

# *Álcool e gravidez: algumas reflexões em torno de um fenómeno complexo*



## *Maria Raul Lobo Xavier*

**[NOTA BIOGRÁFICA]** Psicóloga. Professora Auxiliar da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa e membro do Centro de Investigação para o Desenvolvimento Humano desta Universidade. Concluiu o Doutoramento em Ciências Biomédicas em 2001 na Universidade do Porto. Leciona nas áreas da Psicologia do desenvolvimento, da família, da parentalidade e da intervenção psicológica nestes domínios. Tem como áreas de interesse clínico e de investigação científica: gravidez (nomeadamente consumos de álcool durante a gravidez) e infertilidade, parentalidade e desenvolvimento nos primeiros anos de vida.

De acordo com a OMS (WHO, 2018), a Europa é a região do mundo em que os consumos são mais elevados e as mulheres europeias são as que mais consomem. Em Portugal, a produção e consumo de bebidas com álcool são parte integrante da história e da cultura (Baeza, 2020; Kilian *et al.*, 2021). O álcool é a substância psicoativa mais consumida no nosso país e dados de 2016/2017 mostram que (entre os 15 e os 74 anos) a prevalência de consumo de qualquer bebida alcoólica foi de 85% ao longo da vida (92% nos homens e 79% nas mulheres), 58% nos últimos 12 meses (68% nos homens e 49% nas mulheres) e 49% nos últimos 30 dias (61% nos homens e 37% nas mulheres) (Balsa, Vital & Urbano, 2018). No *Global Information System on Alcohol and Health* (GISAH), as estimativas para Portugal quanto a 2019 indicam um consumo médio (maiores de 15 anos) de 12,1 litros de álcool puro por ano (5,6 nas mulheres e 19,5 nos homens) – maior que a média da região europeia da OMS (WHO, 2021b). Dados de um estudo que representa 2,7 milhões de mulheres Portuguesas (Sagnier & Morell, 2019), revelou que 86% bebem bebidas com álcool, sendo que 21% descrevem consumo frequente de 2 ou mais tipos de bebidas, 22% descrevem consumo frequente de um único tipo de bebida, 20% consomem 3 ou mais tipos de bebidas mas nenhum de modo frequente e 23% descrevem 1 ou 2 tipos de bebidas mas não frequentemente.

O consumo – nocivo e perigoso de álcool – tem consequências não só para o próprio como também para os outros, para a sociedade em geral. Os consumos dos mais novos, a relação entre álcool e problemas graves de saúde, acidentes rodoviários e implicações na atividade laboral e os consumos durante a gravidez/exposição pré-natal ao álcool são exemplos das áreas que têm sido alvo de preocupação (e.g., WHO, 2021a).

A exposição ao álcool durante a gestação tem historicamente sido associada ao risco para resultados desenvolvimentais negativos no período pré-natal, neonatal e ao longo do desenvolvimento (e.g., Popova *et al.*, 2016b). A associação entre consumos durante a gravidez e consequências negativas terá já centenas de anos (Brown *et al.*, 2019a), mas só nas décadas de 60 e 70 do sec XX passou a ser aceite a evidência científica da relação entre a exposição pré-natal ao álcool e anomalias no feto. Os trabalhos de Lemoine (e.g., Lemoine *et al.*, 1968) em língua francesa não tiveram impacto notório e Jones e Smith são os nomes mais referidos ao fazer a história do tema. Estes autores (Jones & Smith, 1973; Jones *et al.*, 1973) cunharam o termo Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), apresentando critérios para o seu diagnóstico. Os trabalhos posteriores corroboram as primeiras publicações e levaram a considerar o álcool como uma substância teratogénica, com diversos tipos de consequências quer físicas quer comportamentais.

O álcool passa facilmente a barreira placentária interferindo no desenvolvimento e organização celular e na organogénese, nomeadamente do cérebro (e.g., Popova *et al.*, 2016b). O termo Perturbações do Espetro do Alcoolismo Fetal (PEAF) é atualmente utilizado para integrar o *continuum* das consequências, em que a SAF corresponde às consequências mais severas (e.g., Cook *et al.*, 2016; Brown *et al.*, 2018b) e aos maiores consumos. Habitualmente considera-se que para além da SAF, as PEAF incluem ainda a Síndrome Alcoólica Fetal Parcial e a Perturbação do Neurodesenvolvimento relacionado com o álcool (May *et al.*, 2018; Popova *et al.*, 2019).

O consumo de grandes quantidades tem vindo a ser claramente associado a consequências negativas e diversos trabalhos têm apontado a gravidade dos consumos *binge* (quatro ou mais bebidas numa só ocasião) (e.g., Gupta *et al.*, 2016; Popova *et al.*, 2018) mas a investigação parece apresentar resultados por vezes menos conclusivos quando as doses são mais baixas (Mamluk *et al.*, 2017) e/ou quanto à associação entre consumos e saúde mental. No entanto, uma revisão sistemática de 2019 (Easey, *et al.*, 2019) identificou que mesmo doses mínimas e moderadas estão associadas a problemas de saúde mental, como por exemplo ansiedade e depressão ou perturbação de comportamento.

As alterações no desenvolvimento pré-natal, especificamente no respeitante ao cérebro e Sistema nervoso Central, manifestam-se depois do nascimento sob a forma de problemas neurológicos, no desenvolvimento cognitivo e psicossocial, designadamente na memória, atenção e interação social (e.g., Brown *et al.*, 2018). Para alguns indivíduos expostos durante a gestação, as consequências são diretamente observáveis na anatomia e fisiologia, nomeadamente alterações da face ou atraso do crescimento pré e pós-natal (Cook *et al.*, 2016; Brown *et al.*, 2018). Os indivíduos que nascem com PEAf podem ainda apresentar outros tipos de consequências físicas/doenças ao longo do ciclo de vida: estão descritos problemas cardíacos, dos rins, problemas de audição, problemas ortopédicos e articulatorios ou problemas de sono, entre outros (e.g., Cook *et al.*, 2016; Jonsson, 2019). As PEAf estão também relacionadas com outros efeitos “secundários” como o abandono escolar, conflito familiar, desemprego, problemas de habitação, abuso de álcool e outras substâncias, bem como com problemas legais (e.g., Binnie *et al.*,

2015). Podemos, pois, antever como a condição de exposição pré-natal ao álcool trará consequências sérias para a vida dos indivíduos, das famílias e da sociedade em geral.

Até hoje não existe um instrumento de avaliação e diagnóstico para o espectro das PEAf aceite universalmente e isso por certo dificulta o trabalho de clínicos e investigadores, nomeadamente no que diz respeito à Perturbação do Neurodesenvolvimento relacionado com o álcool (e.g., Popova *et al.*, 2016b). Apesar das dificuldades e limitações, internacionalmente é notório o interesse e a dedicação ao tema, patente por exemplo nos programas das *International Conference on Fetal Alcohol Spectrum Disorder* organizados pela The University of British Columbia, na criação de abordagens diagnósticas com recurso às novas tecnologias (Valentine *et al.*, 2017) ou na organização de grupos específicos (clínicos e de investigação) dedicados a este assunto (e.g., Franco *et al.*, 2020; Mårdby *et al.*, 2017).

A gravidade das consequências que atingem diferentes domínios da sociedade: saúde, educação, economia e social/legal (e.g., Popova *et al.*, 2016a), deverá ser avaliada e tida em conta, assumindo-se a sua dimensão de problema de saúde pública e problema social. Por exemplo no Canadá – um dos países onde o tema é mais considerado – estima-se que existam 350,000 pessoas com PEAf e que cerca de 4000 bebés nasçam por ano com PEAf (os autores consideram que esta é uma estimativa conservadora) (Valentine, *et al.*, 2017). O custo anual das PEAf, considerando os problemas diretos e indiretos associados, foi calculado em 9,7 mil milhões de dólares (Thanh *et al.*, 2018). Os dados da EUROCARE - European Alcohol Policy Alliance apontam para

que, em cada ano, nasçam na Europa 5 milhões de crianças com problemas associados à exposição pré-natal ao álcool (European Alcohol Policy Alliance, 2011). Tanto quanto é do nosso conhecimento, não existe registo de dados nacionais atuais.

Ao pensar a exposição pré-natal ao álcool há que considerar mais do que o tipo e quantidade de álcool a que o feto está exposto. Como escrevi noutro momento, a análise dos padrões de uso e das consequências que lhes estão associadas sugere a existência de um processo complexo e subtil, devendo-se atender não apenas aos efeitos “diretos” (físicos e químicos) da exposição, mas também a um leque de outros fatores ambientais que parecem estar associados a esta experiência, associados à vida da grávida e da criança, e que integram elementos de risco e proteção (Xavier, 2006). A isto junta-se a variabilidade individual associada à genética (McQuire *et al.*, 2019; Sulik, 2018). Entende-se, pois, a impossibilidade de definir uma dose mínima segura de álcool durante a gravidez.

As elevadas taxas de consumo por parte das mulheres (muitas em idade fértil), o conhecimento quanto às consequências dos consumos e a impossibilidade de identificar uma dose mínima segura justificam que a OMS, governos de diversos países e diferentes organizações recomendem que as grávidas não consumam álcool (e.g., British Medical Association, 2016; WHO, 2014).

Apesar das recomendações muitas mulheres continuam a ingerir bebidas com álcool ao longo da gravidez. Globalmente, estima-se que tal acontece em 1 em cada 10 grávidas e 20% destas mulheres têm consumos do tipo *binge* (Popova *et al.* 2017). Se tivermos em conta que, globalmente, se estima

que aproximadamente 44% das gravidezes são não planeadas (Bearak *et al.*, 2018), percebemos que provavelmente em muitas situações o consumo das grávidas e inerente exposição pré-natal acontece de forma não intencional até ao reconhecimento da gravidez, mas muitas continuam a consumir ao longo dos 9 meses. O reconhecido trabalho de Popova e colegas (Popova *et al.*, 2017) descreve que cerca de um quarto das mulheres europeias consome álcool durante a gravidez. O trabalho de uma equipa com investigadores de vários países europeus (Mardby *et al.*, 2017) descreve uma notória variação entre países, com números mais elevados no Reino Unido (28.5%), Rússia (26.5%) e Suíça (20.9%) e a mais baixos na Noruega (4.1%), Suécia (7.2%) e Polónia (9,7%).

Os estudos internacionais têm reportado um conjunto alargado de potenciais preditores para os consumos durante a gravidez e vários concluem que o fator que mais se destaca é o consumo antes da gravidez (e.g., Lamy *et al.*, 2019; Mardby *et al.*, 2017). Tendo isto em conta, são especialmente preocupantes os dados nacionais (e.g., Balsa, Vital & Urbano, 2018; SICAD, 2018) sobre os consumos das mulheres em idade fértil: por exemplo, reportando-se aos últimos 12 meses, entre os 15 e os 34 anos 31,7% descrevem consumos regulares e 23,4% descrevem consumos *binge*. Outros fatores preditores identificados são gravidez não planeada, nível socioeconómico elevado, ser mais velha, fumar antes da gravidez, ter já sido mãe, problemas na relação, entre outros (e.g., Lamy, *et al.*, 2019) sendo que por vezes diferentes estudos apontam para resultados contraditórios (e.g., Corrales-Gutierrez *et al.*, 2020).

Quanto a Portugal, no entanto, dados representativos nacionais são – ainda – inexistentes. Um dos objetivos que norteia o trabalho da equipa de investigação que coordeno é caracterizar os consumos durante a gravidez no nosso país, e ainda conhecer as características sociodemográficas, psicológicas e de estilo de vida das grávidas que bebem bebidas com álcool, bem como explorar associações e identificar preditores dos consumos considerando estas variáveis e outras associadas à vivência psicológica da gravidez (aspecto inovador no panorama internacional da investigação sobre o tema). Lutando contra a dificuldade de financiamento para este estudo nacional representativo, os dados recolhidos até agora no Norte do país (N=567) – utilizando instrumentos de autorrelato (“papel e lápis”), designadamente o AUDIT (Babor *et al.*, 2001; versão portuguesa: Cunha, 2002) – revelam que cerca de 17% das grávidas continuam a beber bebidas com álcool (artigo em preparação). Dados nacionais (amostra não representativa – N= 456) recolhidos *online* mostram que cerca de 19 % das grávidas descrevem consumos (artigo em preparação). O consumo durante a gravidez está significativamente associado com consumo prévio à gravidez, o que vai ao encontro aos dados internacionais (e.g., Mardby *et al.*, 2017).

Trabalhos com subamostras da primeira coorte de nascimentos portuguesa de base populacional referem-se ao consumo de álcool variando entre 7,9% (primeiro trimestre) e 15,8% (terceiro trimestre) (N = 101) (Pinto *et al.*, 2009a), 13,3% (N = 249) (Pinto *et al.*, 2009b) e 13% (N=1093) (Correia-costa *et al.*, 2020). Um outro estudo realizado pelo SICAD (Carapinha *et al.*, 2015), com uma amostra de 1104 grávidas de Lisboa e Vale do Tejo descreve que 19,3% das participantes declararam ter consumido

bebidas alcoólicas depois do conhecimento da gravidez, essencialmente de modo esporádico, e 1% ingeriu bebidas alcoólicas até ficar “alegre” e/ou fez consumos *binge*.

O consumo de bebidas com álcool durante a gravidez é, pois, uma realidade em Portugal e a existência de indivíduos expostos é indiscutível. No geral, os trabalhos que destaquei apontam para uma maioria de situações em que o padrão de utilização poderia ser descrito como uso social, mas que durante a gravidez é – como por exemplo as indicações da OMS sublinham – completamente desaconselhado. Embora permitam uma aproximação ao panorama real, podemos apontar como “limitações” aos estudos nacionais o facto de se circunscreverem a áreas geográficas específicas e/ou apresentarem amostras pequenas e/ou não fazerem descrição dos instrumentos utilizados.

O cenário que tenho vindo a descrever acompanha o histórico do interesse das agências públicas, internacionais e nacionais. É disso exemplo o consenso único que foi encontrado na 63ª Assembleia da OMS em maio de 2010, em que 193 Estados-Membros concretizaram uma estratégia comum para lidar com o uso nocivo do álcool a variados níveis, nomeadamente durante a gravidez, bem como os diversos documentos que têm vindo a ser produzidos (e.g., WHO, 2014). Na União Europeia (UE) contamos com um Plano de Ação para o Álcool desde 1992 (WHO, 1992). Destacamos também a Comunicação da Comissão das Comunidades Europeias de 24 de novembro de 2006 denominada “An EU strategy to support member states in reducing alcohol-related harms” (European Commission, 2006), bem como o Plano de Ação Europeu para a Redução do Uso Nocivo do Álcool 2012-2020 (WHO, 2011) e agora o novo

Plano de Ação para 2022-2030 (WHO, 2021), que têm vindo a nortear os países da UE para a redução do uso nocivo em diversas áreas, incluindo a eliminação do consumo durante a gravidez. Estas orientações têm apoiado a estratégia nacional relativa ao álcool. À semelhança do que estava patente no documento europeu inspirador, o Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Alcool 2010-2012 salientava a importância da investigação científica “para identificar e caracterizar o consumo de álcool na população e nos vários grupos de risco” (IDT, 2010, pag 8) e apontava como uma das áreas prioritárias de intervenção o consumo de álcool na gravidez. O Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências 2013-2020 (SICAD, 2013) destaca – considerando os consumos de álcool na gravidez – a importância da prevenção suportada em evidência e do diagnóstico atualizado e rigoroso do problema, possibilitando a organização de orientações para a intervenção.

Os problemas identificados no período neonatal e em outros momentos do desenvolvimento resultantes da exposição pré-natal ao álcool são totalmente possíveis de serem prevenidos, bastando para tal que a mulher não beba. Este facto justifica considerável consenso relativamente à centralidade das estratégias de prevenção neste campo. Desde 1994 que o US Institute of Medicine (IOM) defende uma prevenção suportada em evidência científica no campo da saúde mental e do uso do álcool e outras substâncias psicoativas, que tenha em atenção o conhecimento sobre níveis de risco de populações e grupos específicos (e.g. Catalano *et al.*, 2004; National Research Council and IOM, 2009). É esta compreensão sobre a prevenção, e o reconhecimento de objetivos distintos para os níveis de intervenção preventiva universal, seletiva

e indicada, que vem servindo de justificação para a necessidade de considerar fatores especificamente relacionados com o consumo materno do álcool enquanto fatores de risco para o desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais em crianças e jovens.

Nesta linha, concordo com a ideia de que é imperativo o conhecimento sobre as características de cada país relativamente ao uso de álcool durante a gravidez, tornando disponíveis dados epidemiológicos, dados sobre padrões de uso e a caracterização de experiências e perspetivas das mulheres grávidas, dos profissionais que as acompanham (entre outros) relativamente ao consumo, permitindo a identificação de áreas e grupos de intervenção prioritária – o que se constitui como passo inicial imprescindível no sentido de uma intervenção preventiva eficaz. Para prevenir é necessário conhecer.

Não obstante os diversos documentos oficiais que em Portugal têm vindo a apontar a necessidade de estudar o consumo de álcool na gravidez, este domínio está longe de ser coberto pela investigação, o que acarreta necessariamente consequências do ponto de vista da disponibilidade de intervenção preventiva suportada em evidência. É procurando contribuir para a alteração deste panorama que a nossa equipa de investigação tem também dado voz aos próprios envolvidos, enquanto “peritos experienciais” (Ritchie *et al.*, 2003), particularmente a mulheres grávidas, profissionais de saúde que acompanham a gravidez (enfermeiros e médicos) ou jovens universitárias (e.g., Franco *et al.*, 2020; Hoffmeister & Xavier, 2018).

Alguns dos aspetos que se destacam nos estudos qualitativos que temos vindo a realizar dizem respeito aos conhecimentos/informações sobre o tema. No estudo com participantes grávidas (Hoffmeister & Xavier, 2018) foi patente o seu desconhecimento quanto às consequências específicas associadas à exposição pré-natal, quanto à não existência de uma dose mínima segura, bem como desconhecimento das indicações nacionais e internacionais no sentido de não existirem consumos durante a gravidez. Num estudo exploratório (trabalho em preparação), demos voz a jovens universitárias – em idade fértil, potenciais futuras mães, grupo populacional em que os consumos são conhecidos (Moutinho *et al.*, 2018) – e os resultados confirmam presença de consumos de risco e também informação insuficiente quanto às consequências associadas aos consumos durante a gravidez.

O acesso aos serviços de saúde tem sido descrito como um elemento essencial para a redução das consequências negativas associadas ao consumo de bebidas com álcool (e.g., Babor, *et al.*, 2010). Os profissionais de saúde têm uma importância crucial na redução ou eliminação dos consumos e a evidência científica tem mostrado a eficácia da identificação precoce dos consumos e da partilha de informação sobre o tema, por exemplo nos cuidados de saúde primários que fazem o acompanhamento das mulheres antes e durante a gravidez (e.g., Shogren *et al.*, 2017). Em Portugal, o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015) indica, entre outras recomendações, que os profissionais devem inquirir todas as grávidas relativamente ao consumo de álcool na gravidez e em cada consulta, bem com informar e aconselhar as grávidas sobre os riscos do consumo de álcool nesta circunstância. Estas

orientações são reforçadas por exemplo na Norma da DGS nº 30/2012. No estudo realizado com grávidas (referido anteriormente), a maioria das participantes reportou ausência de indicações/informações relativamente ao consumo de álcool no âmbito do seu acompanhamento, todas descreveram ainda total ausência de rastreio no acompanhamento da gravidez realizado pelo obstetra em contexto de medicina privada e o rastreio único inicial quando o acompanhamento é realizado nos cuidados de saúde primários.

Damos grande valor às medidas implementadas no nosso país, nomeadamente à integração do *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (Babor *et al.*, 2001) no processo clínico das grávidas utentes do Serviço Nacional de Saúde e da existência de *guidelines* (como atrás referido). No entanto, para além dos dados referentes às grávidas, também os resultados de investigação realizada com médicos e enfermeiros trazem consigo um importante alerta para o caminho que ainda é necessário percorrer. Ao explorarmos a temática do álcool e gravidez junto dos profissionais que fazem o acompanhamento das grávidas (enfermeiros e médicos obstetras e especialistas em medicina geral e familiar), muitos descrevem possuir informação insuficiente sobre o tema, designadamente desconhecerem as linhas orientadoras nacionais e internacionais para a prevenção e intervenção neste contexto ou o que são as PEAf. Todos os participantes enfermeiros afirmaram que abordam o tema na primeira consulta com a grávida, porém, apenas uma minoria assume a exploração dos consumos nas restantes consultas (trabalho em preparação). Outros estudos vão neste sentido, como é o caso dos levados a cabo pelos nossos parceiros da equipa internacional que implementámos (com Espanha e França) ou

noutros países (e.g., Charro *et al.*, 2019; Crawford-Williams *et al.*, 2015). Também, sempre que – como investigadora, docente/formadora – tenho oportunidade de abordar este tema com profissionais e futuros profissionais/estudantes das diversas áreas reconheço o seu interesse. Mas as questões colocadas, o feedback face a informações novas ou as descrições das suas práticas têm vindo a ser testemunhos vividos corroborando os dados que a investigação científica revela. E sabemos que informações inconsistentes, muitas vezes opostas às recomendações nacionais e internacionais resultam em mensagens confusas para as grávidas e conseqüentemente em situações em que os consumos poderiam ser evitados, mas não o são (Coons *et al.*, 2017).

Estes vários aspetos apontam para a necessidade de formação inicial e complementar dos profissionais de saúde que acompanham as mulheres antes e durante a gravidez de forma que exista uma adequada identificação dos consumos e partilha de informações corretas e atuais, contribuindo efetivamente para a prevenção dos consumos e do nascimento de crianças com PEA. Em alguns locais do mundo, a evidência científica tem levado a um investimento sério para que estas circunstâncias possam ser melhoradas (e.g., Smith *et al.*, 2021). Quanto ao nosso país, já o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020 se refere à “formação e enquadramento técnico” (SICAD, 2013, p.68) dos profissionais, nomeadamente no âmbito dos cuidados de saúde primários – um caminho ainda a percorrer.

Como vejo o futuro? Se nada se fizer, nada irá com certeza melhorar... Em ordem a responder adequadamente ao fenómeno do consumo de álcool durante a gravidez e conseqüente exposição pré-natal é necessário que este seja reconhecido enquanto tema importante para toda a sociedade, nomeadamente nos setores da saúde, educação e intervenção social. Para tal, encontram-se na primeira linha a investigação científica/universidades e os serviços que acompanham as mulheres antes e durante a gravidez. O grande desafio que antevejo será o de implementar uma real e eficaz colaboração de modo que os dados obtidos (e a obter) possam ser utilizados no âmbito das políticas públicas, dando-se passos concretos e objetivos para intervenções preventivas nos seus diversos níveis. Pela minha parte, enquanto coordenadora de uma equipa de investigação que se dedica ao tema, estou totalmente disponível para essa colaboração. Acredito que poderemos contribuir para um conjunto de aspetos essenciais: obter dados representativos de âmbito nacional quanto aos consumos de álcool na gravidez (e antes da gravidez) e seus preditores, conhecer as experiências e significados de diversos “peritos experienciais” e contribuir para a aquisição e aprofundamento de conhecimentos por parte dos profissionais que acompanham as grávidas e também de todos os outros que têm (ou poderão ter) um papel ativo noutros níveis de prevenção.

## REFERÊNCIAS

- Babor, T. *et al.* (2001). *The alcohol use disorders identification test (AUDIT): Guidelines for use in primary care*. Geneva: World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse.
- Babor, T. *et al.* (2010). *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Baeza, C. (2000). *Gran Atlas del Vino*. Editorial Libsa.
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2018). *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17*. Lisboa: SICAD.
- Bearak, J. *et al.* (2018). Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: Estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet Global Health*, 6, e380–e389. doi:10.1016/S2214-109X(18)30029-9
- Binnie, I., Trussler, M. & Jonsson, E., (2015). *Legal issues of FASD. Proceedings from a consensus development conference*. Institute of Health Economics.
- British Medical Association. (2016). *Alcohol and pregnancy Preventing and managing fetal alcohol spectrum disorders*. British Medical Association.
- Brown, J. M. *et al.* (2019). A brief history of awareness of the link between alcohol and fetal alcohol spectrum disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(3), 164-168.
- Brown, J. M *et al.* (2018). The standardization of diagnostic criteria for Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD): implications for research, clinical practice and population health. *Can J Psychiatry*, 64, 169–76.
- Carapinha, L. *et al.* (2015). *O Consumo de álcool na Gravidez*. Lisboa: SICAD.
- Catalano, R. F. *et al.* (2004). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591, 98–124.
- Charro, B., Rivas, A. & Xavier, M. R. (2019). Embarazo y alcohol: conocimientos, actitudes y opiniones de los profesionales sanitarios/ Pregnancy and alcohol: Knowledges, attitudes and opinions of healthcare professionals. *Health and Addictions*, 19(2), 78-90.
- Cook, J. L. *et al.* (2016). Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan. *CMAJ*, 188(3), 191-197.
- Coons, K. D. *et al.* (2017). “No alcohol is recommended, but . . .”: health care students’ attitudes about alcohol consumption during pregnancy. *Global Qualitative Nursing Research*, 4, 1-18.
- Corrales-Gutierrez, I. *et al.* (2020). Understanding the relationship between predictors of alcohol consumption in pregnancy: towards effective prevention of FASD. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1388. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041388>.
- Correia-Costa, L. *et al.* (2020). Prenatal alcohol exposure affects renal function in overweight schoolchildren: birth cohort analysis. *Pediatric Nephrology*, 35(4), 695-702.

- Crawford-Williams, F. *et al.* (2015). "If you can have one glass of wine now and then, why are you denying that to a woman with no evidence": Knowledge and practices of health professionals concerning alcohol consumption during pregnancy. *Women and Birth*, 28(4), 329-335.
- Cunha, J. (2002). *Validação da versão portuguesa dos Questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool*. Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul.
- Direção Geral de Saúde (2005). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Easey, K. E. *et al.* (2019). Prenatal alcohol exposure and offspring mental health: A systematic review. *Drug Alcohol Depend.* Apr 1, 197, 344-353.
- European Alcohol Policy Alliance. (2011). Protecting the unborn baby from alcohol, policydebate (7th September Parliament Report). EURO CARE. Disponível em [eurocare.org/media/GENERAL/docs/annual-reports/2011annualreportfinal.pdf](http://eurocare.org/media/GENERAL/docs/annual-reports/2011annualreportfinal.pdf)
- European Commission (2006). Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. *An EU strategy to support member states in reducing alcohol-related harms*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Franco, R., Charro, B. & Xavier, M. R. (2020). *Perspectivas y experiencias sobre el consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo: estudio cualitativo con embarazadas de España, Francia y Portugal*. *Revista Ex aequo*, 41, 107-121.
- Gupta, K. K, Gupta, V. K. & Shirasaka, T. (2016). An update on fetal alcohol syndrome-pathogenesis, risks, and treatment. *Alcohol Clin Exp Res*, 40, 1594-602.
- Hoffmeister, K., & Xavier, M. R. (2018). Consumo de álcool durante a gravidez - Perceção de mulheres grávidas relativamente à informação disponível (Estudo exploratório qualitativo). *Actas do 3º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Lisboa, 28 Setembro 2016 a 1 de Outubro 2016* (pp. 637-647). Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Instituto Droga e Toxicoddependência. (2010). *Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012*. Lisboa: IDT.
- Jones, K. L. & Smith, D.W. (1973). Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet*, 302(7836), 999-1001.
- Jones, K. L. *et al.* (1973). Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet*, 1, 1267-71.
- Jonsson, E. (2019). Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD): a policy perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 64, 161- 163.
- Kilian, C. *et al.* (2021). A new perspective on European drinking cultures: a model-based approach to determine variations in drinking practices among 19 European countries. *Addiction*, 116 (8), 2016-2025.
- Lamy, S. *et al.* (2019). Risk factors associated to tobacco and alcohol use in a large French cohort of pregnant women. *Archives of Women's Mental Health*, 22(2), 267-277.
- Lemoine, P. *et al.* (1968). Les enfants des parents alcooliques: anomalies observées à propos de 127 cas. *Ouest Médical*, 21, 476-482.
- Mamluk, L. *et al.* (2017). Low alcohol consumption and pregnancy and childhood outcomes: time to change guidelines indicating apparently 'safe' levels of alcohol during pregnancy? A systematic review and meta-analyses. *BMJ Open*, 7(7), e015410.

- Mårdby, A. C. *et al.* (2017). Consumption of alcohol during pregnancy — a multinational European study. *Women and Birth*, 30(4), e207e213.
- May, P. A. *et al.* (2018). Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorders in 4 US Communities. *JAMA*, 319(5), 474-482.
- McQuire, C., Daniel, R. & Hurt, L. (2020). The causal web of foetal alcohol spectrum disorders: a review and causal diagram. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 29(5), 575-594.
- Moutinho, L., Mendes, A. & Lopes, M. (2018). Alcohol consumption and binge drinking among young adults aged 20–30 years in Lisbon, Portugal. *Journal of Addictions Nursing*, 29(4), E9-E15.
- National Research Council and Institute of Medicine. (2009). *Preventing Mental, Emotional and Behavioral Disorders among Young People: progress and possibilities*. Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse among Children, Youth and Young Adults – National Research Council and Institute of Medicine. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32775/>
- Pinto, E., Barros, H. & Santos-Silva, I. (2009). Dietary intake and nutritional adequacy prior to conception and during pregnancy: a follow-up study in the north of Portugal. *Public Health Nutrition*, 12, 922-31.
- Pinto, E. *et al.* (2009). Validity and reproducibility of a semi-quantitative food frequency questionnaire for use among Portuguese pregnant women. *Maternal and Child Nutrition*, 6, 105-119.
- Popova, S. *et al.* (2019). Population-based prevalence of fetal alcohol spectrum disorder in Canada. *BMC Public Health*, 19(1).
- Popova, S. *et al.* (2018). Global prevalence of alcohol use and binge drinking during pregnancy, and fetal alcohol spectrum disorder. *Biochemistry and Cell Biology*, 96(2), 237-240.
- Popova, S. *et al.* (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5, e290–e299. doi:10.1016/S2214-109X(17)30021-9
- Popova, S. *et al.* (2016a). The economic burden of fetal alcohol spectrum disorder in Canada in 2013. *Alcohol and Alcoholism*, 51, 367–375.
- Popova, S. *et al.* (2016b). Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 387(10022), 978-987.
- Ritchie, J., Lewis, J. & Elam, G. (2003). Designing and selecting samples. In J. Ritchie & J. Lewis (Eds.), *Qualitative Research Practice*. Londres: Sage, 77 – 108.
- Sagnier, L. & Morell, A. (coord.). (2019). *As mulheres em Portugal, Hoje: quem são, o que pensam e como se sentem*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2018). *Relatório Anual 2018. A situação do país em matéria de álcool*. Lisboa: SICAD.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa: SICAD.
- Shogren, M.D., Harsell, C. & Heitkamp, T. (2017). Screening women for at-risk alcohol use: an introduction to screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) in women’s health. *J Midwifery Womens Health*, 62(6), 746–54.

- Smith, L.A. *et al.* (2021). Barriers and enablers of implementation of alcohol guidelines with pregnant women: a cross-sectional survey among UK midwives. *BMC Pregnancy Childbirth*; 21, 134.
- Sulik, K. K. (2018). Prenatal alcohol exposure and abnormal brain development: findings from basic research. In E. Jonsson, S. Clarren & I. Binnie (Eds.), *Ethical and Legal Perspectives in Fetal Alcohol Spectrum Disorders: foundational issues*. Nova York: Springer.
- Thanh, N. X. & Jonsson, E. (2018). Total cost of FASD including FASD related cost of criminal justice. In E. Jonsson, S. Clarren & I. Binnie (Eds.), *Ethical and Legal Perspectives in Fetal Alcohol Spectrum Disorders: foundational issues*. Nova York: Springer.
- Valentine, M. *et al.* (2017). ComputerAided recognition of facial attributes for fetal alcohol spectrum disorders. *Pediatrics*, 140(6), e20162028.
- World Health Organization - *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*. WHO: Global Health Observatory. Informação extraída a 05/08/2021 (com informação atualizada em junho de 2021).
- World Health organization (2021a). *Global Alcohol Action Plan 2022-2030 to Strengthen Implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*. Genebra: World Health Organization.
- World Health Organization (2021b). *Making the European Region Safer: developments in alcohol control policies, 2010–2019*. Genebra: World Health Organization.
- World Health Organization (2018). *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*. Genebra: World Health Organization. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2014). *Guidelines for Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy*. Genebra: World Health Organization.
- World Health organization. (2011). *European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2012–2020*. Genebra: World Health Organization. Disponível em [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/178163/E96726.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf)
- World Health Organization (1992). *European Alcohol Action Plan 1992-1999*. Genebra: World Health Organization.
- Xavier, M.R. (2006). Crianças expostas ao álcool e substâncias ilícitas durante a gestação – algumas reflexões. *Cadernos de Estudo*, 3, 53-59.