (O'LEARY, 2004; FREIRE et al., 2005; FABBRI; FURTADO; LAPREGA, 2007). Alguns estudos apontam que o pré-natal não tem sido utilizado como um momento oportuno para o rastreamento do consumo de bebida alcoólica e o incentivo ao abandono do mesmo (KAUP; MERIGHI; TSUNACHIRO, 2001; FIORENTIN; VARGAS, 2006). Os autores apontam ainda a necessidade em capacitar profissionais de saúde, para a identificação precoce de gestantes com uso de álcool bem como para informá-las sobre os prejuízos do álcool para a saúde materna e do feto.

Abordar o assunto “uso de álcool e drogas na gestação” com mulheres é considerado desafiador por alguns profissionais de saúde e pesquisadores. Muitos profissionais referem dificuldade em abordar este tema, devido ao fato de eles próprios obterem crenças e estigmas relacionados ao uso de substâncias psicoativas na gestação. Por outro lado, muitas mulheres referem vergonha e medo do julgamento moral de seu comportamento, evitando assim o relato do consumo e a busca por ajuda quando necessário. Durante este tese desenvolvemos estratégias específicas para a entrevista que se mostraram adequadas para a avaliação do uso de álcool das gestantes. Fomos cuidadosos durante a escolha e treinamento dos entrevistadores, a fim de que algumas atitudes fossem comuns a todos, permitindo assim a coleta de dados fidedignos. Entre tais atitudes estão: a atenção e não julgamento do comportamento de consumo da mulher, a valorização dos aspectos positivos da fala da gestante, a empatia, a adoção de uma postura firme, porém não autoritária do entrevistador e o respeito à autonomia da paciente quanto as suas escolhas.

Outros pesquisadores também identificaram que tais cuidados durante entrevistas com mulheres são importantes para coleta de dados. Por exemplo, o não julgamento do comportamento de consumo da mulher, a avaliação clínica em um espaço reservado, o tipo de questão, a sequência em que a questão é avaliada durante a entrevista, a forma como ocorre o retorno sobre o padrão de consumo de álcool da gestante, poderiam interferir na acurácia dos dados, especialmente quanto ao consumo de álcool de mulheres com padrão abusivo (MAY et al., 2005; COYNE et al., 2008).

Cabe ressaltar que mesmo após extensa revisão da literatura, não identificamos instrumentos, adequados para a realidade brasileira, que avaliassem as crenças sobre uso de álcool na gestação. Dessa forma, realizamos grupos focais com gestantes no intuito de identificar as principais crenças reportadas por mulheres. A partir de tais informações o grupo de pesquisa desenvolveu o inventário utilizado no presente estudo. Tal

instrumento mostrou-se adequado, de fácil compreensão pelas mulheres entrevistadas e possibilitou a avaliação desta importante variável.

Por fim, a análise da hipótese sete deste estudo verificou que os principais aspectos psicossociais associados ao consumo de álcool de gestantes foram: Uso de álcool e drogas do companheiro, Estresse, Sintomas Psiquiátricos e Conhecimento sobre FASD e uso de álcool na amamentação.

Os resultados corroboram com alguns achados de outro estudo que verificou que o consumo de álcool e tabaco na gestação foi maior em gestantes que apresentavam os seguintes fatores de risco: uso pesado de tabaco, vivência de estresse devido a questões financeiras, pouco suporte social, menor saúde mental e exposição à violência do companheiro (POWERS et al., 2013). Já em estudo transversal com mulheres suecas, os autores identificaram que os principais preditores do consumo de álcool na gestação foram: idade materna mais velha, morar em grandes cidades, apresentar menor suporte social, maior hábito de consumo de álcool antes da gestação e maior motivação e influência social para o consumo (SKAGERSTRÖM et al., 2013). No presente estudo não incluímos na análise multivariada o padrão de uso de álcool da mulher antes da gestação, entretanto esta parece ser uma importante variável a ser considerada e poderia ser inserida em outros estudos.

Como citado anteriormente, assim como neste estudo, outras pesquisas também consideram o uso de álcool e drogas do companheiro um forte influente do consumo de álcool de suas companheiras durante a gestação (BAKHIREVA et al., 2011; LOPEZ; FILIPPETTI; CREMONTE, 2015). A inclusão do companheiro em abordagens preventivas, atividades de intervenção e educação sobre os riscos associados ao uso de álcool na gestação poderiam ser um fator auxiliar.

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas. Primeiro, embora a amostra possa ser representativa de gestantes em Ribeirão Preto, o delineamento do estudo foi transversal e não realizamos um levantamento populacional. Dessa forma, os resultados não podem ser generalizados para toda a população de gestantes. Segundo, a avaliação do padrão de consumo de álcool da amostra foi realizada através de através do autorelato da gestante. Embora pesquisas identifiquem que este é um método fidedigno de avaliação, este poderia ser considerado um possível fator de viés já que as mulheres poderiam ter dificuldade em relatar o real padrão de consumo de álcool. Entretanto os pesquisadores tiveram atenção e cuidado durante treinamento de entrevistadores, no intuito de superar possíveis barreiras durante a abordagem deste tema.

6 CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que a maior gravidade de uso de álcool em gestantes foi associada a quatro principais aspectos psicossociais, sendo eles: maior nível de exposição ao Estresse, maior número de Sintomas psiquiátricos, presença de Companheiro com uso de álcool e/ou drogas e menor Conhecimento sobre os prejuízos associados ao uso de álcool na gestação e amamentação. Identificamos ainda que 40% da amostra reportou alguma quantidade de consumo de álcool durante o primeiro trimestre de gestação, tal achado é de extrema relevância já que evidências científicas apontam diversos danos ao desenvolvimento fetal, mesmo quando o consumo materno é em menor quantidade e frequência.

Embora o uso de álcool e outras drogas na gestação é um tema de extrema relevância para a saúde pública, há poucos estudos nacionais que realizam tal avaliação. Dessa forma, no Brasil são necessários novos estudos, envolvendo diferentes centros e amostras mais amplas, a fim de verificar aspectos importantes como, por exemplo, a prevalência de consumo de álcool na gestação em amostras nacionais, os danos obstétricos e neonatais associados ao consumo materno de álcool e o impacto socioeconômico do consumo durante a gestação.

Os achados do presente estudo apresentam aplicação direta na prática clínica e em políticas públicas destinadas a população de mulheres em idade fértil e gestantes. A pesquisa contribui ao evidenciar fatores que podem aumentar, ou ainda, moderar o consumo de álcool de gestantes, sendo passível de tais informações serem aplicadas em diferentes contextos, tais como atividades educativas destinadas á comunidade e novas investigações científicas.

A gestação é considerada um momento propício para auxiliar a mulher no abandono do uso de substâncias como bebidas alcoólicas. Os profissionais que atendem essa população podem avaliar tais aspectos psicossociais e detectar gestantes com maior vulnerabilidade para o uso de álcool e auxiliá-las durante o processo de abstenção ao uso desta substância.

Portanto, o conhecimento sobre esta relação, ou seja, sobre a associação entre os aspectos psicossociais e a gravidade de uso de álcool de gestantes é importante para a realização de intervenções profissionais efetivas, formulação de estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, assim como uma melhor fundamentação de políticas públicas na área de saúde materno-infantil.

6.1 Considerações finais

O tópico a seguir é uma seção complementar, a qual apresenta fatores considerados importantes a serem incluídos em serviços destinados ao atendimento de mulheres farmacodependentes. O intuito não é esgotar o tema, mas apresentar sugestões, a partir dos resultados deste estudo e de evidências na literatura, de pontos relevantes para este tipo de atendimento. Embora não há um universal protocolo aceito, o objetivo desta seção é apresentar informações que possam ajudar a superar as dificuldades encontradas por mulheres na busca de tratamento.

Os serviços destinados ao atendimento de mulheres com problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas devem estar atentos às diversas peculiaridades femininas. Tais características quando não consideradas podem tornar-se verdadeiras barreiras para a busca e adesão ao tratamento. Inicialmente, serão discutidos cinco principais pontos primordiais durante o atendimento a esta população.

Primeiro o profissional deve previamente considerar que, segundo evidências científicas, a mulher quando comparada ao homem, é fisiologicamente mais suscetível aos efeitos negativos de álcool e outras drogas, este fator faz com que elas comumente iniciem o tratamento com maior complicação física e maior demanda de cuidados à saúde física (HERNANDEZ-AVILA, C. A.; ROUNSAVILLE, B. J.; KRANZLER, 2004, HOCHGRAF; BRASILIANO, 2010). Segundo, assim como identificado no presente estudo, as comorbidades psiquiátricas são comumente identificadas nesta população. Frequentemente são observados, por exemplo, sintomas de ansiedade, depressão, transtornos alimentares e transtornos de estresse pós-traumático, esta característica deve ser observada e receber as devidas intervenções durante o atendimento a esta população (KERR-CORRÊA et al., 2007; HOCHGRAF; BRASILIANO, 2010).

Terceiro as mulheres apresentam inúmeras dificuldades de admissão e acesso ao serviço de tratamento. Há, por exemplo, a dificuldade de transporte, a responsabilidade pelo cuidado com os filhos, dificuldade em encontrar outro cuidador para auxiliá-la durante o período em que estiver em tratamento, dependência financeira e o forte estigma social quanto ao uso de substâncias por mulheres. Tais dificuldades podem retardar a busca por ajuda. Além disso, uma quarta adicional barreira é o medo que muitas mulheres apresentam de obter consequências legais associadas a este abuso, as quais podem acarretar, por exemplo, em perda da guarda de seus filhos.

Quinto mulheres com dependência de substâncias psicoativas frequentemente relacionam-se com parceiros que também apresentam problemas com drogas, esta associação apresentou forte relação com a gravidade de uso de álcool de gestantes no presente estudo. O uso de álcool e drogas pelo companheiro é um aspecto social importante a ser considerado na compreensão do problema, pois parece influenciar o consumo de álcool de mulheres. A vivência com este companheiro pode reforçar o comportamento do uso, seja de forma direta, ao fornecer a droga ou dinheiro para comprar, ou indireta, devido ao medo de perder o relacionamento ao parar de usar a substância psicoativa (BORDIN, et al.,2004).

Outro fator considerado relevante é a relação entre exposição a violência, presença de eventos estressores traumáticos com abuso e dependência de substâncias psicoativas. Mulheres farmacodependentes frequentemente reportam que vivenciaram quando criança e também na vida adulta, diferentes tipos de violência (física, sexual e emocional/ psicológica). No programa *Horizons* (serviço especializado em atendimento a mulheres dependentes a substâncias psicoativas), por exemplo, foram identificadas que 57% das mulheres atendidas reportaram história de abuso sexual. Sendo que a maioria destas (61%) reportou que o primeiro abuso sexual aconteceu com a idade igual ou menor a 12 anos. Quanto a violência doméstica, 66% das mulheres atendidas reportaram ter vivenciado este tipo de violência em algum momento de suas vidas (JONES, 2014).

Outro ponto é em relação a diferença entre homens e mulheres quanto ao risco para abuso físico e sexual no decorrer de suas vidas. Embora durante a infância, para ambos os gêneros, há o risco e de que este tipo de violência seja perpetuada por familiares e pessoas conhecidas, durante a adolescência e vida adulta há uma importante mudança. Enquanto para os homens o risco de sofrer violência é maior de ser praticado por “estranhos”, como por exemplo, devido a envolvimento em atos criminosos e devido ao fato de fazerem parte de grupos que podem causar rejeição social, para as mulheres o risco maior é que este tipo de violência seja praticado por pessoas que fazem parte dos seus relacionamentos íntimos. Segundo Covington (2010) para mulheres o risco maior está justamente entre as pessoas que dizem “eu te amo” (COVINGTON, 2010). Tal fato torna-se confuso para estas mulheres, já que o mesmo indivíduo que representa afeição é o principal responsável pela agressão.

Os programas devem considerar a exposição a violência e o trauma como uma variável importante a ser desenvolvida durante o processo de tratamento. Muitos

profissionais reportam receio em perguntar a respeito deste fator, devido ao fato de que a recordação destas lembranças poderia desencadear o uso de substâncias psicoativas, entretanto esta avaliação é considerada essencial para um melhor desfecho do tratamento.

Mulheres que sofreram abuso sexual quando criança se comparadas a mulheres que não sofreram este abuso, parecem apresentar maiores chances de apresentar dependência de drogas e de se expor a relações sexuais de risco ou a atos sexuais em troca de drogas. Entretanto, a relação entre exposição à violência e abuso de substâncias é complexa. A vivência traumática pode ter como consequência a presença de sintomas emocionais e transtornos psiquiátricos que começam anteriormente ao abuso de substâncias, por outro lado, o abuso de substâncias pode acarretar um maior risco de exposição a situações de violência, ocorrendo um ciclo de consequências negativas. Visto isso, para tratamentos efetivos desta população os programas necessitam abordar questões relacionadas ao trauma e exposição de violência a fim de realizar adequadas intervenções. Compreender a relação entre trauma, saúde mental e abuso de substâncias psicoativas é extremamente importante para os profissionais que atendem esta população.

Durante estágio no programa Horizons, a equipe profissional observava que quando as mulheres iniciam o tratamento tipicamente estão em um estágio em que a necessidade primária é a de sentimento de segurança no ambiente de tratamento. Elas se sentem inseguras quanto suas emoções, pensamentos e os relacionamentos com outras pessoas. Por isso é necessário que o programa de tratamento ofereça um ambiente seguro e livre de ameaças (JONES, 2014). A confidencialidade é essencial e a equipe deve ser cuidadosa quanto a estas informações e a forma como o tema violência é abordado no serviço deve ser cuidadosa. As mulheres que participam destes programas devem ter clareza sobre o que é abuso e trauma, pois frequentemente estas não reconhecem suas vivências como tal ou tem pouca compreensão do que é o estresse pós-traumático.

Em serviços ambulatoriais, é interessante desenvolver junto com a mulher quais são os serviços disponíveis que ela pode buscar ajuda na sociedade em situações de emergência, por exemplo, listar os telefones e o nome de um profissional próximo que poderá auxiliá-la. Além de isso, identificar um amigo próximo ou familiar de confiança que poderá ajudá-la em situações emergenciais (JONES, 2014).

Outro ponto importante a ser considerado é em relação aos transtornos psiquiátricos e a associação com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. É recomendável que o tratamento devido aos transtornos psiquiátricos e transtornos relacionados seja integrado e tenha um acurado diagnóstico e apropriada medicação (quando necessária). O ideal modelo de tratamento para estas pacientes unifica elementos da saúde mental e elementos dos transtornos associados ao uso de substâncias. Neste modelo, ambos os transtornos são trabalhados como sendo transtornos primários, sendo, portanto tratados simultaneamente e de forma integrada. Outros modelos de tratamento propõem que os transtornos sejam trabalhados de forma sequencial (cada transtorno trabalhado por vez), ou paralelamente (ambos tratados separadamente, mas de forma simultânea). Entretanto estes modelos tem se apresentado menos eficazes pois muitas vezes existe inconsistência no ambiente de tratamento e o paciente pode receber mensagens conflitantes (HORIZONS, 2014).

É importante que membros da equipe de tratamento estejam familiarizados com os principais sintomas e critérios gerais de classificação dos transtornos psiquiátricos comuns em pacientes com problemas com álcool e drogas, e que consigam identificar as diferenças de gênero na apresentação destas condições entre mulheres.

Os serviços de atendimento devem desenvolver a autoestima e autoeficácia da mulher. O relacionamento com ela mesma e com os seus relacionamentos interpessoais são essenciais para a sua autoestima e estão relacionados com o sucesso do tratamento. Questões relacionadas ao corpo e bem estar geral e não apenas diretamente sobre o uso de drogas são importantes de serem desenvolvidas.

Importante que o programa de tratamento desenvolva estratégias de *coping* adequadas diante estressores e experiências emocionais negativas. As mulheres frequentemente buscam as drogas diante experiências emocionais negativas (mais frequentemente do que homens que buscam a droga em situações recreacionais). O desenvolvimento de outras atividades, tais como exercícios físicos, meditação, culinária, atividades artísticas, são boas alternativas.

A maternidade e maternagem devem ser trabalhadas nestes programas de atendimento. O relacionamento com seus filhos e sua identidade como mãe são questões principais a serem desenvolvidas. A história de trauma destas mulheres pode interferir na forma como estas agem diante seus filhos. Esta dificuldade de interação pode estar afetada devido a, por exemplo, sentimento de culpa devido a consequências que seus filhos sofrem devido ao abuso materno de drogas na gestação, inadequação materna,

difícil relação materna passada com sua própria mãe (situações traumáticas?), negligência de cuidados, exposição a comportamentos de risco e relações conflituosas intrafamiliares, muitas vezes envolvendo o uso de álcool e drogas na família.

Em relação a mulheres gestantes, observa-se este período como motivacional a interrupção ao uso de drogas, muitas mulheres abandonam ou diminuem o uso neste período. Entretanto a continuidade do tratamento é necessária também após o nascimento da criança, este acompanhamento torna-se essencial no intuito de evitar recaídas. Cabe ressaltar que no ano de 2014, grupo de especialistas sobre o tema uso de substâncias psicoativas na gestação se reuniram para desenvolver um protocolo de atendimento a esta população, o documento livre acesso titulado apresenta tais formulações.

Além dos pontos discutidos anteriormente, idealmente o ambiente de tratamento deve ser adequado para receber mulheres e também os seus filhos. Sendo assim, as dificuldades para inserção ao tratamento são consideradas. Por exemplo, as mulheres encontram diversas barreiras para participar de um tratamento para farmacodependência, entre elas estas dificuldades financeiras (desemprego, dependência financeira), falta de local para deixar seus filhos durante tratamento, oposição de companheiro (muitas mulheres se envolvem com companheiros que também usam drogas). As necessidades básicas devem ser acessadas, o tratamento não é uma intervenção focada mas deve abranger as necessidades básicas da mulher assim como ajuda-la a identificar suas necessidades.

O reconhecimento das peculiaridades femininas e adequação durante atendimento em serviços de tratamento destinados a mulheres farmacodependentes torna-se de extrema relevância pois fornece subsídios para aperfeiçoar o atendimento, melhorar a aderência destas pacientes e permite que as ações de saúde sejam mais efetivas.

7 REFERÊNCIAS

ABEL, E. L.; HANNIGAN, J. H. Maternal risk factors in fetal alcohol syndrome: provocative and permissive influences. In: (Ed.). **Neurotoxicology and Teratology**, v. 17, p. 445-462, 1995.

ALIANE, P.P. **Uso de álcool na gestação e sua relação com sintomas depressivos no pós-parto**. 2008. Dissertação (Mestrado em saúde mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

ALIANE, P.P. **Avaliação da eficácia de intervenção breves com gestantes na redução do consumo de álcool**. Tese (Doutorado em saúde mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

ALIANE, P.P; FURTADO, E.F.; SOUZA, J.; ESPER, L.H. Manual para Intervenções Breves com gestantes.

ARAUJO, D.M.R; PEREIRA,N.L; KAC,G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Saúde pública**, v. 23 , n. 4, p. 747-756, 2007.

ASTLEY, S.J.; CLARREN, S. K. Diagnosing the full spectrum of fetal alcohol-exposed individuals: introducing the 4-digit diagnostic code. **Alcohol and Alcoholism**, v. 35, n. 4, p. 400-410, Jul-Aug 2000.

ASTLEY, S.J. et al. FAS primary prevention through FAS diagnosis: Part I. Identification of high-risk birth mothers through diagnosis of their children. **Alcohol and Alcoholism**, v. 35, n. 5, p. 499-508, 2000.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Fetal Alcohol Syndrome and Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorders. **Pediatrics**, v. 106, n. 2, p. 358-361, 2000.

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**. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.

BAKHIREVA, L.N. et al. Paternal drinking, intimate relationship quality, and alcohol consumption in pregnant Ukrainian women. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, v. 72, n .4, p. 536-544, 2011.

BARNET et al. Association between postpartum substance use and depressive symptoms, stress, and social support in adolescent mothers. **Pediatrics**, v. 96, p. 659, 1995.

BEIJERS, C. et al. Stressful events and continued smoking and continued alcohol consumption during mid-pregnancy. **PLoS One**, v. 20, n. 9, 2014.

BORDIN, S; ZILBERMAN, M.;FIGLIE, N.L.; LARANJEIRA, R. Dependência química na mulher. In: **Aconselhamento em dependência química**. Editora Roca. São Paulo, 2004.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION BOARD OF SCIENCE. **Fetal Alcohol Spectrum Disorders: A Guide for Healthcare Professionals**. London, UK: British Medical Association; 2007.

CANNON, M. J. et al. Characteristics and behaviors of mothers who have a child with fetal alcohol syndrome. In: (Ed.). **Neurotoxicology and Teratology**. United States: Published by Elsevier Inc., v. 34, p. 90-95, 2012.

CARLINI, E.A; GALDUROZ, J.C.; NOTO, A.R; CARLINI, C.M; OLIVEIRA, L.G; NAPPO, S.A. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2005.

CHANG, G. Screening for alcohol and drug use during pregnancy. **Obstetrics & Gynecologic Clinics of North America**, v. 41, n. 2, p. 205-212. 2014.

CHANG, G et al. Brief intervention for prenatal alcohol use: a randomized trial. **Obstetric & Gynecologic Clinics of North America**, v. 105, p. 991-998, 2005.

CHUDLEY, A. E. et al. Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. **Cmaj**, v. 172, n. 5, p. S1-s21, 2005.

COVINGTON, S.S. **Women and Addiction: a gender responsive approach (Clinician's Manual)**. Minnessota, 2010. 91 p.

COYNE, K. L. et al. Pregnancy characteristics of women giving birth to children with fetal alcohol syndrome in Far North Queensland. In: (Ed.). **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**. Australia, v. 48, p. 240-247, 2008.

COX, J.E. et al. Depression, parenting attributes, and social support among adolescent mothers attending a teen tot program. **Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology**, v. 21, n. 5, p. 275-281, 2008.

CROZIER, S.R. et al. Do women change their health behaviours in pregnancy? Findings from the Southampton Women's Survey. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 23, n. 5, p. 446-53, 2009.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. [Banco de dados na internet]. Brasil, Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 30 de Julho 2013.

DEGENHARDT, L. et al. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. **PLoS Med**, v. 5, n. 7, p. 141, 2008.

ESPER, L.H; FURTADO, E.F. Identifying maternal risk factors associated with Fetal Alcohol Spectrum Disorders: a systematic review. **European Child and Adolescent Psychiatry**, v. 23, n. 10, p. 877-889, 2014.

ESPER, L.H. **Eventos estressores e sua relação com morbidade psiquiátrica e consumo de álcool e tabaco na gestação**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

ENGEL, G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 8, n. 196, p. 129-136, 1977.

FIORENTIN, C. F; VARGAS, D. O uso de álcool entre gestantes e o seus conhecimentos sobre os efeitos do álcool no feto. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto , v. 2, n. 2, ago. 2006 .

FAISAL-CURY, A; SAVOIA, M.G; MENEZES, P.R. Coping style and depressive symptomatology during pregnancy in a private setting sample. **The Spanish Journal of Psychology**, v. 15, n. 1, p. 295-305, 2012.

FLAK, A. L. et al. The association of mild, moderate, and binge prenatal alcohol exposure and child neuropsychological outcomes: a meta-analysis. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 38, n. 1, p. 214-226, Aug 2013.

FLYNN, H. A.; CHERMACK, S. T. Prenatal alcohol use: the role of lifetime problems with alcohol, drugs, depression, and violence. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, v. 69, n. 4, p. 500-509, Jul 2008.

GRINFELD, H. Alcoolismo feminino durante a gestação. In: SEGRE, C.A.M. **Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido**. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, p. 19-38, 2010.

HARRISON, P.A; SIDEBOTTOM, A.C. Alcohol and Drug Use Before and During Pregnancy: An Examination of Use Patterns and Predictors of Cessation. **Maternal and Child Health Journal**, v. 13, p. 386-394, 2009.

HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 199-206, 2004.

HERNANDEZ-AVILA, C. A.; ROUNSAVILLE, B. J.; KRANZLER, H. R. Opioid-, cannabis- and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. **Drug and Alcohol Dependence** , v. 74, n. 3, p. 265-272, 2004.

HOCHGRAF, P. B; BRASILIANO, S. Mulheres e substâncias psicoativas. In: SEIBEL, S.D. **Dependência de drogas**. São Paulo: Editora Atheneu, p. 1025-1042, 2010.

JOHNSON, P. B. et al. Telescoping of drinking-related behaviors: gender, racial/ethnic, and age comparisons. **Substance Use & Misuse**, v. 40, n. 8, p.1139-1151, 2005.

JONES, H.E. UNC Horizon's orientation packet, 2014. 40 p.

JOYA, X. et al. Determination of maternal-fetal biomarkers of prenatal exposure to ethanol: a review. **Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis**, v. 69, p. 209-222, Oct 2012.

KANDALL, S. R. Women and drug addiction: a historical perspective. **Journal of Addictive Diseases**, v. 29, n. 2, p. 117-126, 2010.

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**, Guarulhos, v.23, n. 9, p. 575-580, 2001.

KELLY, J. P. et al. Prevalence and characteristics of opioid use in the US adult population. **Pain**, v. 15, n. 138, p. 507-513, 2008.

KERR- CORREA, F. et al. Patterns of alcohol use between genders: A cross-cultural evaluation. **Journal of Affective Disorders**, v. 102, n. 1-3, p. 265-275, 2007.

KRISHNA, R. B.; LEVITZ, M.; DANCIS, J. Transfer of cocaine by the perfused human placenta: the effect of binding to serum proteins. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 169, n. 6, p. 1418-1423, 1993.

KROEFF, L.F.; MENGUE, S.S.; SCHIMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, p. 261-267, 2004.

LANDGRAF, M.N.; NOTHACKER, M.; HEINEN, F. Diagnosis of fetal alcohol syndrome (FAS): German guideline version 2013. **European Journal of Paediatric Neurology**, v.17, n. 5, p. 437-446, 2003.

LANGE, S. et al. Prevalence of fetal alcohol spectrum disorders in child care settings: a meta-analysis. **Pediatrics**, v. 132, n. 4, p. 980-995, 2013.

LOPEZ, M.B.; ARÁN FILIPPETTI, V.; CREMONTE M. Consumo de alcohol antes y durante la gestación en Argentina: prevalencia y factores de riesgo. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 37, n. 4/5, p. 211-217, 2015.

LUNDH, A.; GOTZSCHE, P. C. Recommendations by Cochrane Review Groups for assessment of the risk of bias in studies. **BMC Medical Research Methodology**, v. 8, p. 22, 2008.

MCDONALD, S.W. Characteristics of women who consume alcohol before and after pregnancy recognition in a Canadian sample: a prospective cohort study. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 38, n. 12, p. 3008-3016, 2014.

MCNAMARA, T.K. Social support and prenatal alcohol use. **Journal Women's Health** (Larchmt), v. 15, n. 1, p. 70-76, 2006.

MARTIN SL, BEAUMONT JL, KUPPER LL. Substance use before and during pregnancy: links to intimate partner violence. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 29, n. 3, p. 599-617, 2013.

MAY, P. A.; GOSSAGE, J. P. Maternal risk factors for fetal alcohol spectrum disorders: not as simple as it might seem. **Alcohol Research & Health**, v. 34, n. 1, p. 15-26, 2011.

MAY, P. A. et al. Maternal risk factors for fetal alcohol syndrome in the Western cape province of South Africa: a population-based study. In: (Ed.). **American Journal of Public Health**. United States, v. 95, p. 1190-1199, 2005.

_____. Maternal risk factors for fetal alcohol syndrome and partial fetal alcohol syndrome in South Africa: a third study. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 32, p. 738-753, 2008.

MESQUITA, M. D. A.; SEGRE, C. A. D. M. Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, p.63-77, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ações Programáticas e Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual técnico, Brasil: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2006.

MORAES, C. L.; REICHEINHEM, M. E. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 695-703, 2007.

NATHANSON, V.; JAYESINGHE, N.; ROYCROFT, G. Is it all right for women to drink small amounts of alcohol in pregnancy? No. **British Medical Journal**, v. 335, n. 7625, p. 857, 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, 1999.

NICCOLS, A. Fetal alcohol syndrome and the developing socio-emotional brain. **Brain and Cognition**, v. 65, p. 135–142, 2007.

NOVAES, C. et al. Impacto do alcoolismo em mulheres: repercussões clínicas: **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 27, n. 1, 2000.

O'BRIEN, P. Is it all right for women to drink small amounts of alcohol in pregnancy? Yes. **British Medical Journal**, v. 335, n. 7625, p. 856, 2007.

O'KEEFFE, L.M. et al. Prevalence and predictors of alcohol use during pregnancy: findings from international multicentre cohort studies. **BMJ Open**, 2015.

O'LEARY, C. M. Fetal alcohol syndrome: diagnosis, epidemiology, and developmental outcomes. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v. 40, p. 2-7, 2004.

PAYKEL, E.S. The interview for recent life events. **Psychological Medicine** v. 27, p. 301-310, 1997.

PATRA, J. et al. Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA)-a systematic review and meta-analyses. **Bjog**, v. 118, n. 12, p. 1411-1421, Nov 2011.

PEADON, E. et al. Attitudes and behavior predict women's intention to drink alcohol during pregnancy: the challenge for health professionals. **BMC Public Health**, v. 22, n.11, p. 584, 2011.

PINHEIRO, S. N.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, E. F. Morbidade Psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 593-598, 2005.

PRABHU, N. et al. First trimester maternal tobacco smoking habits and fetal growth. **Thorax**, v. 65, n. 3, p. 235-240, 2010.

PRIETSCH, S. O. et al. Acute disease of the lower airways in children under five years of age: role of domestic environment and maternal cigarette smoking. **Journal Pediatrics**, v. 78, n. 5, p.415-422, 2002.

POLLARD, I. Neuropharmacology of drugs and alcohol in mother and fetus. **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**, v. 12, n. 2, p. 106-113, 2007.

POWERS, R.L; MCDERMONTT, L.J; LOXTON, D.J; CHOJENTA, C.L. A prospective study of prevalence and predictors of concurrent alcohol and tobacco use during pregnancy. **Maternal and Child Health Journal**, v.17, n.1, p. 76-84, 2013.

REINERT, D.F; ALLEN, J.P. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 31, n. 2, p.185-199, 2007.

RIBEIRO, J.L.P; RODRIGUES, A.P. Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. **Psicologia, saúde e doenças**, v. 5, n. 1, p. 3-15, 2004.

RILEY, E. P.; INFANTE, M. A.; WARREN, K. R. Fetal alcohol spectrum disorders: an overview. **Neuropsychol Review**, v. 21, n. 2, p. 73-80, Jun 2011.

RUBINSKY, A.D; DAWSON, D.A; WILLIAMS, E.C; KIVLAHAN, D.R.; BRADLEY, K.A. AUDIT-C scores as a scaled marker of mean daily drinking, alcohol use disorder severity, and probability of alcohol dependence in a U.S. general population sample of drinkers. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 37, n. 8, p. 1380-1390, 2013.

SANTOS, K.O.B; ARAÚJO, T.M; OLIVEIRA,N.F. Estrutura fatorial e consistência interna do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n.1, p. 214-222, 2009.

SEGRE, C. A. D. M. Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2010.

SILVA, R.A. et al . Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, 2010.

SKAGERSTRÖM, J; CHANG, G; NILSEN, P. Predictors of drinking during pregnancy: a systematic review. **Journal of Women's Health** (Larchmt), v. 20, n. 6, p. 901-913, 2011.

SKAGERSTRÖM J, et al. Prevalence of alcohol use before and during pregnancy and predictors of drinking during pregnancy: a cross sectional study in Sweden. **BMC Public Health**, v. 27, n. 13,p. 780, 2013.

SPANIER, G. Measuring dyadic adjustment: new scalas for assessing the quality of marriage and similar dyads. **Journal of Marriage and the Family**, v. 38, n. 1, p. 15-28, 1976.

STADE et al., 2011. Feeling different: the experience of living with fetal alcohol spectrum disorder. **The Canadian Journal of Clinical Pharmacology**, v.18, n. 3 , p. 475-485, 2011.

SOUZA, J ; ALIANE, PP. ; ESPER, L. H. ; FURTADO, E. F. **Relacionamento Conjugal e Saúde Mental na Gestação. Relacionamento Interpessoal: Uma perspectiva interdisciplinar**. 1 ed. Vitória: Associação Brasileira de Pesquisa do Relacionamento Interpessoal - ABRAPRI, v. 1, p. 39-50, 2010.

US SURGEON GENERAL. **Advisory on alcohol use in pregnancy**. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; December 14, 2004.

VAN DER WULP, N.Y; HOVING, C; DE VRIES, H. Partner's influences and other correlates of prenatal alcohol use. **Maternal and Child Health Journal**, v.19, n.4, p.908-916, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health**. Genebra, 2014.

WALLACE, J. Predicting the onset of compulsive drinking in alcoholics: a biopsychosocial model. **Alcohol**, v. 2, n. 4, p. 589–595, 1985.

WATTENDORF, D. J.; MUENKE, M. Fetal alcohol spectrum disorders. **American Family Physician**, v. 72, n. 2, p. 279-282, 2005.

8 APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

NOME DA PESQUISA: Aspectos psicossociais associados ao consumo de álcool: uma comparação entre gestantes abstinentes, consumidoras com uso de risco, uso nocivo e dependentes.

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. Embora você provavelmente não consuma bebidas alcoólicas ou consuma de modo considerado de baixo risco, pretendemos realizar a sua avaliação no intuito de comparar os seus dados com outros grupos de mulheres que fazem uso de álcool e/ou outras drogas. O nosso objetivo neste estudo é conhecer quais seriam os fatores relacionados com o uso de bebidas alcoólicas neste período.

2- PROCEDIMENTOS A SEREM UTILIZADOS

Você está sendo convidada 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 por integrantes da equipe em uma ficha e será mantida sob a responsabilidade e a guarda do pesquisador-responsável. A entrevista poderá ser gravada em áudio e as informações serão analisadas nesta pesquisa. Você receberá ainda duas vias deste termo de consentimento as quais deverão ser assinadas por você e pelo pesquisador. Uma dessas vias ficará com você e a outra ficará com o pesquisador.

O seu nome será mantido em sigilo e as informações serão consideradas como confidenciais. Se for identificado algum problema de saúde, você será comunicada e orientada. O tempo que necessitaremos para as entrevistas fica em torno de uma hora. 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.

3- DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS

Há o desconforto de você se sentir cansada durante a aplicação do questionário. A duração da entrevista é de cerca de um a hora. Devido a isso, serão oferecidas pausas para descanso sempre que necessário.

4- BENEFÍCIOS

Ao participar desta pesquisa, você receberá avaliação de sua saúde mental e receberá orientações de saúde relacionadas ao consumo de álcool e drogas durante a gestação realizada por profissional especializado.

Além disso, as informações obtidas serão muito úteis e poderão auxiliar na implantação de ações de intervenção e preventivas em relação ao uso de álcool e drogas na gestação.

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- 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



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

Assinatura do pesquisador responsável:

Larissa Horta Esper

ANEXO 1

Aprovação do Centro de Referência da saúde da mulher de Ribeirão Preto- MATER



**COMISSÃO DE PESQUISA DO CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER
DE RIBEIRÃO PRETO - MATER**

**Ref.: Projeto de Pesquisa: Aspectos psicossociais associados ao consumo de álcool: uma
comparação entre gestantes dependentes, consumidoras de risco e abstinentes.**

Nº 004/2013

Larissa Horta Esper

Prezado Pesquisador (a)

Informamos que o seu projeto foi **avaliado** pela Comissão de Pesquisa Clínica do CRSM-Mater no
dia 18/04/2013 e considerado **aprovado** para realização nessa instituição.

Lembramos que essa aprovação pressupõe o cumprimento das seguintes necessidades:

- 1- Apresentação do parecer do CEP antes do início da abordagem de potenciais sujeitos para o estudo
- 2- Apresentação de relatórios parciais (Anexo 3), semestralmente, indicando o andamento da pesquisa.
- 3- Apresentação de relatório final de pesquisa (Anexo 3) que deverá ser acompanhado de um resumo estruturado da mesma (uma lauda, contendo introdução, métodos, resultados e conclusões) para a documentação do projeto de pesquisa junto ao CRSM-Mater
- 4- Todos os procedimentos relacionados ao projeto de pesquisa que não estejam dentro da rotina do serviço deverão ser realizados pela equipe do projeto, não se utilizando de funcionários da instituição.

Atenciosamente,

DRª. MARISA MÁRCIA MUSSI-PINHATA

Presidente da Comissão de Pesquisa do Centro de Referência da Saúde da Mulher

Av. Wanderley Taffo, nº 330 – Quintino Facci II - CEP 14070-250 – Ribeirão Preto – SP
Fone: (16) 3962-8200 - Fax: (16) 3962-8213

ANEXO 2

Aprovação do Centro de Atenção Integral de Santa Rita-CAIS-SR



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE SANTA RITA – CAIS-SR
Avenida Padre Pio Corso, 1523 – Santa Rita do P. Quatro/SP - CEP 13.670-000
PABX 19-3584-8300 Fone/Fax: 3584-8395

Santa Rita do Passa Quatro, 04 de julho de 2013.

À
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
PAI-PAD
Ribeirão Preto/S.P.

AUTORIZAÇÃO

A Diretoria Técnica do Centro de Atenção Integral à Saúde de Santa Rita - CAIS-SR, mediante documento enviado pela Doutoranda **Larissa Horta Esper** datado de 01/07/2013, **AUTORIZA** a pesquisa relativa ao projeto "ASPECTOS ASSOCIADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL UMA COMPARAÇÃO ENTRE GESTANTES DEPENDENTES, CONSUMIDORAS DE RISCO E ABSTINENTES", a ser realizada neste CAIS SR, após aprovação do Comitê de Ética da Instituição de Ensino.


Sonia Regina Gobi
Diretor Técnico de Saúde III
RG.8645715-9

Claudia Ribeiro Fernandes
Diretor Téc. de Saúde III - Substituto
Rg. 17.551.816

ANEXO 3

Aprovação do Comitê de ética do HCFMRP
Processo número 12627/2009



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.

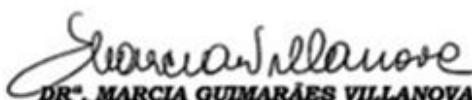
Ofício n.º 409/2011.
CEP/MGV

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 2196 - Registro CONEP/CIBICAP nº. 4
Fone (16) 3602-3228 - E-mail : cep@hcrp.usp.br
Monte Alegre 14045-900 Ribeirão Preto SP

ANEXO 4

Aprovação do Comitê de ética do HCFMRP
Processo número 7278/2013HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 16 de agosto de 2013

Ofício nº 3010/2013
CEP/MGV

Prezados Senhores,

O trabalho intitulado **“ASPECTOS PSICOSSOCIAIS ASSOCIADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO: UMA COMPARAÇÃO ENTRE GESTANTES DEPENDENTES, CONSUMIDORAS DE RISCO E ABSTINENTES”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 371ª Reunião Ordinária realizada em 12/08/2013 e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – versão 5, de 01/08/2013**, de acordo com o Processo HCRP nº 7278/2013.

De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 466/12 CNS/MS.

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

Atenciosamente.

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

Ilustríssimos Senhores
LARISSA HORTA ESPER
PROF.DR. ERIKSON FELIPE FURTADO(Orientador)
Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento

Campus Universitário – Monte Alegre
14048-900 Ribeirão Preto SPComitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP
FWA-00002733; IRB-00002186 e Registro PB/CONEP n 5440
(16) 3602-2228
cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br

ANEXO 5

Aprovação CAPES de bolsa de doutorado no exterior
Processo: BEX 14953/13-7



Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
SEN, Quadra 02, lote 06, Bloco L
70.040-020 - Brasília, DF
Brasil

FMRP
Medicina (Saúde Família)
RECEBIDO EM
05/02/14

EDSON UMBERTO DOS SANTOS
Aux. Acadêmico
Pró Reitoria de Pós-graduação

VAHAN AGOPYAN
Pró-Reitor de Pós-Graduação
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/ RIBEIRÃO PRETO
RUA DA PRAÇA DO RELÓGIO, SALA 96 TÉRREO 109
BUTANTA
São Paulo - SP
05508900

Brasília, 20 de Janeiro de 2014
Processo: BEX 14953/13-7

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que a Capes atendeu sua solicitação de concessão de bolsas de estudos, no âmbito do Programa Institucional de Bolsas de Doutorado Sanduíche no Exterior, à (ao) pós-graduando (a) **LARISSA HORTA ESPER.**

Encaminhamos, em anexo, os documentos abaixo relacionados:

- carta de concessão individual;
- duas vias do Termo de Compromisso, devendo uma delas ser assinada e devolvida à Capes;
- Orientações ao bolsista, disponível no link <http://www.capes.gov.br/bolsas/bolsas-no-externo/bolsistas-ativos/estagio-de-doutorando>, que deverão ser lidas atentamente.

Atenciosamente

VANESSA FERNANDES DE ARAÚJO
Coordenação de Candidaturas a Bolsas e Auxílios no Exterior