



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*CONSUMO DE ÁLCOOL E VIVÊNCIA
PSICOLÓGICA DA GRAVIDEZ*

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Ana Luísa Carvalho Rocha

Porto, Julho 2015



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*CONSUMO DE ÁLCOOL E VIVÊNCIA
PSICOLÓGICA DA GRAVIDEZ*

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Ana Luísa Carvalho Rocha

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

Porto, Julho 2015

Ao meu pai...

Agradecimentos

À Prof.^a Doutora Maria Raul Xavier, pela excelente orientação e por toda a aprendizagem e experiência que me proporcionou. Por toda a disponibilidade e por todo o apoio que me concedeu incondicionalmente.

A todos os professores da FEP-UCP, que colaboraram e contribuíram para a minha formação.

Ao meu pai, que sempre me apoiou incondicionalmente e que estará sempre presente onde quer que esteja.

À minha mãe, por ter feito de mim o que sou hoje e por todos os valores que me transmitiu e por ter sempre acreditado em mim.

Ao meu irmão, por ser um apoio incondicional, por todos os valores que me transmitiu e por ser o melhor irmão do mundo.

Às minhas grandes amigas, Sofia Silva, Melanie Rodrigues, Diana Oliveira e Diana Carvalho, não poderiam deixar de estar aqui porque sempre me acompanharam nesta caminhada.

A toda a minha família, aos meus avós, por tudo o que fizeram por mim incondicionalmente, à minha cunhada por ter feito parte desta caminhada e por toda a disponibilidade e à minha afilhada mais linda do mundo!

Muito Obrigada!

Resumo

O presente estudo tem como objetivo geral conhecer os padrões de consumo de álcool num grupo de mulheres grávidas e perceber a sua relação com a vivência psicológica da gravidez. Este foi efetuado numa Unidade Local de Saúde (ULS) do norte do país, nas unidades de cuidados na comunidade onde são realizados cursos de preparação para o parto.

Pretendeu-se inicialmente conhecer os padrões de consumo e as características da vivência psicológica e, posteriormente, relacioná-los. Para este estudo exploratório, recorreu-se a 52 mulheres grávidas, com idades compreendidas entre os 17 e 40 anos. Os instrumentos utilizados para a recolha de dados foram a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM) e o Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool (AUDIT).

Os principais resultados, relativamente ao AUDIT, mostraram-se preocupantes, apesar da percentagem de mulheres grávidas que consome álcool durante a gravidez seja baixa (4%). Estes dados não são concordantes com as estatísticas europeias, nem com os dados prévios da equipa de investigação, sugerindo-se o aumento da amostra. No que diz respeito às correlações entre os consumos de álcool e a vivência psicológica da gravidez não foi identificada qualquer correlação estatisticamente significativa entre as variáveis.

Palavras-chave: Álcool, Gravidez, Vivência psicológica

Abstract

The purpose of the present study is to know alcohol consumption patterns in pregnant women and realize their relationship with the psychological experience of pregnancy. This study was developed in a local primary healthcare unit of the north of Portugal, in community care units (CCU), where childbirth preparation courses are performed.

Initially, it was intended to know consumption patterns and psychological experiences characteristics and then relate them. For this exploratory study, we used 52 pregnant woman aged between 17 and 40 years. The instruments used for data collection were pregnancy and Motherhood Attitude Scale (EAGM) and Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT).

Regarding to AUDIT, the main results show some concern, although the percentage of pregnant women who consume alcohol is low (4%). These results are not coincident with the european data, nor the investigator's previous studies, suggesting the need to increase the sample. In this study It wasn't found any relationship between alcohol consumption during pregnancy and its psychological experience.

Keywords: Alcohol, Pregnancy, Psychological Experiences.

ÍNDICE

Introdução.....	1
Parte I.	3
1. Gravidez.....	3
1.1. Vivência Psicológica da Gravidez	3
2. Álcool.....	5
2.1. Consumo de Álcool na Gravidez.....	7
Parte II. Estudo empírico.....	11
1. Objetivo geral, objetivos específicos e hipóteses	11
2. Metodologia	12
Amostra	12
2.1. Instrumentos	13
2.2. Procedimentos	14
2.2.1. Procedimentos de recolha de dados	14
2.2.2. Procedimentos e análise de dados	15
3. Resultados	16
4. Discussão dos Resultados	19
Conclusão	24
 Bibliografia	
 Anexos	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica

Tabela 2. Caracterização da Gravidez

Tabela 3. Resultados relativos ao item 1 do AUDIT - “Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?”

Tabela 4. Resultados relativos ao item 2 do AUDIT - “Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?”

Tabela 5. Resultados relativos ao AUDIT

Tabela 6. EAGM – Comparação entre amostra do estudo (Grupo C) e amostra padrão

Tabela 7. EAGM - Comparação entre grupo que consome álcool (Grupo C) e grupo que não consome álcool (Grupo NC)

ANEXOS

Anexo 1. Consentimento Informado

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

Anexo 3. Alcohol Use Disorder Identification Test – AUDIT

LISTA DE ABREVIATURAS

AUDIT- Alcohol Use Disorder Identification Test

DGS - Direção Geral de Saúde

EAGM - Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade

FASD- Desordens do Espectro Alcoólico Fetal

FEP-UCP - Faculdade de Educação e Psicologia – Universidade Católica Portuguesa

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNRPLA- Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool

SFA- Síndrome Fetal Alcoólico

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UE – União Europeia

ULS – Unidade Local de Saúde

Introdução

O estudo de carácter exploratório, que aqui se apresenta integra um projeto mais lato sobre o tema, coordenado pela Prof^a Doutora Maria Raul Lobo Xavier, que se está a desenvolver no Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano (CEDH) da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP).

O consumo de substâncias de abuso, nomeadamente de álcool é um tema de grande preocupação na sociedade hoje em dia (OMS, 2005). As repercussões da sua utilização vão para além do efeito nos próprios indivíduos que as consomem, ou seja, implicam toda a sociedade (Xavier, 2006). No caso da gravidez e consumo de álcool, sabemos hoje que mesmo apenas o uso é prejudicial para o bebé, podendo ter repercussões posteriormente no seu desenvolvimento (e.g. OMS, 2005).

Uma melhor identificação e intervenção com as mulheres que ingerem álcool durante a gravidez é altamente desejável e muito importante, uma vez que poderia impedir várias repercussões e sofrimentos, sendo ainda mais importante que exista um método preventivo (e. g. Skagerstróm, Chang & Nilsen, 2011).

Segundo o Plano Nacional Para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020 (SICAD, 2013), é importante e crucial identificar períodos críticos e direccionar mais adequadamente as estratégias e intervenções a desenvolver de acordo com as necessidades/competências dos indivíduos, sublinhando que uma dessas etapas é a gravidez e o período neonatal.

A gravidez pode ser associada a um aumento da motivação para reduzir ou eliminar comportamentos de risco para o desenvolvimento da criança, incluindo o consumo de álcool e tabagismo, devido ao desejo de ter um bebé saudável e para evitar riscos para a sua própria saúde (Streissguth et. al. & Higgins, Clough, Frank & Wallerstedt, 1995 cit. in. Skagerstróm, Chang & Nilsen, 2011).

No entanto, apesar das recomendações da OMS (2005), uma grande proporção de mães grávidas continuam a beber durante a gravidez. Segundo a Eurocare (2011), o consumo de álcool durante a gravidez é a principal causa conhecida de problemas de nascimento e problemas de desenvolvimento na União Europeia (UE). A exposição ao álcool durante a gravidez pode prejudicar o desenvolvimento cerebral do feto e está associada a défices intelectuais que se manifestam mais tarde na infância (e.g. Popova et al., 2012; Xavier, 2011). O álcool também é um tóxico que afeta uma ampla gama de estruturas e processos no sistema nervoso centra que interagem com características de personalidade (OMS, 2012).

Quase metade dos Estados-Membros da União Europeia já implementaram campanhas ou outras atividades de informação para aumentar a conscientização sobre os riscos do uso do álcool durante a gravidez. Proteger jovens, crianças e bebês por nascer de danos do álcool é uma das áreas de ação sensibilizadora prioritária identificada na Estratégia da EU (Eurocare, 2011). De dois em dois anos, a Eurocare organiza eventos no Parlamento Europeu para sensibilizar os políticos sobre os problemas do consumo de álcool durante a gravidez (Eurocare, 2011).

O conhecimento sobre os riscos ligados a qualquer tipo de consumo de álcool durante a gravidez deve ser amplamente orientado tanto para o público em geral como para o sector profissional (Malet, Chazeron, Llorca & Lemery, 2006). Para existir uma sensibilização neste sentido é estritamente necessário conhecer a realidade da situação de consumos.

Em Portugal, pouco se sabe quanto aos consumos de álcool e aos seus efeitos durante a gravidez, assim como das consequências a curto, médio e longo prazo no desenvolvimento do feto exposto in útero (Xavier, 2002; Xavier, Moreira & Godinho, in press). Tendo em conta a pouca informação existente é pertinente conhecer os tipos de consumo de álcool durante a gravidez em Portugal, para podermos prevenir, identificar e intervir adequadamente (e.g. Xavier, 2002), existindo uma necessidade de perceber e conhecer os consumos existentes no nosso país. Para além disso são desconhecidos estudos que relacionem os tipos de consumo e a vivência psicológica da gravidez, nomeadamente quanto a situações de uso de álcool e não de abuso.

O estudo “consumo de álcool e vivência psicológica da gravidez” tem como objetivo conhecer os padrões de consumo de álcool na gravidez, uma vez que não são conhecidos em Portugal, e perceber a sua relação com a vivência psicológica da gravidez, procurando assim perceber se existem correlações.

Este trabalho está dividido em duas partes, sendo a primeira parte relativa ao Enquadramento Teórico, onde é feita a revisão da literatura, e a segunda parte corresponde ao Estudo Empírico, na qual são apresentados os métodos utilizados neste estudo, o tratamento dos resultados e a respetiva discussão.

No enquadramento teórico são explorados dois pontos fulcrais, o consumo de álcool por parte de mulheres grávidas, assim como a vivência psicológica da gravidez. Nesta primeira parte do trabalho, inicialmente será abordado o tema da gravidez, assim como a vivência psicológica da gravidez. Posteriormente será abordado o tema do álcool, assim como o consumo de álcool durante a gravidez.

Na segunda parte deste trabalho, são apresentados os objetivos da investigação, os participantes, os instrumentos utilizados, os procedimentos de recolha de dados, assim como o tratamento dos mesmos. Posteriormente são apresentados os resultados, a análise e a discussão dos mesmos.

O trabalho finda com uma conclusão onde é feita a ligação sobre o que a teoria nos apresenta e o que o estudo conclui. Para terminar, são apresentadas limitações deste mesmo estudo e sugestões para estudos futuros.

Parte I

1. Gravidez

A gravidez é considerada o período de gestação, que tem aproximadamente a duração de 40 semanas, que medeia entre a fecundação e o parto (e.g. Batista, Dahen, Torres, 2006). A gravidez é um período crítico, ao qual podem estar associados vários fatores de risco, tais como: a depressão materna, a violência doméstica, o consumo de álcool e a toxicodependência e, em consequência, estes podem comprometer as capacidades parentais (DGS, 2005). A gravidez é vista como um período que desencadeia na mulher alterações e adaptações, tanto ao nível do ser corpo assim como no seu funcionamento psíquico, fundamentais para promover o desenvolvimento do bebé (e.g. DGS, 2005; Xavier, 2000).

1.1 Vivência Psicológica da Gravidez na Mulher

O primeiro trimestre da gravidez é marcado pelo início da gestação e caracterizado pelo conhecimento e aceitação da mesma, tanto pela grávida como pelo meio social que a rodeia (e.g. Figueiredo, 2000). No que diz respeito ao segundo trimestre, este é relativo ao período mais estável em termos psicológicos (Field & Widmayer, 1982 cit. in Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005). No terceiro trimestre existe uma satisfação por parte da mulher em terminar a gestação de uma forma bem-sucedida e é caracterizado pela ansiedade relativamente à antecipação do parto (e.g. Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005).

Existe, portanto, um processo que é descrito como exigente para a mulher, tanto ao nível da gravidez como relativamente ao processo de maternidade. Exigências estas que fazem com que a mulher passe a desenvolver no seu repertório novas respostas

cognitivas, emocionais e comportamentais. Estas têm como objetivo cumprir com sucesso todas as exigências impostas pela gravidez e por sua vez traduzem uma reorganização intrapsíquica e relacional mais complexa (e.g. Canavarro, 2001 cit. in Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005; Xavier, 2000). Estas alterações estão inclusivamente relacionadas com o facto do organismo feminino produzir hormonas sexuais e não sexuais pela placenta, que estão associadas a mudanças comportamentais e orgânicas na mulher (Barini, 1997; Corrêa & Oliveira, 1999 cit. in Baptista, Baptista & Torres, 2006).

No que diz respeito às tarefas desenvolvimentais que envolvem a gravidez, *“as mais significativas estão relacionadas com a ligação afectiva estabelecida com a criança, o reajustamento de relações para incluir o novo elemento e a incorporação da existência do filho enquanto individuo com identidade própria e ser único”* (Canavarro, 2001, p. 40). Para que isto aconteça de modo adaptativo e a mulher possa vivenciar esta fase na sua plenitude, quando confrontada com a nova realidade esta precisa de aceder às representações que possui em relação à realidade, para que possa reajustá-las à nova situação que se encontra (Canavarro, 2001).

Já Colman & Colman (1994) descreveram que no primeiro trimestre da gravidez a mulher tem como tarefa aceitar a mesma, ou seja, neste momento da gravidez a mulher experiencia uma ambivalência entre o desejo e o receio da gravidez, portanto a gestante necessita da confirmação médica assim como a aceitação e o apoio por parte dos familiares mais próximos. Os autores referem também, que no segundo trimestre a mulher apresenta uma outra tarefa, a aceitação da realidade do feto. Assim sendo a mãe tem que aceitar que o feto tem uma entidade, separada e distinta de si própria. A terceira tarefa que a mulher deve desempenhar ao longo da gravidez é reavaliar e reestruturar a relação com os pais, pois a mãe funciona como o principal modelo de comportamento materno para a mulher. Neste momento da gravidez a representação que a gestante tem dos seus próprios pais é muito importante. A quarta tarefa da mulher para desempenhar é reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro, pois nesta fase o casal tem que integrar um novo membro na família, assim sendo é necessário um reajuste no seu plano afetivo, na sua rotina diária e no seu relacionamento sexual. A quinta tarefa que a mulher necessita de desempenhar inicia-se no terceiro trimestre, o facto de aceitar o bebé como uma pessoa separada, ou seja, neste período a mulher tem que se preparar para a separação que será concretizada com o parto (este período é assinalado pelo aumento da ansiedade devido à proximidade com o parto). Por fim, a última tarefa (não

sendo a menos importante) que a mulher deve realizar é o reavaliar e reestruturar a sua própria identidade, a mulher necessita de integrar na sua identidade o papel de ser mãe. Portanto, é fundamental reavaliar as perdas e ganhos que a maternidade introduziu e aceitar as mudanças decorrentes do processo (e.g. Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Xavier, 2000). Algumas destas tarefas prolongam-se para além do parto. Um exemplo é a sétima tarefa incluída por Canavarro (2001) que diz respeito à reestruturação da relação com o(s) outro(s) filho(s), ou seja, é relativa, também, à organização familiar. Se a mulher já é mãe, o nascimento de um próximo filho impõe uma necessidade importante, ou seja, a necessidade da reestruturação da relação com o(s) outro(s) filho(s), ou seja, a mãe deve dar resposta aos seus próprios medos de não ter tempo e disponibilidade interior e física para cuidar de mais uma criança, tendo em conta também os outro(s) filho(s). Outros medos comuns são a reação dos outro(s) filho(s) e o facto de não conseguir amar todos da mesma forma. Torna-se, portanto, imprescindível o reconhecimento, de forma mais ou menos consciente, de que não poderá assimilar a identidade do novo filho à do(s) outro(s), ajudando o(s) filho(s) a lidar com a chegada de um novo irmão e reforçando o seu papel na família como um todo.

Na gestação, quando existe sintomatologia depressiva, pode existir uma diminuição da ingestão alimentar pela gestante e complicações obstétricas (Kelly, Danielsen, Golding, Anders, Gilbert & Zatzick, 1999), que podem estar associados ao uso de substâncias psicoactivas, assim como, também quando existem problemas emocionais em gestantes (nomeadamente em situações de abuso de álcool) (Pinheiro, Laprega & Furtado, 2005).

2 - Álcool

O álcool (etanol) é uma droga lícita com propriedades indutoras de dependência que é usada em quase todo o mundo em muitas culturas e consumida, há muitos séculos, tanto por homens como por mulheres em diversas ocasiões (e. g. Grinfeld, 2009; OMS, 2014). Os fatores ambientais, tais como o desenvolvimento económico, a cultura, a disponibilidade de álcool e da eficácia das políticas do álcool são fatores relevantes para explicar as diferenças e as tendências históricas no consumo de álcool e danos relacionados com o mesmo (OMS, 2014). O consumo é um cenário preocupante para a saúde pública e é notório um número cada vez maior de indivíduos dependentes desta

substância, a qual atinge toda a população, independente de raça, idade, sexo ou classe social (Meloni & Laranjeira, 2004). A literatura médica apresenta provas no que diz respeito às consequências existentes para a saúde tendo em conta o consumo de álcool (e.g. Taylor, Barthwell, Wichelecki & Leopold, 2010). As evidências apresentam que o consumo de álcool aumenta o risco de várias doenças crónicas ou, até mesmo, potencialmente fatais, incluindo doença hepática, doença coronária, cancro de mama, diabetes mellitus e osteoporose (Taylor, Barthwell, Wichelecki & Leopold, 2010). O seu consumo pode causar dependência em pessoas predispostas e/ou submetidas a situações de depressão, stress e uso em demasia e frequente, bem como em decorrência das motivações individuais para beber (Grinfeld, 2009).

Atualmente, em Portugal, o álcool é uma substância psicoativa muito utilizada por mulheres em idade fértil e o seu consumo tem vindo a aumentar de forma constante (Xavier, 2006; Grucza et al, 2008;. Wilsnack, 2013 cit. in OMS, 2014). Em contraste com os homens, as mulheres têm uma maior vulnerabilidade para as consequências adversas do vício (Finnegan, 2010). Teoriza-se ainda que a quantidade média de água inferior do corpo que a mulher possui leva a maiores concentrações de álcool no sangue, mesmo quando estas consomem a mesma quantidade de álcool que os homens (Jones & Jones, 1976; Thiel et. al., 1988 cit. in Kay et. al. 2010).

Tendo em conta a informação recolhida em 2009 (World Health Organization Regional Office for Europe, 2012), constata-se que a média europeia do consumo anual per capita de álcool (registado e não registado) na população adulta (15 ou mais anos) é de 12,45 litros (álcool puro) e que a média europeia de abstinentes ao longo da vida é de 5,6% no sexo masculino e de 13,5% no feminino.

No que respeita ao consumo de bebidas alcoólicas, em Portugal, o consumo anual per capita de álcool (registado e não registado) na população adulta (15 ou mais anos) era, em 2009, de 13,43 litros (álcool puro), um pouco superior à média europeia, apesar de a percentagem de abstinentes ao longo da vida ser bastante superior à média europeia, quer no sexo masculino (18,6%) quer no feminino (32%) (OMS, 2012).

Estudos realizados nos Estados Unidos (Floyd et al., 2008), mencionam que a incidência do uso de álcool em mulheres, entre os 15 e os 44 anos, é de 53% e de acordo com estes dados estima-se que mais de 24% das mulheres numa faixa etária jovem têm um consumo excessivo de álcool. Outro estudo realizado nos EUA, revela que mais de metade das mulheres em idade fértil assumem ter consumido álcool no mês passado (Ebrahim, Anderson & Floyd, 1990).

2.1 Consumo de álcool durante a gravidez

No que diz respeito aos padrões de consumo de álcool durante a gravidez, alguns estudos indicam que quando a mulher tem consciência de que está grávida e continua a consumir álcool existe uma maior probabilidade de continuar a beber até ao final da gravidez (e.g. Bolling et al., 2009 & Harrison et al., 2009), no entanto, outros estudos indicam que o consumo de álcool por uma gestante diminui ao longo dos primeiros três meses (Ludsborg, Bracken, Saftlas, 1997).

A prevalência de beber durante a gravidez é diferente entre os estudos e os países (Skagerström, Chang & Nilsen, 2011). Estudos em toda a Europa mostram que há um número significativo de mulheres que continuam a beber durante a gravidez, que vão de 25% em Espanha e 35% -50% nos Países Baixos e taxas ainda mais elevadas no Reino Unido ou a Irlanda correspondendo a 79%. (Eurocare, 2011).

Um estudo realizado em França mostrou que dois principais padrões de consumo foram identificados relativamente às mulheres grávidas que continuaram a beber: o consumo mensal de forma ocasional e consumo semanal regular. Sabe-se que 33,5% das mulheres apresentavam um consumo ocasional de menos de uma vez por mês e 33% bebiam moderadamente (1-4 unidades), enquanto 0,5% tinham bebido de forma exagerada (5 ou mais unidades). Sabe-se também que 13,5% declararam consumo regular, 0,5% bebiam 1-2 unidades por dia, 11,5% consumiam de 1-2 unidades de uma só vez vários dias por semana, e 1,5% bebiam 3-4 unidades de uma só vez vários dias por semana (Malet et al., 2006).

Em Portugal os dados sobre os consumos são escassos, não existindo muitos estudos sobre o consumo de álcool de grávidas, ou seja, em Portugal, a informação existente é limitada. Existe um estudo exploratório (Xavier, Moreira & Godinho, in press) que mostrou que 24,5% das mulheres grávidas continuavam a beber bebidas alcoólicas. Quanto aos resultados publicados de duas subamostras do Estudo Geração XXI apontam para consumos variando entre 7,9% (no primeiro trimestre) e 13,3% (no terceiro trimestre) (Pinto et al., 2009) e 13,3%, noutro estudo (Pinto et al., 2009).

Skagerström e colaboradores (2011) mostram como resultado de um estudo que as diferenças culturais no uso do álcool podem estar relacionadas, ou seja, é possível que as mulheres que relatam beber durante a gravidez sejam influenciadas por normas culturais e aceitabilidade relativamente ao álcool.

Existem pois muitas mulheres que consomem álcool durante a gravidez, no entanto, na gravidez, é ainda desconhecida a quantidade mínima e a frequência do consumo de álcool que possa não afetar o feto (Grinfeld, 2009), desconhecendo-se também, dados que associem quantidades de álcool e padrões específicos a consequências específicas (há exceção do Síndrome Alcoólico Fetal - SAF que está associado a grandes consumos de álcool). Infelizmente, muitas mulheres não estão suficientemente informadas de que durante toda a gravidez, mesmo a baixos níveis de exposição, o álcool interfere com o desenvolvimento e pode causar sérios danos ao feto. Por exemplo, o desenvolvimento de todos os órgãos fetais pode ser afetado nesta fase inicial, durante o primeiro trimestre (Floyd et. al., 2008). Mulheres grávidas que abusam do álcool apresentam desafios significativos no trabalho de parto. Um nível de álcool no sangue de 25 mg / dL está associado a alterações significativas (intoxicação é normalmente definida como um nível de álcool no sangue superior a 100 mg / dL). A intoxicação alcoólica aumenta a acidez gástrica e diminui a capacidade de proteger as vias aéreas (Keegan, Parva, Finnegan, Gerson & Beldon, 2010). Segundo a Eurocare (2011), estima-se que o consumo de álcool possa estar relacionado com grande parte dos abortos espontâneos que acontecem todos os anos na UE (Eurocare, 2011).

Muitas mulheres grávidas continuam a beber álcool apesar das recomendações clínicas e campanhas de saúde pública existentes em muitos países sobre os riscos associados ao uso de álcool pré-natal, informando que, mesmo que a mãe consuma moderadamente ou mesmo pequenas quantidades de álcool, o uso do álcool pode provocar consequências comportamentais e neurocognitivas na criança (e.g. Creasy et al., 2009), e considerando que, então qualquer consumo durante a gravidez é um consumo de risco (e.g. OMS, 2005).

Portanto, as repercussões diretas do consumo de álcool para o feto e para o recém-nascido são variadas (OMS, 2004). A exposição in utero ao álcool, apesar de legal, é extremamente perigosa (Bandstra & Accornero, 2006 cit. in Bandstra et al., 2010). Relativamente às consequências do consumo de álcool, esta substância pode provocar danos no embrião, existindo assim uma maior probabilidade de sofrer doenças, lesões cerebrais, problemas comportamentais, cognitivos, alterações físicas, entre outros, podendo ser permanentes e irreversíveis (e.g. OMS, 2005; Creasy et al., 2009; Grinfeld, Segre, Chadi & Goldenberg, 2000). Todo o álcool ingerido pela gestante atravessa a barreira placentária, fazendo com que o feto esteja exposto às mesmas concentrações do sangue materno (Kaup, Merighi & Tsunehiro, 2001; Freire,

Machado, Melo & Melo, 2005). Contudo, a exposição fetal é maior, uma vez que o metabolismo e a eliminação são mais lentos, fazendo com que o líquido amniótico permaneça absorvido de álcool não modificado (etanol) e acetaldeído (metabólito do etanol) (Chaudhuri, 2000 cit. in. Freire, Machado, Melo & Melo, 2005).

Ou seja, grande parte da investigação estudou os efeitos da exposição à substância pré-natal e esta tem sido caracterizada a partir de uma abordagem teratológica que reconhece que os efeitos de uma toxina podem não ser evidentes no momento do nascimento, mas podem surgir mais tarde no desenvolvimento de capacidades funcionais e comportamentais (Bandstra, Morrow, Mansoor & Accornero, 2010). Foi tendo em conta todos estes elementos que a OMS concluiu que durante a gravidez não deverá existir consumo de bebidas alcoólicas, assumindo uma tolerância zero (OMS, 2007).

Tendo em conta a literatura, existem duas questões principais associadas ao consumo de álcool: a necessidade de identificação do consumo pelas gestantes e as repercussões observáveis deste na gestação e parto, nos recém-nascidos (Junior, 2005) e na continuação do seu desenvolvimento (e.g. Xavier, 2006).

Várias fontes bibliográficas abordam a associação entre o consumo de álcool por parte da mãe durante a gravidez e os resultados negativos neurocomportamentais nas crianças (e.g. O'Conner, 2002). Estas exibem frequentemente défices cognitivos e de atenção, dificuldades de aprendizagem, níveis elevados de atividade, problemas de autorregulação, comportamentos inadequados, problemas motores e dificuldades ao nível da linguagem expressiva (Mattson et al., 1998 cit. in. Pinho, Pinto & Monteiro, 2006; Mills, Graubard & Harley, 1984; Sood et. al., 2001 cit. in. Skagerstróm, Chang & Nilsen, 2011). Os problemas de aprendizagem e de memória tendem a persistir na vida adulta (Streissguth, 1997). Verificou-se que mesmo pequenas quantidades de álcool são suficientes para causar efeitos neurocomportamentais adversos, muitos dos quais provocam deficiência ao longo da vida (Stratton, Howe & Battaglia, 1996; Sayal, Heron, Golding & Emond, 2007 cit. in Skagerstróm, Chang & Nilsen 2011).

A principal consequência do consumo de álcool é a SFA (Síndrome Fetal Alcoólico) que juntamente com os restantes tipos de consequências integram-se nas Desordens do Espectro Alcoólico Fetal (DEAF) (Keegan, Parva, Finnegan, Gerson & Belden, 2010). DEAF não é um diagnóstico, mas sim um conjunto de termos diagnósticos resultantes da exposição pré-natal ao álcool que incluem a SFA, a DNRA ou ARND (Transtornos do Neurodesenvolvimento Relacionadas ao Álcool) na qual as

crianças apresentam problemas cognitivos e comportamentais; DCRA ou ARBD (Transtornos Congênitos Relacionadas ao Álcool) na qual as crianças possuem algum tipo de deficiência ao nascer; EFA (efeitos fetais relacionados ao álcool). Nestas 3 condições as crianças apresentam uma exposição confirmada ao álcool na gestação, sem um diagnóstico confirmado de SAF (Bertrand et al., 2004).

A SFA refere-se a uma constelação de anormalidades físicas, comportamentais e cognitivas que ocorrem na criança como resultado do abuso de álcool durante a sua gestação (Jones et al., 1973; Jones & Smith, 1973), portanto, é “*considerada uma consequência da ação teratológica tóxico-metabólica do álcool sobre o embrião ou feto em decorrência da ingestão de bebidas alcoólicas pela mãe durante a gravidez*” (Lima, 2008, p. 4 cit. in. Ribeiro, Ponte & Araújo, 2010).

Tendo em conta as consequências da ingestão de álcool, o consumo de álcool por parte da gestante mostra maior risco de malformações, aborto espontâneo, baixo peso ao nascer, prematuridade, asfixia e mortalidade perinatal, além de diversos problemas físicos e mentais decorrentes da SFA (Moraes & Reichenheim, 2007). Apesar de ser uma doença de causa conhecida e existente há muito tempo, a SFA veio ao palco das discussões médicas há cerca de quarenta anos, quando Lemoine e colaboradores publicaram, em 1968, “*o encontro de anomalias observadas em filhos de mulheres alcoólicas*” (Grinfeld, 2009).

De acordo com Riley e colaboradores (1995) cerca de 80% das crianças com SAF têm microcefalia e problemas de comportamento. Também cerca de 50% das crianças afetadas também apresentam uma coordenação motora pobre, hipotonia, perturbação de hiperatividade e déficit de atenção, anomalias faciais identificáveis, assim como a hipoplasia do maxilar, micrognatismo e fissura labiopalatal, entre outras, sendo ainda frequentes as malformações cardíacas, as malformações vasculares e as dificuldades ao nível da visão e audição (Clarren & Smith, 1978 cit. in. Pinho, Pinto & Monteiro, 2006; Streissguth et al., 1991 cit. in. Pinho, Pinto & Monteiro, 2006).

O perfil comportamental das crianças com SAF inclui problemas com a fala e a comunicação (por exemplo, falam demais e/ou muito rapidamente, interrompendo o discurso de outros), têm dificuldades como a desorganização e a perda de pertences, labilidade emocional (tais como mudanças de humor ou reações extremas), disfunções motoras (por exemplo, nos desportos), desempenho escolar mais empobrecido, dificuldade em iniciar/completar tarefas, pouca atenção, interações sociais incorretas (por não conseguirem avaliar as consequências do seu comportamento), respostas

fisiológicas incomuns (como a hiperacusia, hiperatividade e distúrbios do sono) (Hoyme et. al., 2005 & Burd, 2008 cit. in. Grinfeld, 2009).

O conhecimento sobre os riscos ligados a qualquer tipo de consumo de álcool durante a gravidez deve ser amplamente orientado tanto para o público em geral como para o sector profissional (Malet, Chazeron, Llorca & Lemery, 2006).

Parte II

1. Objetivo geral, Objetivos Específicos e Hipóteses

Este estudo tem como objetivo geral conhecer padrões de consumo de álcool num grupo de mulheres grávidas de uma zona litoral norte do país e perceber a sua relação com a vivência psicológica da gravidez.

Os objetivos específicos são:

1. Conhecer os padrões de consumo de álcool existentes neste grupo de mulheres grávidas.
2. Conhecer as características da vivência psicológica da gravidez das mulheres que referem consumir bebidas alcoólicas durante a gravidez.
3. Verificar se existem correlações entre atitudes sobre a gravidez e o consumo de álcool.

Para o presente estudo foram elaboradas as seguintes hipóteses:

H1: As mulheres grávidas consomem álcool durante a gravidez.

H2: Existem diferenças significativas ao nível da vivência psicológica da gravidez entre as mulheres grávidas que consomem álcool e as mulheres grávidas que não consomem álcool.

H3: Há correlações entre as vivências psicológicas da gravidez e os consumos de álcool das mulheres grávidas.

2. Metodologia

Amostra

O grupo de participantes neste estudo é constituído por 52 mulheres grávidas de uma zona litoral norte do país (Matosinhos) que recorrem ao Serviço de Saúde Público, nomeadamente às Unidades de Cuidados na Comunidade da respectiva Unidade Local de Saúde (ULS) para acompanhamento da gravidez e/ou para a realização do curso para a preparação para o parto.

A média de idades da amostra é de 32, (desvio padrão de 4,4), variando entre os 17 e os 40 anos.

Os restantes dados de caracterização sociodemográfica recolhidos estão sumarizados na tabela I. a tabela 2 apresenta dados de caracterização da gravidez.

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica

	N	%
Escolaridade		
3º ciclo	3	5.9
Secundário	17	33.3
Licenciatura	23	45.1
Pós-graduação	8	15.7
Situação Laboral		
Empregada	41	80.4
Desempregada	9	17.6
Sem Informação	1	2
Estado Civil		
Solteira	22	43.1
Casada	23	45.1
Divorciada	1	2.0
União de Facto	5	9.8

Tabela 2. Caracterização da Gravidez

	N	%
Gênero do Bebê		
Feminino	32	62
Masculino	20	38
Tipo de Gravidez		
Múltipla/Gemelar	1	2
Simples	50	98
Número de Filhos		
0	37	72.5
1	13	25.5

Quanto ao tempo de gestação, a média do tempo de gestação de 31,5 semanas, variando entre as 25 e as 38 semanas (não obtivemos informação acerca de uma das participantes).

2.1 Instrumentos

Os instrumentos utilizados neste estudo tendo em conta os objetivos propostos foram a Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001, versão portuguesa para a gravidez adaptada para estudo de Xavier, Pacala & Hoffmeister, 2014) e a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM) (Xavier & Paúl, 1996; Xavier, Paul & Sousa, 2001).

Estes instrumentos integram um cabeçalho que permite reunir informação no que diz respeito à caracterização sociodemográfica (como por exemplo: idade; estado civil; nível de escolaridade; número de filhos) e relativamente à caracterização da gravidez (como por exemplo: tempo de gravidez e género do bebê).

O AUDIT é constituído por dez questões e, de acordo com a pontuação, auxilia a identificar quatro diferentes padrões de consumo: uso de baixo risco (consumo que provavelmente não levará a problemas), uso de risco (consumo que poderá levar a problemas), uso nocivo (consumo que provavelmente já tenha levado a problemas) e dependência (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). O termo “uso problemático” caracteriza os três últimos padrões de consumo da substância. Esta escala

é constituída por 10 itens, avaliados através de uma escala tipo Likert de cinco pontos (0-4).

Se a pontuação total for inferior a 4 é improvável que tenha um problema com o álcool. Se a pontuação está entre 4 e 8 e tiver menos de 18 anos de idade ou sexo feminino, então este teste sugere que os padrões de consumo podem ser considerados perigosos ou nocivos. Se a pontuação for 13 ou mais, sugere que o consumo apresenta sinais de dependência (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001).

Uma das vantagens do AUDIT é a sua utilização em diversos países (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001) permitindo que existam comparações entre resultados com outros instrumentos.

A Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM) (Xavier & Paúl, 1996; Xavier, Paul & Sousa, 2001) é destinada a mulheres grávidas e foi construída com o objetivo de avaliar as atitudes em relação à gravidez e à maternidade. Esta escala é constituída por 42 itens, avaliados através de uma escala de tipo Likert de quatro pontos (1- “sempre”; 2- “muitas vezes”, 3- “poucas vezes”, 4- “nunca”), que se organizam em sete subescalas, sendo estas: Filho Imaginário (FI); Boa Mãe (BM); Gravidez como Fator de Mudança e Crescimento Pessoal (GFMCP); Aspectos Difíceis da Gravidez e da Maternidade (ADGM), Relação com a Própria Mãe (RPM), Apoio do Marido/Companheiro (AMC) e Imagem Corporal e Necessidade de Dependência (ICND). Este instrumento possui qualidades psicométricas, ao nível da fidelidade, consistência interna, fiabilidade, validade de conteúdo e validade discriminativa (Xavier, Paul & Sousa, 2001).

2.2 Procedimentos

2.2.1 Procedimentos de recolha de dados

Para a concretização deste estudo, foi pedida autorização à Direção/Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde (ULS), onde se realizou o estudo, especificando o seu objetivo bem como a descrição sobre a metodologia a utilizar. Após a obtenção da autorização por parte da ULS iniciou-se a recolha de dados que decorreu no mês de Junho.

As mulheres grávidas foram contactadas no início ou final da sessão do curso para preparação para o parto pela enfermeira responsável pelo curso na respectiva Unidade

de Cuidados da Comunidade (especificamente no Centro de Saúde de Leça da Palmeira, no centro de saúde de Senhora da Hora e no Centro de Saúde de S. Mamede Infesta).

A entrega dos instrumentos foi realizada através do contacto direto sendo os instrumentos entregues em mão. Anteriormente à entrega dos questionários foram explicados os objetivos da investigação e também foi pedido o preenchimento do respectivo formulário de consentimento informado. No consentimento informado é feita uma breve apresentação ao estudo, garantido o anonimato dos participantes e explicado que serão utilizados apenas os dados na sua globalidade.

O preenchimento teve a duração média de 8 minutos.

2.2.2 Procedimentos de análise de dados

Após a recolha dos dados fez-se a cotação dos instrumentos e introduziu-se os dados na base previamente elaborada, recorrendo ao programa informático *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20 para Windows. Primeiramente utilizou-se uma análise estatística descritiva de forma a caracterizar os participantes. Utilizamos a análise inferencial para comparar dados (estatística não paramétrica – uma vez que não se cumpria os pressupostas de distribuição normal). Para analisar os resultados da Escala de Atitudes Sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM) (Xavier, Paul & Sousa, 2001) foram realizados testes z (tendo em conta os valores da média e desvio padrão da população em geral/amostra padrão), recorrendo-se à seguinte fórmula Z (Clark-Carter, 1997):

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

Depois de calculados os valores de z, estes valores foram analisados na tabela de probabilidades de z (Clark-Carter, 1997), obtendo-se os valores de *p-value* que mostraram a existência ou não de diferenças significativas.

Depois da análise exploratória dos dados revelar não estarem cumpridos os pressupostos subjacente à utilização de testes paramétricos, recorreu-se à estatística não paramétrica, nomeadamente o teste de Mann-Whitney.

Por fim utilizamos a análise correlacional (Correlação de *Sperman*) de forma a perceber se existe correlação entre os consumos de álcool das mulheres grávidas e as vivências psicológicas da gravidez.

3. Resultados

Seguindo a ordem dos objetivos do trabalho, começamos por apresentar os dados referentes aos consumos, obtidos através do AUDIT.

Tabela 3. Resultados relativos ao item 1 do AUDIT - “Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?”

	N	%
Nunca	49	94.2
Uma vez por mês ou menos	1	1.9
Duas a quatro vezes por mês	1	1.9
Total	51	100

Tabela 4. Resultados relativos ao item 2 do AUDIT - “Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?”

	N	%
1 ou 2	9	17.6
Sem informação	42	82.4
Total	51	100

Tabela 5. Resultados relativos ao AUDIT

Pontuação Total	N	%
0	48	96.1
1	1	2.0
2	1	2.0
Total	51	100

Relativamente às pontuações da AUDIT, revelam que a maior parte das mulheres grávidas não consomem álcool (96,1%) (Tabela 5).

Quanto à vivência psicológica da gravidez, a tabela 6 apresenta os dados referentes aos resultados da comparação entre o subgrupo que consome álcool comparando com a amostra padrão.

Tabela 6. EAGM – Comparação entre amostra do estudo (Grupo C) e amostra padrão

Subescalas	Amostra Padrão		Consumo álcool		Z
	N	Média (DP)	N	Média (DP)	
Filho imaginado	357	11,56 (2,93)	2	6,5 (0,71)	-2,4*
Boa mãe	357	20,09 (3,87)	2	18,5 (0,71)	-2,9*
Gravidez como fator de mudança/crescimento pessoal	357	12,32 (3,47)	2	6,5 (0,71)	-12*
Aspetos difíceis da gravidez/maternidade	357	23,09 (3,72)	2	26,5 (6,36)	6,5*
Relação com a própria mãe	357	6,48 (2,03)	2	3,5 (0,71)	-10*
Apoio do marido/companheiro	357	5,79 (1,70)	2	7 (2,82)	5*
Imagem corporal e necessidade de dependência	357	8,71 (2,34)	2	8,5 (3,54)	-0,6

*p<0,5

No que diz respeito à subescala “Filho Imaginado”, há diferenças estatisticamente significativas relativamente aos resultados do nosso subgrupo que revelou consumos de álcool quando comparados com a amostra padrão. O mesmo acontece quanto à subescala “Boa mãe”, “Gravidez como fator de mudança/crescimento pessoal”, “Aspetos difíceis da gravidez/maternidade”, “Relação e “Apoio do marido/companheiro”. Relativamente à subescala “Imagem corporal e necessidade de dependência”, esta não apresenta diferenças significativas entre a amostra padrão e subgrupo da amostra utilizada (Tabela 6).

Ainda no que diz respeito à vivência psicológica da gravidez, a tabela 7 apresenta os dados referentes aos resultados da comparação entre o subgrupo que não consome álcool (Grupo NC) com o subgrupo que admite consumir álcool (Grupo C).

Tabela 7. EAGM - Comparação entre grupo que consome álcool (Grupo C) e grupo que não consome álcool (Grupo NC)

Subescalas	Grupo C		Grupo NC		U
	N	Ordem Média	N	Ordem Média	
Filho imaginado	2	4,25	49	26,89	5,50*
Boa mãe	2	21,75	49	26,17	40,50
Gravidez como fator de mudança/crescimento pessoal	2	9	49	26,69	15,00
Aspetos difíceis da gravidez/maternidade	2	38,75	49	25,48	23,50
Relação com a própria mãe	2	3,25	49	26,93	3,50*
Apoio do marido/companheiro	2	32	49	25,76	37,00
Imagem corporal e necessidade de dependência	2	27	49	25,96	47,00

* $p < 0,5$

Há diferenças estatisticamente significativas entre os dois subgrupos nas subescalas “Filho Imaginado” e “Relação com a própria mãe (Tabela 7).

Nas restantes subescalas não existem resultados significativos (Tabela 7).

Quanto ao objetivo 3, analisaram-se as correlações entre os consumos (valor total - AUDIT) e os valores de cada subescala da EAGM, não se encontrando correlações estatisticamente significativas entre as vivências psicológicas da gravidez e os consumos de álcool das mulheres grávidas. Relativamente à subescala “Filho Imaginado” estamos perante a ausência de correlações, $r=-0,19$, $p=0,18$. O mesmo acontece na subescala “Boa mãe”, $r=-0,53$, $p=0,71$. No que diz respeito à subescala “Gravidez como fator de mudança/crescimento pessoal”, não há correlação, sendo $r=-0,23$, $p=0,11$. Quanto à subescala “Aspetos difíceis da gravidez/maternidade”, estamos igualmente perante a ausência de correlações, $r=0,15$, $p=0,28$. Relativamente à subescala “Relação com a própria mãe” estamos perante ausência de correlações, $r=-0,19$, $p=0,18$. Tendo em conta a subescala “Apoio do marido/companheiro”, não há correlação, $r=0,85$, $p=0,55$. Por último, no que diz respeito à subescala “Imagem corporal e necessidade de dependência”, não existe correlação, $r=-0,46$, $p=0,75$.

4. Discussão dos Resultados

O presente estudo teve como objectivo geral conhecer padrões de consumo de álcool no grupo de mulheres grávidas de uma zona litoral norte do país e perceber a sua relação com a vivência psicológica da gravidez. A amostra foi constituída por 51 mulheres grávidas. A média de idades era de 31,90 (DP=4,40), com a maioria acima dos 30 anos. Apenas 28 mulheres (54,9%) referem ter uma relação “oficial”, ou seja casadas ou em união de facto. Verificou-se que a maior parte das mulheres grávidas desta amostra são licenciadas (45,1%) e encontram-se empregadas (80,4%). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), a taxa de desemprego em Portugal nas mulheres é de 14,4%, o que mostra um valor inferior à taxa de desemprego da nossa amostra, 17,6%. A maioria das mulheres (72,5%) não tem filhos anteriores a esta gravidez. Sendo a média de idades de 31,90, com a maioria acima dos 30 anos, a nossa amostra está de acordo com os dados do Inquérito à Fertilidade (2013), uma vez que maioria das pessoas sem filhos tem menos de 30 anos. Relativamente aos antecedentes familiares com problemas relacionados com o álcool, 33,3% das mulheres afirmam ter familiares que já tiverem problemas com o álcool, sendo que 66,7% referiram não ter ou pelo menos desconhecer essa problemática.

Neste ponto pretende-se discutir e interpretar os resultados obtidos tendo em conta os objectivos e as hipóteses de investigação que foram formuladas inicialmente.

Quanto ao primeiro objetivo, conhecer os padrões de consumos de álcool nas mulheres grávidas, verificou-se nos resultados do AUDIT que das 51 participantes do estudo que responderam ao item 1-“Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?”, 96,1% referem que nunca consumiram uma bebida alcoólica desde que tomaram conhecimento da sua gravidez, apenas 2% afirmam beber uma vez por mês ou menos e 2% das mulheres grávidas afirmam beber duas a quatro vezes por mês.

No que diz respeito ao item 2-“Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?”, 17,6% admitem beber 1 ou 2 bebidas. Embora bebam pouco, o que é reforçado pelos valores totais do AUDIT, na gravidez mesmo o baixo consumo, é considerado consumo de risco (e.g. OMS, 2005).

No que diz respeito ao resultado total da pontuação do AUDIT 96,1% das participantes obtiveram uma pontuação de “0”; 2% obtiveram “1” ponto e 2% apresentaram uma pontuação de “2” pontos. Tendo em conta os resultados, podemos concluir que a pontuação máxima obtida na aplicação deste instrumento é de 2 pontos, o que significa que a maioria das participantes encontra-se no nível I que se refere a consumidores de baixo risco ou bebedores abstinentes da população em geral. É de ter em conta que todos os níveis (nível I ao nível IV) descritos no manual do AUDIT dizem respeito à população em geral.

Sendo assim, no que se refere à hipótese 1 - As mulheres grávidas consomem álcool durante a gravidez - a hipótese foi confirmada.

Os valores totais obtidos pelas grávidas que referem consumos durante a gravidez são valores baixos, ou seja, se não estivessem grávidas não seria preocupante (se a pontuação total for inferior do AUDIT for inferior a 4 é considerado improvável que tenha problemas com álcool).

Apesar dos resultados se mostrarem positivos, dado que a maioria das mulheres grávidas que participaram no estudo afirmam não ter consumido álcool desde que tomaram conhecimento da gravidez (96,1%), ainda existe uma percentagem, apesar de não ser um valor muito significativo, que o faz, ou seja, 3,9% afirmam que consumiram uma vez por mês ou menos e 2% afirmam que consumiram 2 a 4 vezes por mês. Isto significa que esta percentagem de participantes (4%) consumiram durante a gravidez e apresenta-se como uma percentagem de risco, uma vez que a OMS recomenda uma “tolerância 0” para os consumos, (pelo facto de se desconhecerem se existem limites

seguros para o consumo de álcool), recomendando a abstinência total do álcool durante a gravidez (OMS, 2006), pois qualquer consumo de álcool durante a gravidez é considerado um consumo de risco (Plano Nacional de Saúde 2009/2012). Portanto, mediante estas considerações, os resultados apresentados podem ser vistos ou interpretados como negativos. Como tal, esta temática é vista como uma área prioritária para a União Europeia (Eurocare, 2011).

Apesar de, como já ter sido mencionado, que a percentagem de grávidas que consomem álcool apresentar valores baixos, estes mesmos resultados são igualmente preocupantes, pois indicam que existem grávidas que não cumprem as normas/considerações da OMS, traduzindo que estas mulheres podem desconhecer as consequências que o consumo do álcool pode causar no feto ou até mesmo posteriormente. No entanto, estes efeitos podem ser conhecidos para as mesmas e estas podem ignorar a situação considerada. Podemos também recorrer a um olhar mais positivo, considerando que estes resultados da nossa amostra poderão reflectir o conhecimento das grávidas sobre as consequências do consumo e aceitação das indicações da OMS (Xavier, 2006).

Quando comparamos estes valores com os descritos para a Europa (e.g. Eurocare, 2011) e para Portugal (e.g. Xavier, Moreira & Godinho, *in press*), estes resultados são muito inferiores. Tendo em conta o número limitado da amostra bem como o facto de estas passagem de instrumentos estar a ser iniciada nestes contextos e com estas equipas de enfermagem, os resultados obtidos alertam para a necessidade de maior controlo das situações de preenchimento dos instrumentos, procurando perceber se existe privacidade e se as informações disponibilizadas às participantes não induzem a respostas marcadas pela desajustabilidade social, bem como para a continuação de recolha de dados, aumentando a amostra e possibilitando novos dados que corroborem, ou não, os valores agora obtidos.

Tendo em conta a problemática, a prevenção possui um papel central no sentido de alertar a população para as consequências do consumo de álcool durante a gravidez. Toda a informação deveria ser transmitida através dos profissionais de saúde, governo e pela comunicação social, portanto seria crucial que o governo apresentasse um papel mais ativo no sentido de implementar medidas para restringir o consumo de álcool na gravidez, assim como já acontece noutros países (PNRPLA, 2009-2012).

Relativamente ao segundo objectivo, “conhecer as características da vivência psicológica da gravidez das mulheres que referem consumir bebidas alcoólicas durante

a gravidez”, exploramos a existência de diferenças entre este subgrupo e a amostra padrão e o subgrupo das mulheres que revelaram não beber. Na comparação entre o subgrupo que consome com a amostra padrão, encontraram-se diferenças significativas nas seguintes subescalas: “Filho Imaginado”, “Boa Mãe”, “Gravidez como Fator de Mudança/Crescimento Pessoal”, “Aspectos difíceis da Gravidez/Maternidade”, “Relação com a Própria Mãe” e “Apoio do Marido/Companheiro”. A única subescala na qual não existem diferenças significativas corresponde à “Imagem Corporal e Necessidade de Dependência”. O facto do subgrupo de mulheres que revelam consumo ser muito reduzido limita o interesse destes resultados que, no entanto, poderá ainda ser discutido apresentando pistas indicativas.

Assim, quanto à escala “Filho Imaginado” esta diz respeito às expectativas da mulher grávida face ao futuro do bebé (Xavier, Paúl & Sousa, 2001). Os resultados obtidos pelo nosso subgrupo é mais baixo que o resultado padrão, apontando para maior investimento na antecipação dos cuidados a prestar à criança depois do nascimento. Poderíamos então colocar a hipótese que estas mulheres investem muito dos seus sonhos e esperanças sobre o que vai acontecer durante os primeiros anos de vida, descurando cuidados na gravidez, como por exemplo, evitar as bebidas alcoólicas.

A mesma tendência de resultados acontece nas escalas “Boa Mãe” (que está relacionada com a futura mãe se idealizar como uma educadora perfeita, capaz de ultrapassar as dificuldades, considerando-se pronta para criar o filho (Paúl, Sousa & Xavier, 2001)) e “Gravidez como Fator de Mudança/Crescimento Pessoal (esta subescala diz respeito a explorar as vivências psicológicas da mulher na gravidez e alterações que daí recorrem (Erikson, 1959; Lee, 1995; Lis & Zenaro, 1997)), indicando que estas grávidas são mais preocupadas com o seu papel futuro enquanto “boas mães” e também nas dimensões de mudança que a gravidez trás. Quanto à escala “Aspectos difíceis da gravidez/maternidade” as diferenças significativas revelam resultados mais elevados no subgrupo do que na amostra padrão, indicando menor atenção aos aspectos difíceis desta gravidez, ou seja, a forma como a mãe encara os aspectos considerados mais difíceis no processo da gravidez, tais como os aspectos relacionados com o período da gravidez a nível físico e psicológico.

Também na “Relação com a própria mãe” e “Apoio do marido/companheiro”, subescalas que dizem respeito a procurar analisar a forma como a grávida está a viver a relação com a própria mãe e o apoio que tem por parte do marido/companheiro, respectivamente (Paúl, Sousa & Xavier, 2001) se encontram diferenças estatisticamente

significativas. No primeiro caso, os resultados são mais baixos, revelando uma leitura mais positiva da relação com a própria mãe. No segundo caso são mais elevados, revelando desvalorização do papel/apoio do marido/companheiro o que poderá apontar para um desafio à sua identidade feminina o que pode provocar uma concentração na gravidez e no que acontecerá depois do bebé nascer (Cousineau & Domar, 2007; Gameiro, Silva & Canavarro, 2008).

Quanto às diferenças entre o subgrupo de grávidas que revelam consumir e as que revelam não consumir, diferenças estatisticamente significativas foram encontradas nas subescalas “Filho Imaginado” e “Relação com a própria mãe”. Quanto à subescala “Filho Imaginado”, os resultados obtidos pelo subgrupo de grávidas que referem consumir álcool é mais baixo que o subgrupo correspondente a grávidas que referem não consumir álcool, apontando para maior investimento na antecipação dos cuidados a prestar à criança após o nascimento. Poderíamos então colocar a hipótese que estas mulheres que referem consumir álcool investem muito dos seus sonhos e esperanças sobre o que vai acontecer durante os primeiros anos de vida.

No que diz respeito à subescala “Relação com a própria mãe”, os resultados obtidos pelo subgrupo de grávidas que referem consumir álcool é mais baixo que o subgrupo correspondente a grávidas que referem não consumir álcool, o que revela uma leitura mais positiva da relação com a própria mãe nas mulheres que admitem consumir álcool.

Assim, a hipótese 2 - Existem diferenças significativas ao nível da vivência psicológica da gravidez entre as mulheres grávidas que consomem álcool e as mulheres grávidas que não consomem álcool foi confirmada.

Quanto ao objectivo 3, não se encontraram correlações entre atitudes sobre a gravidez e o consumo de álcool. Tendo em conta o tamanho reduzido da amostra, nomeadamente do subgrupo que revela consumos, parece-nos importante continuar a recolha de dados para obtenção de mais informação que permita que se assuma (ou não) a não existência de correlação entre a vivência psicológica da gravidez enquanto avaliada pela EAGM) e os consumos de álcool neste período.

Conclusão

Com este trabalho procurou-se conhecer o consumo de álcool e as atitudes sobre a vivência psicológica da gravidez e maternidade num grupo de grávidas utentes na Unidade Local de Saúde de Matosinhos. O uso do álcool durante a gestação é um risco tanto para a saúde materna, quanto para a do feto, implicando toda a sociedade (e.g. Xavier, 2006; OMS, 2005).

Existem inúmeras investigações no que diz respeito aos efeitos do consumo de álcool durante a gestação, assim como, também há diversos estudos que se debruçam empenhadamente pelas consequências que o álcool pode ter para o feto, a criança e a mãe. A investigação dita que anualmente 12.000 bebés nascem com a síndrome alcoólica fetal (SAF), mundialmente (OMS, 2006). Alguns desses mesmos estudos referem que a criança poderá apresentar vários problemas físicos, cognitivos e comportamentais, sendo que estas consequências podem assim repercutir-se futuramente na criança (Streissguth et al., 2004).

Ou seja, o rastreio do consumo do álcool é importante para a identificação das mulheres em risco e nomeadamente para a prevenção do FASD e dos efeitos no desenvolvimento neurológico em crianças cujas mães quando estavam grávidas consumiram álcool (e. g. Skagerstrom, Chang & Nilsen, 2011).

A OMS (2011), alerta para o facto do consumo de álcool ser perigoso tanto para a pessoa que o consome como para as pessoas à sua volta, sendo sempre recomendada abstinência total de álcool durante a gravidez. No entanto estudos revelam que muitas mulheres apresentam dúvidas no que diz respeito ao conceito de abstinência durante a gravidez (Toutain, 2009).

Depois da recolha de dados e da sua devida análise, relativamente aos objectivos propostos, estes foram alcançados, e no que diz respeito às hipóteses formuladas podemos dizer que uma hipótese foi refutada e as outras aceites. Ficamos então a conhecer os consumos de álcool das mulheres grávidas do estudo. Os consumos de álcool são muito inferiores aos encontrados na Europa (Eurocare, 2011), e à reduzida informação (reduzida) existente acerca dos consumos de álcool por parte das gestantes em Portugal (Xavier, Moreira & Godinho, in press; Xavier, 2002).

Com o estudo, ficamos também a conhecer as atitudes sobre a gravidez e a maternidade. A gravidez, a maternidade é um momento importante no ciclo vital

feminino que pode dar à mulher a oportunidade de atingir novos níveis de integração e desenvolvimento (Canavarro, 2001).

O presente estudo tinha, também como objectivo avaliar se existiam correlações entre a vivência psicológica da gravidez e o consumo de álcool, no entanto, os dados revelaram que não existe correlação entre as duas variáveis.

Surgiram algumas limitações ao longo deste estudo, sendo uma delas o número reduzido da amostra, nomeadamente das grávidas que assumem consumir álcool (N=2). Este fator deve-se a questões burocráticas que dificultaram a obtenção da autorização para seguidamente se proceder à recolha dos dados.

Para estudos futuros, sugere-se que se continue com esta linha de investigação de forma a aumentar a amostra, uma vez que existe a constatação da limitação de dados nacionais, portanto destaca-se a necessidade de se continuar este tipo de investigações, pois acima de tudo é considerado um importante problema de saúde pública (e. g. PNRPLA, 2009-2012), sendo importante intervir/prevenir adequadamente a este nível. A prevenção surge como um papel central em alertar para as consequências do consumo de álcool durante a gravidez (Eurocare, 2011).

Segundo alguns autores, ao nível das intervenções, existem poucas com o objectivo de reduzir a exposição ao álcool durante a gravidez na população (Manwell et al., 2000). A World Drink Trends (2005) sugere como medida para intervir no consumo de álcool durante a gravidez, colocar avisos nas bebidas alcoólicas (o que já se encontra implementado em alguns países europeus) alertando para as consequências no consumo de álcool na gravidez ou para as mulheres que pretendiam engravidar. No entanto, estas medidas deram origem a controvérsias, por considerarem as medidas exageradas e por não haver evidências conclusivas da quantidade de álcool que pode ser prejudicial para o feto.

Sendo esta uma temática tão pertinente, uma vez que se relaciona também com questões sociais para além do foco individual, e a constatação da limitação de dados nacionais referente ao tema sublinha-se a necessidade de se continuar este tipo de estudos.

Referências Bibliográficas

Anderson, P. & Baumberg. (2006). Alcohol in europe a public health perspective. A report for the European Commission. Disponível em: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_content_en.pdf. [Consultado em 11/03/2015].

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C. Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001). The Alcohol Use Disorders Identification Test – Guidelines for Use in Primary Care. *World Health Organization*.

Batista, M., Dahan, A., Torres, E. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic revista de psicologia da Vetor Editora*, 7 (1), 39-48.

Bertrand, J., Floyd, R. L. & Weber, M. K. (2004). *Fetal alcohol syndrome: guidelines for refer al and diagnosis*. Atlanta: US Department of Health and Human Services, CDC.

Canavarro, M.C. (2001). *Gravidez e maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento*. In M.C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (17-49). Coimbra: Quarteto Editora.

Cousineau, T., Domar, A. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetric and Gynaecology*, 21, 293-309). Consultado em: <http://www.sciencedirect.com>.

Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

Creasy, R., K., Resnik, R. & Iams, J., D. (2009). *Creasy and Resnik's maternal-fetal medicine : principles and practice*. Philadelphia: Saunders/Elsevier.

Davis, P. M., Carr, T. L. & Cindy, B. L. (2008). Needs assessment and current practice of alcohol risk assessment of pregnant women and women of childbearing age by primary health care professionals. *Can J Clin Pharmacol*, 15, 214-222.

Ebrahim, S., H. Anderson, A., K. & Floyd, R., L. (1990). Alcohol consumption by reproductive-aged women in the USA: An update on assessment, burden and prevention in the 1990s. *Prenat Neonat Med*, 4, 419-430.

Eurocare (2011). Protecting the unborn baby from alcohol, policy debate. Disponível em:

http://eu.ask.com/web?l=dis&q=Eurocare+%282011%29.+Protecting+the+unborn+ba+by+from+alcohol%2C+policy+debate.&o=APN10645A&apn_dtid=^BND406^YY^PT&shad [Consultado em 02/02/2015].

Fonseca, M. (2008). Álcool e Gravidez. *Rev Port Clin Geral*, 24, 277-280.

Floyd, R. L., Jack, B. W., Cefalo, R., Atrash, H., Mahoney, J., Herron, A., Husten, C. & Sokol, R. J. (2008). The clinical content of preconception care: alcohol, tobacco, and illicit drug exposures. *Am J Obstet Gynecol*, 199, 333-339.

Gameiro, S., Silva, S., Canavarro, M. (2008). A experiência masculina de infertilidade e de reprodução medicamente assistida. *Psicologia, Saúde & Doença*, 9 (2), 253-270.

Grinfeld, H., Segre, C. A. M., Chadi, G. & Goldenberg, S. (2000). *O alcoolismo na gravidez e os efeitos na prole*. *Rev Paul Pediatr*, 18, 41-49.

Instituto Nacional de Estatística (2015/07/02). Taxa de desemprego. Consultado em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0005599&selTab=tab

Jones, K.L., Smith, D.W. & Streissguth, P. (1973). Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet*, 1, 1267-1271.

- Keegan, J., Parva, M., Finnegan, M., Gerson, A., Bendel, M. (2007). Addiction in Pregnancy. *Journal of Addictive Diseases*, 29, 175–191.
- Kelly, R.H., Danielsen, B. H., Golding, J.M., Anders, T.F., Gilbert, W. M. & Zatzick, D. F. (1999). Adequacy of prenatal care among women with psychiatric diagnoses giving birth in California in 1994 and 1995. *Psychiatr Serv*, 50, 1584-1594.
- Lee, R.E. (1995). Women look at their experience of pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 16, 192-205.
- Lemoine P., et al. (1968). Les enfants de parents alcooliques. *Oeust Medicine*, 21, 476.
- Lis, A., & Zennaro, A. (1997). A semistructured Interview with parents-to-be used during pregnancy: *Preliminary data. Infant Mental Health Journal*, 18(3), 306-323.
- Malet, L., Chazeron, I., Llorca, P. & Lemery, D. (2006). Alcohol consumption during pregnancy: A urge to increase prevention and screening. *European Journal of Epidemiology*, 21, 787-788.
- Manwell, L. B., Fleming, M. F. & Mundt, M. P. (2000). Treatment of problem alcohol use in women of childbearing age: results of a brief intervention trial. *Alcoholism. Clinical and Experimental Research* 24, 1517–1524.
- Meloni J.N. & Laranjeira, R. (2004). Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Rev Bras Psiquiatr*, 26(1), 7-10.
- Ministério da Saúde. (2007). *Tabaco, Álcool e Drogas na gravidez*. Disponível em: <http://www.mac.min-saude.pt/clinica/tabacoalcooldrogas.html>. [Consultado em 11/01/2015)].
- Ludsberg, L.S, Bracken, M.B, Saftlas A.F. (1997). Low to moderate gestational alcohol use and intrauterine growth retardation, low birthweight and preterm delivery. *Ann Epidemiol*, 7, 498–508.

O'Connor, M.J. (2002). Psychiatric illness in a clinical sample of children with prenatal alcohol exposure. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, Nov.

OMS (2005). *Framework for Alcohol Policy in the European Region*. Copenhagen: WHO/Regional Office for Europe.

OMS (2006). Framework for alcohol policy in the WHO European Region. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/79396/E88335.pdf. [Consultado em 03/04/2015)].

OMS (2007). *Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool, OMS série de rapports techniques*.

Organização Mundial de Saúde. (2011). Fetal alcohol syndrome: dashed, hopes, damage lives. *Bulletin of the World Health Organization*, 89, 398-399. doi:10.2471/BLT.11.020611

Plano Nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool (2009-2012). Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/DF77BEF4-9F5F-4470-B058-8376F8644B16/0/PlanoNacionalPLA202009II.pdf>

Piccinini, C., Gomes, A., Moreira, L., Lopes, R., (2004) Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebé. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 223-232.

Piccinini, C., Gomes, A., Nardin, T., Lopes, R., (2008) Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em estudo*, 13(1), 63-72.

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(7), 922-3.

Pinto, E., Severo, M., Correia, S., dos Santos Silva, I., Lopes, C. & Barros, H. (2009). Validity and reproducibility of a semi-quantitative food frequency questionnaire for use among Portuguese pregnant women. *Maternal and Child Nutrition*, 6(2), 105-119.

Popova, S., Lange, S., Burd, L. & Rehm, J. (2012). Health Care Burden and Cost Associated with Fetal Alcohol Syndrome: Based on Official Canadian Data. *Plos One*, 7(8).

Riley, E., Mattson, S., Sowell, E.R., Jerningan, T.L., Sobel, D.F., & Jones, K.L. (1995). Abnormalities of the corpus callosum in children prenatally exposed to alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19, 1198-1202.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). *Plano Nacional Para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa.

Skagerstrom, J., Chang, G., & Nilsen, P.(2011). Predictors of Drinking During Pregnancy: A Systematic Review. *Journal Of Women's Health*, 20(6), doi: 10.1089/jwh.2010.2216.

Streissguth, A.P. (1997). *Fetal alcohol syndrome: A guide for families and communities*. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Company.

Streissguth, A.P., Bookstein, F.L., Barr, H.M., et al. (2004). Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol. Cit. in *Intervention For Individuals With Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Treatment Approaches and Case Management*.

Toutain, S., (2010). What women in France say about alcohol abstinence during pregnancy. *Australasian Professional Society on Alcohol and other Drugs*, 29, 184–188. doi: 10.1111/j.1465-3362.2009.00136.x.

World Drink Trends (2005). Cit in Plano Nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool (2009-2012). Disponível em:

<http://www.minsaude.pt/NR/rdonlyres/DF7BEF4-9F5F-4470-B058-8376F8644B16/0/PlanoNacionalPLA202009II.pdf>

World Health Organization. (2004). *Global Status Report on Alcohol 2004*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2012). *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Xavier, M.R. (2000). *Estatuto de risco das crianças expostas a substâncias ilícitas durante a gestação – as crianças que não podem dizer não*. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Xavier, M. R. (2002). Avaliação neurocomportamental dos primeiros tempos de vida de um grupo de crianças exposto a substâncias ilícitas durante a gestação. *Saber (e) Educar*, 7, 51-65.

Xavier, M.R. (2011). Crianças expostas ao álcool e a substâncias ilícitas durante a gestação – algumas reflexões. (Cedido pela autora).

Xavier, M. R., Moreira, T., Gordinho, C., (2012). Alcohol use during pregnancy in a group of Portuguese women. (Enviado para publicação).

Xavier, M. R., Paul, M. C. & Sousa, L. (2001). Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (cedido pelos autores). Universidade do Porto.

ANEXOS

Anexo 1 – Consentimento Informado

Exma Sr^a,

Um grupo de investigadores do Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano da Universidade Católica Portuguesa (CEDH–UCP), coordenado pela Prof^a Doutora Maria Raul Lobo Xavier, está a desenvolver um projeto de investigação acerca das Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade e Consumo de Álcool. O objetivo geral deste projeto consiste em aprofundar o conhecimento sobre os consumos de álcool durante a gravidez em Portugal e sua relação com a vivência psicológica da gravidez.

Vimos assim, por este meio, solicitar a sua disponibilidade para o preenchimento dos questionários que se anexam.

Os dados deste estudo serão **mantidos confidenciais**, sendo tratados e conservados de forma anónima. Os resultados apenas serão divulgados em contexto científico (em apresentações ou publicações), sem qualquer informação que leve à identificação dos respetivos participantes.

A sua participação é completamente voluntária e a decisão de não participar, total ou parcialmente, não lhe trará qualquer prejuízo. Poderá desistir a qualquer momento e, se preferir, a informação já recolhida poderá ser imediatamente destruída.

A responsável pelo projeto,

Maria Raul Lobo Xavier
(Prof^a Auxiliar da FEP-UCP)

(Contactos: Prof^a. Doutora Maria Raul Lobo Xavier - Tel: 22 619 62 00/ Ext 134; mxavier@porto.ucp.pt)

-----Consentimento



CATÓLICA PORTO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

Fui informada e percebi os objectivos e procedimentos do estudo. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Data ___/___/_____

Assinatura -

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

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

Data: ___/___/___

Data de nascimento do mãe:

Escolaridade:

Estado civil:

Profissão:

Actualmente empregada: Sim / Não

Tempo de gravidez (em semanas):

Sexo do bebé (quando conhecido): F / M

Número de filhos (nascidos anteriormente):

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

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

SEMPRE MUITAS VEZES POUCAS VEZES NUNCA
1 2 3 4

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

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

Anexo 3 - Alcohol Use Disorder Identification Test – AUDIT

CATÓLICA PORTO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

AUDIT

(Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001; Versão para estudo com mulheres grávidas portuguesas, Xavier, Pacala & Hoffmeister, 2014)

Data: / /

Idade: _____ Anos Sexo: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Estado civil: _____

Consumo regular de álcool: Sim Não Diário Fim de semana Ocasional

Existe alguém da sua família que tem ou teve problemas por causa do consumo de álcool? Sim

Não

Se sim, quem?

Que problemas?-----

<i>Responda às questões, assinalando com "X", na resposta que mais se aplica a si:</i>						
	Questão	0	1	2	3	4
1	Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?	nunca	Uma vez por mês ou menos	2-4 vezes por mês	2-3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana
	- E desde que está grávida?	nunca	mensalmente ou menos	2-4 vezes por mês	2-3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana
2	Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 a 9	10 ou mais
	- E desde que está grávida?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 a 9	10 ou mais
3	Com que frequência consome 6 bebidas ou mais numa única ocasião?	nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos 1 vez por mês	Uma vez por semana	Todos os dias ou quase
	- E desde que está grávida?	nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos 1 vez por mês	Uma vez por semana	Todos os dias ou quase
4	Durante o último ano, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?	nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos 1 vez por mês	Uma vez por semana	Todos os dias ou quase
	- E desde que está grávida?	nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos 1 vez por mês	Uma vez por semana	Todos os dias ou quase
5	Durante o último ano, com que frequência não conseguiu fazer uma coisa a que se tinha comprometido devido às bebidas alcoólicas?	nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos 1 vez por mês	Uma vez por semana	Todos os dias ou quase
	- E desde que está grávida?	nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos 1 vez por mês	Uma vez por semana	Todos os dias ou quase
6	Durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu ter necessidade de beber uma bebida alcoólica pela manhã, para se sentir bem, depois de beber muito no dia anterior?	nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos 1 vez por mês	Uma vez por semana	Todos os dias ou quase
	- E desde que está grávida?	nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos 1 vez por mês	Uma vez por semana	Todos os dias ou quase
7	Durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu sentir-se culpado ou com remorsos depois de ter bebido?	nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos 1 vez por mês	Uma vez por semana	Todos os dias ou quase
	- E desde que está grávida?	nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos 1 vez por mês	Uma vez por semana	Todos os dias ou quase
8	Durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu não se conseguir lembrar do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?	nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos 1 vez por mês	Uma vez por semana	Todos os dias ou quase
	- E desde que está grávida?	nunca	Menos de 1 vez por mês	Pelo menos 1 vez por mês	Uma vez por semana	Todos os dias ou quase
9	O facto de ter bebido já foi a causa de ferimentos em si próprio ou noutras pessoas?	Nunca		sim, mas não no último ano		Sim, durante o último ano
	- E desde que está grávida?	Nunca		sim, mas não no último ano		Sim, durante o último ano
10	Alguma vez um familiar, amigo, médico ou outra pessoa ligada à saúde se preocupou com os seus hábitos de bebida ou sugeriu-lhe que reduzisse a bebida?	Nunca		sim, mas não no último ano		Sim, durante o último ano
	- E desde que está grávida?	Nunca		sim, mas não no último ano		Sim, durante o último ano