

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CLÍNICA MÉDICA

**CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE GESTANTES:
RELAÇÕES COM FATORES DE RISCO E DETECÇÃO
PELAS EQUIPES DE PRÉ-NATAL**

FERNANDO MÜHLENBERG SCHNEIDER

Profª Orientadora: Mary Clarisse Bozzetti

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

2001

DEDICATÓRIA

A Jacqui

AGRADECIMENTOS

A Mary Bozzetti, por seu apoio e orientação em momentos decisivos para a realização deste trabalho.

A Jair Escobar, minha profunda gratidão por seu estímulo e ajuda.

Às mulheres que contribuíram para a realização deste estudo, concordando em ceder seu tempo para falarem de si com desprendimento e sinceridade.

Ao Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que concordou com a realização deste trabalho, e às equipes de atendimento do ambulatório de pré-natal do hospital, que me receberam atenciosamente dando-me condições adequadas para a realização das entrevistas.

Ao Centro de Estudos Luis Guedes, na pessoa de Viviane Castanho, pelo afetuoso e ágil trabalho de apoio sempre que foi necessário.

À UNISINOS, na pessoa da diretora do Centro de Ciências da Saúde, Cornélia Volkart, que me instigou a buscar um aprimoramento em minha identidade profissional de professor.

Aos meus familiares, por suas presenças e amor.

Aos meus filhos, Amanda e Gustavo, e à minha esposa, Jacqueline, por estarem incondicionalmente ao meu lado, neste e em tantos outros momentos significativos de minha vida.

A todos aqueles aqui não nominados que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	10
2.1	Estratégias de busca.....	10
2.2	Epidemiologia do consumo de álcool em mulheres.....	11
2.3	Fatores de risco para consumo de álcool entre mulheres.....	17
2.4	Diferenças entre homens e mulheres ao beber.....	25
2.5	A avaliação do consumo e a detecção de casos.....	29
2.6	As dificuldades dos avaliadores.....	36
2.7	Álcool e gestação.....	40
2.8	Uso de álcool entre gestantes.....	43
2.9	Fatores de risco para o consumo de álcool durante a gestação.....	47
3	OBJETIVOS.....	53
3.1	Geral.....	53
3.2	Específicos.....	53
4	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
5	USO DE ÁLCOOL ENTRE GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL: ASSOCIAÇÃO COM FATORES DE RISCO E DETECÇÃO PELAS EQUIPES DE ATENDIMENTO.....	61
6	ALCOHOL CONSUMPTION AMONG PREGNANT WOMEN ON PRENATAL CARE: ASSOCIATION WITH RISK FACTORS AND DETECTION BY THE HEALTH CARE TEAM.....	93
7	ANEXOS.....	124
	Anexo 1 – CONSENTIMENTO INFORMADO.....	125
	Anexo 2 – SELF REPORT QUESTIONNAIRE.....	126
	Anexo 3 – INVENTÁRIO DE EXPECTATIVAS E CRENÇAS PESSOAIS ACERCA DO ÁLCOOL (IECPA).....	127

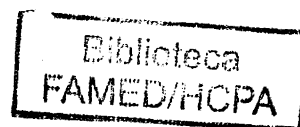
LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1	Varição de porcentagens de mulheres que consomem e que bebem pesadamente por faixa etária, nos Estados Unidos, entre 1971 e 1991 (modificado de Wilsnack, 1996).....	12
Tabela 2	Estimativas de prevalência global e de demanda potencial por serviços de saúde em três regiões metropolitanas (modificado de Almeida e cols, 1992)	16
Tabela 3	Achados clínicos de transtornos por álcool em mulheres, comparadas a homens (modificado de Blume, 1998).....	26
Quadro 1	O teste CAGE	35

LISTA DE ABREVIATURAS

CAGE	Acrônimo a partir das iniciais das perguntas em inglês (Quadro 1)
DSM-III	Manual de diagnóstico e estatística de transtornos mentais, 3ª edição
ADA	Abuso e/ou dependência de álcool
EPG	Estimativa de prevalência global
DPS	Demanda potencial por serviços estimada

INTRODUÇÃO



O estudo do consumo de álcool pelas gestantes é relevante, pois coloca o foco de nossa atenção numa população que habitualmente procura os serviços de saúde em busca de orientação médica, e que, com freqüência, está sensível às orientações oferecidas pelos técnicos de saúde. Os programas de pré-natal têm uma oportunidade de estimular comportamentos voltados para a saúde e de praticar uma medicina preventiva de grande impacto. Como afirma Belfort (1980), o atendimento pré-natal visa orientar hábitos de vida (tais como dieta, atividades físicas, vestuário, etc.), oferecer assistência psicológica, preparar para a maternidade – tanto no sentido do preparo para o parto quanto no ensino de noções de puericultura –, diagnosticar e tratar doenças pré-existentes e oferecer profilaxia, diagnóstico e tratamento de patologias próprias da gravidez.

Detectar precocemente o consumo de álcool por parte da gestante, seja ele problemático ou não, dá ao obstetra condições de intervir e orientar sua paciente no sentido da interrupção do consumo, considerado por muitos autores a melhor alternativa em relação à gravidez (Borges, 1988; Serdula e cols., 1991; Stewart & Steiner, 1994; Mena R. e cols. 1996; Nanson, 1997; McGann & Spangler, 1997; Barros e cols., 1997; Chang e cols., 1998).

A questão do consumo de álcool por gestantes é motivo de preocupação tendo em vista o impacto que esse consumo pode vir a ter sobre o conceito e sobre a relação mãe-bebê. São bem conhecidos e documentados os problemas físicos provocados no feto pelo álcool consumido pela gestante, sendo os mais graves a interrupção da gravidez e a síndrome fetal alcoólica (Stephens, 1985). Também são relevantes os problemas que podem ocorrer na relação da mãe dependente de álcool com o seu bebê – tanto na sua ligação como na sua capacidade de cuidado –, assim como na vida familiar (Blume, 1998) Ao estudarmos este tema, inevitavelmente deparamos com outro a ele relacionado, e antecedente: o consumo de álcool por mulheres e os problemas a ele associados.

O consumo de álcool por parte de mulheres tem um impacto diferente do consumo por parte de homens. Mesmo quando este é leve a moderado, os benefícios que se observam nos homens (redução de mortalidade por redução do risco de doença coronariana) só são aparentes nas mulheres com risco maior de doença coronariana e naquelas com mais de 50 anos (Fuchs e cols., 1995; McGann & Spangler, 1997). No entanto, a suscetibilidade à doença hepática por uso de álcool e o risco aumentado para câncer de mama e hipertensão nas bebedoras moderadas sugere uma vulnerabilidade feminina maior aos danos à saúde que o álcool pode provocar (Fuchs e cols., 1995; McGann & Spangler, 1997). Mesmo que episódico, o consumo de álcool associa-se a outras graves conseqüências, tais como acidentes de carro e traumatismos diversos (McGann & Spangler, 1997; Stein & Cyr, 1997), além de violência doméstica. Segundo Stein & Cyr (1997), o grau de ingestão de álcool é preditivo de morte traumática.

De uma forma geral, a síndrome de dependência de álcool manifesta-se após alguns anos de consumo pesado, contínuo ou intermitente (Edwards e cols. 1997a). No estudo de Hochgraf e cols. (1995), mulheres com diagnóstico de

dependência de álcool tenderam a experimentar seus primeiros problemas em torno dos 34,5 anos. Embora a maioria das mulheres engravide em idade anterior aos 30 anos pela primeira vez, diversas mudanças sociais em relação ao papel das mulheres e sua participação no mercado de trabalho têm determinado a ocorrência de gestações após a terceira década de vida cada vez mais freqüentemente.

Como colocam Hochgraf e cols. (1995), "(...) tem sido aceito que problemas associados com consumo de álcool têm crescido consideravelmente entre mulheres desde o fim da Segunda Guerra Mundial". Segundo Castelo (1996), essas mudanças no padrão de consumo alcoólico estão relacionadas com as mudanças no papel social feminino: "(A mulher) antes era vítima de seu cônjuge alcoólico; hoje, na busca de equidade social e econômica, também existiria igualdade nos direitos de divertir-se bebendo." Há dúvida, porém, se há um aumento de prevalência no alcoolismo feminino ou se há um aumento no diagnóstico, pois as mulheres estariam "(...) superando a vergonha e o próprio preconceito em relação ao seu problema, podendo, assim, procurar mais os serviços especializados" (Hochgraf, s.d.).

A detecção do uso problemático de álcool entre mulheres ainda é um desafio importante. Segundo Hochgraf (s.d.), a atitude social frente a mulheres que consomem álcool ou outras drogas historicamente é diferente daquela frente aos homens, e muito mais crítica. Pechansky e cols. (1988) levantaram a hipótese da existência de um "preconceito", que levaria as equipes que prestam atendimento de saúde a mulheres a minimizarem seu consumo alcoólico. Tal preconceito cultural "transforma" muitas vezes, aos olhos do médico, o diagnóstico de alcoolismo em "neurose" ou "depressão" (Edwards, 1987), e pode levar a uma sub-estimativa do consumo feminino de álcool. Outra manifestação deste preconceito seria a descrita por Edwards e cols. (1997b): "(...) a sociedade é dura em seu julgamento sobre mulheres com problemas com álcool. São vistas como de baixo valor, percebidas como tendo

abandonado seus papéis de esposa e mãe, e como vulneráveis à promiscuidade sexual. Tais percepções distorcidas são freqüentemente espelhadas na atitude dos profissionais de saúde que vêem mulheres com problemas em seu beber sob uma luz negativa, como personalidades desviantes que são particularmente intratáveis.”

Mesmo que o foco de atenção não se atenha apenas à dependência, há uma crescente preocupação quanto ao beber problemático em populações cada vez mais jovens, incluindo mulheres. Esse beber problemático, que pode ou não evoluir para um quadro típico de dependência, traz diversas conseqüências danosas, tais como intoxicações severas, acidentes de trânsito e violência. Entre mulheres em especial, alguns fatores de risco para o desenvolvimento do beber problemático são a existência de história familiar de problemas com álcool; problemas de comportamento na infância relacionados ao controle de impulso; uso precoce de nicotina, álcool e outras drogas; repertório pobre de respostas frente a eventos estressantes; depressão; divórcio/separação; parceiro com beber pesado; trabalho em ambiente predominantemente masculino; e disfunção sexual. (Edwards e cols., 1997b).

Não menos importante é a concepção que as próprias mulheres têm do beber, e do seu beber. Tal concepção é freqüentemente moldada a partir de valores culturais e sociais, e portanto, tende a manter o que Edwards (1987) chamou de “visão masculina” do uso de álcool por parte de mulheres: “(...) Se uma moça se embriaga, estraga sua reputação. Uma mulher embriagada não tem graça, ela provoca constrangimento. As atitudes aqui também têm suas conotações sexuais: uma mulher que bebe demais é ‘fácil’, suspeita-se que seja promíscua”. Ou, como afirma Hochgraf (s.d.): “(...) O resultado prático deste intenso estigma social é fazer com que as mulheres farmacodependentes mantenham-se no anonimato, incorporando elas também este estereótipo”.



REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 ESTRATÉGIAS DE BUSCA

A presente revisão bibliográfica foi elaborada inicialmente através de consulta a três bancos de dados independentes. Primeiramente, foi consultado o Catálogo das publicações científicas brasileiras sobre o abuso de drogas psicotrópicas, do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), de 1997, que contém as publicações brasileiras sobre drogas até 1996, utilizando as palavras-chave “álcool”, “gravidez”, e “síndrome fetal pelo álcool”.

Outro banco de dados pesquisado foi o MEDLINE, no intervalo entre 1995 e 2000, utilizando as palavras-chave “alcoolismo”, “consumo de álcool”, “gravidez” e “mulheres”. Estas mesmas palavras-chave e intervalo de tempo foram utilizados na pesquisa ao LILACS, que contém as publicações latino-americanas indexadas.

Ao longo da revisão, outros artigos citados pelos diferentes autores ou publicações recentes em revistas específicas sobre transtornos adictivos disponíveis na biblioteca do Centro de Estudos Luis Guedes foram compilados. Além de alguns livros consultados, foi de especial interesse uma publicação (“Research

Monograph”) do National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: “Women and alcohol: issues for prevention research”, de 1996, que ofereceu uma base substancial para pesquisa e reflexão.

2.2 EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DE ÁLCOOL EM MULHERES

Diversos estudos têm sido realizados sobre o consumo de álcool entre mulheres. As freqüências de consumo de álcool variam de país em país e, mesmo dentro de um mesmo país, podem variar ao longo do tempo. (Lelong e cols., 1995; Hochgraf, s.d.).

Wilsnack revisou vários levantamentos realizados nos Estados Unidos entre 1971 e 1991 (Wilsnack & Wilsnack, 1995; Wilsnack, 1996). Com diferentes metodologias esses estudos mediram consumo de álcool e beber pesado em mulheres de diferentes faixas etárias, e demonstraram uma variação no consumo que, de uma forma geral, confirma a afirmação de Johnson e cols.(1998) sobre as mudanças do beber ao longo do curso da vida: cresce rapidamente até um pico entre adultos jovens, declinando à medida que avança a idade.

As freqüências de consumo de álcool entre mulheres nos estudos revisados pelos autores variam entre 26 e 79%, e de beber pesado entre 1 e 8% (Wilsnack & Wilsnack, 1995; Wilsnack, 1996). A distribuição das freqüências nas diferentes faixas etárias está descrita na Tabela 1.

Tabela 1: Variação de porcentagens de mulheres que consomem e que bebem pesadamente por faixa etária, nos Estados Unidos, entre 1971 e 1991 (modificado de Wilsnack, 1996)

Faixa etária (anos)	Consumidoras (%)	Bebedoras pesadas (%)
21-34	65-79	2-7
35-49	55-74	2-8
50-64	43-67	1-5
Acima de 65	26-53	1-5

A autora examinou padrões e tendências de consumo nos Estados Unidos (1996), comparando dados de diversos levantamentos realizados entre 1981 e 1991. Embora diversos levantamentos tenham sido feitos a partir de 1971, a autora escolheu este intervalo porque a metodologia utilizada por ambos foi a mesma, e 696 das 911 mulheres entrevistadas em 1981 foram re-entrevistadas em 1991. Em 1981, 38,9% das mulheres eram abstinentes, e 9,3% apresentavam um beber mais pesado nos 12 meses anteriores ao levantamento. Esses números modificaram-se 10 anos após: 42,2% declararam-se abstinentes e 4,6% mostravam um beber mais pesado. A autora, discutindo os dados de diferentes estudos constata que, do ponto de vista global, ocorreu diminuição no consumo de álcool por mulheres. Essa redução não pode ser atribuída ao aumento na frequência de abstinência, uma vez que "poderia ser um artefato das diferenças de mensuração entre os diferentes levantamentos, resultado de um pico no beber das mulheres após 1981, ou uma mudança até agora muito pequena e muito instável para ser estatisticamente significativa".

Uma questão pertinente é a colocada por Spak & Hållström (1995): "(...) Não está claro o quanto bebedores problemáticos irão desenvolver abuso e dependência, que significância clínica o beber problemático tem, ou em que extensão ele é um estado pré-alcoolismo." Os autores lembram que o conceito de beber problemático é muito mais amplo que as entidades clínicas, sem uma

concordância geral sobre quais critérios identificariam pessoas com esse padrão de consumo alcoólico.

Os resultados citados por Wilsnack (1996) são semelhantes aos descritos por McGann e Spangler (1997). Segundo esses autores, a prevalência estimada para abuso e dependência de álcool nos Estados Unidos varia de acordo com a faixa etária: 10% para mulheres entre 18 e 29 anos, 4% entre 30 e 44 anos, 1,5% entre 45 e 64 anos, e menos de 1% para mulheres com mais de 64 anos; os índices para homens são três vezes maiores em cada faixa etária.

Outros autores apresentam estimativas que não levam em consideração as faixas etárias e afirmam que a frequência para abuso e dependência de álcool entre mulheres nos Estados Unidos varia entre 1,7 e 5% (Edwards e cols., 1997b; Stein e Cyr, 1997; Minugh e cols., 1998).

Dados provenientes de outros países também devem ser considerados. Edwards e cols. (1997b) apresentam estimativa de 11% de mulheres que bebem mais de 14 unidades de álcool por semana, sendo 2% bebedoras pesadas, na Inglaterra.

Spak & Hållström (1995) conduziram estudo na Suécia com mulheres predominantemente suburbanas, no qual encontraram prevalência ao longo da vida de 1,83% para dependência de álcool e 1,44% de abuso de álcool (3,27% para abuso/dependência). No entanto, essas frequências variam de acordo com as faixas etárias, com grande diminuição nas mulheres com 65 anos ou mais.

Em estudo realizado na Holanda, Bongers & Van Oers (1998) verificaram que 77,2% das mulheres relataram consumir álcool. Nesse grupo, avaliadas em entrevistas, 65,8% das mulheres foram consideradas bebedoras leves, 11,2% bebedoras moderadas e 0,9% bebedoras pesadas.

Segundo Gladstone e cols. (1997), levantamento nacional realizado no Canadá revelou consumo de álcool entre 78% de mulheres entre 15 e 44 anos nos 12 meses anteriores ao estudo. Entre as mulheres que bebem, 37% consumiram entre 1 e 7 drinques, e 6% consumiram mais que 8 drinques na última semana.

Borges (1988) cita estudos populacionais ocorridos no México entre 1974 e 1978, nos quais se verificou a prevalência de consumo diário de álcool em até 6% das mulheres. O autor comenta que, embora consumam menos álcool que as americanas, as mulheres mexicanas têm um consumo constante, independentemente da idade.

Em dois levantamentos realizados na Alemanha, um com questionário auto-preenchido e outro através de entrevistas telefônicas, Kraus & Augustin (2001) relataram freqüências de uso de álcool em diferentes faixas etárias. Um consumo não-prejudicial (definido como consumo de até 20 g/etanol/dia) foi encontrado em até 63,5% das mulheres entre 18 e 29 anos, 66,8% nas mulheres entre 30 e 39 anos, 66,3% nas mulheres entre 40 e 49 anos, e 57% nas mulheres entre 50 e 59 anos. Consumo prejudicial (acima de 20 g/etanol/dia) foi relatado em até 5,2% das mulheres entre 18 e 29 anos, 6,1% nas mulheres entre 30 e 39 anos, 9,4% das mulheres entre 40 e 49 anos, e 8,4% nas mulheres entre 50 e 59 anos.

Lelong e cols. (1995) citam outros estudos europeus de consumo de álcool. Em um estudo conduzido na Inglaterra, 70% das mulheres entre 18 e 45 anos afirmava usar álcool, com um consumo médio de 8,7 drinques por semana. Na França, 26% das mulheres entre 20 e 44 anos descreviam-se como consumidoras regulares de álcool; destas, 20% bebendo pelo menos 3 drinques por dia. Em outro estudo na França, em outra região, 34% das consumidoras de álcool referia uso de pelo menos 3 drinques por dia. Todos esses estudos foram realizados na década de 80.

No Brasil, diversos estudos buscaram determinar a extensão do consumo de álcool entre mulheres. A metodologia utilizada em tais estudos foi variável, e nem sempre as frequências encontradas são comparáveis.

Busnello e cols. (1992), Almeida F° e cols. (1992) e Moreira e cols. (1996) relataram levantamentos com base populacional realizados em Porto Alegre e outras capitais brasileiras. Os dois primeiros são diferentes comunicações de um mesmo estudo (Estudo multicêntrico de morbidade neurológica e psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras), que foi realizado em duas fases distintas. Na primeira fase, utilizou-se um instrumento de rastreamento (Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos - QMPA) em todos os indivíduos da amostra (além disso, em Porto Alegre o CAGE foi aplicado); na segunda fase, foi utilizado o Inventário de Sintomas do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, 3ª edição (IS-DSM-III), aplicado em uma subamostra por sorteio. No estudo de Moreira e cols., a exposição ao álcool foi medida através de questionários e da aplicação do CAGE.

No estudo de Almeida F° e cols. (1992), os pesquisadores entrevistaram e aplicaram o QMPA a 2384 sujeitos (1309 mulheres), e avaliaram uma subamostra de 279 indivíduos (182 mulheres) com o IS-DSM-III. A estimativa de prevalência global para abuso e dependência de álcool (ADA) em Porto Alegre foi de 9,2%; em homens, a prevalência estimada foi de 16%, e em mulheres de 2,5%. Os autores também estimaram a demanda potencial de serviços de atendimento para diferentes condições psiquiátricas. Os transtornos por uso de álcool apresentaram uma demanda potencial de 8,7% - a maior entre as diferentes condições psiquiátricas (15,9% entre homens, 1,6% entre mulheres).

Nas outras capitais estudadas por Almeida F° e cols. (Brasília e São Paulo), as estimativas de prevalência e de demanda potencial foram inferiores

que em Porto Alegre. As estimativas das 3 capitais estudadas estão expostas na Tabela 2.

Tabela 2: Estimativas de prevalência global e de demanda potencial por serviços de saúde em três regiões metropolitanas (modificado de Almeida e cols, 1992)

	Porto Alegre (%)	Brasília (%)	São Paulo (%)
EPG* geral	09,2	08,0	07,6
EPG* homens	16,0	15,0	15,2
EPG* mulheres	02,5	01,1	00-
DP* geral	08,7	04,7	04,3
DP* homens	15,9	08,6	08,6
DP* mulheres	01,3	00,8	00-

* EPG = estimativa de prevalência global
DP = demanda potencial por serviços estimada

Busnello e cols.(1992) relataram as freqüências estimadas em diferentes transtornos por uso de substâncias. A prevalência estimada para dependência de tabaco foi 20,1% (homens: 25,8% e mulheres: 22,0%); a prevalência estimada para transtornos por uso de álcool foi 8,8% (homens: 19,6% e mulheres: 2,7%); a prevalência estimada para transtornos por uso de outras drogas foi de 2,5% (homens: 3,1% e mulheres: 3,8%). Portanto, enquanto a razão de prevalência para uso de álcool era de 7,18, esta diminuía para 1,24 nos transtornos do uso de outras drogas e para 1,17 na dependência de tabaco.

Moreira e cols. (1996) entrevistaram 1091 pessoas (600 mulheres). Os autores definiram "beber pesado" como consumo médio de 30g/dia ou mais de etanol. Encontraram prevalências de 9,3% para dependência de álcool; 15,5% para beber pesado; 12,3% para beber diário; e 24,3% para abstinência. A prevalência do beber pesado foi de 29,3% entre os homens e 4,2% entre as mulheres; as freqüências de dependência foram de 15,9% para homens e 4,0% para mulheres.

De uma forma geral, essa diferença nas frequências de ADA entre homens e mulheres repete-se em todos os estudos realizados, no Brasil e no exterior. No estudo já citado de Almeida F°, a prevalência estimada para ADA em Brasília foi de 15% para homens e 1,1% para mulheres. Em Pelotas (Rio Grande do Sul), em estudo citado por Lima (1997), a frequência de consumo de risco de álcool foi de 21% para os homens e 4,3% para as mulheres, e a frequência de dependência foi de 6,6% para homens e 3% para mulheres.

Saalfeld & Álvares-da-Silva (1993) investigaram a prevalência de consumo excessivo (média acima de 48g/dia de etanol) em pacientes de ambulatório público de saúde em Triunfo (RS); foram entrevistados e examinados 300 pacientes sucessivos (202 mulheres), e foi aplicado o CAGE. Dezenove pacientes apresentaram história de consumo excessivo de álcool, sendo 18 homens (18,3% do total) e 1 mulher (0,4% do total). Diferentemente dos estudos previamente citados, este mediu prevalência em população predominantemente rural (76%) que tinha idade média de 43,6 anos.

2.3 FATORES DE RISCO PARA CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE MULHERES

Alguns fatores de risco para um beber problemático são descritos na literatura. Edwards e cols. (1997b) alertam que as mulheres com problemas relacionados ao álcool compõem um grupo heterogêneo, e que "(...) o comportamento de consumo é influenciado por diversos fatores demográficos (...) que interagem com outros fatores de risco, como a predisposição genética e fatores

ambientais que determinam o início e o curso dos problemas.” Alguns dos fatores de risco citados são:

a. Idade: de uma forma geral, o consumo de álcool sofre mudanças ao longo do curso da vida: tende a crescer rapidamente até um pico entre adultos jovens, declinando à medida que avança a idade (Johnson e cols., 1998). Mulheres mais jovens têm probabilidade maior de serem não-abstinentes (Wilsnack & Wilsnack, 1995; Wilsnack, 1996), de revelarem índices mais elevados de beber pesado e problemas com seu beber que mulheres mais velhas (Wilsnack & Wilsnack, 1995; Wilsnack, 1996; Edwards e cols., 1997b). Minugh e cols. (1998) relatam beber freqüente entre mulheres mais velhas, mas consumo maior entre mulheres mais jovens.

Wilsnack (1996) chama a atenção para o interesse crescente pelo consumo de álcool entre mulheres mais velhas, questionando a possibilidade de que o “triplo estigma” (ser mulher, ser velha, e ser alcoologista) pode levar mulheres mais velhas a serem particularmente propensas a relatar menos seu beber e seus problemas relacionados ao beber. Interesse crescente tem sido dirigido ao grupo de idosas que começam a beber somente tardiamente, embora seja ainda difícil definir qual o principal fator envolvido, já que há grande porcentagem de viúvas entre estas mulheres (Stein & Cyr, 1997).

Os fatores de risco para o beber feminino estão de alguma maneira ligados à idade (Blume, 1998). Em diferentes faixas etárias, diferentes fatores parecem atuar de maneira mais proeminente.

b. Estado marital: mulheres divorciadas e separadas têm índices maiores de beber pesado e problemas relacionados ao álcool. Também mulheres que nunca

casaram têm índices elevados; as viúvas têm o menor risco, e as mulheres casadas têm taxas intermediárias (Wilsnack & Wilsnack, 1995; Wilsnack, 1996; Stein & Cyr, 1997; Edwards e cols., 1997b; Thundal & Allebeck, 1998; Minugh e cols., 1998). Wilsnack (1996) chama a atenção para a contribuição que as diferenças de idade têm neste achado: "(...) Diferenças de idade obviamente contribuem para esses padrões, porque pessoas mais jovens provavelmente serão não-casadas e experimentarão problemas com seu beber, ao passo que pessoas mais velhas mais provavelmente serão viúvas e relatarão índices menores de beber e de problemas com seu beber". Além disso, a autora alerta que esta associação deveria ser vista com cautela, tendo em vista que nem todos os levantamentos replicaram esses achados, e que não é possível estabelecer "(...) em que extensão o beber da mulher é uma causa, efeito ou acompanha a dissolução conjugal". Embora consideradas na maioria dos levantamentos como "casadas", as mulheres que coabitam com seus companheiros, quando estudadas separadamente (não sendo consideradas "casadas"), têm risco semelhante ou maior que as divorciadas e separadas (Wilsnack & Wilsnack, 1995; Wilsnack, 1996; Edwards e cols., 1997b).

- c. **História familiar positiva:** a presença de história familiar de beber problemático prediz uma probabilidade maior tanto em mulheres como em homens; estudos de gêmeas têm demonstrado que a genética tem um papel importante neste risco (Gomberg, 1996).
- d. **Situações não desejadas:** mulheres que vivem situações não desejadas (*unwanted statuses*) em áreas como emprego, casamento e parentalidade têm risco maior de beber problemático (Wilsnack & Wilsnack, 1995; Wilsnack, 1996; Johnson e cols., 1996; Thundal & Allebeck, 1998). Exemplos de situações não

desejadas são desejar um emprego, mas estar desempregada; ser solteira, mas ver no casamento um valor positivo elevado; ou não ter filhos, mas crer que os ter é muito importante.

- e. Emprego:** a necessidade de desempenhar múltiplos papéis (esposa, mãe, profissional) não parece ser um fator de risco para o beber problemático (Wilsnack & Wilsnack, 1995). Pelo contrário, mulheres sem papel social (sem trabalho, ou não casadas, por exemplo) ou que perderam seus papéis (separação/divórcio, ou saída dos filhos de casa, por exemplo) têm mais problemas com seu beber que mulheres com múltiplos papéis sociais (Wilsnack & Wilsnack, 1995; Wilsnack, 1996; Blume, 1998). No entanto, mulheres que trabalham em ambiente predominantemente masculino (trabalho não tradicionalmente feminino) têm risco maior de beber pesado e experimentar problemas com seu beber (Gomberg, 1996; Wilsnack, 1996; Edwards e cols., 1997b). A complexidade no emprego também parece ter influência sobre o consumo de álcool de mulheres: empregos de grande demanda ou complexidade tendem a estar associados a um beber mais pesado em mulheres (e não em homens) do que em empregos de pouca complexidade (Roxburgh, 1998).
- f. Etnicidade e cultura:** fatores raciais são muito estudados nos Estados Unidos, onde mulheres brancas têm maior risco de beber, seguidas das hispânicas. Mulheres negras têm o menor risco (Wilsnack & Wilsnack, 1995; Wilsnack, 1996; Stein & Cyr, 1997; Edwards e cols., 1997b). Em todos os grupos, no entanto, homens têm maior consumo de álcool, beber pesado e problemas relacionados com o beber (Wilsnack, 1996; Stein & Cyr, 1997). Além disso, foram estudadas as variações que ocorrem dentro de subpopulações étnicas, e um achado preditivo forte para o beber em mulheres foi a aculturação – ou seja, “(...) o processo pelo

qual atitudes, valores e comportamentos de imigrantes mudam para lembrar aqueles da população na qual entraram” (Wilsnack, 1996).

Johnson & Glassman (1999) estudaram o papel das expectativas de efeito do álcool e a ocorrência de problemas relacionados ao consumo e verificaram que gênero e etnicidade influenciam o efeito experimentado ao beber. Comparando descendentes de porto-riquenhos e irlandeses, os autores demonstraram que as expectativas diferentes em ambas as culturas influenciaram as manifestações de agressividade e perda de controle e, em ambas, as mulheres tenderam a experimentar menos problemas – como era esperado segundo a cultura desses grupos.

Fatores culturais e sociais podem funcionar tanto como fatores de proteção quanto como fatores de risco para as mulheres. A expectativa de que mulheres vão beber quantidades menores e com menor frequência pode ser protetora, à medida que influencie o consumo nesse sentido. O estigma associado ao estereótipo da mulher alcoolista, entretanto, cria sérios problemas para a mulher que bebe, uma vez que comportamentos tolerados em homens costumam ser considerados escandalosos em mulheres (Blume, 1998)

- g. Consumo de álcool do parceiro:** Leonard & das Eiden (1999) sugerem que maridos e esposas apresentam padrões similares no consumo de álcool. Possíveis explicações para esse achado são que homens e mulheres se casam com pares similares, que experiências de vida em comum têm impacto comparável sobre o beber dos casais e que as mulheres tendem a ter seu consumo alcoólico mais influenciado pelos hábitos de consumo de seus parceiros masculinos que o contrário (Wilsnack & Wilsnack, 1995; Wilsnack, 1996; Edwards e cols., 1997b; Thundal & Allebeck, 1998; Blume, 1998; Leonard & das Eiden,

1999). O consumo de álcool pelo cônjuge é um dos preditores mais consistentes para o beber feminino e aumenta, se existem discrepâncias no beber das mulheres e seus parceiros (Wilsnack & Wilsnack, 1995; Wilsnack, 1996; Gomberg, 1996; Stein & Cyr, 1997)

- h. Abuso sexual na infância e relacionamentos violentos:** há associação entre abuso sexual na infância e beber problemático na vida adulta de uma mulher (Blume, 1998). Mulheres alcoolistas têm o dobro de chance de terem sido espancadas ou abusadas sexualmente em sua infância que mulheres não-alcoolistas (Stein & Cyr, 1997). Mulheres com beber problemático tendem a apresentar com frequência maior história de relações violentas, tanto quando crianças como quando adultas, do que mulheres sem beber problemático (Edwards e cols., 1997b).
- i. Experiência sexual:** disfunções sexuais (anorgasmia, por exemplo) podem contribuir para uma cronificação de um beber excessivo em mulheres. Outro aspecto importante diz respeito ao beber problemático e à exposição a comportamentos sexuais de risco, colocando essas mulheres em risco elevado para contaminação pelo HIV (May, 1996; Wilsnack, 1996; Norris & Hughes, 1996; Edwards e cols., 1997b; Stein & Cyr, 1997).
- j. Depressão e outras comorbidades:** a presença de depressão pode preceder o beber problemático ou cronificar problemas relacionados ao beber entre mulheres (Gomberg, 1996; Wilsnack, 1996; Edwards e cols., 1997b; Stein & Cyr, 1997; Blume, 1998). Embora a depressão seja a patologia comórbida mais comum, outras doenças também estão associadas ao alcoolismo feminino, como os transtornos de ansiedade e transtornos alimentares, por exemplo. Todos os

transtornos psiquiátricos são mais prevalentes entre mulheres alcoolistas do que entre mulheres não-alcoolistas. (Stein & Cyr, 1997)

- k. Eventos estressantes e mudanças de papéis sociais:** a ocorrência de eventos negativos na infância e adolescência, tais como privação econômica ou perda parental, pode predispor ao beber como forma de manejo para alívio de estresse (Edwards e cols., 1997b). Mulheres alcoolistas tendem a relatar presença de eventos estressores com mais frequência que mulheres não-alcoolistas (Johnson e cols. 1996; Gomberg, 1996). Breslin e cols. (1995) chamam a atenção, no entanto, que as relações entre o consumo de álcool e o estresse são complexas, e que diferenças individuais, tanto no gênero como nas preferências de manejo (*coping preferences*), modificam o risco do beber induzido pelo estresse: "(...) a decisão de um indivíduo de usar álcool para reduzir ou manejar preocupações é parcialmente baseada na sua habilidade de gerar e empregar respostas alternativas de manejo.(...) A suscetibilidade ao beber induzida por estresse não é igualmente distribuída na população e não é observada em todas as situações."

Mudanças em papéis sociais em adultos também podem levar a mudanças no consumo de álcool. Leonard & das Eiden (1999) relatam o casamento, a gravidez e o nascimento de um filho como eventos que alteram padrões de consumo alcoólico tanto no marido quanto na esposa. Outras mudanças citadas são a graduação e a obtenção de novo emprego. Os fatores ligados ao ciclo de vida contribuem para as mudanças no consumo alcoólico: experiência prévia com álcool, alterações fisiológicas, custos e benefícios individuais ao beber, atividades de rotina e orçamento econômico (Johnson e cols., 1998). De forma geral, esses fatores reduzem as contenções ao beber durante a juventude e modificam-se com o passar dos anos, crescentemente impondo limitações ao consumo de álcool.

I. Poli-uso de drogas: há associação entre o beber problemático e o uso de outras drogas, lícitas e ilícitas (Wilsnack, 1996; Edwards e cols., 1997b; McGann e Spangler, 1997). Em estudos iniciais, tipicamente essa associação ocorria com drogas lícitas (especialmente sedativos e hipnóticos); mais recentemente, é cada vez mais comum o uso de drogas ilícitas entre mulheres mais jovens (Wilsnack, 1996; Edwards e cols., 1997b). No estudo de Minugh e cols. (1998), o tabagismo foi associado a um beber mais freqüente e pesado. É provável que as relações entre o consumo de álcool e de outras drogas sejam complexas e que "(...) diferentes combinações de álcool e outras drogas parecem ter diferentes distribuições na população geral de mulheres e podem ter diferentes antecedentes e conseqüências" (Wilsnack, 1996).

m. Educação: há uma tendência de que a diferença entre homens e mulheres quanto ao beber seja menor entre pessoas com maior escolaridade – por aumento de consumo das mulheres (Neve e cols., 1997). A freqüência de consumo de álcool aumenta à medida que aumentam os anos de estudo; no entanto, a quantidade consumida diminui (Minugh e cols., 1998).

Gomberg (1996) relacionou os fatores de risco aos diferentes momentos de vida experimentados pelas mulheres. Embora cada vez mais mulheres mais velhas tenham engravidado, a maioria das mulheres que engravida tem entre 20 e 35 anos. Neste período, com freqüência ocorrem mudanças nos padrões de consumo de álcool entre mulheres (Gomberg, 1996). Aspectos relacionados a compromissos universitários, carreira profissional, casamento e cuidados com filhos provavelmente adquirirão importância ao longo destes anos e costumam associar-se a mudanças em papéis e nos comportamentos relacionados ao álcool.

Sob esse ponto de vista, também é possível estabelecer quais são os problemas relacionados ao uso de álcool em mulheres jovens. Segundo Gomberg (1996), os problemas mais freqüentes e mais sérios entre mulheres jovens são as dificuldades no controle do impulso, o dirigir sob efeito de álcool, o uso de outras drogas que não o álcool, o potencial para danos no feto (nas grávidas que bebem), os problemas no trabalho, a probabilidade de sofrer agressões ou outras experiências violentas e as tentativas de suicídio.

2.4 DIFERENÇAS ENTRE HOMENS E MULHERES AO BEBER

Um aspecto estudado por diversos autores é o das diferenças entre o “beber masculino” e o “beber feminino”. Segundo Schuckit e cols. (1998), há um consenso em torno da diferença nos padrões de exposição ao álcool entre homens e mulheres na população em geral. De uma forma geral, o consumo total de álcool dos homens é maior que o das mulheres em qualquer idade. Além disso, mais homens bebem e o fazem com mais freqüência e intensidade que as mulheres (Johnson e cols., 1998; Minugh e cols., 1998). No entanto, ao serem considerados homens e mulheres dependentes, observa-se que o curso do alcoolismo não difere significativamente (Schuckit e cols., 1998).

Ao discutir os achados clínicos de transtornos adictivos em mulheres, Blume (1998) lista uma série de diferenças entre homens e mulheres em relação aos transtornos por uso de álcool e outras drogas. Essas diferenças, no que diz respeito ao álcool, estão expostas na Tabela 3.

Tabela 3: Achados clínicos de transtornos por álcool em mulheres, comparadas a homens (modificado de Blume, 1998)

-
- Mulheres iniciam uso de álcool ~~mais tardiamente.~~
 - Doença progride mais rapidamente em mulheres.
 - Mulheres bebem significativamente menos que homens.
 - O "outro significativo" é um abusador de substâncias, mais provavelmente.
 - Há índices mais elevados de transtornos psiquiátricos comórbidos em mulheres.
 - Há índices mais elevados de dependência comórbida de drogas de prescrição em mulheres.
 - Tentativas de suicídio são mais prováveis em mulheres.
 - É mais provável a existência de história de abuso físico e sexual em mulheres.
 - Mais freqüentemente mulheres mostram ligação entre o início do uso patológico de álcool a um evento estressante específico.
 - Realização de tratamento psiquiátrico prévio é mais provável em mulheres.
 - Índice de mortalidade é mais elevado em mulheres.
-

As diferenças nesses padrões podem refletir tanto diferenças sociais como fisiológicas nas pressões sobre o consumo de álcool. Aparentemente, atitudes e pressões sociais tendem a encorajar tanto o beber quanto o nível de consumo maior entre homens (Neve e cols., 1997; Schuckit e col., 1998). As diferenças no consumo de álcool entre homens e mulheres podem estar relacionadas também a diferenças nas expectativas frente ao álcool e ao beber. Expectativas positivas, isto é, "(...) a antecipação de conseqüências positivas devido ao consumo de álcool" (Bogart e cols., 1995), estão associadas a padrões mais pesados de consumo alcoólico tanto entre homens quanto entre mulheres. As mulheres tendem a antecipar mais experiências sociais positivas, e os homens tendem a antecipar mais agressividade e excitação sexual.

A questão da expectativa de efeito do álcool foi estudada por Johnson & Glassman (1999). Os autores afirmam que as pessoas que têm expectativas sobre um efeito específico do álcool vêm a consumi-lo quando experimentam estados psicológicos adversos. Citam como exemplo estudo que demonstra que humor deprimido e abuso de álcool ocorrem concomitantemente

quando há expectativas das pessoas deprimidas de que o álcool promoverá redução do afeto negativo; na ausência desta expectativa, o consumo de álcool diminui, em vez de aumentar. Tais expectativas são influenciadas pela cultura e podem diferir entre homens e mulheres de uma mesma cultura ou entre culturas diferentes.

Do ponto de vista fisiológico, uma mulher em média pesa menos que um homem, tem menor proporção de água corporal e parece ter menores níveis de enzimas metabolizadoras de álcool em seu sistema digestivo. Essas diferenças resultam em uma alcoolemia similar à de um homem ao consumir menos drinques e até menos álcool por quilogramas (Schuckit e cols., 1998, Blume, 1998). Entre as complicações de saúde que as mulheres experimentam mais rapidamente que os homens estão os danos hepáticos (esteatose e cirrose), a hipertensão, a anemia e desnutrição, miopatias (periférica ou cardíaca) e outras lesões gastro-intestinais (úlceras, hemorragias) (Blume, 1998).

Mulheres e homens que experimentam problemas devido ao uso de álcool diferem entre si em alguns aspectos. Essas diferenças incluem início de consumo de álcool mais tardio entre as mulheres (Schuckit e col., 1998), uma vulnerabilidade maior por parte das mulheres aos efeitos físicos adversos do beber excessivo (Chou, 1994; Counsell e cols., 1994; Bogart e cols., 1995; Stein & Cyr, 1997; Schuckit e cols., 1998), início mais precoce de problemas relacionados ao álcool entre as mulheres (Johnson e cols., 1996; Stein & Cyr, 1997), entrada mais rápida das mulheres em tratamento diante de um beber pesado (Schuckit e cols., 1995; Bogart e cols., 1995; Johnson e cols., 1996) e história familiar positiva para alcoolismo mais freqüente entre mulheres alcoolistas do que entre homens alcoolistas (Bogart e cols., 1995).

Hochgraf e cols. (1995), estudando homens e mulheres que buscaram tratamento para seu alcoolismo, encontraram diferenças quanto ao início

do beber e aumento do consumo (mais tardios para mulheres) e quanto ao uso concomitante de outras drogas (menos freqüente entre mulheres). Em seu estudo, apesar dessas diferenças, homens e mulheres buscaram tratamento com a mesma idade. As mulheres tenderiam a apresentar uma progressão para complicações sérias após uma duração menor de consumo pesado de álcool, o que é referido na literatura como fenômeno do telescópio (Schuckit e cols., 1995; Stein & Cyr, 1997; Schuckit e cols., 1998).

A natureza dos problemas experimentados pode diferir. Problemas no trabalho ou com a lei são mais comuns entre os homens, ao passo que entre as mulheres as dificuldades maiores estão na família e na saúde. Homens dependentes de álcool têm probabilidade maior que mulheres dependentes de demonstrar comportamento violento, ter acidentes e beber em situações ameaçadoras. O consumo feminino tende a ser muito mais privado e solitário que o consumo masculino, mais comumente público e fora do lar (Dawson & Grant, 1993; Stein & Cyr, 1997; Thundal & Allebeck, 1998; Schuckit e cols., 1998). Nesse sentido, essas diferenças podem estar relacionadas mais a características diferenciadas entre os sexos na sociedade em geral do que a algum aspecto próprio do alcoolismo (Schuckit e cols., 1998).

No entanto, diversos autores vêm relatando uma convergência na prevalência de problemas relacionados ao álcool entre homens e mulheres, especialmente entre os mais jovens (Stein & Cyr, 1997; Bergman e cols., 1998). Atribuem-se essas modificações às mudanças no consumo de álcool por parte das mulheres: "(...) mais mulheres bebem, elas bebem mais freqüentemente e consomem quantidades maiores quando bebem." (Bergman e cols., 1998).

A hipótese da convergência afirma que as mulheres vão assemelhando-se aos homens quanto a seus papéis e posições nas sociedades em

que ocorrem processos emancipatórios, e isso ocorre também em relação a comportamentos considerados negativos ou ameaçadores, tais como beber pesado (Neve e cols., 1997). Entretanto, há controvérsia quanto à real existência dessa convergência: segundo Schuckit e cols (1998), "(...) apesar de previsões ao contrário, as diferenças entre os gêneros (nos padrões de exposição ao álcool) não parecem ter se modificado dramaticamente nas décadas recentes".

2.5 A AVALIAÇÃO DO CONSUMO E A DETECÇÃO DE CASOS

Um desafio nos estudos epidemiológicos e no atendimento clínico de pessoas com problemas relacionados ao consumo de álcool é a detecção destes. Normalmente, os estudos que avaliam tratamentos utilizam relatos dos próprios pacientes para medir os seus consumos alcoólicos e suas conseqüências (Babor e cols., 2000). Em geral, os relatos são considerados válidos e são corroborados por informações de colaterais, especialmente relatos de consumo recente, de curto prazo (Stewart & Steiner, 1994; Spak & Hållström, 1995). As razões elencadas para explicar discrepâncias, quando elas existem, são diversas: falha de memória, ignorância da resposta, estar sob influência de álcool durante a avaliação e questões confusas (Babor e cols., 2000). No entanto, Little (1976) alerta que quanto maior o consumo alcoólico mais defensivo o paciente tenderá a estar e menos acurado tenderá a ser o seu relato. Assim, "(...) a pessoa cujo beber está provocando o maior dano é aquela que provavelmente não o relatará." Veach e cols. (1995), por sua vez, ao comentarem a utilidade dos dados obtidos em levantamentos, lembram que um grande problema é a informação minimizada sobre o consumo. Os autores situam as barreiras para a precisão na informação em três vértices: no paciente

(negação, medo), no clínico (ausência de treinamento, atitudes negativas) e no sistema de atendimento como um todo (estigmatização, falta de recursos).

São diversas as formas possíveis de obter-se informação sobre consumo de álcool ou problemas associados. Estudos têm sido conduzidos para investigar diferentes métodos de coleta de informações para pesquisa: questionários por correio, entrevista pessoal, entrevista por telefone, ou auto-preenchimento de questionário durante a entrevista (Bongers & Van Oers, 1998; Gmel, 2000; Kraus & Augustin, 2001). Embora achados iniciais na literatura fossem inconsistentes quanto ao efeito do método de coleta de dados sobre consumo de álcool e problemas relacionados a esse consumo (Bongers & Van Oers, 1998), estudos mais recentes têm demonstrado que informações específicas sobre consumo de bebidas e problemas relacionados ao álcool são mais provavelmente dadas em questionários enviados pelo correio. (Gmel, 2000; Kraus & Augustin, 2001). Na frequência de resposta de diferentes itens pesquisados, as entrevistas, sejam pessoais ou telefônicas, são superiores aos questionários por correio – ou seja, a frequência de não-resposta é menor nas entrevistas que nos questionários – embora a qualidade dos dados pareça ser maior nos questionários por correio (Bongers & Van Oers, 1998; Gmel, 2000; Kraus & Augustin, 2001). Kraus & Augustin (2001) propõem explicação sobre esses resultados afirmando que a coleta de informações é favorecida em situações nas quais a pessoa que responde "(...) não interage com o entrevistador, onde ela tem controle sobre o contexto bem como o ritmo para responder, e onde a informação é obtida visualmente sem pressão de tempo." No entanto, se para pesquisa esses achados podem oferecer alternativas de obtenção de informações, na atividade clínica nem sempre há alternativas ao contato médico-paciente.

Vários autores apontam a necessidade de introduzir-se o questionamento sobre consumo de álcool como rotina de avaliação em consultas médicas, tanto em pacientes adultos como entre adolescentes, de ambos os sexos. No entanto, Taj e cols. (1998) citam estudo no qual apenas 39% das pessoas que compareceram em consultório médico nos dois anos anteriores foram questionadas acerca de seu consumo de álcool. Esses autores conduziram estudo de avaliação sobre a utilidade clínica do uso de uma questão única para rastreamento (“Em qualquer ocasião, durante os últimos três meses, você tomou mais que 5 drinques contendo álcool?”), e encontraram resultados de sensibilidade de 62% e especificidade de 93% (comparando homens e mulheres, esses valores mudam para 80% e 35%; 90% e 96%, respectivamente). As diferenças de sensibilidade entre os gêneros pode estar ligada ao limite escolhido (mais de 5 drinques), uma vez que se sabe das diferenças entre homens e mulheres na definição do beber de risco.

Fontes colaterais de informação podem ser úteis, mas apresentam alguns problemas. Babor e cols. (2000) observam que as limitações de tais fontes são a dificuldade de recrutá-las, a perda de contato com o paciente que às vezes ocorre, e a freqüente falta de detalhes nas informações fornecidas sobre a quantidade ou freqüência do beber.

Marcadores biológicos muitas vezes são utilizados na tentativa de se obterem medidas de rastreamento confiáveis. Suas vantagens são sua especificidade e confiabilidade, já que não são passíveis de distorções por fatores motivacionais ou comportamentais (Babor e cols., 2000). Exemplos são a gama-GT (gama-glutamil-transpeptidase), as enzimas hepáticas (aspartato aminotransferase – AST, alanina aminotransferase – ALT), o volume corpuscular médio (VCM), a carboidrato-deficiente transferrina (CDT). (Yersin e cols., 1995; Edwards e cols., 1997c; Luz Jr., 1997; Babor e cols, 2000). Em estudo comparativo (Yersin e cols.,

1995), a gama-GT, o VCM e a CDT mostraram performances similares, embora a CDT tenha se mostrado superior aos demais em homens jovens e em fumantes. Exames toxicológicos também podem ser utilizados, mas têm utilidade condicionada pelo intervalo de tempo entre o uso da substância e a coleta do material – em especial, o álcool (Wiemann e cols., 1995).

De uma forma geral, os autores consideram as medidas biológicas limitadas, sendo usualmente utilizadas em conjunto com informações obtidas com os pacientes e/ou familiares para a detecção de alcoolismo. Essas limitações provavelmente são ainda maiores se o que se busca é a detecção de um beber problemático que nem sempre determina alterações biológicas significativas. Além disso, deve-se considerar o custo na realização de exames, a possibilidade de obtenção das amostras, e o período relativamente curto de sensibilidade máxima (2 a 14 dias) (Babor e cols., 2000). Outro aspecto a ser considerado é que a acurácia dos marcadores biológicos é pobre quando comparada às mensurações de auto-preenchimento, o que levou a *United States Preventive Services Task Force* a desencorajar seu uso como método de rastreamento primário em pacientes assintomáticos (Steinbauer e cols., 1998)

Ao comparar estas formas de avaliação de consumo (para fins de realização de estudo clínico), Babor e cols. (2000) não encontraram vantagem significativa para nenhuma delas (informação do paciente, informação de colateral, exames laboratoriais). Segundo os autores, "(...) estas medidas comportaram-se de forma similar para detectar mudanças no tempo e entre as condições de tratamento." Quando ocorreram discrepâncias entre as informações fornecidas pelos pacientes e as outras fontes, elas tenderam a ir em direção a uma informação de consumo superior ao real, e não o oposto (grifo dos autores). Esses pacientes não demonstraram alterações em variáveis de personalidade ou psiquiátricas; antes,

tendiam a apresentar problemas mais severos com seu beber, mais tratamentos prévios, níveis de consumo mais elevados pré-tratamento e níveis de prejuízo cognitivo significativamente maiores – ou seja, quando o paciente informava seu consumo de forma incorreta, isso se deveu “(..) menos como resultado de uma mentira intencional do paciente, e mais em função de déficits de memória associados a um curso mais crônico e severo de envolvimento com álcool” (Babor e cols., 2000).

Outra forma de investigação de consumo e de detecção de problemas é a utilização de questionários. Em geral, questionários de auto-preenchimento são superiores aos marcadores biológicos para detecção de beber excessivo e dependência (Chang, 1997; Bradley e cols., 1998). Exemplos de questionários são o *Short Alcohol Dependence Data (SADD)*, o *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*, o *Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)*. Também são utilizados, como testes breves de rastreamento, o CAGE, o TWEAK, e o T-ACE (Hankin & Sokol, 1995; Luz Jr., 1997; Edwards e cols, 1997c; McGann & Spangler, 1997; Chang, 1997; Blume, 1998; Chang e cols., 1998; Bradley e cols., 1998).

O desempenho dos diversos questionários pode ser diferente entre homens e mulheres por várias razões (Bradley e cols., 1998). O estigma associado ao beber pesado das mulheres e a probabilidade menor de as mulheres experimentarem conseqüências sociais evidentes com o seu beber excessivo (por consumirem com mais freqüência em casa) fazem com que as mulheres reportem consumo menor e que os instrumentos que medem conseqüências sociais (dificuldades econômicas, no emprego ou legais) não detectem os problemas que as mulheres experimentam (Bradley e cols., 1998)

O mais conhecido de todos os testes breves de rastreamento é o CAGE, proposto por Ewing e Rouse (1970) e validado no Brasil por Masur e Monteiro (1983). Seu nome deriva das iniciais (em inglês) das perguntas realizadas, sempre em entrevista, para detecção de casos suspeitos. Originalmente, o teste foi desenvolvido para identificar o “alcoolista escondido” em ambientes hospitalares, embora venha sendo utilizado também em serviços de cuidados primários (Steinbauer e cols., 1998). O teste é considerado positivo quando duas ou mais perguntas forem respondidas afirmativamente (Quadro 1). Stein & Cyr (1997) sugerem que o CAGE, por avaliar conseqüências sociais do beber, e sendo as conseqüências sociais as dificuldades mais experimentadas por mulheres, pode ser especialmente útil no rastreamento de mulheres com problemas pelo uso de álcool. Revisando uma série de estudos sobre questionários de rastreamento para abuso e dependência de álcool em mulheres, Bradley e cols. (1998) concluíram que o CAGE, juntamente com o AUDIT e o TWEAK, era um teste excelente para detecção de dependência de álcool; na detecção de beber pesado, no entanto, o CAGE demonstrou baixa sensibilidade, especialmente entre mulheres brancas ou gestantes. Steinbauer e cols (1998), buscando testar o efeito de vieses étnicos e sexuais no CAGE, no SAAST e o AUDIT, três testes de rastreamento propostos na literatura, verificaram superioridade do último em amostra de serviço de cuidados primários. Segundo os autores, o CAGE mostrou-se inconsistente em diferentes subpopulações (foram estudados homens e mulheres americanos de origem africana, brancos e americanos de origem mexicana). Chang (1997), e Chang e cols. (1998) questionam a utilidade do CAGE, apontando algumas limitações do teste: ausência de informação sobre beber episódico (*binge drinking*) e sobre quantidade/freqüência usuais de consumo, ausência de distinção entre dificuldades atuais ou ao longo da vida, e foco na dependência e não no beber problemático. Além disso, o CAGE não

foi validado para mulheres especificamente, nem parece confiável em populações com um consumo reduzido – como costuma ser o consumo das gestantes, por exemplo (Bruce e cols., 1993; Chang, 1997). Alguns autores sugerem que uma alteração nos pontos de corte dos diferentes testes – inclusive do CAGE – seria uma forma de adequar suas sensibilidades para detecção de beber pesado em mulheres, gestantes ou não (Bradley e cols., 1998).

Quadro1: O teste CAGE

C: Cut down	“Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?”
A: Annoyed	“As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?”
G: Guilty	“Você sente-se culpado(a) (chateado(a) consigo mesmo(a)) pela maneira com que costuma beber?”
E: Eye-opener	Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?”

Os testes T-ACE e TWEAK são tentativas para melhorar a detecção de gestantes em beber de risco. O T-ACE altera o CAGE substituindo a pergunta acerca da culpa ao beber por outra sobre tolerância: “Quantos drinques são necessários para que você fique ‘alta’?” (*How many drinks does it take for you to get high?*) O teste é considerado positivo se um escore de 2 pontos ou mais é obtido em sua aplicação. A contagem desses pontos difere do CAGE: a pergunta sobre tolerância (T) conta 2 pontos se positiva (ou seja, é necessário pelo menos o equivalente a 6 latas de cerveja ou 1 garrafa de vinho para que a mulher fique “alta”); as demais (ACE) valem 1 ponto cada. O TWEAK altera o T-ACE modificando a pergunta sobre tolerância para: “Quantos drinques são tomados antes de você começar a sentir os primeiros efeitos do álcool?” (*How many drinks does it take before you begin to feel the first effects of the alcohol?*) Embora ambos pareçam ter boa sensibilidade e especificidade (Chang e cols., 1998), nenhum foi validado para

uso em populações que buscam atendimento médico geral (Chang, 1997), nem foram validados para o português.

Nenhum teste se propõe a substituir a entrevista clínica. A obtenção de uma informação acurada acerca do consumo de álcool é a melhor forma de avaliar os riscos aos quais estão expostos a gestante e seu feto, embora seja mais difícil que a aplicação de um questionário. No entanto, como colocam Hankin & Sokol (1995): "(...) estes dados podem auxiliar o clínico a estabelecer a extensão de qualquer beber problemático, uma parte crítica de informação quando se maneja a paciente que está bebendo durante a gravidez."

2.6 AS DIFICULDADES DOS AVALIADORES

As dificuldades na avaliação do consumo de álcool por mulheres são relatadas por diversos autores. Blume (1998), discutindo a imagem que envolve a mulher que é dependente química, afirma que uma consequência do estigma resultante é a negação do problema, a um nível individual, familiar e social. Segundo a autora, os médicos e outros técnicos de saúde falham em diagnosticar alcoolismo em pacientes que não lembram estereótipos sociais – o que freqüentemente ocorre com mulheres. Embora essas mulheres busquem os serviços de saúde com queixas diversas – infertilidade, ansiedade, insônia, hipertensão –, sua culpa, vergonha e negação impedem-nas de espontaneamente relatar seu consumo de álcool.

Pechansky e cols. (1988) avaliaram registros acerca do consumo alcoólico em prontuários de homens e mulheres e observaram diferença significativa quanto à existência de referências ao consumo: em 53,3% dos prontuários de mulheres, não havia qualquer referência, comparados a 38,7% dos prontuários de

homens. Tal achado, segundo os autores, poderia ser explicado por fatores da equipe de atendimento (detecta, mas não registra, ou não detecta por minimizar a importância do consumo devido a preconceito) ou por fatores das pacientes (que tenderiam a negar com mais facilidade seu consumo ou problemas relacionados a ele devido a aspectos culturais). Outro estudo (Dawson e cols., in Chang, 1997) mostrou que, em um serviço ambulatorial médico geral, 23,7% das mulheres com beber problemático foram identificadas, em comparação a 66,7% dos homens.

Lelong e cols. (1995) levantam uma série de questões interessantes a esse respeito, quando lembram o papel da cultura na avaliação do consumo do álcool e de sua valorização. Em seu estudo, verificaram que a visão que as gestantes têm do beber associa-se com o consumo que efetivamente fazem: quanto maior era o consumo da grávida, mais alta a quantidade de álcool que ela julgava razoável beber durante a gestação. Os autores questionam o quanto dúvidas envolvendo a quantidade de álcool necessária para que ocorra um dano no feto, diferente para o que já é divulgado amplamente sobre o uso de cigarro, fazem com que o conhecimento sobre os riscos não esteja claro na população em geral. Além disso, a dificuldade das equipes de atendimento em discutir o assunto pode estar relacionada a uma confusão entre consumo de álcool e alcoolismo, uma vez que o consumo é muito freqüente mesmo entre os membros das equipes. Discutir sobre o consumo de tabaco, por exemplo, parece ser bem mais fácil.

Essa questão também foi abordada por Minugh e cols. (1998), ao discutirem as relações entre o conhecimento subjetivo sobre saúde e os comportamentos objetivos para a saúde. Segundo os autores, com freqüência observam-se discrepâncias entre as crenças subjetivas acerca dos riscos para a saúde e o comportamento objetivo de cuidados da saúde. No caso do consumo de álcool, os autores propõem a hipótese de que as pessoas podem reconhecer o

alcoolismo como um risco para a saúde, mas o uso de álcool a um nível "normal" como livre de riscos. "(...) Muito comumente, indivíduos carregam imagens estereotipadas de como um alcoolista 'se parece', podem comparar seu próprio beber com tal estereótipo e decidir que o seu beber é sem conseqüências".

Em relação a fatores ligados a aspectos culturais que envolvem o beber feminino, os profissionais de saúde têm limitada possibilidade de mudança; no entanto, os fatores ligados aos próprios profissionais de saúde podem ser levantados e modificados para que o atendimento de mulheres com problemas ligados ao consumo de álcool seja mais adequado. Como lembram Chang e cols. (1997): "(...) apesar de as mulheres freqüentarem duas vezes mais os ambulatórios que os homens, os médicos têm menor probabilidade de diagnosticar mulheres com problemas ativos relacionados ao beber, bem como de colher a história de consumo de álcool das mulheres. (...) O reconhecimento reduzido das mulheres com beber problemático pode ter sérias conseqüências porque mulheres experimentam mais efeitos adversos do álcool em níveis de consumo menores que os homens."

Uma vez que o álcool é uma droga lícita de uso disseminado em nossa cultura, a relação complexa de seu consumo com a saúde obriga os médicos a serem cuidadosos na exploração do tema entre seus pacientes, especialmente mulheres. Embora possam encontrar freqüentemente mulheres com um beber prejudicial, raramente os médicos realizam alguma intervenção, como o aconselhamento, seja por não as identificar, seja por não ter treinamento ou tempo para fazê-lo (Chang e cols., 1997; Chang 1997; Taj, 1998). Pode haver um dilema acerca de como aconselhar sobre o uso de álcool mesmo nas situações em que o consumo não é problemático, pois os benefícios conhecidos têm que ser considerados no contexto dos problemas associados. (McGann & Spangler, 1997). No estudo de Lelong e cols.(1995), embora 75% das fumantes pesadas tenham sido

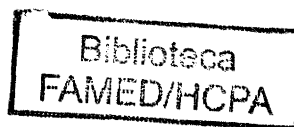
aconselhadas a diminuir ou parar de fumar por seus médicos, apenas 17% das bebedoras pesadas foram aconselhadas a diminuir o consumo de álcool ou parar de consumi-lo. Considerando-se o total de fumantes pré-gestação, 61% foram aconselhadas a diminuir ou parar (e 40% pararam), enquanto que do total de consumidoras de álcool pré-gestação, apenas 7% foram aconselhadas a parar ou diminuir. Nenhuma das bebedoras pesadas que diminuiu seu consumo o fez por conselho médico.

Veach e cols. (1995) relataram baixos índices de investigação sobre consumo de substâncias: 22,05% das gestantes foram perguntadas sobre uso de álcool, 25,73% o foram sobre uso de tabaco e 23,5% sobre uso de outras drogas. A proporção de mulheres para as quais foi sugerido mudar seus hábitos de consumo foi ainda menor: embora a 12,5% das mulheres tenha sido pedido que parassem de fumar (em um grupo de 37,5% de fumantes segundo questionário anonimamente preenchido), apenas a 2,2% foi pedido que interrompessem seu consumo de álcool (em 21,3% de consumidoras de álcool) e a 3,67% que interrompessem seu uso de drogas (em 8,8% de usuárias de maconha).

No estudo de Costa e cols. (1998), 38% das gestantes entrevistadas relataram ter recebido alguma orientação no pré-natal. Outras fontes de informação, tais como programas de televisão, escola, jornais e revistas foram apontados como fontes de informação para 37% das gestantes sobre riscos para o feto devido ao uso de substâncias psicoativas. Um quarto das gestantes entrevistadas não tinha qualquer informação.

Em oposição, no estudo de Bruce e cols. (1993), 86,7% das gestantes declararam terem sido perguntadas sobre seu consumo de álcool durante seu pré-natal. Desse mesmo grupo, 72% relataram ter conversado sobre os efeitos adversos do álcool com seus cuidadores. Provavelmente, as dificuldades existentes

em investigar o consumo de álcool existem, e definir precisamente o consumo entre gestantes pode ser bastante trabalhoso; neste sentido, a afirmação de Weiner e cols. (1983) é pertinente: "(...) essa dificuldade não deve ser usada como racionalização para evitar a investigação sobre os padrões do beber".



2.7 ÁLCOOL E GESTAÇÃO

O consumo de álcool durante a gestação oferece riscos ao concepto. Com exposição a grandes quantidades de álcool, a gestação e o feto podem apresentar uma variedade de desfechos, como aborto espontâneo, mortalidade perinatal, deficiência de crescimento pré e pós-natal, disfunções neurológicas e comportamentais, anomalias congênitas, assim como a denominada Síndrome Fetal Alcoólica (Nobile e cols., 1984; Stephens, 1985; Counsell e cols., 1994; Nanson, 1997; Borges e cols., 1997; Blume, 1998). Essa síndrome é caracterizada por três achados clínicos: restrição de crescimento pré e pós-natal, prejuízo no Sistema Nervoso Central (incluindo retardo mental, nível elevado de atividade, prejuízo na memória e na atenção) e uma combinação reconhecível de achados faciais (fenda palpebral pequena; nariz pequeno, arrebicado; maxilar hipoplásico; lábio superior fino, pequena distância do nariz) (Tannhauser & Tannhauser, 1985; Borges, 1988; Stewart & Streiner, 1994; Hankin & Sokol, 1995; Costa e cols., 1998).

Tal como descrita, a Síndrome Fetal Alcoólica foi identificada já em 1967 por um grupo de pesquisadores franceses; tal trabalho não chamou atenção da comunidade científica internacional, o que ocorreu apenas depois do trabalho de Jones & Smith, em 1973 (Voldman, 1983; Tannhauser & Tannhauser, 1985; Borges,

1988). No entanto preocupações relacionadas aos efeitos do álcool sobre o feto podem ser encontradas já em textos de Aristóteles, e a existência de uma associação entre consumo de álcool por gestantes e problemas conseqüentes nos seus conceptos estava reconhecida e relatada no século XIX; (Koenig e cols., 1985; Tannhauser & Tannhauser, 1985; Borges, 1988; Stewart & Streiner, 1994). Sua incidência varia muito na literatura: 1/2.400 a 1/300 dos nascidos vivos (Voldman, 1983; Koenig e cols., 1985; May, 1996; Karl e cols., 1988; Blume, 1998).

Segundo May (1996), a Síndrome Alcoólica Fetal parece ser apenas a ponta do *iceberg*. Mesmo que não apresente a síndrome completa, o neonato pode ter outros déficits neurológicos sutis, tais como atraso no desenvolvimento motor, velocidade de processamento de informações lentificada, tempos de reação mais lentos, escores mais baixos de QI e uma típica síndrome de déficit de atenção com hiperatividade. Também há uma associação entre consumo de álcool da mãe e peso do bebê: redução no consumo leva a aumento no peso (Stewart & Streiner, 1994; Lelong e cols., 1995; Hankin & Sokol, 1995; Hankin e cols., 1996; Gladstone e cols., 1997). Embora sejam relatados alguns benefícios para a saúde quando o consumo de álcool por mulheres é de até 1 drinque por dia, durante a gravidez não é claro se esse consumo é seguro ou se pode determinar conseqüências adversas (Borges, 1988; Bruce e cols., 1993; Hankin & Sokol, 1995; Lelong e cols., 1995; McGann & Spangler, 1997). Estima-se que 30 a 50% das mulheres que utilizam álcool durante a gravidez têm filhos que apresentam alterações clínicas variáveis durante seu desenvolvimento (Costa e cols., 1998). As freqüências relatadas para danos relacionados ao álcool em filhos de mulheres que beberam durante a gestação variam entre 1,4 e 3,6 por 1000 nascimentos (May, 1996).

Foram identificados períodos críticos durante a gravidez nos quais a exposição do feto ao álcool produz determinadas alterações de

desenvolvimento. Assim, um beber pesado durante as primeiras oito semanas de gravidez pode levar a anormalidades craniofaciais. Se a exposição ocorrer no terceiro trimestre, pode ocorrer diminuição da circunferência craniana (Tannhauser & Tannhauser, 1985; Bruce e cols., 1993; Hankin & Sokol, 1995). Outros fatores de risco à saúde parecem interagir com o consumo de álcool na determinação de alterações no feto, tais como dieta pobre, uso de outras drogas e uso pesado de cigarro (Tannhauser & Tannhauser, 1985; Koenig e cols., 1985; Borges, 1988; Stewart & Steiner, 1994).

Há algumas evidências acerca da quantidade de álcool necessária para que se evidenciem danos no período pré-natal: a partir de um consumo médio de 10 g de etanol, ocorre uma redução do crescimento fetal e do peso ao nascer, e a partir de 80 g diárias de etanol, aumenta bastante a probabilidade de ocorrer Síndrome Fetal Alcoólica (Tannhauser & Tannhauser, 1985; Blume, 1998; Bertolote, 1999). Windham e cols. (1997) encontraram risco aumentado para aborto espontâneo em mulheres que consumiram mais de 3 drinques por semana durante o primeiro trimestre. Além disso, antes que a mulher saiba que está grávida pode estar bebendo, e o risco para o feto cresce se o consumo continua ao longo da gravidez.

Estudos em animais mostram uma relação dose-dependente entre o álcool e os efeitos tóxicos sobre o feto. Exposições breves a concentrações elevadas são mais deletérias ao feto que o álcool total consumido; nesse sentido, o beber intenso episódico (*binge drinking*), definido como 5 ou mais drinques de uma vez, é considerado danoso ao feto (Nanson, 1997). Por isso, diversos autores e autoridades de saúde pública americanas recomendam abstinência total no consumo de álcool antes da concepção e durante a gestação, e alguns consideram que qualquer consumo durante a gravidez deva ser definido como problemático (Borges,

1988; Serdula e cols., 1991; Stewart & Steiner, 1994; Mena R. e cols. 1996; Nanson, 1997; McGann & Spangler, 1997; Barros e cols., 1997; Chang e cols., 1998). Nanson (1997) lembra que, apesar de diversas características demográficas estarem mais associadas à ocorrência de Síndrome Fetal Alcoólica, a prevenção desse quadro precisa ser vista no contexto de uma melhora da saúde como um todo nas gestantes de risco.

Mesmo que não ocorra um dano ao feto, deve-se também considerar que mulheres com abuso ou dependência de álcool (bem como de outras drogas) que se tornam mães podem vir a experimentar dificuldades em suas ligações com os bebês, nos seus cuidados e em suas vidas familiares (Blume, 1998).

2.8 USO DE ÁLCOOL ENTRE GESTANTES

Freqüências de consumo discrepantes têm sido relatadas em diferentes estudos: os valores relatados variam entre 0,09% e 46%. Nessa ampla variação estão englobadas todas as categorias de consumo; uso de mais de 1 drinque por dia foi descrito em até 9%, e de mais de 2 drinques por dia em até 3,6% das gestantes. O beber intenso episódico foi relatado em até 2,8% das gestantes (Weiner e cols., 1983; Waterson & Murray-Lyon, 1989; Kesby e cols., 1991; Bruce e cols., 1993; Martins-Costa e cols., 1993; Stewart & Streiner, 1994; Counsell e cols., 1994; Lelong e cols., 1995; Veach e cols., 1995; Hankin & Sokol, 1995; Mena R. e cols., 1996; McGann & Spangler, 1997; Muhajarine e cols., 1997; Stein & Cyr, 1997; Svikis e cols., 1997; Blume, 1998; Chang e cols., 1998). A maior parte desses dados foi obtida com estudos em hospitais ou em ambientes urbanos.

Stein & Cyr (1997) citam estudo populacional conduzido com 29.000 mulheres no momento do parto, utilizando amostras de urina, que estimou prevalência de uso perinatal de álcool em 6,7%. Outro estudo, realizado na Irlanda e utilizando exames toxicológicos de urina de 1000 pacientes que compareciam para sua primeira consulta de pré-natal, demonstrou positividade no teste (definido como valores maiores de 10 mg%) em 1,4% das gestantes (Bosio e cols., 1997). Os próprios autores alertam para a possível subestimativa que essa técnica de rastreamento determina, já que os testes não indicam a frequência nem a quantidade utilizada.

Há relatos de diminuição espontânea no consumo de álcool durante a gestação (Borges, 1988; Kesby, 1991). As razões expostas pelas gestantes para reduzirem seu consumo de álcool durante a gravidez costumam ser a preocupação com seu bebê, a perda de sabor da bebida e a ocorrência de náuseas (Weiner e cols., 1983; Waterson & Murray-Lyon, 1989; Lelong e cols., 1995). No entanto, essa redução no consumo parece não ocorrer entre as bebedoras pesadas, mas tende a manifestar-se entre as que têm um consumo mais leve (Bruce e cols., 1993; Lelong e cols., 1995). Weiner e cols. (1983) questionam esse achado, afirmando que bebedoras pesadas também relatam reduções marcadas em seu consumo após se saberem grávidas. Kost e cols. (1998) estudaram a atitude de mulheres na gestação, a partir da sua intenção (ou não) de engravidar. Embora o planejamento (ou não) de gravidez não tenha associação com a redução no consumo de álcool durante a gestação, mulheres mais jovens (menos de 30 anos), com nível educacional mais elevado (nível universitário) e nulíparas tinham maior probabilidade de reduzir seu consumo de álcool durante a gestação.

No Brasil, poucos estudos foram conduzidos e relatados. Martins-Costa e cols. (1993) conduziram estudo epidemiológico sobre uso de fármacos na

gestação, em Porto Alegre. Nessa amostra de 586 pacientes, foi encontrada (através de entrevista semi-estruturada) uma freqüência de 3% de "alcoolismo", definido pelos autores como "consumo médio de 2 copos/dia", embora não especificassem que tipo de copo e que tipo de bebida. Nesse mesmo grupo, verificaram freqüência de 28,5% de "tabagismo" (com consumo médio de 12 cigarros/dia) e freqüência de 0,5% de "drogadição" (consumo de maconha).

Costa e cols. (1998) entrevistaram 100 gestantes em São Paulo, e verificaram que 25% da amostra respondeu ter utilizado álcool "socialmente" (sem definição do que seria um consumo social). Além disso, 28% relataram consumo de tabaco e 4% de maconha.

A discrepância dos achados pode estar ligada aos diferentes métodos utilizados para o levantamento de dados (Bruce e cols., 1993; Pereira e cols., 1993). Pereira e cols. (1993) afirmam que os relatos de consumo de álcool podem variar de acordo com as questões utilizadas, a forma como os dados foram coletados, o período de tempo a que se refere o levantamento e o momento da gestação no qual as questões foram feitas. Os autores exemplificam a diferença de perguntar sobre consumo alcoólico diário ou semanal: uma mulher que efetivamente bebe pouco (1 ou 2 drinques por semana), ao ser perguntada sobre quanto consome por dia, tenderá a responder que não bebe, e será classificada como alguém "sem consumo de álcool". Já se esta mesma mulher for questionada sobre seu consumo semanal, tenderá a relatar seu consumo baixo, e não mais será considerada "sem consumo de álcool".

Também deve ser levado em consideração o "efeito do entrevistador", segundo o qual, quando a pergunta é feita por um entrevistador, haveria uma tendência de relatar menor consumo do que quando a mesma pergunta é feita em questionário auto-aplicado (Pereira e cols., 1993; Bruce e cols., 1993).

Wiemann e cols. (1995) afirmam que é necessário investigar melhor a relação entre as características demográficas do paciente e do(a) entrevistador(a) e sua influência sobre o quão acurado é o relato de uso de álcool, tabaco e outras drogas.

Além disso, quanto maior for o intervalo de tempo entre o fato investigado (consumo de álcool) e a avaliação, maior a probabilidade de que o relato seja inexato (Pereira e cols., 1993; Chang e cols., 1998). Há evidências sugerindo que, se as perguntas sobre cada tipo de bebida consumida forem feitas separadamente, as prevalências de consumo de álcool serão maiores do que se as perguntas realizadas levarem em consideração todas as bebidas em conjunto (Bruce e cols., 1993; Serdula e cols., 1999)

Uma dificuldade adicional a uma avaliação exata de consumo alcoólico é a natureza complexa e freqüentemente errática do comportamento de beber (Bruce e cols., 1993). Além do tabu próprio da questão do consumo alcoólico por mulheres, o estigma social ligado à utilização de drogas durante a gravidez pode afetar ainda mais o relato de uso por parte das gestantes. Pode haver uma negação do consumo, o consumo pode não ser relatado, ou ainda pode ser relatado em quantidade ou freqüência menor que a real (Little, 1976; Bruce e cols., 1993; Pereira e cols., 1993; Svikis e cols., 1997; Chang e cols., 1998).

Svikis (1997) alerta para o fato de que os dados obtidos em relatos clínicos podem ser diferentes dos obtidos em pesquisa, quando o anonimato pode ser garantido às pacientes. Provavelmente existe uma maior disponibilidade em fornecer informações, tais como as relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas quando a informação é fornecida a um investigador independente. Little (1976) descreveu diferenças entre os relatos de consumo feitos por gestantes aos obstetras e os oferecidos a entrevistadores do estudo, tidos como "independentes". Segundo a autora, cerca de 10% das mulheres forneceram relatos claramente

discrepantes, na maioria das vezes freqüências menores para os médicos. Em um estudo-piloto realizado em hospital-escola de Porto Alegre, Fagundes & Schneider (1996) verificaram consumo de álcool em 11 de 20 gestantes entrevistadas por investigadora auto-identificada como "independente da equipe de atendimento" (não foi avaliada a quantidade consumida). Nenhum tipo de registro de prontuário foi encontrado em 16 dos 20 casos, e nos 4 prontuários com registro, este foi discrepante em 2, sempre menor que o referido em entrevista com pesquisador independente.

2.9 FATORES DE RISCO PARA O CONSUMO DE ÁLCOOL DURANTE A GESTAÇÃO

Tendo em vista as dificuldades ligadas à identificação de gestantes com uso problemático de álcool, alguns pesquisadores têm procurado alternativas que permitam aos técnicos de saúde avaliar risco com base em aspectos das gestantes e de suas histórias.

Stewart & Steiner (1994) identificaram três fatores associados com um consumo de risco (acima de 7 doses/semana de álcool): desorganização social (desemprego; baixo nível educacional; idade inferior a 21 anos; ausência de companheiro; gravidez não-planejada; dieta pobre; problemas emocionais; tabagismo; uso de outras drogas, prescritas ou não, ou ilícitas), saúde pobre (problemas físicos; problemas emocionais; dieta pobre) e hábitos de saúde de risco (dieta pobre, uso de outras drogas, prescritas ou não).

Weiner e cols. (1983) têm dúvidas sobre o poder preditivo desses fatores de risco, e crêem que eles não são efetivos como marcadores clínicos. Esses

autores afirmam que a inclusão sistemática de uma "história do beber" seria a maneira mais prática de identificar bebedoras pesadas, e que essa história deveria ser parte de toda avaliação inicial.

No entanto, diversos autores discutem como diferentes aspectos demográficos e outros fatores parecem estar associados ao beber durante a gestação. Alguns fatores de risco não diferem dos fatores de risco para consumo de álcool por mulheres em geral, tais como o consumo de álcool pelo parceiro (Weiner e cols., 1983; Lelong e cols., 1995; Wiemann e cols., 1995; Mena R. e cols., 1996), a falta de um cônjuge – ou a ausência de um sistema de apoio à gravidez (Weiner e cols., 1983; Koenig e cols., 1985; Serdula e cols., 1991; Counsell e cols., 1994; Stewart & Steiner, 1994; Lelong e cols., 1995; Stein & Cyr, 1997; Gladstone e cols., 1997), o abuso físico ou sexual prévio (Wiemann e cols., 1995), o consumo de álcool pelos pais da gestante (Weiner e cols., 1983), o consumo de outras substâncias psicoativas – principalmente tabaco – pela própria gestante (Waterson & Murray-Lyon, 1989; Serdula e cols., 1991; Stewart & Steiner, 1994; Lelong e cols., 1995; Stein & Cyr, 1997; Svikis e cols., 1997; Gladstone e cols., 1997) e a ausência de emprego remunerado (Weiner e cols., 1983; Stewart & Steiner, 1994; Lelong e cols., 1995). Outros fatores são citados e discutidos na literatura, e não têm a mesma similaridade com os fatores estudados na população feminina em geral.

A idade é um fator citado, embora de forma controversa. Alguns autores identificam risco maior nas gestantes mais velhas, acima de 30 anos (Weiner e cols., 1983; Koenig e cols., 1985; Waterson & Murray-Lyon, 1989; Serdula e cols., 1991; Counsell e cols., 1994; Hankin & Sokol, 1995; Altfeld e cols., 1997). Já Stewart & Steiner (1994) afirmam que esse perfil vem se modificando, com um crescente consumo, em frequência e quantidade, de mulheres mais jovens, gestantes inclusive. Waterson & Murray-Lyon (1989) citam estudos de outros autores que demonstram

que as gestantes mais velhas têm maior probabilidade de reduzir seu consumo de álcool, e Serdula e cols. (1991), estudando tendências de consumo de álcool entre gestantes, observam: "(...) nenhum declínio no uso (de álcool) foi observado entre as (gestantes) de menor educação e as mais jovens. Se esses padrões continuarem, a prevalência de uso de álcool nos anos futuros será maior entre mulheres que são mais jovens e com menor nível educacional." Estudando as características de gestantes canadenses que apresentam beber intenso episódico, Gladstone e cols. (1997) relataram risco maior em mulheres mais jovens. Também Counsell e cols. (1994) relataram consumo mais freqüente de álcool entre gestantes mais jovens na Nova Zelândia.

O número de gestações também é citado na literatura. Multíparas consomem mais álcool que primíparas, tendendo a beber o dobro no momento da concepção, e o triplo quando da primeira visita pré-natal (Weiner e cols., 1983; Koenig e cols., 1985; Hankin & Sokol, 1995; Wiemann e cols., 1995; Hankin e cols., 1996). Outros autores, no entanto, encontraram maior freqüência de beber pesado em primíparas (Waterson & Murray-Lyon, 1989). Consumir álcool durante uma gestação é preditor de consumo nas gestações subseqüentes (Hankin & Sokol, 1995).

Consumo pesado de álcool, previamente à gestação, aumenta o risco de consumo mais intenso durante a gravidez (Waterson & Murray-Lyon, 1989). Embora tenham observado em sua amostra uma redução no número médio de drinques consumidos por semana entre mulheres que engravidaram, Lelong e cols. (1995) verificaram que 71,4% das mulheres que bebiam 2 drinques ou mais por dia antes de engravidar mantiveram seu consumo inalterado durante a gravidez.

Dados sobre fatores de risco étnicos são conflitantes. Em alguns estudos, gestantes negras parecem ter risco maior de consumo pesado de álcool,

nos Estados Unidos (Waterson & Murray-Lyon, 1989; Serdula e cols., 1991); em outros, mulheres brancas têm risco maior (Weiner e cols., 1983). Em um estudo no Canadá, mulheres brancas têm risco maior de apresentar beber intenso episódico (Gladstone, 1997). Counsell e cols. (1994), estudando gestantes da Nova Zelândia, encontraram diferenças étnicas de consumo entre mulheres das ilhas do Pacífico e mulheres de origem Maori ou europeia (as últimas abstendo-se de beber em menor frequência). Os autores levantam a hipótese de que essa diferença seja um reflexo de diferenças religiosas e/ou culturais entre os grupos, pois o consumo de álcool não é parte da cultura das mulheres do Pacífico, e é inapropriado para essas mulheres beber.

Wiemann e cols. (1995) estudaram as diferenças entre grupos étnicos (gestantes negras, brancas e hispano-americanas de origem mexicana) quanto aos fatores de risco, e encontraram diferenças apenas em um fator, o envolvimento com a escola, protetor para negras e brancas e risco para hispânicas. Essa diferença foi explicada tendo em vista que a educação levaria as mulheres hispânicas a uma aculturação, e mulheres aculturadas tenderiam a usar mais tabaco, álcool e drogas que seus pares não-aculturados. Em outros fatores de risco, ocorreram diferenças quanto à intensidade de proteção/risco, mas não em sentido oposto, como no fator envolvimento com escola.

Mena R. e cols. (1996) conduziram estudo sobre consumo de álcool entre gestantes no Chile, em um ambulatório urbano e um rural. Os autores relatam que a recomendação de ingerir "bebidas alcoólicas com certos alimentos" é feita nos serviços de atendimento, com o argumento de aumentar as calorias na alimentação ou para o preparo para a amamentação. As recomendações médicas são de que "1 ou 2 'tragos' por dia não têm riscos", ou "beba de forma moderada" – sendo este "moderado" algo muito variável. Segundo os autores, em área rural, há

pouca aceitação para o consumo alcoólico feminino, e não há hábito de consumo durante a gravidez; na área urbana, essas diferenças de consumo entre homens e mulheres são menores: há "(...) maior pressão social exercida por meios de comunicação, maior oportunidade de ingestão em reuniões sociais, mais pontos de venda de bebidas alcoólicas, e maior liberação da mulher quanto a seus hábitos, ou maior autonomia do machismo prevalente". O reflexo desses aspectos culturais evidenciar-se-ia nas diferenças de consumo entre os 2 grupos: no serviço rural, o consumo de álcool ocorre entre 2,2% das gestantes; no serviço urbano, ocorre em 19,1%.

Quanto à educação, em oposição ao descrito para as mulheres em geral, um menor nível de educação é citado como fator de risco: gestantes com menor nível teriam risco maior de consumir álcool durante a gestação (Weiner e cols., 1983; Stewart & Steiner, 1994; Lelong e cols., 1995; Stein & Cyr, 1997; Muhajarine e cols., 1997). Estudos anteriores evidenciavam risco maior entre gestantes de nível educacional mais elevado, o que provavelmente era reflexo de uma visão prevalente de que um consumo moderado não oferecia risco ao feto. Reduções posteriores no uso de álcool entre as gestantes de maior nível educacional e entre as mais velhas poderiam estar relacionadas à divulgação mais recente de que qualquer consumo de álcool oferece risco (Serdula e cols., 1991). No entanto, em um estudo realizado na Nova Zelândia, Counsell e cols. (1994) verificaram que mulheres com nível educacional mais alto têm maior probabilidade de beber se comparadas com mulheres de nível educacional mais baixo.

O grupo social é outro fator controverso. Waterson & Murray-Lyon (1989) verificaram que mulheres de maior status social tendiam a cortar seu consumo de álcool durante a gravidez, mas citam em seu trabalho autores que verificaram o oposto. Em um estudo na França, Lelong e cols. (1995) verificaram que

o grupo de bebedoras pesadas tinha um baixo nível sócio-econômico. Em estudo conduzido no Canadá, Muhajarine e cols. (1997) encontraram maior risco de consumo de álcool em mulheres com ganhos mais elevados. Counsell e cols. (1994) verificaram que a frequência de mulheres de alto nível sócio-econômico que bebem é maior, se comparadas com mulheres de baixo nível sócio-econômico, na Nova Zelândia.

O planejamento e intenção de engravidar também foram estudados em relação ao risco de consumo de álcool. Altfeld e cols. (1997) estudaram comportamento de cuidados de saúde durante a gestação, relacionando-as à intenção prévia declarada de engravidar por parte das mulheres. Encontraram associação entre o desejo de engravidar e o uso de álcool, quando controlados os efeitos das variáveis sócio-demográficas. Esse achado contraria o de Hellerstedt e cols. (1988), e outros revistos pelos autores: "(...) a maioria dos estudos que examinaram a relação entre intenção de engravidar e uso de álcool durante a gravidez não encontraram associação significativa entre os dois". (Altfeld e cols, 1997).

Estudou-se a associação de características de personalidade com consumo de álcool por parte de gestantes. Kesby e cols. (1991), estudando o uso de cigarro e álcool durante a gestação, não encontraram evidências que ligassem um consumo de risco dessas substâncias entre gestantes com aspectos particulares de personalidade ou de repertório de manejo (*general coping repertoires*). Segundo os autores, outros estudos também não evidenciaram qualquer associação entre características de personalidade e uso de álcool ou outras drogas durante a gravidez.

3

OBJETIVOS

3.1 GERAL

Estudar o padrão de consumo de álcool entre gestantes que participam de programa pré-natal em hospital geral de ensino.

3.2 ESPECÍFICOS

Descrever a frequência de consumo de álcool (geral e de acordo com o padrão de consumo) entre gestantes que participam de programa de pré-natal em hospital geral de ensino.

Verificar na amostra estudada a associação entre o consumo de álcool de gestantes que participam de programa de pré-natal e os fatores de risco para beber descritos na literatura.

Descrever a detecção do consumo de álcool das gestantes por parte das equipes de saúde, através dos registros de prontuário realizados ao longo do atendimento ambulatorial.

Verificar o registro de consumo de álcool das gestantes que compõem a amostra nas notas de internação quando do momento do parto.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida F, Naomar M, Jair J, Coutinho E, França J, Fernandes J, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-APAL* 1992;14(3):93-104.
- Altfeld S, Handler A, Burton D, Berman L. Wantedness of pregnancy and prenatal health behaviors. *Women Health* 1997;26(4):29-43.
- Babor TF, Steinberg K, Anton R, Del Boca F. Talk is cheap: measuring drinking outcomes in clinical trials. *J Stud Alcohol* 2000;61(1):55-63.
- Barros SGS, Galperim B, Grüber, AC. Problemas clínicos comuns do alcoolista. In: Ramos SP, Bertolote JM. *Alcoolismo hoje*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 87-110.
- Belfort P. Medicina preventiva: assistência pré-natal. In: Rezende J. *Obstetria*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1980. p. 238-52.
- Bergman I, Haver B, Bergman H, Dahlgren L, Nielsen GH. Personality characteristics of women with alcohol addiction: a Rorschach study of women in an early treatment programme. *Scand J Psychol* 1998;39:47-54.
- Bertolote JM. Quem tem medo de mulheres alcoolistas? *Álcool e Drogas* 1999;(1):21-7.
- Blume SB. Addictive disorders in women. In: Frances RJ, Miller SI, editors. *Clinical textbook of addictive disorders*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 1998. p. 413-29.
- Bogart CJ, Yeatman FR, Sirridge ST, Geer FA. Alcohol expectancies and the personal and parental drinking patterns in women. *Women Health* 1995;22(4):51-66.
- Bongers IMB, Van Oers JAM. Mode effect on self-reported alcohol use and problem drinking: mail questionnaires and personal interviewing compared. *J Stud Alcohol* 1998;59:280-5.

- Borges G, Tapia-Conyer R, Lopez-Cervantes M, Medina-Mora ME, Pelcastre B, Marina FF. Alcohol consumption and pregnancy in the Mexican national addiction survey. *Cad Saude Publica* 1997;13(2):205-11.
- Borges G. Consumo moderado de bebidas alcohólicas por mujeres embarazadas: una controversia epidemiológica. *Salud Publica Mex* 1988;30(1):14-24.
- Bosio P, Keenan E, Gleeson R, Dorman A, Clarke T, Darling M, O'Connor J. The prevalence of chemical substance and alcohol abuse in an obstetric population in Dublin. *Ir Med J* 1997;90(4):149-50.
- Bradley KA, Boyd-Wickizer J, Powell SH, Burman ML. Alcohol screening questionnaires in women: a critical review. *JAMA* 1998;280(2):166-71.
- Breslin FC, O'Keefe MK, Burrell L, et al. The effect of stress and coping on daily alcohol use in women. *Addict Behav* 1995;20(2):141-7.
- Brown SA, Goldman MS, Inn A, Anderson LR. Expectations of reinforcements from alcohol: their domain and relation to drinking patterns. *J Consult Clin Psychol* 1980;48:194-201.
- Bruce FC, Adams MM, Shulman HB, Martin ML. Alcohol use before and during pregnancy: PRAMS Working Group. *Am J Prev Med* 1993;9(5):267-73.
- Busnello EDA, Pereira MO, Knapp WP, Salgado CAI, Taborda JGV, Knijnik L, et al. Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1992;41(10):507-12.
- Castelo ME. Dependência alcohólica em la mujer: lo nocivo del alcohol durante el embarazo. *CM Publicación Médica* 1996;9(1):16-7.
- Chang G, Behr H, Goetz M, Hiley A, Bigby J. Women and alcohol abuse in primary care: identification and intervention. *Am J Addict* 1997;6(3):183-92.
- Chang G, Wilkins-Haug L, Berman S, Goetz MA, Behr H, Hiley A. Alcohol use and pregnancy: improving identification. *Obstet Gynecol* 1998;91(6):892-8.
- Chang G. Primary care: detection of women with alcohol use disorders. *Harv Rev Psychiatry* 1997;4(6):334-7.
- Chou SP. Sex differences in morbidity among respondents classified as alcohol abusers and/or dependent: results of a national survey. *Addiction* 1994;89:87-93.
- Costa MTZ, Quintal VS, Haro FMB, Picchi M, Salgado MVS, Okay Y, et al. Drogas de abuso na gestação: as orientações no pré-natal são suficientes? *Pediatria* 1998;20(4):316-22.
- Counsell AM, Smale PN, Geddis DC. Alcohol consumption by New Zealand women during pregnancy. *N Z Med J* 1994;107(982):278-81.
- Dawson DA, Grant BF. Gender effects in diagnosing alcohol abuse and dependence. *J Clin Psychol* 1993;49(2):298-307.

- Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. Case identification and screening. In: Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. *The treatment of drinking problems: a guide for the helping*
- Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. The alcohol dependence syndrome. In: Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. *The treatment of drinking problems: a guide for the helping professions*. 3rd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1997a. p. 31-54.
- Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. Women with drinking problems. In: Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. *The treatment of drinking problems: a guide for the helping professions*. 3rd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1997b. p. 148-57.
- Edwards G. Problemas de bebida na mulher. In: Edwards G. *O tratamento do alcoolismo*. São Paulo: Martins Fontes; 1987. cap. 7.
- Ewing JA, Rouse BA. Identifying the hidden alcoholic. In: *Proceedings of the 79th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence*; 1970 Feb 2-6; Sidney, Austrália.
- Fagundes CP, Schneider FM. Uso de álcool entre gestantes: estudo-piloto [tema livre]. In: *Anais da 17. Jornada Sul-Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica*; 1996; Gramado.
- Fuchs CS, Stampfer MJ, Colditz GA, Giovannucci EL, Manson JE, Kawachi I, et al. Alcohol consumption and mortality among women. *N Engl J Med* 1995;332(19):1245-50.
- Gladstone J, Levy M, Nulman I, Koren G. Characteristics of pregnant women who engage in binge alcohol consumption. *CMAJ* 1997;156(6):789-94.
- Gmel G. The effect of mode of data collection and a non-response on reported alcohol consumption: a split-sample study in Switzerland. *Addiction* 2000;95:123-34.
- Gomberg ESL. Women's drinking practices and problems from a lifespan perspective. In: Howard JM, et al. *Women and alcohol: issues for prevention research*. Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1996. Research Monograph No. 32. p. 185-214.
- Hajema K, Knibbe RA. Changes in social roles as predictors of changes in drinking behavior. *Addiction* 1998;93(11):1717-27.
- Hankin JR, Firestone IJ, Sloan JJ, Ager JW, Sokol RJ, Martier SS. Heeding the alcoholic beverage warning label during pregnancy: multiparae versus nulliparae. *J Stud Alcohol* 1996;57:171-7.
- Hankin JR, Sokol RJ. Identification and care of problems associated with alcohol ingestion in pregnancy. *Semin Perinatol* 1995;19(4):286-92.
- Hellerstedt WL, Pirie PL, Lando HA, et al. Differences in preconceptional and prenatal behaviors in women with intended and unintended pregnancies. *Am J Public Health* 1998;88(4):663-6.

- Hochgraf PB, Zilberman ML, Andrade AG. Women alcoholics: social, demographic and clinical characteristics in a Brazilian sample. *Alcohol Alcohol* 1995;30(4):427-32.
- Hochgraf PB. Problemática do alcoolismo e outras farmacodependências nas mulheres. In: Andrade AG, Nicastrí S, Tongue E. *Drogas: atualização em prevenção e tratamento*. São Paulo: Lemos; [s.d.]. p. 69-78.
- Johnson FW, Gruenewald PJ, Treno AJ, Taff GA. Drinking over the life course within gender and ethnic groups: a hyperparametric analysis. *J Stud Alcohol* 1998;59:568-80.
- Johnson NP, Michels PJ, Sheridan D. Recent major life stressors among white and black women. *Substance Abuse* 1996;17(4):219-28.
- Johnson PB, Glassman M. The moderating effects of gender and ethnicity on the relationship between effect expectancies and alcohol problems. *J Stud Alcohol* 1999;60:64-9.
- Jones KL, Smith DW. Recognition of the fetal alcohol syndrome en early infancy. *Lancet* 1973;2(7836):999-1001.
- Karl MGG, Antunes MB, Brígioni R, et al. O uso de drogas socialmente aceitas na gravidez. *Acta Médica* 1988;416-23.
- Kesby G, Parker G, Barrett E. Personality and coping style as influences on alcohol intake and cigarette smoking during pregnancy. *Med J Aust* 1991;155:229-33.
- Koenig A, Müller RL, Osório MCN, Valiati B, Freitas AAG. Síndrome fetal alcoólica. *Revista do HCPA e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul* 1985;5(2):33-7.
- Kost K, Landry DJ, Darroch JE. Predicting maternal behaviors during pregnancy: does intention status matter? *Fam Plann Perspect* 1998;30(2):79-88.
- Kraus L, Augustin R. Measuring alcohol consumption and alcohol-related problems: comparison of responses from self-administered questionnaires and telephone interviews. *Addiction* 2001;96(3):459-71.
- Lelong N, Kaminski M, Chwalow J, Bean K, Subtil D. Attitudes and behavior of pregnant women and health professionals towards alcohol and tobacco consumption. *Patient Education and Counseling* 1995;25(1):39-49.
- Leonard KE, das Eiden R. Husband's and wife's drinking: unilateral or bilateral influences among newlyweds in a general population sample. *J Stud Alcohol* 1999;Suppl 13:130-8.
- Lima MS. Epidemiologia do alcoolismo. In: Ramos SP, Bertolote JM. *Alcoolismo hoje*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 45-64.
- Little RE. Alcohol consumption during pregnancy as reported to the obstetrician and to an independent interviewer. *Ann N Y Acad Sci* 1976;273:588-92.

- Luz Jr. E. Diagnóstico do alcoolismo. In: Ramos SP, Bertolote JM. Alcoolismo hoje. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 67-75.
- Martins-Costa SH, Ramos JGL, Lisboa PV, Pederiva MA, Toniazzo MR, Vettorazzi J, et al. Uso de fármacos na gestação. *Jornal Brasileiro de Ginecologia* 1993;103(10):373-8.
- Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res* 1983;16:215-8.
- May PA. Research issues in the prevention of fetal alcohol syndrome and alcohol-related birth defects. In: Howard JM, et al. *Women and alcohol: issues for prevention research*. Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1996. Research Monograph No. 32. p. 93-131.
- McGann KP, Spangler JG. Alcohol, tobacco, and illicit drug use among women. *Prim Care* 1997;24(1):113-22.
- Mena RM, Concha GJC, Ureta SN, Carrasco CE. Consumo de alcohol en embarazadas bajo control. Consultorios de Pirque y San Ramon. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 1996;61(4):250-5.
- Minugh PA, Rice C, Young L. Gender, health beliefs, health behaviors, and alcohol consumption. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1998;24(3):483-97.
- Morçeira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo S, Fuchs SC, et al. Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern Brazilian city: a population-based survey. *J Stud Alcohol* 1996;57:253-9.
- Muhajarine N, D'Arcy C, Edouard L. Prevalence and predictors of health risk behaviors during early pregnancy: Saskatoon Pregnancy and Health Study. *Can J Public Health* 1997;88(6):375-9.
- Nanson JL. Binge drinking during pregnancy: who are the women at risk? [editorial]. *CMAJ* 1997;156(6):807-8.
- Neve RJ, Lemmens PH, Drop MJ. Gender differences in alcohol problems: mediation by social roles and gender-role attitudes. *Subst Use Misuse* 1997;32(11):1439-59.
- Nobile L, Mathias L, Kin HY, Martins JA. Álcool e gravidez: considerações epidemiológicas e efeitos adversos sobre o conceito. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1984;33(5):347-51.
- Norris J, Hughes TL. Alcohol consumption and female sexuality: a review. In: Howard JM, et al. *Women and alcohol: issues for prevention research*. Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1996. Research Monograph No. 32. p. 315-45.
- Pechansky F, Soibelman M, Gus G. Consumo de álcool em mulheres: preconceito? *Revista ABP-APAL* 1988;10(3):87-90.

- Pereira AC, Olsen J, Ogstron S. Variability of self reported measures of alcohol consumption: implications for the association between drinking in pregnancy and birth weight. *J Epidemiol Community Health* 1993;47:326-30.
- Roxburgh S. Gender differences in the effect of job stressors on alcohol consumption. *Addict Behav* 1998;23(1):101-7.
- Saalfeld V, Álvares-da-Silva MR. Prevalência do alcoolismo em cuidado primário à saúde. *Revista de Pesquisa Médica* 1993;27(1):5-9.
- Schuckit MA, Anthenelli RM, Bucholz KK, Hesselbrock VM, Tipp J. The time course of development of alcohol-related problems in men and women. *J Stud Alcohol* 1995;56:218-25.
- Schuckit MA, Daepfen JB, Tipp JE, Hesselbrock M, Bucholz KK. The clinical course of alcohol-related problems in alcohol dependent and nonalcohol dependent drinking women and men. *J Stud Alcohol* 1998;59:581-90.
- Serdula M, Williamson DF, Kendrick JS, Anda RF, Byers T. Trends in alcohol consumption by pregnant women. 1985 through 1988. *JAMA* 1991;265(7):876-9.
- Serdula MK, Mokdad AH, Byers T, Siegel PZ. Assessing alcohol consumption: beverage-specific versus grouped-beverage questions. *J Stud Alcohol* 1999;60(1):99-102.
- Spak F, Hållström T. Prevalence of female alcohol dependence and abuse in Sweden. *Addiction* 1995;90:1077-88.
- Stein MD, Cyr MG. Women and substance abuse. *Med Clin North Am* 1997;81(4):979-98.
- Steinbauer JR, Cantor SB, Holzer III CE, Volk RJ. Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. *Ann Intern Med* 1998;129(5):353-62.
- Stephens CJ. Perception of pregnancy and social support as predictors of alcohol consumption during pregnancy. *Alcohol Clin Exp Res* 1985;9(4):344-8.
- Stewart DE, Streiner D. Alcohol drinking in pregnancy. *Gen Hosp Psychiatry* 1994;16(6):406-12.
- Svikis D, Henningfield J, Gazaway P, Huggins G, Sosnow K, Hranicka J, et al. Tobacco use for identifying pregnant women at risk of substance abuse. *J Reprod Med* 1997;42:299-302.
- Taj N, Devera-Sales A, Vinson DC. Screening for problem drinking: does a single question work? *J Fam Pract* 1998;46(4):328-35.
- Tannhauser SL, Tannhauser M. Efeitos do etanol, benzodiazepínicos e antieméticos na gravidez. *Revista de Pesquisa Médica* 1985;19(1):45-9.
- Thundal KL, Allebeck P. Abuse of and dependence on alcohol in Swedish women: role of education, occupation and family structure. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:445-50.

Veach TL, Sheld H, Pistorello J, Arkwitz L, Chappel JN. Perinatal substance use patterns in obstetrics-gynecology. *Substance Abuse* 1995;16(2):115-23.

Voldman ES. Drogas de aceptación social y embarazo. II. El alcohol. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* 1983;43(2):63-4.

Waterson EJ, Murray-Lyon IM. Drinking and smoking patterns amongst women attending an antenatal clinic. II. During pregnancy. *Alcohol Alcohol* 1989;24(2):163-73.

Weiner L, Rosett HL, Edelin KC, Alpert JJ, Zuckerman B. Alcohol consumption by pregnant women. *Obstet Gynecol* 1983;61(1):6-12.

Wiemann CM, Berenson AB, Landwehr BM. Racial and ethnic correlates of tobacco, alcohol and illicit drug use in a pregnant population. *J Reprod Med* 1995;40(8):571-8.

Wilsnack SC, Wilsnack RW. Drinking and problem drinking in US women: patterns and recent trends. *Recent Dev Alcohol* 1995;12:29-60.

Wilsnack SC. Patterns and trends in women's drinking: recent findings and some implications for prevention. In: Howard JM, et al. *Women and alcohol: issues for prevention research*. Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1996. Research Monograph No. 32. p. 19-63.

Wyndham GC, von Behren J, Fenster L, Schaefer C, Swan SH. Moderate maternal alcohol consumption and risk of spontaneous abortion. *Epidemiology* 1997;8(5):509-514.

Yersin B, Nicolet JF, Decrey H, Burnier M, van Melle G, Pecoud A. Screening for excessive alcohol drinking: comparative value of carbohydrate-deficient transferin, γ -glutamyltransferase, and mean corpuscular volume. *Arch Intern Med* 1995;155(17):1907-11.



**USO DE ÁLCOOL ENTRE GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO
PRÉ-NATAL: ASSOCIAÇÃO COM FATORES DE RISCO E
DETECÇÃO PELAS EQUIPES DE ATENDIMENTO**

Fernando M. Schneider

Médico psiquiatra, professor assistente do Núcleo de Adicções
da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Mary C. Bozzetti

Doutora em Medicina, professora adjunta do Departamento de Medicina
Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

RESUMO

Objetivos: O objetivo do estudo é investigar o padrão de consumo de álcool entre gestantes que participam de programa pré-natal em hospital geral de ensino. **Desenho:** Estudo transversal, no qual foram entrevistadas gestantes participantes de programa de pré-natal em hospital geral de ensino; posteriormente, os registros de prontuário foram revisados, bem como de outras participantes do programa não entrevistadas. **Achados:** Na amostra estudada, 46,4% das gestantes consumiam álcool durante a gravidez (cerveja e vinho), sendo 16,9% destas consumindo 1 ou mais drinques por dia. Dos fatores de risco descritos na literatura, a existência de trabalho remunerado (Odds Ratio: 8,25; Intervalo de Confiança 95%: 1,94 – 35,1), a escolaridade (acima do IIº grau – OR: 17,9; IC95%: 1,51 – 196,76) e a renda familiar (acima de US\$ 390,00 – OR: 0,24; IC95%: 0,06 – 0,99) associaram-se ao consumo de álcool. Poucos casos foram detectados pelas equipes de atendimento. O teste CAGE não detectou consumo de álcool nesta amostra; se utilizado com ponto de corte menor, aumenta a detecção de casos suspeitos. **Conclusões:** Os achados devem ser investigados mais extensamente, pois sugerem que uma grande proporção de grávidas em acompanhamento pré-natal esteja consumindo bebidas alcoólicas, sem ser adequadamente identificada, e portanto sem ser orientada quanto aos danos que o etanol provoca no feto.

Palavras-chave: Gestantes, álcool, consumo, detecção, fatores de risco.

INTRODUÇÃO

O estudo sobre o uso de substâncias psicoativas na gravidez é importante pelo seu impacto na prevenção dos problemas associados a este consumo. O álcool é uma substância psicoativa lícita danosa para o feto, com efeitos sobre o seu crescimento e desenvolvimento adequado. A expressão máxima do dano provocado pelo álcool é a Síndrome Fetal Alcoólica, caracterizada por três achados clínicos: restrição de crescimento pré e pós-natal, prejuízo em Sistema Nervoso Central (incluindo retardo mental, nível elevado de atividade, prejuízo em memória e atenção), e uma combinação reconhecível de achados faciais (fenda palpebral pequena; nariz pequeno, arrebitado; maxilar hipoplásico; lábio superior fino, pequena distância do nariz) (1, 2, 3, 4, 5).

Há algumas evidências acerca da quantidade de álcool necessária para que se evidenciem danos no período pré-natal: a partir de um consumo médio de 10 g de etanol por dia ocorre uma redução do crescimento fetal e do peso ao nascer, e a partir de 80 g diárias de etanol aumenta bastante a probabilidade de ocorrer Síndrome Fetal Alcoólica (1, 6).

No Brasil, o álcool é uma droga lícita a partir dos 18 anos, e usualmente é a substância psicoativa mais consumida descrita nos levantamentos populacionais realizados, ou entre jovens estudantes. Mesmo entre jovens com idade menor de 18 anos, para os quais é proibida a comercialização de álcool, é comum que a experimentação tenha ocorrido. Levantamento realizado em escolas públicas de 1º e 2º graus de Porto Alegre identificou que 85,6% das meninas e 83,8% dos meninos já haviam experimentado alguma bebida alcoólica (7). A amostra deste estudo foi composta por 6456 jovens, dos quais 5563 tinham menos de 18 anos.

Foram realizados levantamentos populacionais sobre uso de álcool na cidade de Porto Alegre. No estudo de Busnello e cols. (8), foram descritas freqüências de 2,7% e 19,6% de transtorno de uso de álcool em mulheres e homens, respectivamente. Almeida e cols. (9) relatam estimativa de prevalência global para abuso/dependência de álcool em mulheres foi de 2,5%, e de 16,0% em homens. Em outro estudo, conduzido por Moreira e cols. (10), verificou-se prevalência de beber pesado em 4,2% das mulheres (29,3% dos homens), e de dependência de álcool em 4,0% das mulheres (15,9% dos homens). Estas diferenças podem estar em parte ligadas às diferentes metodologias empregadas pelos autores.

Nos últimos anos, tem-se observado uma tendência a aumentar o consumo de drogas lícitas e ilícitas por mulheres (11), e muitas destas mulheres que estão consumindo drogas irão engravidar. A detecção precoce, acompanhada de aconselhamento, poderia ter grande repercussão na evolução da gestação, e na exposição do feto aos efeitos das drogas consumidas pela mãe (12).

O objetivo deste trabalho é descrever o consumo de álcool entre gestantes em acompanhamento pré-natal em um hospital geral de ensino no sul do Brasil, verificando sua associação com os fatores de risco descritos na literatura e a detecção por parte das equipes de atendimento ambulatorial do programa pré-natal desenvolvido no hospital.

MATERIAL E MÉTODOS

Em um estudo de delineamento transversal, foram entrevistadas 115 gestantes que compareceram para atendimento com as diferentes equipes de pré-natal, ao longo de 3 meses, no ambulatório de pré-natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Neste período, foram atendidas 680 mulheres nas agendas de pré-natal correspondentes, e a amostra correspondeu a 16,9% das pacientes atendidas. Destas, foi possível revisar os prontuários de 114 (um registro não foi localizado). Com o objetivo de verificar a representatividade da amostra selecionada em relação ao total de gestantes atendidas em pré-natal no momento do estudo, foram selecionados aleatoriamente prontuários de mulheres que foram atendidas nas agendas de pré-natal no período de coleta de dados, cujas características demográficas, de vida reprodutiva e registro de álcool em prontuário e folha de admissão em sala de parto foram comparados com os achados do grupo de gestantes entrevistadas.

As gestantes que foram entrevistadas para compor a amostra (115) eram pacientes do programa regular de pré-natal, tinham pelos menos 16 anos, não participavam de pré-natal de alto risco, de gestantes com HIV+, ou de gestantes adolescentes. O cálculo da amostra levou em consideração a prevalência estimada de problemas relacionados ao consumo de álcool na população de 15%, com um erro alfa de 5%. As entrevistas foram conduzidas em condições de sigilo, e as gestantes agendadas para atendimento nos dias em que as entrevistas eram realizadas foram sorteadas aleatoriamente, informadas sobre o estudo e convidadas a participar, sendo orientadas que o investigador e a participação na entrevista não tinha qualquer ligação com seu atendimento usual. A pesquisa era descrita como uma investigação de cuidados e hábitos de saúde, e as pacientes que participaram o fizeram após assinatura de consentimento pós-informação. Não foi comunicado às pacientes o objetivo do

estudo de investigar especificamente seu consumo de álcool, uma vez que tal informação poderia inibi-las em seu relato; antes, as perguntas sobre consumo alcoólico foram introduzidas entre outras voltadas a hábitos de saúde em geral. Apenas 2 pacientes convidadas a participar negaram-se alegando terem pouco tempo disponível antes de seu atendimento.

As entrevistas eram realizadas durante o tempo de espera para consultas agendadas em pré-natal, e foi adotado um modelo semi-estruturado, com questões que envolviam hábitos de saúde, alimentação, consumo de álcool e tabaco, além de medicações. Quando era informado algum consumo de álcool nos 30 dias anteriores à entrevista, buscou-se quantificar o consumo médio semanal da paciente. As perguntas envolvendo esse consumo buscavam discriminar o(s) tipo(s) de bebida consumida(s) e a estimativa da gestante sobre seu consumo. O tempo médio de duração de cada entrevista foi de 30 minutos.

Ao longo da entrevista foi aplicado o CAGE, instrumento de rastreamento para alcoolismo composto de 4 perguntas e que é considerado positivo quando pelo menos duas delas são respondidas afirmativamente. O CAGE foi proposto por Ewing e Rouse (13) e foi desenvolvido originalmente para identificar o “alcoólita escondido” em ambientes hospitalares, embora venha sendo utilizado também em serviços de cuidados primários (14). O CAGE foi validado para o português por Masur & Monteiro (15).

Após a entrevista, cada paciente era convidada a responder questões do Self-Report Questionnaire (SRQ), e a preencher o Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Álcool (IECPA), nesta ordem. O SRQ é um instrumento de rastreamento para problemas mentais, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (16). Pode ser auto-preenchido ou preenchido por um entrevistador que lê as perguntas para a paciente. Para cada resposta afirmativa soma-se 1 ponto. O

ponto de corte utilizado foi o escore 7, acima do qual a paciente é considerada suspeita para transtorno mental.

O IECPA (17) é um questionário de auto-preenchimento que busca avaliar as concepções que o indivíduo tem sobre ao álcool e seus efeitos sobre o comportamento. Destina-se a avaliar as expectativas sobre os efeitos positivos do consumo moderado de bebidas alcoólica, o que é relatado como “fator cognitivo descrito na literatura como uma variável mediadora da vulnerabilidade ao alcoolismo” (18). Ele foi adaptado e validado para uso no Brasil por Werlang e cols. (18).

Nove meses após o período de coleta, foram revisados os prontuários das pacientes, para verificar a existência ou não de registros acerca do consumo de álcool por parte das equipes de atendimento médico e de enfermagem. Foi considerado registro qualquer anotação realizada em prontuário, mesmo que inespecífica (“bebe socialmente”, por exemplo), sobre o consumo de álcool da gestante. Os registros, quando existentes, foram classificados em registros de uso ou registros de não uso. Duas fontes foram consideradas nesta pesquisa: primeiramente, foram revisados os registros de evolução das equipes de atendimento de pré-natal ambulatorial, feitos por estudantes de medicina, médicos residentes, médicos contratados, e enfermeiras. Também foram revisados registros de nota de internação, no modelo estruturado preenchido pelas equipes de enfermagem do centro obstétrico do hospital, e que fazem parte da rotina de atendimento quando da internação da paciente para o parto.

Como método de análise estatística foram utilizados para a análise uni/bivariada os testes de associação (qui-quadrado e teste exato de Fisher, quando apropriado), ou teste t de Student para variáveis numéricas contínuas de distribuição normal. Para a análise multivariada foi criado um modelo através de regressão logística

ponto de corte utilizado foi o escore 7, acima do qual a paciente é considerada suspeita para transtorno mental.

O IECPA (17) é um questionário de auto-preenchimento que busca avaliar as concepções que o indivíduo tem sobre ao álcool e seus efeitos sobre o comportamento. Destina-se a avaliar as expectativas sobre os efeitos positivos do consumo moderado de bebidas alcoólicas, o que é relatado como “fator cognitivo descrito na literatura como uma variável mediadora da vulnerabilidade ao alcoolismo” (18). Ele foi adaptado e validado para uso no Brasil por Werlang e cols. (18).

Nove meses após o período de coleta, foram revisados os prontuários das pacientes, para verificar a existência ou não de registros acerca do consumo de álcool por parte das equipes de atendimento médico e de enfermagem. Foi considerado registro qualquer anotação realizada em prontuário, mesmo que inespecífica (“bebe socialmente”, por exemplo), sobre o consumo de álcool da gestante. Os registros, quando existentes, foram classificados em registros de uso ou registros de não uso. Duas fontes foram consideradas nesta pesquisa: primeiramente, foram revisados os registros de evolução das equipes de atendimento de pré-natal ambulatorial, feitos por estudantes de medicina, médicos residentes, médicos contratados, e enfermeiras. Também foram revisados registros de nota de internação, no modelo estruturado preenchido pelas equipes de enfermagem do centro obstétrico do hospital, e que fazem parte da rotina de atendimento quando da internação da paciente para o parto.

Como método de análise estatística foram utilizados para a análise uni/bivariada os testes de associação (qui-quadrado e teste exato de Fisher, quando apropriado), ou teste t de Student para variáveis numéricas contínuas de distribuição normal. Para a análise multivariada foi criado um modelo através de regressão logística

múltipla não condicional. Foram estimados *Odds Ratios* (OR) não ajustados e ajustados para potenciais fatores de confusão com seus correspondentes intervalos de confiança de 95%. Foram considerados estatisticamente significativos os com $p < 0,05$.

A inclusão das variáveis que foram selecionadas no modelo estatístico levou em conta dois critérios: variáveis que com valor de $p < 0,20$ na análise uni/bivariada; variáveis que tinham um valor de $p > 0,20$ mas com importância clínica-epidemiológica comprovada por dados da literatura. Os pontos de corte para idade e renda familiar foram estabelecidos a partir da determinação de quartis dessas variáveis contínuas.

RESULTADOS

Do total de 114 gestantes entrevistadas a distribuição de acordo com a idade gestacional foi: 16 (13,9%) estavam no primeiro trimestre, 49 (42,6%) estavam no segundo trimestre, e 50 (43,5%) estavam no terceiro trimestre.

Um total de 140 prontuários foram selecionados com a finalidade de verificar a representatividade das mulheres das agendas de pré-natal no Ambulatório do HCPA de onde se originou a amostra entrevistada. Destes, 2,8% (4) foram de pacientes que haviam sido entrevistadas para o estudo, 9,2% (13) eram de gestantes de alto risco, 4,2% (6) eram de adolescentes menores de 16 anos, e 7,8% (11) de mulheres não-gestantes; os demais 75,7% (106) prontuários pertenciam a gestantes de baixo-risco maiores de 16 anos atendidas e compuseram o grupo de comparação.

As variáveis demográficas, a ocorrência de fatores de risco, a frequência no pré-natal, o local de parto, e a frequência de registros nos prontuários entre as gestantes entrevistadas (amostra) e gestantes do grupo de comparação foram comparadas e estão descritas na Tabela 1.

Embora não tenham sido observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, houve uma predominância de mulheres primíparas e com companheiro entre as gestantes entrevistadas (amostra).

Durante as entrevistas, 63 gestantes (55,2%) declararam terem consumido bebidas alcoólicas durante a gestação. Destas, 10 (16%) afirmaram terem interrompido o uso de álcool após saberem-se grávidas. As demais 53 gestantes (46,4%) que mantiveram consumo de álcool descreveram-no (cerveja e vinho; nenhuma declarou utilizar destilados) conforme exposto na Figura 1.

De acordo com o relato nas entrevistas, 9 gestantes (16,9%) fazem uso de 1 ou mais drinques por dia, o que é um consumo alcoólico claramente de risco (convencionalmente, 1 drink tem, em média, 13 g de etanol) (Figura 1).

Algumas variáveis descritas na literatura como fatores de risco para consumo de álcool por gestantes foram investigadas durante as entrevistas. Compararam-se as gestantes que mantiveram consumo de álcool durante a gestação com as que não o consumiram em nenhum momento. Os resultados desta comparação estão na Tabela 2.

Dos fatores descritos na literatura, apenas a existência de trabalho remunerado mostrou associação positiva estatisticamente significativa com o consumo de álcool. As variáveis escolaridade (quando acima de IIº grau), idade (quando acima de 32 anos) e frequência no pré-natal (quando acima de 10 consultas) mostraram uma significância positiva limitrofe (entre 0,05 e 0,10).

Nenhuma paciente apresentou CAGE positivo, considerando a definição de positivo como 2 ou mais questões respondidas "sim". No entanto, 18 mulheres responderam "sim" à questão "alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?" ("C"). Buscou-se testar a associação do CAGE com consumo alcoólico se fosse adotado um ponto de corte inferior ao descrito na literatura, ou seja, com 1 questão respondida positivamente. A Tabela 3 mostra a relação entre os resultados dos instrumentos de rastreamento utilizados para alcoolismo (IECPA e CAGE), bem como o SRQ (rastreamento para patologia psiquiátrica) e o consumo alcoólico relatado pelas gestantes.

Observou-se que a adoção deste ponto de corte inferior no CAGE determinou uma associação significativa entre este "CAGE 1 questão" e o consumo de

álcool. Não houve associação entre os achados do IECPA e do SRQ com o consumo relatado de álcool.

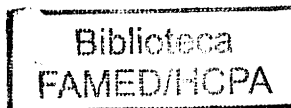
Na Tabela 4 são descritas as frequências de registros sobre consumo de álcool nas evoluções dos atendimentos de pré-natal, e nas notas de internação das pacientes. Os dados expostos como "com registro" referem-se à presença de quaisquer registros, afirmando o consumo ou negando-o.

Observou-se uma frequência maior de registros em notas de internação de gestantes que relataram consumo atual de álcool na entrevista do que as que não relataram consumo atual e esta diferença foi estatisticamente significativa. Nos registros das evoluções não foi observada diferença estatisticamente significativa entre bebedoras e não bebedoras.

Para controlar o efeito de potenciais variáveis de confusão, os diversos fatores de risco para consumo de álcool entre gestantes foram modelados através do método de regressão logística múltipla não condicional. As estimativas brutas e ajustadas dos Odds Ratios para cada variáveis estão descritas na Tabela 5.

As variáveis existência de trabalho remunerado, escolaridade e renda familiar associaram-se ao consumo de álcool por parte das gestantes entrevistadas. As mulheres sem trabalho remunerado e com escolaridade acima do IIº grau parecem ter uma chance maior de consumir álcool durante a gravidez, independentemente dos outros fatores de risco estudados. Da mesma forma, os achados sugerem existir uma associação negativa entre maior renda familiar e consumo informado de álcool, ou seja, as mulheres pertencentes a famílias com renda inferior a US\$ 390,00 mensais parecem ter chance maior de consumir álcool.

DISCUSSÃO



A amostra selecionada para o estudo parece ser representativa da população atendida nas agendas de pré-natal do hospital durante o período do estudo. Embora as 114 gestantes entrevistadas que tiveram seus prontuários revisados representem 16,7% do total de mulheres atendidas no serviço, a seleção aleatória do grupo de comparação sugere que a proporção provavelmente é maior, já que pelo menos 11 mulheres atendidas nas agendas de pré-natal não eram gestantes, sendo atendidas por outras razões.

As variáveis demográficas mostram que o grupo estudado foi composto predominantemente por mulheres com idade média de 27,1 +/- 6,59 anos, com companheiro, que não trabalham, que já tiveram filhos previamente e que vivenciam uma gravidez atual não planejada. Mais de 90% das gestantes têm pelo menos 8 anos de estudo, e mais de 80% realizou seu parto no hospital em que fez seu pré-natal.

As freqüências de consumo de álcool mostraram-se elevadas. Das 115 gestantes entrevistadas, 63 (55,2%) revelaram ter bebido em algum momento durante a gestação, e 53 (46,4%) mantinham algum consumo no momento da entrevista. Em dois estudos realizados no Brasil com gestantes, Martins-Costa e cols. (19) verificaram que 3,0% relatavam consumo de pelo menos 2 copos/dia de bebida alcoólica (definidos como "alcoolicismo"), e Costa e cols. (5) verificaram que 25% das gestantes faziam "consumo social" de álcool, definido como consumo feito pelo menos 1 vez por semana. Em ambos, as informações foram obtidas pelas equipes médicas em entrevistas durante o atendimento.

Os estudos internacionais mostram freqüências variáveis. Nos Estados Unidos, Weiner e cols. (20) entrevistaram gestantes que iniciavam

acompanhamento pré-natal, e verificaram que 46% relataram consumo alcoólico. Serdula e cols. (21), utilizando entrevistas por telefone, verificaram que 28,5% das gestantes consumiam álcool durante a gravidez. Bruce e cols. (22) encontraram consumo de álcool em 11,9% de gestantes que preencheram questionário enviado por correio. Stewart & Streiner (3) verificaram, através de questionários preenchidos pelas próprias gestantes, consumo de álcool em 25,8% das grávidas.

Em estudos europeus, também observam-se variações significativas nas freqüências. Na França, Lelong e cols (23) verificaram que 56% das gestantes entrevistadas consumiam álcool. Na Inglaterra, Waterson & Murray-Lyon (24) verificaram, através de questionários de auto-preenchimento, que até 60% das gestantes faziam consumo de álcool durante a gravidez. Em um estudo irlandês utilizando teste urinário toxicológico, Bosio e cols. (25) encontraram teste positivo para consumo de álcool em 1,4% das gestantes.

Em entrevistas realizadas com gestantes chilenas, Mena R. e cols. (26) verificaram que as freqüências de consumo de álcool variaram de acordo com o local do atendimento. Em área urbana, 19,2% das gestantes relataram consumo de álcool; esta freqüência cai para 2,2% em área rural. Na Nova Zelândia, Counsell e cols. (27) também verificaram variação do consumo de álcool entre gestantes de diferentes etnias: entre as de origem européia e Maori 45,2% e 44,0%, respectivamente; entre as originárias de ilhas pacíficas, 12,0%.

Talvez esta discrepância possa ser devida aos diferentes métodos usados para determinar o consumo de álcool (22, 28). Relatos de consumo podem variar não apenas pela natureza muitas vezes errática do beber, mas também de acordo com as questões utilizadas, a forma de coletar os dados, o intervalo de tempo a que se refere o levantamento e o momento da gestação em que este ocorreu. Outro aspecto que pode influenciar é se as questões são feitas por entrevista ou por questionários de

auto-preenchimento, e se as informações são fornecidas a alguém identificado como parte da equipe de atendimento ou como pesquisador independente (28, 29, 30, 31, 32, 33). É possível que a frequência obtida no presente estudo, tão superior a outros estudos nacionais, tenha relação com alguns aspectos metodológicos: as gestantes sabiam que participavam de pesquisa não vinculada a seu atendimento, que o entrevistador não era parte das equipes de pré-natal, e a entrevista era conduzida como "levantamento de hábitos de saúde" não diretamente vinculada ao consumo de álcool. Apenas ao final da entrevista, quando as gestantes eram convidadas a preencher as questões do IECPA, claramente expunha-se a preocupação com as dimensões do consumo de álcool – o que gerou observações a respeito em algumas grávidas.

Na amostra entrevistada, a frequência de gestantes que consomem 7 a 13 drinques por semana é 6 %, e 1,7 % das grávidas relatou consumo de 14 drinques por semana. Estas frequências são semelhantes às descritas por outros autores. Nos estudos revisados, consumo entre 7 e 13 drinques semanais foi verificado em 0,2 a 8,2% das gestantes (3, 22, 24). Consumo de 14 drinques por semana ou mais foi verificado em 0,03 a 3% (3, 21, 22, 24).

Alguns autores descrevem uma redução no consumo de álcool pelas mulheres que engravidam, seja reduzindo o número de drinques consumidos, seja passando a absterem-se de beber (22, 23, 24, 26). Na amostra estudada, 15,8% das gestantes que consumiam álcool interromperam seu uso e mantinham-se abstinentes quando foram entrevistadas. Não foram investigados os motivos que levaram-nas a interromper seu consumo, nem qual o consumo prévio à gestação. Segundo alguns autores, as razões que mais frequentemente são citadas para explicar a interrupção de consumo na gravidez são a preocupação com o bebê, a ocorrência de náuseas, e a perda de sabor ao beber (20, 23, 24).

Entre os diversos fatores de risco para consumo de álcool na gestação investigados em entrevista, somente a situação profissional mostrou diferença significativa quando comparou-se as gestantes que mantinham consumo de álcool quando da entrevista com aquelas que nunca beberam ao longo da gravidez. Ao buscarmos controlar o efeito de potenciais variáveis de confusão, este achado se mantém; também evidenciam-se como fatores de risco desta amostra a escolaridade e a renda familiar. A ausência de emprego remunerado é bem descrita como fator de risco para consumo de álcool entre mulheres, gestantes ou não (3, 20, 23, 34, 35, 36).

O fato de parecer haver maior risco de consumo de álcool entre gestantes com maior nível de escolaridade é contrário ao descrito pela maioria dos autores (20, 3, 11, 23, 37). Estudos anteriores evidenciavam um risco maior entre gestantes de nível escolar mais elevado, o que provavelmente refletia uma visão prevalente que um consumo moderado de álcool fosse inócuo para o feto (21). À medida que esta visão modificou-se, ocorreu uma redução no consumo entre gestantes com maior nível educacional, provavelmente com maior acesso a informações e mais conscientizadas. O quanto aspectos culturais podem interferir neste achado é uma incógnita: muitas mulheres associam um consumo moderado de álcool a uma produção maior de leite durante a amamentação – uma crença local semelhante à relatada por Mena R. e cols (26), em estudo conduzido no Chile, onde em alguns ambulatórios as gestantes recebiam a orientação de consumir álcool às refeições, “para aumentar as calorias da dieta e estimular a amamentação”. Também na Nova Zelândia (27), mulheres com maior nível educacional apresentaram risco aumentado para consumo de álcool – novamente, um achado que precisaria ser avaliado à luz dos fatores culturais peculiares relatados pelos autores do estudo.

A associação do consumo de álcool entre gestantes e a renda familiar (ou situação sócio-econômica) é também controversa. O achado da amostra

examinada, de que uma maior renda parece estar associada a maior chance de beber, é semelhante ao descrito por Counsell e cols. (27) e por Muhajarine e cols. (37), mas contrário ao exposto por Waterson e Murray-Lyon (24).

Não é possível saber porque a amostra comportou-se desta maneira. Este é provavelmente o primeiro estudo relatado de consumo de álcool em gestantes de programa de pré-natal que investiga alguns fatores de risco relatados na literatura. Não sabemos se os achados descritos em outros países são replicáveis no Brasil, e não sabemos como seriam estes resultados em uma amostra maior, ou obtida junto a outros serviços. A amostra pesquisada no HCPA tem uma renda familiar média de US\$ 440,00, elevada para padrões brasileiros, e pode não ser representativa da população em geral. Além disso, alguns fatores de risco descritos na literatura, como o uso de álcool por parte do companheiro e etnia não foram investigados no presente estudo. De qualquer forma, a existência de 46,4% de gestantes com um beber ativo durante a gravidez – e entre estas 16,9% com um beber pesado – deve servir como um alerta para um dado que provavelmente é pouco pesquisado nas rotinas de acompanhamento pré-natal. Tal fato é ainda mais significativo quando se tem em mente que este refere-se a mulheres que buscam atendimento pré-natal, e que, pelo menos teoricamente, estão mais preocupadas com sua saúde e de seu bebê (uma vez que no serviço pesquisado, a presença em consultas de pré-natal não oferecia qualquer benefício secundário, como um rancho mensal, por exemplo).

Os instrumentos de rastreamento utilizados neste estudo não foram capazes de identificar adequadamente as gestantes que consumiam álcool. Embora questionado quanto a sua sensibilidade na literatura quando utilizado com gestantes (38), o CAGE é o instrumento de rastreamento mais conhecido validado para o português (15). Na amostra estudada nenhuma paciente teria CAGE positivo utilizando o ponto de corte classicamente determinado. Alguns autores sugerem que a

Embora nesta amostra a frequência de positividade do SRQ tenha sido elevada, ela o foi tanto nas gestantes que consomem álcool como naquelas que não consomem. A presença suspeita de psicopatologia não diferenciou os dois grupos da amostra. Novamente, levanta-se a questão do tamanho da amostra como uma possibilidade para explicar este resultado.

A ausência de registros sobre o consumo de álcool foi objeto de estudo no HCPA anteriormente (41, 42). Considerando-se que este hospital é um hospital de ensino, é surpreendente que 42,4% dos prontuários não tenham qualquer registro acerca de hábitos de consumo de álcool nas evoluções das gestantes que participam de seu programa de pré-natal. Tal dado é ainda mais preocupante quando se verifica que o consumo de álcool foi registrado em apenas 7,5% das gestantes que bebem (em número de 4).

A ausência de registros pode estar relacionada à não detecção ou ao não registro. Blume (36) discute a negação do problema associado ao consumo de álcool feminino, tanto a nível individual como familiar e social. Quando a mulher que busca atendimento não corresponde a um estereótipo social do alcoolista, há dificuldade dos médicos em investigar o consumo alcoólico que ela faz. Assim, perdem-se oportunidades valiosas de intervenção, num momento em que a mulher encontra-se naturalmente sensível às mensagens de cuidados com saúde – quando está grávida. Lelong e cols. (23) lembram alguns aspectos que interferem na investigação sobre o hábito de consumo de álcool das gestantes, e questionam se a dificuldade das equipes de atendimento em discutir o assunto com suas pacientes não estaria relacionada a uma confusão entre consumo de álcool e alcoolismo – sendo que os próprios membros da equipe muitas vezes consomem bebidas alcoólicas. Neste sentido, é mais fácil questionar e discutir aspectos relacionados ao consumo de cigarros do que de bebidas alcoólicas. A rotinização dos registros de prontuário, como acontece na nota de

internação preenchida pela enfermagem, aumenta a frequência destes: na amostra estudada, 93% das mulheres que bebiam tinham algum registro na nota de internação de enfermagem.

Os resultados obtidos no presente estudo devem ser considerados com cautela. A amostra estudada é pequena, e provavelmente as peculiaridades sócio-econômicas destas gestantes tomem os achados não generalizáveis a nível de saúde pública brasileira. Provavelmente um estudo multicêntrico, com amostra maior e que incluísse gestantes participantes de outros programas de pré-natal permitiria uma avaliação mais acurada dos fatores de risco epidemiológicos para consumo de álcool em gestantes brasileiras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Tannhauser SL, Tannhauser M. Efeitos do etanol, benzodiazepínicos e antieméticos na gravidez. *Revista de Pesquisa Médica* 1985;19(1):45-9.
02. Borges G. Consumo moderado de bebidas alcoólicas por mujeres embarazadas: una controversia epidemiológica. *Salud Publica Mex* 1988;30(1):14-24.
03. Stewart DE, Streiner D. Alcohol drinking in pregnancy. *Gen Hosp Psychiatry* 1994;16(6):406-12.
04. Hankin JR, Sokol RJ. Identification and care of problems associated with alcohol ingestion in pregnancy. *Semin Perinatol* 1995;19(4):286-92.
05. Costa MTZ, Quintal VS, Haro FMB, Picchi M, Salgado MVS, Okay Y, et al. Drogas de abuso na gestação: as orientações no pré-natal são suficientes? *Pediatrics* 1998;20(4):316-22.
06. Bertolote JM. Quem tem medo de mulheres alcoolistas? *Álcool e Drogas* 1999;(1):21-7.
07. Comitê Técnico do Programa Valorização da Vida. II Levantamento do perfil epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas em escolas estaduais de Porto Alegre. Porto Alegre: O Comitê; 1995.
08. Busnello EDA, Pereira MO, Knapp WP, Salgado CAI, Taborda JGV, Knijnik L, et al. Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1992;41(10):507-12.

09. Almeida F, Naomar M, Jair J, Coutinho E, França J, Fernandes J, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-APAL* 1992;14(3):93-104.
10. Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo S, Fuchs SC, et al. Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern Brazilian city: a population-based survey. *J Stud Alcohol* 1996;57:253-9.
11. Stein MD, Cyr MG. Women and substance abuse. *Med Clin North Am* 1997;81(4):979-98.
12. Chang G, Wilkins-Haug L, Berman S, Goetz MA, Behr H, Hiley A. Alcohol use and pregnancy: improving identification. *Obstet Gynecol* 1998;91(6):892-8.
13. Ewing JA, Rouse BA. Identifying the hidden alcoholic. In: Proceedings of the 79th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence; 1970 Feb 2-6; Sidney, Austrália.
14. Steinbauer JR, Cantor SB, Holzer III CE, Volk RJ. Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. *Ann Intern Med* 1998;129(5):353-62.
15. Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res* 1983;16:215-8.
16. Harding TW, Climent CE, Diop M, Giel R, Ibrahim HHA, Murthy S et al. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, II: the development of new research methods. *Am J Psychiatry* 1983;140(11):1474-80.
17. Gouveia J, Pinto, Ramalheira C, Robalo MT, Borges J, Costa et al. Inventário de expectativas e crenças pessoais acerca do álcool. *Psiquiatria Clínica* 1993;14(3):147-63.

18. Werlang BG, Oliveira MS, Cunha JA. Inventário de expectativas e crenças pessoais acerca do álcool: versão brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.
19. Martins-Costa SH, Ramos JGL, Lisboa PV, Pederiva MA, Toniazzi MR, Vettorazzi J, et al. Uso de fármacos na gestação. *Jornal Brasileiro de Ginecologia* 1993;103(10):373-8.
20. Weiner L, Rosett HL, Edelin KC, Alpert JJ, Zuckerman B. Alcohol consumption by pregnant women. *Obstet Gynecol* 1983;61(1):6-12.
21. Serdula M, Williamson DF, Kendrick JS, Anda RF, Byers T. Trends in alcohol consumption by pregnant women. 1985 through 1988. *JAMA* 1991;265(7):876-9.
22. Bruce FC, Adams MM, Shulman HB, Martin ML. Alcohol use before and during pregnancy: PRAMS Working Group. *Am J Prev Med* 1993;9(5):267-73.
23. Lelong N, Kaminski M, Chwalow J, Bean K, Subtil D. Attitudes and behavior of pregnant women and health professionals towards alcohol and tobacco consumption. *Patient Education and Counseling* 1995;25(1):39-49.
24. Waterson EJ, Murray-Lyon IM. Drinking and smoking patterns amongst women attending an antenatal clinic. II. During pregnancy. *Alcohol Alcohol* 1989;24(2):163-73.
25. Bosio P, Keenan E, Gleeson R, Dorman A, Clarke T, Darling M, O'Connor J. The prevalence of chemical substance and alcohol abuse in an obstetric population in Dublin. *Ir Med J* 1997;90(4):149-50.
26. Mena RM, Concha GJC, Ureta SN, Carrasco CE. Consumo de alcohol en embarazadas bajo control. Consultorios de Pirque y San Ramon. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 1996;61(4):250-5.

27. Counsell AM, Smale PN, Geddis DC. Alcohol consumption by New Zealand women during pregnancy. *N Z Med J* 1994;107(982):278-81.
28. Pereira AC, Olsen J, Ogstron S. Variability of self reported measures of alcohol consumption: implications for the association between drinking in pregnancy and birth weight. *J Epidemiol Community Health* 1993;47:326-30.
29. Little RE. Alcohol consumption during pregnancy as reported to the obstetrician and to an independent interviewer. *Ann N Y Acad Sci* 1976;273:588-92.
30. Svikis D, Henningfield J, Gazaway P, Huggins G, Sosnow K, Hranicka J, et al. Tobacco use for identifying pregnant women at risk of substance abuse. *J Reprod Med* 1997;42:299-302.
31. Bongers IMB, Van Oers JAM. Mode effect on self-reported alcohol use and problem drinking: mail questionnaires and personal interviewing compared. *J Stud Alcohol* 1998;59:280-5.
32. Gmel G. The effect of mode of data collection and a non-response on reported alcohol consumption: a split-sample study in Switzerland. *Addiction* 2000;95:123-34.
33. Kraus L, Augustin R. Measuring alcohol consumption and alcohol-related problems: comparison of responses from self-administered questionnaires and telephone interviews. *Addiction* 2001;96(3):459-71.
34. Wilsnack SC, Wilsnack RW. Drinking and problem drinking in US women: patterns and recent trends. *Recent Dev Alcohol* 1995;12:29-60.
35. Wilsnack SC. Patterns and trends in women's drinking: recent findings and some implications for prevention. In: Howard JM, et al. *Women and alcohol: issues for*

- prevention research. Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1996. Research Monograph No. 32. p. 19-63.
36. Blume SB. Addictive disorders in women. In: Frances RJ, Miller SI, editors. Clinical textbook of addictive disorders. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 1998. p. 413-29.
37. Muhajarine N, D'Arcy C, Edouard L. Prevalence and predictors of health risk behaviors during early pregnancy: Saskatoon Pregnancy and Health Study. *Can J Public Health* 1997;88(6):375-9.
38. Chang G, Behr H, Goetz M, Hiley A, Bigby J. Women and alcohol abuse in primary care: identification and intervention. *Am J Addict* 1997;6(3):183-92.
39. Bradley KA, Boyd-Wickizer J, Powell SH, Burman ML. Alcohol screening questionnaires in women: a critical review. *JAMA* 1998;280(2):166-71.
40. Capriglioni MJ, Monteiro MG, Masur J. Aplicação do questionário CAGE para detecção da síndrome de dependência do álcool em 700 adultos na cidade de São Paulo. *Rev Assoc Bras Psiq* 1985;7:50-3.
41. Schwartsmann G. Alcoolismo: detecção e encaminhamento por médicos internistas. *Rev. Cient. CASL* 1979;40:112-3.
42. Pechansky F, Soibelman M, Gus G. Consumo de álcool em mulheres: preconceito? *Revista ABP-APAL* 1988;10(3):87-90.

**Tabela 1: Distribuição das frequências de variáveis
diversas das gestantes entrevistadas e do grupo controle**

Variável	AMOSTRA N = 114	COMPARAÇÃO n = 106	P*
Idade**	27,1 +/- 6,59	26,32 +/- 7,06	0,40
Com companheiro	90,4%	81,7%	0,09
Com trabalho	40,9%	41,2%	1,00
Primípara	36,5%	49,1%	0,08
Gravidez planejada	36,5%	34,4%	0,86
Parto no HCPA	81,6%	77,4%	0,54
Com registro álcool	52,6%	49,1%	0,69
Com registro tabaco	63,2%	57,5%	0,48
Escolaridade 1º grau	9,6%	9,6%	
Escolaridade 2º grau	46,1%	38,3%	0,50
Escolaridade 3º grau	44,3%	52,1%	
Consultas em pré-natal**	6,18 +/- 3,2	5,93 +/- 2,88	0,54

* teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher

** média +/- desvio padrão (teste t de Student)

**Tabela 2: Distribuição das frequências de fatores de risco
entre gestantes que consomem álcool durante a gestação
e gestantes que nunca beberam enquanto grávidas**

Variável	Bebe n = 53	Não bebe n = 52	P*
Idade			
Até 32 anos	35 (44,3%)	44 (55,7%)	0,06
Acima de 32 anos	18 (69,2%)	8 (30,8%)	
Estado marital			
Com companheiro	48 (50%)	48 (50%)	1,00
Sem companheiro	5 (55,5%)	4 (44,5%)	
Trabalho remunerado			
Com	28 (65,1%)	15 (34,9%)	0,01
Sem	25 (40,3%)	37 (59,7%)	
Escolaridade			
Até IIº grau	45 (47,8%)	49 (52,2%)	0,07
Acima de IIº grau	8 (72,7%)	3 (27,3%)	
Renda familiar			
Acima de US\$ 390,00	11 (40,7%)	16 (59,3%)	0,17
Até US\$ 390,00	22 (37,9%)	36 (62,1%)	
Planejamento da gravidez			
Sim	20 (50%)	20 (50%)	1,00
Não	33 (50,7%)	32 (49,3%)	
Nulípara			
Sim	20 (51,3%)	19 (48,7%)	0,86
Não	33 (50%)	33 (50%)	

Continua...

Tabela 2: Distribuição das frequências de fatores de risco entre gestantes que consomem álcool durante a gestação e gestantes que nunca beberam enquanto grávidas

Variável	Bebe n = 53	Não bebe n = 52	P*
Hist. fam. Alcoolismo			
Não	25 (50%)	25 (50%)	1,00
Sim	28 (50,9%)	27 (49,1%)	
Consultas no pré-natal			
Acima de 10 consultas	3 (21,4%)	11 (78,6%)	0,06
Até 10 consultas	50 (54,9%)	41 (45,1%)	
Fumo			
Não	43 (53,1%)	38 (46,9%)	0,39
Sim	10 (41,7%)	14 (58,3%)	
Hist. fam. Depressão			
Não	37 (52,1%)	34 (47,9%)	0,68
Sim	16 (47,1%)	18 (52,9%)	

* teste do qui-quadrado com correção de Yates

Tabela 3: Instrumentos de rastreamento para alcoolismo (IECPA e CAGE) e para patologia mental (SRQ)

Variável	Bebe n = 53 (%)	Não bebe n = 52 (%)	P*
IECPA positivo	3 (5,6)	9 (17,3)	0,07
CAGE 1 questão	18 (33,9)	3 (5,7)	0,001
SRQ positivo	19 (35,8)	21 (40,3)	0,68

* teste exato de Fisher

Tabela 4: Registros de consumo de álcool em evoluções e em notas de internação, e consumo relatado em entrevista

Variável	Bebe	Não bebe	P*
Com registro nas evoluções	33 (55%)	27 (45%)	0,69
Com registro na nota de internação	40 (55,5%)	32 (44,5%)	0,04

* teste exato de Fisher

Tabela 5: Razões de chance (*Odds ratio*) não-ajustadas e ajustadas de diferentes variáveis de risco para consumo de álcool

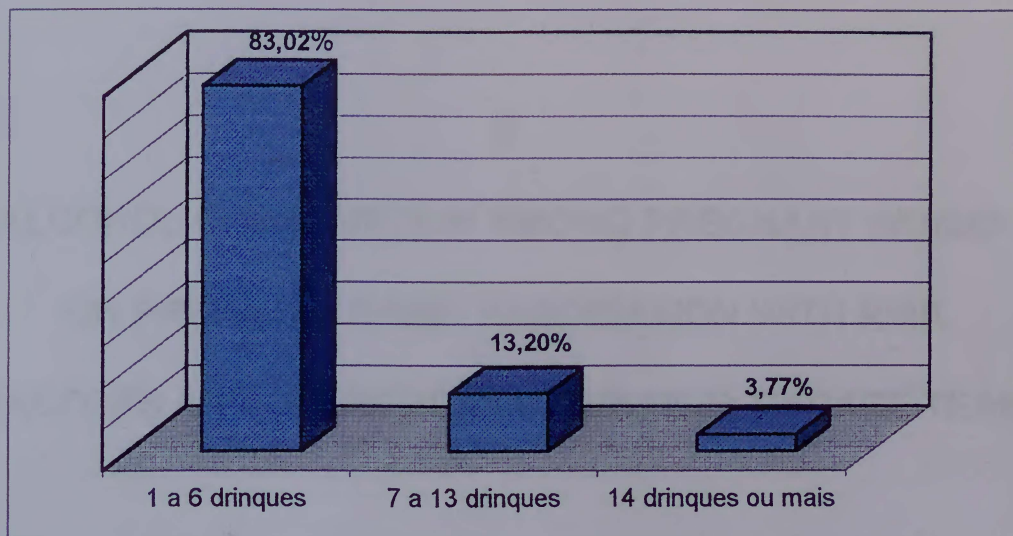
Variável	OR não ajustada	(IC 95%)	OR ajustada	(IC 95%)
Idade				
até 32 anos (ref.)	1	—	1	—
mais de 32 anos	2,19	(0,91 – 5,23)	1,54	(0,36 – 6,57)
Estado marital				
Com companheiro (ref.)	1	—	1	—
Sem companheiro	1,03	(0,38 – 3,58)	2,45	(0,41 – 14,72)
Trabalho remunerado				
Sim (ref.)	1	—	1	—
Não	2,95	(1,37 – 6,38)	8,25	(1,94 – 35,10)
Escolaridade				
Até IIº grau (ref.)	1	—	1	—
Acima IIº grau	6,14	(1,26 – 29,80)	17,29	(1,51 – 196,76)
Renda familiar				
até U\$ 390 (ref.)	1	—	1	—
mais de U\$ 390	2,03	(0,96 – 4,28)	0,24	(0,06 – 0,99)
Planejamento da gravidez				
Sim (ref.)	1	—	1	—
Não	1,28	(0,60 – 2,74)	1,51	(0,47 – 4,84)
Nulípara				
Sim (ref.)	1	—	1	—
Não	1,28	(0,60 – 2,74)	1,02	(0,33 – 3,19)

Continua...

Tabela 5: Razões de chance (*Odds ratio*) não-ajustadas e ajustadas de diferentes variáveis de risco para consumo de álcool

Variável	OR não ajustada	(IC 95%)	OR ajustada	(IC 95%)
Hist. familiar alcoolismo				
Não (ref.)	1	—	1	—
Sim	0,89	(0,43 – 1,86)	0,48	(0,17 – 1,33)
Consultas no pré-natal				
Mais de 10 consultas (ref.)	1	—	1	—
Até 10 consultas	0,28	(0,07 – 1,08)	0,36	(0,06 – 2,11)
Fumo				
Não (ref.)	1	—	1	—
Sim	1,50	(0,61 – 3,65)	3,25	(0,79 – 13,46)
Hist. familiar depressão				
Não (ref.)	1	—	1	—
Sim	0,95	(0,42 – 2,11)	0,62	(0,16 – 2,37)
SRQ				
Negativo (ref.)	1	—	1	—
Positivo	1,35	(0,61 – 3,30)	1,01	(0,31 – 3,30)

Figura 1: Quantidade de drinques consumida por semana pelas gestantes que permaneceram usando álcool durante a gravidez



6

**ALCOHOL CONSUMPTION AMONG PREGNANT WOMEN
ON PRENATAL CARE: ASSOCIATION WITH RISK
FACTORS AND DETECTION BY THE HEALTH CARE TEAM**

Fernando M.Schneider, MD

Mary C. Bozzetti, MD, PhD

ABSTRACT

Objectives: This study looks at the pattern of alcohol consumption among pregnant women who participate in the prenatal care program at a general teaching hospital.

Design: By means of a cross-sectional study, pregnant women in the prenatal care program at a general teaching hospital were interviewed. The medical records were later reviewed, as well as those of other participants in the program who had not been

interviewed. **Findings:** In the sample studied, 46.4% of the pregnant women consumed alcohol during pregnancy (beer and wine), 16.9% of them take one or more drinks a day.

Of the risk factors described in the literature, not having a paid job (Odds Ratio: 8.25; 95% Confidence Interval: 1.94 – 35.1), schooling (above high school level – OR 17.9; 95%IC: 1.51 – 196.76), and family income (above U\$390 – OR 0.24; 95%IC 0.06 – 0.99)

were associated with alcohol consumption. Only a few cases were detected by the health care team. The CAGE test didn't detect alcohol consumption in this sample, however, when used with a lower cutoff point the detection rate of suspicious cases increased.

Conclusions: The findings suggest that a large proportion of pregnant women undergoing prenatal care consume some quantity of alcoholic beverages. They also suggest that pregnant women have not been appropriately identified by the health team and, consequently, they have not been counseled about harm to the fetus, caused by ethanol.

Key words: Pregnant, alcohol, consumption, detection rate, risk factors.

INTRODUCTION

The study regarding the use of psychoactive substances in pregnancy is important because of its impact in preventing problems associated with this consumption. Alcohol is a lawful psychoactive substance that harms the fetus, and has effects on its appropriate growth and development. The maximum expression of the damage provoked by alcohol is the Fetal Alcohol Syndrome, characterized by three clinical findings; restriction of pre and postnatal growth, damage to the Central Nervous System (including mental retardation, hyperactivity, damaged memory and attention) and a recognizable combination of facial findings (shortened palpebral fissures; small, snub nose; hypoplastic maxilla; fine upper lip, small distance from the nose) (1, 2, 3, 4, 5).

There is some evidence regarding the quantity of alcohol required to show damage during the pre-natal period: from a mean consumption of 10g of ethanol/day, causing a reduction of fetal growth and birth weight occurs, to 80g daily of ethanol or more, when there is a much greater probability of Fetal Alcohol Syndrome occur (1, 6).

In Brazil, alcohol is a lawful drug, legally permitted from the age of 18 upwards, and it is usually the most widely consumed psychoactive substance found in all population surveys performed, or among young students. Even among youths under the age of 18, to whom it is forbidden to sell alcoholic beverages, experimentation is common; in a survey performed at public elementary and secondary schools in the city of Porto Alegre (southern Brazil), 85.6% of the girls and 83.8% of the boys had already tried some alcoholic beverage (7). This study enrolled 6456 youths, of whom 5563 were under 18.

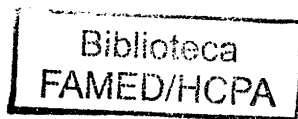
Population surveys were performed regarding alcohol use in the city of Porto Alegre. In the study by Busnello et cols. (8), 2.7% and 19.6% frequencies of

alcohol use disorders in women and men, respectively, were described. Almeida et cols (9) reported an estimated overall prevalence for alcohol abuse/addiction in women as 2.5% and 16.0% among men. In a study, performed by Moreira et cols (10), the prevalence rate of heavy drinking was found in 4.2% of the women (29.3% of the men) and of alcohol addiction in 4.0% of the women (15.9% of the men). These differences may be partly related to the different methodologies used by the authors.

In recent years, a trend has been observed to increased consumption of lawful and illicit drugs by women (11), and many of these women who are consuming drugs will become pregnant. Early detection, accompanied by counseling, may have a great repercussion on the evolution of pregnancy, and on the exposure of the fetus to the effects of the drugs consumed by the mother (12). In this sense, the prenatal care teams have an opportunity to make primary prevention in a moment that women are particularly sensitive to health education.

The purpose of this study is to describe alcohol consumption among pregnant women in prenatal care at a general teaching hospital in southern Brazil, looking at its association with risk factors described in literature and the detection rate by outpatient care teams involved in the prenatal care program developed at the hospital.

MATERIAL AND METHODS



In a cross-sectional study, 115 pregnant women who were seen by the various prenatal teams, during a 3-month period, in the prenatal outpatient clinic at Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) were interviewed. During this period, 680 women were seen, from the corresponding prenatal schedules and the sample corresponded to 16.9% of the patients seen. Of these, it was possible to look at the medical records of 114 (one file was not found). In order to verify the representativity of the sample selected, in relation to the total number of pregnant women seen for prenatal care at the time of the study, a random sample of the records was selected. These women had been seen in the prenatal schedules during the data collection period, and the demographic characteristics of reproductive life and alcohol recorded in their history and on the delivery room form were compared between both groups.

The pregnant women interviewed (115) were patients in the regular prenatal care program; they were at least 16 years old, did not participate in the high risk prenatal program, did not participate of the HIV+ pregnant women program, or the prenatal care program for pregnancy in adolescents. The interviews were confidential, and the women were chosen at random while in the waiting room, and then informed about the study and invited to participate. They were informed that the researcher and the participation in the interview was apart of their usual care. The study was described as an investigation of health care and habits, and the patients who participated did so after signing a post-information consent. The patients were not informed of the fact that the study goal was to specifically investigate their alcohol consumption, since this information might have inhibited their statements; the questions about alcohol consumption were, instead, introduced among others regarding health habits in general. Only 2 patients invited refused to participate.

The interviews were performed while waiting for the visits scheduled in prenatal care, and a semi-structured model was adopted, with questions involving health habits, eating habits, alcohol and tobacco consumption, besides medications. When alcohol consumption was informed for the 30 days previous to the interview, an attempt was made to quantify the mean weekly consumption by the patient. The questions utilized tried to discriminate what beverage was used, and the women's consumption estimative. The mean duration of each interview was 30 minutes.

During the interview, CAGE was applied. This is the screening instrument for alcoholism, consisting of 4 questions, considered positive when at least two of them are answered in the affirmative. CAGE was proposed by Ewing and Rouse (13) and was originally developed to identify the "hidden alcoholic" in hospital environments, although it is also being used in primary care services (14, 15).

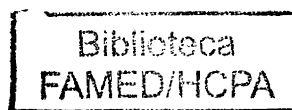
After the interview, each patient was invited to answer the questions of the Self-Report Questionnaire (SRQ), and to fill out the Inventory of Expectations and Personal Beliefs about Alcohol (IECPA- Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Alcool), in this order. The SRQ is a screening instrument for mental problems developed by the World Health Organization (16). It can be filled out by the person themselves, or by an interviewer who reads the questions to the patient. One point is counted for each affirmative answer. The cutoff point used was a score of 7, above which the patient is considered under suspicion for mental disorder.

The IECPA (17) is a questionnaire to be filled out by the individual him/herself seeking to assess their ideas on alcohol and its effects on behavior. Its purpose is to assess the expectations regarding the positive effects of the moderate consumption of alcoholic beverages, which is reported as a "cognitive factor described in the literature as a variable mediating vulnerability to alcohol" (18).

Nine months after the collection period, the patients' medical files were reviewed, to look at the existence or not of a record of alcohol consumption made by the medical and nursing teams. A record was considered any note in the file, even if unspecific ("drinks socially", for instance), about the pregnant woman's alcohol consumption. When notes existed, they were classified as record of use or record of non-use. Two sources were taken into account in this research study: first the records of the chart of outpatient prenatal care teams, made by medical students, resident physicians, employed physicians and nurses were reviewed. Records of hospitalization forms were also reviewed, according to the structured model filled out by the nursing teams at the hospital obstetrical center, which are part of the care routine when the patient is admitted for the delivery.

The statistical analysis methods used for uni/bivariate analysis were the test for association Chi-squared (or Fisher's test, when appropriate), or Student t test for continuous numerical variables with a normal distribution. For the multivariate analysis a model was created using unconditional multiple logistic regression. Non-adjusted and adjusted Odds Ratios (OR) were estimated with their corresponding 95% confidence intervals. The p-value cut point for statistical significance was 0.05.

The statistical model was built with variables that were selected using two criteria: variables that in the univariate analysis had a $p < 0.20$; variables that presented p-value greater than 0.20 but are described by the literature as having clinical and/or epidemiological relevance for the outcome. The cut points for age and family income were based on quartiles determination.



RESULTS

From the 114 pregnant women interviewed, the gestational age distribution was: 16 (13.9%) in the first trimester, 49 (42.6%) in the second trimester, and 50 (43.5%) in the third trimester.

A total of 140 files of women who attended the prenatal care program at the same time of the sample group were randomly selected to verify the similarities with the study sample. From those, 2.8% (4) were of patients who had been interviewed for the study, 9.2% (13) were high risk pregnancies, 4.2% (6) were adolescents under the age of 16, and 7.8% (1) non-pregnant women; the other 75.7% (106) files belonged to women with a low-risk pregnancy, over the age of 16, and constituted the comparison group.

Demographic variables, presence of risk factors, attendance at prenatal care, place of delivery, and frequency of records of alcohol consumption in the files of the women interviewed (sample) and pregnant women in the comparison group were compared and are described in Table 1.

Although no statistically significant differences were observed between the two groups, there was a predominance of primiparous and women with a companion among those interviewed.

During the interviews, 63 women (55.2%) stated that they had used some alcohol during pregnancy. Of these, 16% (n=10) said that they had stopped drinking alcohol after they knew that they were pregnant. The other 53 (46.4%) who kept on taking alcohol reported the consumption of alcoholic beverages (beer and wine; none declared having used distillates), as shown in Figure 1.

According to what was said in the interviews, 16.9% of the women (n=9) take 1 or more drinks a day, which is clearly classified as alcohol consumption of risk (1 drink contains an average of 13g of ethanol). Figure 1.

Several variables described in the literature as risk factors for alcohol consumption by pregnant women were investigated during the interviews. The women who continued to take alcohol during pregnancy were compared to those who did not consume it at any time. The results of this comparison are shown in Table 2.

Of the risk factors described in the literature, only professional status showed a statistically significant association with alcohol consumption. The variables age (when over 32 years), schooling (when more than high school) and attendance at prenatal care (when more than 10 visits), showed a borderline significance (between 0.05 and 0.10).

No patient presented a positive CAGE, considering the definition of positive as 2 or more questions with a "yes" answer. However, 18 women answered "yes" to the question "have you ever felt that you should reduce the amount of drink or stop drinking?"("C"). An attempt was made to test the association of CAGE with the alcohol consumption if we adopted a cutoff point below that described in the literature, i.e., when one question has a positive answer. Table 3 shows the relationship between the results of the screening instruments used for alcoholism (IECPA and CAGE), as well with SRQ (screening for the psychiatric pathology) and alcohol consumption reported by the pregnant women.

It was observed that the adoption of this lower cutoff point in CAGE led to a significant association between this "CAGE 1 question" and alcohol consumption. There was no association between the findings of IECPA and SRQ with the reported alcohol consumption.

Table 4 describes the frequencies of records on alcohol consumption in the charts of prenatal care, and in the patient admission notes. The data shown as “with a record” referred to the presence of any records, confirming or denying consumption.

A higher frequency of records was observed in the admission notes of pregnant women who reported current alcohol consumption in the interviews than in those who did not report current consumption, and this difference was statistically significant ($p = 0.04$). In the recorded information on charts, no statistically significant difference was observed between drinkers and non-drinkers.

In order to control for the effect of potential confounding variables, the different risk factors for alcohol consumption among pregnant women were modeled using the unconditional multiple logistic regression method. The unadjusted and adjusted estimates of the Odds Ratios for each variable are described in Table 5.

The variables professional status, schooling and family income were associated with alcohol consumption in the pregnant women interviewed. Those who did not have paid job, and whose schooling was above high school level appeared to have a higher chance of consuming alcohol during pregnancy, independent of the other risk factors studied. Also, the findings suggest that there is a negative association between higher family income and informed alcohol consumption, i.e., women belonging to families with lower income (\leq US\$390.00 a month) appear to have a greater chance of consuming alcohol.

DISCUSSION

The sample selected for the study appears to be representative of the population assisted in the hospital prenatal care unit during the period of the study. Although the 114 pregnant women interviewed represent 16.7% of the total number of women seen at the service, the random selection of the comparison group suggests that the proportion is probably higher, since at least 11 women seen in the prenatal schedule were not pregnant, but seen for other reasons.

The demographic variables showed that the group studied consisted mainly of women with a mean age of 17.1 ± 6.59 years, who had a companion, who did not work, who had had children previously and who are having an unplanned pregnancy. Over 90% of the women have been to school for at least 8 years, and over 80% delivered their baby in the hospital where they had prenatal care. This group attended a mean of 6,2 appointments in the prenatal program, so having many opportunities to be educated in health care.

Alcohol consumption frequencies were high. Of the 115 women interviewed, 63 (55.2%) revealed that they had been drinking at some point during pregnancy, and 53 (46.4%) were consuming something at the time of the interview. In two studies performed in Brazil with pregnant women, Martins-Costa et cols. (19) found that 3.0% reported consuming at least 2 glasses/day of an alcoholic beverage (defined as "alcoholism") and Costa et cols (5) found that 25% of the women consumed alcohol "socially", this being defined as consumption at least once a week. In both, the information was elicited by the medical teams in interviews during care.

International studies show variable frequencies. In the United States, Weiner et cols. (20) interviewed women who were beginning prenatal care and found that 46% reported alcohol consumption. Serdula et cols. (21), using telephone

interviews, found that 28.5% of the women consumed alcohol during pregnancy. Bruce et cols (22) found alcohol consumption in 11.9% of the pregnant women who filled out a form sent by the mail. Stewart & Streiner (3), using questionnaires filled out by the women themselves, found alcohol consumption in 25.8% of them.

In European studies, significant frequency variations are also observed. In France, Lelong et cols. (23) found that 56% of the pregnant women interviewed consumed alcohol. In England, Waterson & Murray-Lyon (24), using questionnaires filled out by the persons themselves, found that up to 60% of the women consumed alcohol during pregnancy. In an Irish study using a toxicological urine test, Bosio et cols. (25) found a positive result for alcohol consumption in 1.4% of the pregnant women.

In interviews performed with pregnant Chilean women, Mena R. et cols. (26) found that the alcohol consumption frequencies varied according to the place where care was provided. In an urban area, 19.2% of the pregnant women reported alcohol consumption; this frequency drops to 2.2% in rural areas. In New Zealand, Counsell et cols. (27), a variation was also found in alcohol consumption between pregnant women from different ethnic groups; among those of European extraction and the Maoris, 45.2% and 44.0%, respectively; among the women from the Pacific ocean islands, 12.0%.

Possibly this discrepancy is due to the different methods used to determine alcohol consumption (22, 28). Consumption reports may vary, not only due to the often erratic nature of drinking, but also according to the questions used, the form of data collection, the time period to which the survey refers and the gestational time when it occurred. Another aspect that could influence them is whether the questions are asked in an interview or in self-report questionnaires, and whether the information is supplied to someone identified as part of the health care team or as an independent researcher (28,

29, 30, 31, 32, 33). It is possible that the frequency achieved in the present study, which is much higher than other national studies, is related to some methodological aspects: the women knew that they were participating in a survey which was not connected to their care, that the interviewer was not a member of the prenatal care teams, and that the interview was being performed as a "survey of health habits", not directly connected to alcohol consumption. It was only at the end of the interview, when the women were invited to fill out the questions of the IECPA, that concern was shown about the amount of alcohol consumed – which led to observations about it in several of the pregnant women interviewed.

In the sample interviewed, the frequency of pregnant women who consume 7 to 13 drinks a week is 6%; and 1.7% of the women reported a consumption of 14 drinks a week. These frequencies are similar to those described by other authors. In the studies reviewed, a consumption ranging from 7 to 3 drinks a week was found in 0.2 to 8.2% of the women (3, 22, 24). Consumption of 14 drinks a week or more was found in 0.03 to 3% (3, 21, 22, 24).

Some authors describe a reduction in alcohol consumption by women who become pregnant, either by diminishing the number of drinks consumed, or by abstaining from drinking (22, 23, 24, 26). In the studied sample, 15.8% of the pregnant women who consumed alcohol said that they stopped and maintained abstinence when they knew they were pregnant. The reasons that made them stop drinking were not investigated, nor how much they had consumed before pregnancy. According to some authors, the reasons most frequently mentioned to account for stopping drinking during pregnancy are concern about the baby, nausea and the loss of taste when drinking (20, 23, 24).

Among the different risk factors for alcohol consumption during pregnancy investigated in the interview, only the professional situation showed a

significant difference when the women who maintained alcohol consumption at the time of the interview were compared to those who had never drunk during pregnancy. When we seek to control the effect of potential confounding variables, this finding is maintained; schooling and family income are also shown to be associated factors in this sample. The absence of paid employment is well described as a risk factor for alcohol consumption among women, pregnant or not (3, 20, 23, 34, 35, 36).

The fact that there appears to be a greater risk of alcohol consumption among pregnant women with a higher level of schooling, is the opposite of what has been described by most authors (20, 3, 11, 23, 37). Previous studies showed a greater risk among pregnant women with a higher level of schooling, which probably reflected a prevalent view that moderate alcohol consumption was innocuous for the fetus (21). As this view changed, pregnant women with a higher level, who probably had greater access to information and were more aware, reduced their consumption. It is not known to what extent cultural aspects can interfere in this finding: many women associate a moderate alcohol consumption to greater milk production during breastfeeding – a local belief similar to that reported by Mena R. et cols (26) in a study performed in Chile, where, at some outpatient clinics, pregnant women were advised to consume alcohol at mealtimes “in order to increase the calories in their diet and stimulate breastfeeding”! In New Zealand also (27), women with a higher level of education presented a higher risk for alcohol consumption – again, a finding that would have to be assessed considering specific cultural factors reported by the study authors.

The association of alcohol consumption by pregnant women with family income (or socioeconomic situation) is also controversial. The finding of the sample examined, that a higher income appears to be associated with a higher chance of drinking, is similar to that described by Counsell et cols (27) and by Muhajarine et cols. (37), but the opposite of what has been said by Waterson and Murray-Lyon (24).

It is unknown why the sample behaved in this manner. This is probably the first study reported on alcohol consumption in women participating in a prenatal program that investigates a few risk factors reported in the literature. We do not know whether the findings described in other countries can be replicated in Brazil, and we do not know how these results would be on a bigger sample, or when obtained from other services. The sample researched at HCPA has a mean family income of US\$ 440.00, which is high by Brazilian standards, and may not be representative of the general population. Furthermore, several risk factors described in the literature, such as the use of alcohol by the woman's companion and ethnic group, were not investigated in this study. Anyhow, the existence of 46.4% of women actively drinking during pregnancy – and among them, 16.9% heavy drinkers – should be a alert to an item of information that is probably not much researched in the prenatal care routines. This fact is even more significant when one considers that it refers to women who seek prenatal care and who, at least theoretically, are more concerned with their health and that of their baby (since in the service where the research was performed, the presence at prenatal visits did not offer any secondary benefit).

The screening instruments used in this study were not able to identify adequately the pregnant women who consumed alcohol. Although questioned regarding its sensitivity in literature, when applied to pregnant women (38), CAGE is the best known screening instrument validated for the Portuguese language (15). In the sample studied, no patient would have a positive CAGE using the classically determined cutoff point. Some authors suggest that the change in the cutoff point of the screening tests would be useful for the detection of heavy drinking in women, pregnant or not. (39). If a lower cutoff point is used in CAGE (1 question), the test has a significant association with alcohol consumption. Curiously, only the question related to the intention of diminishing or stopping alcohol consumption had positive responses. The predominance

of this question as an affirmative response in women in the city of Porto Alegre, Brazil, was found by Moreira et cols (10), in their population study. According to these authors, this question was most frequently answered positively also in São Paulo, in a study by Capriglioni et cols (40).

Considering the criticism to the use of CAGE for pregnant women, it would be useful to study other screening tests proposed in literature, such as T-ACE and TWEAK. These are modified CAGE tests that replace the question about guilt by the question about tolerance, asked differently in each of the tests (12, 38). However, they have not yet been validated for the Portuguese language.

IECPA is a longer instrument, in the form of a self-report questionnaire, which was validated for the Portuguese language as spoken in Brazil. It did not show an association with alcohol consumption among pregnant women in this sample, which can be due to the form in which it was applied: at the end of the interview, without the patients knowing that it was meant to investigate their alcohol consumption. Since the instrument measures several dimensions associated with alcohol consumption, it was at the time of filling out these questionnaires that many of the women realized the interviewer's concern with this topic. Some verbalized their surprise at the test content, which raises the issue of inhibition among some of the women, when they filled out the questionnaire. Although the mean test scores of the pregnant women who consume alcohol were lower than those of women who do not drink, the difference between them was not statistically significant.

Although in this sample the positivity frequency of SRQ was high, this occurred both in the pregnant women who consume alcohol and in those who do not. The suspicion of the presence of a mental disorder did not differentiate the two groups in the sample. Again, the issue of sample size arises as a possibility to explain this result.

The absence of records regarding alcohol consumption was studied previously at HCPA (41, 42). Considering that this is a teaching hospital, it is surprising that 42.4% of the charts do not have any record about alcohol consumption habits in the follow-up reports of the women who participate in the prenatal program. This information is cause for even more concern when it is noted that alcohol consumption was recorded in only 7.5% of the pregnant women who drink (4).

The absence of records may be related to either non-detection or non-recording. Blume (36) discusses the denial of the problem associated with female alcohol consumption, both on the individual level and in the family and socially. When the woman who seeks care does not correspond to a social stereotype of an alcoholic, physicians find it difficult to investigate her alcohol consumption. Thus, invaluable opportunities for intervention are missed, at a time when women are naturally sensitive to messages to take care of their health – i.e., when they are pregnant. Lelong et cols (23) recall several aspects that interfere in the investigation of alcohol consumption habits in pregnant women, and ask whether the health care teams' difficulty in discussing the subject with their patients might be related to confusion between alcohol consumption and alcoholism – since the team members themselves often consume alcoholic beverages. In this sense, it is easier to question and discuss aspects related to cigarette consumption than to alcoholic beverages. As recording information on charts become routine, such as in the case of the admission note filled out by the nursing staff, their frequency increases: in the sample studied, 93% of the women who drank had some record in the nursing admission note.

The results obtained in this study should be considered carefully. The sample studied is small, and it is likely that the socioeconomic specificities of these pregnant women prevent the findings from being generalized on the level of Brazilian public health. A multicentric study, with a larger sample which would include pregnant women participating in other prenatal programs would probably allow a more accurate assessment of epidemiological risk factors for alcohol consumption among pregnant women in Brazil.

BIBLIOGRAPHY

01. Tannhauser SL, Tannhauser M. Efeitos do etanol, benzodiazepínicos e antieméticos na gravidez. *Revista de Pesquisa Médica* 1985;19(1):45-9.
02. Borges G. Consumo moderado de bebidas alcoólicas por mujeres embarazadas: una controversia epidemiológica. *Salud Publica Mex* 1988;30(1):14-24.
03. Stewart DE, Streiner D. Alcohol drinking in pregnancy. *Gen Hosp Psychiatry* 1994;16(6):406-12.
04. Hankin JR, Sokol RJ. Identification and care of problems associated with alcohol ingestion in pregnancy. *Semin Perinatol* 1995;19(4):286-92.
05. Costa MTZ, Quintal VS, Haro FMB, Picchi M, Salgado MVS, Okay Y, et al. Drogas de abuso na gestação: as orientações no pré-natal são suficientes? *Pediatrics* 1998;20(4):316-22.
06. Bertolote JM. Quem tem medo de mulheres alcoolistas? *Álcool e Drogas* 1999;(1):21-7.
07. Comitê Técnico do Programa Valorização da Vida. II Levantamento do perfil epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas em escolas estaduais de Porto Alegre. Porto Alegre: O Comitê; 1995.
08. Busnello EDA, Pereira MO, Knapp WP, Salgado CAI, Taborda JGV, Knijnik L, et al. Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1992;41(10):507-12.

09. Almeida F, Naomar M, Jair J, Coutinho E, França J, Fernandes J, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-APAL* 1992;14(3):93-104.
10. Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo S, Fuchs SC, et al. Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern Brazilian city: a population-based survey. *J Stud Alcohol* 1996;57:253-9.
11. Stein MD, Cyr MG. Women and substance abuse. *Med Clin North Am* 1997;81(4):979-98.
12. Chang G, Wilkins-Haug L, Berman S, Goetz MA, Behr H, Hiley A. Alcohol use and pregnancy: improving identification. *Obstet Gynecol* 1998;91(6):892-8.
13. Ewing JA, Rouse BA. Identifying the hidden alcoholic. In: *Proceedings of the 79th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence*; 1970 Feb 2-6; Sidney, Austrália.
14. Steinbauer JR, Cantor SB, Holzer III CE, Volk RJ. Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. *Ann Intern Med* 1998;129(5):353-62.
15. Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res* 1983;16:215-8.
16. Harding TW, Climent CE, Diop M, Giel R, Ibrahim HHA, Murthy S et al. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, II: the development of new research methods. *Am J Psychiatry* 1983;140(11):1474-80.
17. Gouveia J, Pinto, Ramalheira C, Robalo MT, Borges J, Costa et al. Inventário de expectativas e crenças pessoais acerca do álcool. *Psiquiatria Clínica* 1993;14(3):147-63.

18. Werlang BG, Oliveira MS, Cunha JA. Inventário de expectativas e crenças pessoais acerca do álcool: versão brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.
19. Martins-Costa SH, Ramos JGL, Lisboa PV, Pederiva MA, Toniazzi MR, Vettorazzi J, et al. Uso de fármacos na gestação. *Jornal Brasileiro de Ginecologia* 1993;103(10):373-8.
20. Weiner L, Rosett HL, Edelin KC, Alpert JJ, Zuckerman B. Alcohol consumption by pregnant women. *Obstet Gynecol* 1983;61(1):6-12.
21. Serdula M, Williamson DF, Kendrick JS, Anda RF, Byers T. Trends in alcohol consumption by pregnant women. 1985 through 1988. *JAMA* 1991;265(7):876-9.
22. Bruce FC, Adams MM, Shulman HB, Martin ML. Alcohol use before and during pregnancy: PRAMS Working Group. *Am J Prev Med* 1993;9(5):267-73.
23. Lelong N, Kaminski M, Chwalow J, Bean K, Subtil D. Attitudes and behavior of pregnant women and health professionals towards alcohol and tobacco consumption. *Patient Education and Counseling* 1995;25(1):39-49.
24. Waterson EJ, Murray-Lyon IM. Drinking and smoking patterns amongst women attending an antenatal clinic. II. During pregnancy. *Alcohol Alcohol* 1989;24(2):163-73.
25. Bosio P, Keenan E, Gleeson R, Dorman A, Clarke T, Darling M, O'Connor J. The prevalence of chemical substance and alcohol abuse in an obstetric population in Dublin. *Ir Med J* 1997;90(4):149-50.
26. Mena RM, Concha GJC, Ureta SN, Carrasco CE. Consumo de alcohol en embarazadas bajo control. Consultorios de Pirque y San Ramon. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 1996;61(4):250-5.

27. Counsell AM, Smale PN, Geddis DC. Alcohol consumption by New Zealand women during pregnancy. *N Z Med J* 1994;107(982):278-81.
28. Pereira AC, Olsen J, Ogstron S. Variability of self reported measures of alcohol consumption: implications for the association between drinking in pregnancy and birth weight. *J Epidemiol Community Health* 1993;47:326-30.
29. Little RE. Alcohol consumption during pregnancy as reported to the obstetrician and to an independent interviewer. *Ann N Y Acad Sci* 1976;273:588-92.
30. Svikis D, Henningfield J, Gazaway P, Huggins G, Sosnow K, Hranicka J, et al. Tobacco use for identifying pregnant women at risk of substance abuse. *J Reprod Med* 1997;42:299-302.
31. Bongers IMB, Van Oers JAM. Mode effect on self-reported alcohol use and problem drinking: mail questionnaires and personal interviewing compared. *J Stud Alcohol* 1998;59:280-5.
32. Gmel G. The effect of mode of data collection and a non-response on reported alcohol consumption: a split-sample study in Switzerland. *Addiction* 2000;95:123-34.
33. Kraus L, Augustin R. Measuring alcohol consumption and alcohol-related problems: comparison of responses from self-administered questionnaires and telephone interviews. *Addiction* 2001;96(3):459-71.
34. Wilsnack SC, Wilsnack RW. Drinking and problem drinking in US women: patterns and recent trends. *Recent Dev Alcohol* 1995;12:29-60.
35. Wilsnack SC. Patterns and trends in women's drinking: recent findings and some implications for prevention. In: Howard JM, et al. *Women and alcohol: issues for*

- prevention research. Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1996. Research Monograph No. 32. p. 19-63.
36. Blume SB. Addictive disorders in women. In: Frances RJ, Miller SI, editors. *Clinical textbook of addictive disorders*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 1998. p. 413-29.
37. Muhajarine N, D'Arcy C, Edouard L. Prevalence and predictors of health risk behaviors during early pregnancy: Saskatoon Pregnancy and Health Study. *Can J Public Health* 1997;88(6):375-9.
38. Chang G, Behr H, Goetz M, Hiley A, Bigby J. Women and alcohol abuse in primary care: identification and intervention. *Am J Addict* 1997;6(3):183-92.
39. Bradley KA, Boyd-Wickizer J, Powell SH, Burman ML. Alcohol screening questionnaires in women: a critical review. *JAMA* 1998;280(2):166-71.
40. Capriglioni MJ, Monteiro MG, Masur J. Aplicação do questionário CAGE para detecção da síndrome de dependência do álcool em 700 adultos na cidade de São Paulo. *Rev Assoc Bras Psiq* 1985;7:50-3.
41. Schwartzmann G. Alcoolismo: detecção e encaminhamento por médicos internistas. *Rev. Cient. CASL* 1979;40:112-3.
42. Pechansky F, Soibelman M, Gus G. Consumo de álcool em mulheres: preconceito? *Revista ABP-APAL* 1988;10(3):87-90.

**Table 1: Distribution fo frequencies of different variables
for the pregnant women interviewed and the control group**

Variable	SAMPLE N = 114	COMPARATION n = 106	P*
Age**	27.1 +/- 6.59	26.32 +/- 7.06	0.40
Married	90.4%	81.7%	0.09
With job	40.9%	41.2%	1.00
Primiparous	36.5%	49.1%	0.08
Planned pregnancy	36.5%	34.4%	0.86
Delivery at HCPA	81.6%	77.4%	0.54
With record of alcohol use	52.6%	49.1%	0.69
With record of smoking	63.2%	57.5%	0.48
Schooling			
Elementary level	9.6%	9.6%	
High school level	46.1%	38.3%	0.50
University level	44.3%	52.1%	
Prenatal visits**	6.18 +/- 3.2	5.93 +/- 2.88	0.54

* Chi-squared test or exact Fisher test

** mean +/- standard deviation (Student t test)

Table 2: Distribution of frequencies of risk factors among pregnant women who consume alcohol during pregnancy and those who never drank while pregnant

Variable	Drinkers n = 53	Not drinkers n = 52	P*
Age			
Up to 32 years	35 (44,3%)	44 (55,7%)	0,06
Over 32 years	18 (69,2%)	8 (30,8%)	
Marital status			
Married	48 (50%)	48 (50%)	1,00
Not married	5 (55,5%)	4 (44,5%)	
Paid job			
Yes	28 (65,1%)	15 (34,9%)	0,01
No	25 (40,3%)	37 (59,7%)	
Schooling			
Up to high school	45 (47,8%)	49 (52,2%)	0,07
Above high school	8 (72,7%)	3 (27,3%)	
Family income			
Over US\$ 390	11 (40,7%)	16 (59,3%)	0,17
Up to US\$ 390	22 (37,9%)	36 (62,1%)	
Planned pregnancy			
Yes	20 (50%)	20 (50%)	1,00
No	33 (50,7%)	32 (49,3%)	
Nulliparous			
Yes	20 (51,3%)	19 (48,7%)	0,86
No	33 (50%)	33 (50%)	

Next page...

Table 2: Distribution of frequencies of risk factors among pregnant women who consume alcohol during pregnancy and those who never drank while pregnant

Variable	Drinkers n = 53	Not drinkers n = 52	P*
Family history for alcoholism			
No	25 (50%)	25 (50%)	1,00
Yes	28 (50,9%)	27 (49,1%)	
Prenatal visits			
Over 10 visits	3 (21,4%)	11 (78,6%)	0,06
Up to 10 visits	50 (54,9%)	41 (45,1%)	
Smoking			
No	43 (53,1%)	38 (46,9%)	0,39
Yes	10 (41,7%)	14 (58,3%)	
Family history of depression			
No	37 (52,1%)	34 (47,9%)	0,68
Yes	16 (47,1%)	18 (52,9%)	

* chi-square test with Yates correction

**Table 3: Screening instruments for alcoholism (IECPA and CAGE)
and for mental pathology (SRQ), and consumption reported in the interview**

Variable	Drinkers n = 53 (%)	Not drinkers n = 52(%)	P*
Positive IECPA	3 (5.6)	9 (17.3)	0.07
CAGE 1 question	18 (33.9)	3 (5.7)	0.001
Positive SRQ	19 (35.8)	21 (40.3)	0.68

* exact Fisher test

**Table 4: Records of alcohol consumption in charts
and admission notes and consumption reported in the interview**

Variable	Drinkers	Not drinkers	P*
With record in charts	33 (55%)	27 (45%)	0.69
With record in admission note	40 (55.5%)	32 (44.5%)	0.04

* exact Fisher test

**Table 5: Unadjusted and adjusted odds ratios
of different risk variables for alcohol consumption**

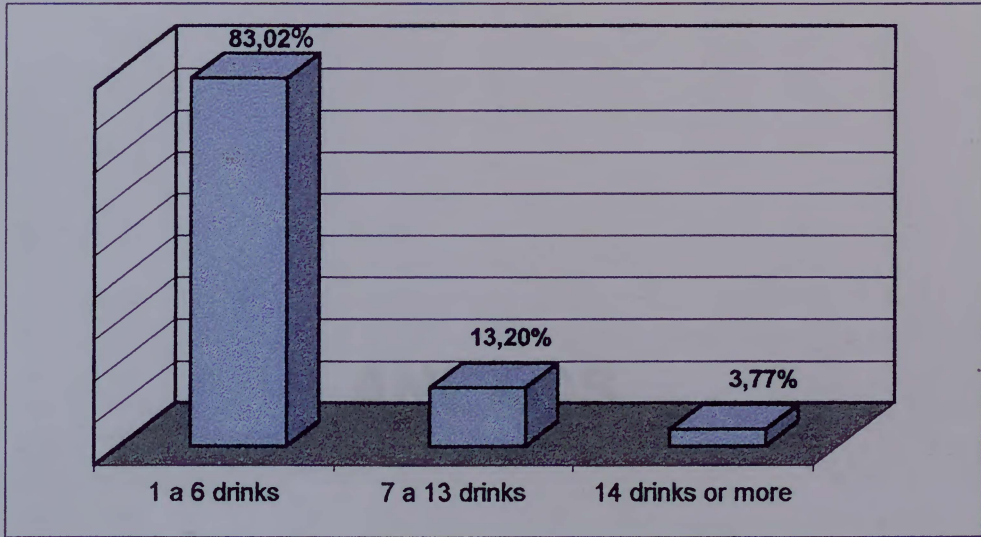
Variable	Unadjusted OR	(IC 95%)	Adjusted OR	(IC 95%)
Age				
Up to 32 years (ref.)	1	—	1	—
Over 32 years	2.19	(0.91 – 5.23)	1.54	(0.36 – 6.57)
Marital status				
Married (ref.)	1	—	1	—
Not married	1.03	(0.38 – 3.58)	2.45	(0.41 – 14.72)
Paid job				
Yes (ref.)	1	—	1	—
No	2.95	(1.37 – 6.38)	8.25	(1.94 – 35.10)
Schooling				
Up to high school (ref.)	1	—	1	—
Above high school	6.14	(1.26 – 29.80)	17.29	(1.51 – 196.76)
Family income				
Up to U\$ 390 (ref.)	1	—	1	—
Over U\$ 390	2.03	(0.96 – 4.28)	0.24	(0.06 – 0.99)
Planned pregnancy				
Yes (ref.)	1	—	1	—
No	1.28	(0.60 – 2.74)	1.51	(0.47 – 4.84)
Nulliparous				
Yes (ref.)	1	—	1	—
No	1.28	(0.60 – 2.74)	1.02	(0.33 – 3.19)

Next page...

**Table 5: Unadjusted and adjusted odds ratios
of different risk variables for alcohol consumption**

Variable	Unadjusted OR	(IC 95%)	Adjusted OR	(IC 95%)
Family history of alcoholism				
No (ref.)	1	————	1	————
Yes	0.89	(0.43 – 1.86)	0.48	(0.17 – 1.33)
Prenatal visits				
Over 10 visits (ref.)	1	————	1	————
Up to 10 visits	0.28	(0.07 – 1.08)	0.36	(0.06 – 2.11)
Smoking				
No (ref.)	1	————	1	————
Yes	1.50	(0.61 – 3.65)	3.25	(0.79 – 13.46)
Family history of depression				
No (ref.)	1	————	1	————
Yes	0.95	(0.42 – 2.11)	0.62	(0.16 – 2.37)
SRQ				
Negative (ref.)	1	————	1	————
Positive	1.35	(0.61 – 3.30)	1.01	(0.31 – 3.30)

Figure 1: Number of drinks consumed per week by pregnant women who continued to take alcohol during pregnancy



ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMENTO INFORMADO

Você está sendo convidada para participar de uma entrevista para um projeto de pesquisa sobre informações e hábitos de gestantes que fazem acompanhamento pré-natal. A sua participação neste estudo deve ser voluntária, sendo que seu atendimento não sofrerá qualquer alteração por você participar ou não. Esta pesquisa não tem relação com o seu programa de pré-natal, e aceitar ou não participar dela não vai implicar qualquer benefício direto no momento, nem qualquer prejuízo para você. A equipe que efetua este estudo não é composta por qualquer membro das equipes de atendimento do hospital, nem realiza qualquer registro dos dados em seu prontuário

O estudo é feito em duas etapas. Na primeira etapa, você é convidada a participar de uma entrevista individual com um membro da equipe de pesquisa, em condições de sigilo. Após esta entrevista, em que você é convidada a fornecer informações sobre seus hábitos em geral e sobre conceitos e idéias que tem sobre gestação, há um momento em que você deve responder um questionário de auto-preenchimento, devolvendo-o após à entrevistadora. Todos registros gravados ou anotados e seu questionário serão identificados apenas com um número.

As entrevistas são gravadas para que se possa garantir o registro correto de todas informações, mas se você não se sentir à vontade com a gravação, informe o(a) entrevistador(a) para que ela não seja gravada. Mesmo gravada, sua entrevista será ouvida apenas pela equipe de pesquisa, e seus dados serão considerados confidenciais; nenhum dado utilizado permitirá que você seja identificada de qualquer maneira.

Sua colaboração pode ajudar a compreensão que temos sobre as emoções das gestantes, o quanto estão informadas sobre diversos aspectos da saúde, e que impacto isto tem sobre alguns hábitos das mulheres que engravidam.

As informações individuais que você fornecer ao longo do estudo são consideradas confidenciais, e não são reveladas a ninguém fora da equipe do estudo. Para fins de divulgação, os dados serão discutidos de forma anônima, sem que qualquer pessoa que participou fornecendo informações possa ser identificada. Não será solicitado nenhum exame complementar, nem será marcada qualquer entrevista posterior.

O pesquisador responsável é Fernando M. Schneider, e você poderá contatá-lo através do telefone 978.5196. Antes de iniciar a entrevista, você deverá ter assinado este consentimento.

.....

CONSENTIMENTO

Li, ou me foi lido, o documento acima, e concordo que os dados a meu respeito colhidos em entrevista e através de questionário sejam utilizados em pesquisa sobre hábitos e informações de gestantes que participam de programa de pré-natal. Sei a pesquisa não tem qualquer relação com meu atendimento atual no Hospital de Clínicas, e minha participação é voluntária. Fui informada também que os dados colhidos serão tratados de forma confidencial, e que comunicações científicas futuras envolvendo o uso de meus dados não permitirão que eu seja identificada. Com todas estas informações fornecidas previamente, autorizo o uso dos dados por parte dos pesquisadores, nas condições acima descritas.

Porto Alegre, _____ / _____ / _____

ANEXO 2

SELF REPORT QUESTIONNAIRE

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Você tem dores de cabeça frequentes? | SIM | NÃO |
| 2. Tem falta de apetite? | SIM | NÃO |
| 3. Dorme mal? | SIM | NÃO |
| 4. Fica com medo com facilidade? | SIM | NÃO |
| 5. Suas mãos tremem? | SIM | NÃO |
| 6. Se sente nervoso, tenso ou preocupado? | SIM | NÃO |
| 7. Tem problema digestivo? | SIM | NÃO |
| 8. Não consegue pensar com clareza?
(É difícil pensar com clareza) | SIM | NÃO |
| 9. Sente-se infeliz? | SIM | NÃO |
| 10. Chora mais que o comum? | SIM | NÃO |
| 11. Acha difícil gostar de suas atividades diárias? | SIM | NÃO |
| 12. Acha difícil tomar decisões? | SIM | NÃO |
| 13. Seu trabalho diário é um sofrimento?
(tormento) | SIM | NÃO |
| 14. Não é capaz de ter um papel útil na vida? | SIM | NÃO |
| 15. Perdeu interesse pelas coisas? | SIM | NÃO |
| 16. Acha que é uma pessoa que não vale nada? | SIM | NÃO |
| 17. O pensamento de acabar com a vida já passou por sua cabeça? | SIM | NÃO |
| 18. Sente-se cansado o tempo todo? | SIM | NÃO |
| 19. Tem sensações desagradáveis no estômago? | SIM | NÃO |
| 20. Fica cansado com facilidade? | SIM | NÃO |

INVENTÁRIO DE EXPECTATIVAS E CRENÇAS PESSOAIS SOBRE O ÁLCOOL

PINTO GOUVEIA, J.; COSTA BORGES, J.; ALMEIDA, J.; RAMALHEIRA, C. E ROBALO, M. (1988)

ADAPTAÇÃO BRASILEIRA DE
BLANCA GUEVARA WERLANG E MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA
COORDENAÇÃO GERAL: JUREMA ALCIDES CUNHA

Nome: _____ Data ____ / ____ / ____

Sexo: _____ Idade: _____ Estado civil: _____

Profissão: _____

Situação ocupacional atual: _____

LEIA COM ATENÇÃO ESTAS INSTRUÇÕES

Este questionário visa conhecer o que as pessoas pensam sobre os efeitos do álcool.

Como os efeitos do álcool variam em grande parte com a quantidade ingerida, o que interessa é saber o que se passa com você depois de duas ou três doses de bebida.

Para responder, assinale na coluna que melhor expressa a sua opinião.

Leia atentamente cada pergunta e responda, o mais rápido possível, de modo sincero e espontâneo.



	NÃO CONCORDO	CONCORDO POUCO	CONCORDO MODERADAMENTE	CONCORDO MUITO	CONCORDO MUITÍSSIMO
1. A bebida me torna mais ousado (corajoso).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Por vezes, eu me sinto tão desinteressado por tudo, que tenho de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eu me sinto menos sozinho depois de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Quando bebo, sinto mais disposição para ajudar as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O álcool me inspira (estimula as minhas idéias).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Depois de beber, fico sexualmente mais desinibido (atrevido).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sinto-me com mais iniciativa e confiança quando bebo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Quando bebo, fico bem mais disposto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Depois de beber o meu trabalho rende mais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando bebo, sinto-se mais confiante para expressar minhas opiniões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. O tempo custa menos a passar quando bebo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Quando bebo, deixo de ter medo das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. A bebida me deixa mais à vontade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. O álcool me desinibe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Após algumas doses de bebida, sinto-me mais à vontade com pessoas atraentes do outro sexo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tenho mais prazer sexual depois de ter bebido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sinto mais vontade de trabalhar depois de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Beber me torna mais corajoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Quando bebo, é mais fácil dizer o que penso, sem me preocupar tanto com a opinião dos outros, mesmo que discorde deles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tudo fica mais alegre quando bebo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Falo com mais facilidade depois de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Subtotal da página 1

	NÃO CONCORDO	CONCORDO POUCO	CONCORDO MODERADAMENTE	CONCORDO MUITO	CONCORDO MUITÍSSIMO
22. Depois de beber, gosto mais de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. O álcool me descontraí fisicamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Após algumas doses de bebida, faço amigos com mais facilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Quando bebo, sinto que os outros me dão mais atenção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sou mais carinhoso com minha (meu) companheira (o) depois de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. A bebida me tira as preocupações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Depois de ter bebido, converso sobre sexo com mais facilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Quando bebo, fico mais atento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. O álcool me faz esquecer os desgostos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. O álcool me deixa mais tolerante em relação às pessoas de quem não gosto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Tudo parece mais fácil quando bebo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sinto menos a monotonia da vida quando bebo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Se eu não bebo, não consigo me sentir descontraído em situações sociais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Em termos de sexo, sinto-me mais atraente depois de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Quando estou só, uma bebida é uma boa companhia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Quando bebo, aprecio melhor as coisas boas da vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Depois de beber, faço confidências com mais facilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Beber diminui meus sentimentos de inferioridade e incapacidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. A bebida me torna mais humano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Eu me sinto mais homem/mulher depois de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Quando bebo, fico menos nervoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Eu me sinto mais senhor de mim quando bebo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Subtotal da página 2

		NÃO CONCORDO	CONCORDO POUCO	CONCORDO MODERADAMENTE	CONCORDO MUITO	CONCORDO MUITÍSSIMO
1. A b	44. O álcool me tira os "medos".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Poi ten	45. O álcool me deixa mais alegre e simpático.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eu	46. O álcool ajuda a me sentir menos nervoso quando estou conversando num grupo de pessoas que mal conheço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Qu	47. Para mim, é mais fácil ter "aventuras sexuais" após ter bebido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O a	48. O álcool favorece a intimidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. De	49. Para mim, o álcool torna mais fácil a comunicação com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sir	50. Quando bebo, confio mais nos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Qu	51. Quando bebo, expresso com mais facilidade os meus sentimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. De	52. Um copo de bebida me ajuda quando tenho de fazer muitas coisas ao mesmo tempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Qu op	53. O álcool me faz esquecer os problemas da vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. O	54. Se eu bebo, sou mais bem aceito num grupo de amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Qu	55. Eu me sinto menos tímido após ter bebido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. A	56. O meu desejo sexual aumenta depois de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. O	57. Depois de beber, fico mais otimista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Al pe	58. Após algumas doses de bebida, converso com mais facilidade com pessoas do outro sexo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Te	59. Quando bebo, fico mais divertido e faço as outras pessoas rirem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. S	60. Quando bebo, preocupo-me menos com aquilo que os outros possam pensar a meu respeito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. B	61. Um dia que corre mal só se torna suportável quando bebo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. C te		Subtotal da página 3				

Subtotal da página 1 _____

Subtotal da página 2 _____

Subtotal da página 3 _____

Total _____