

LÍBERA HELENA RIBEIRO FAGUNDES DE SOUZA

**PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL EM
GESTANTES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL
PÚBLICO UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre.

Uberlândia
2011

LÍBERA HELENA RIBEIRO FAGUNDES DE SOUZA

**PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL EM GESTANTES
ATENDIDAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Marques de Oliveira.

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Maria Célia dos Santos.

Uberlândia
2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

- S729p Souza, Líbera Helena Ribeiro Fagundes de, 1963-
2011 Padrão de consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário / Líbera Helena Ribeiro Fagundes de Souza. - 2011.
82 f. : il.
- Orientador: Luiz Carlos Marques de Oliveira.
Co-orientadora: Maria Célia dos Santos.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Inclui bibliografia.
1. Ciências médicas - Teses. 2. Alcoolismo - Teses. 4. Grávidas - Uso de álcool - Teses. 5. Mulheres alcoólatras - Teses. I. Oliveira, Luiz Carlos Marques de. II. Santos, Maria Célia dos. III. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 61

LÍBERA HELENA RIBEIRO FAGUNDES DE SOUZA

**PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL EM GESTANTES
ATENDIDAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre.

Banca Examinadora:

Uberlândia, 29 de agosto de 2011.

Prof. Dr. Luiz Carlos Marques de Oliveira

Profª Drª Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa

Profª Drª Angélica Lemos Debs Diniz

DEDICATÓRIA

À minha mãe Aurora Cagnoni Ribeiro, companheira de todas as horas, sustentáculo, que tantas vezes eu preciso para trilhar meus caminhos e escolhas.

Ao meu pai Paulo Ribeiro, pelo amor, exemplo, lição de disciplina e valores que me constituíram.

Ao meu esposo Pedro Fagundes de Souza, que proporcionou o apoio necessário para que eu pudesse dar conta dos vários papéis que exerci nestes dois anos: estudante, mãe, esposa, dona de casa e trabalhadora.

Às minhas filhas Fernanda Ribeiro Fagundes de Souza, Fabiana Ribeiro Fagundes de Souza e Franciele Ribeiro Fagundes de Souza, que inundaram minha vida de significados, referências definitivas e pela vivência maior de todas, a maternidade.

A todos os meus familiares e amigos, que, embora não nomeados, me brindaram com seus inestimáveis apoios em distintos momentos e por suas presenças afetivas ao longo deste curso.

AGRADECIMENTOS

A Deus, tudo a Seu tempo e conforme a Sua vontade, esteve no controle de tudo!

Ao meu orientador, Prof. Dr. Luiz Carlos Marques de Oliveira, cuja gratidão será eterna, pois mesmo sem saber onde eu queria chegar, deixou-me conduzir pelos meus passos, sem deixar de acreditar que no “meu” momento, eu chegaria lá. Pela oportunidade, dedicação, carinho e apoio incondicional, me instigando para uma nova visão do tema e proporcionando a chance de alcançar questões relevantes, não só científicas, mas também humanas.

À minha co-orientadora, Prof^a Dr^a Maria Célia dos Santos, que me acolheu e ajudou nos percursos da pesquisa, embalados por sua doçura e sensibilidade, pela disponibilidade, conhecimento e lições de vida transmitida ao longo desta caminhada.

À Prof^a Dr^a Vânia Olivetti Steffen Abdallah, que trouxe sua contribuição e a fez de forma tão carinhosa!

À médica residente Dr^a Daniela Resende Machado, pela colaboração na coleta de dados.

À psicóloga Tatiane Medeiros Cunha, pela assessoria na utilização do programa estatístico.

À secretária acadêmica Gisele de Melo Rodrigues, pela paciência e indispensável atenção.

À companheira do curso de mestrado, Maria de Lourdes Pereira Costa, que de forma especial me incentivou a prosseguir com uma palavra de apoio, de conforto, mostrando sempre uma possibilidade.

À todos os meus colegas de trabalho da UNIPAC, em especial a Profª Efigênia Aparecida Maciel de Freitas, misto de amiga e de referência profissional, pela compreensão, apoio e incentivo.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo, e em especial as puérperas que concordaram em participar desta pesquisa.

“E o anjo do Senhor apareceu a esta mulher, e disse-lhe: Eis que agora és estéril, e nunca tens concebido; porém conceberás, e terás um filho. Agora, pois, guarda-te de beber vinho, ou bebida forte, ou comer coisa imunda”.

(Bíblia Sagrada)

RESUMO

Introdução: O consumo de bebidas alcoólicas constitui um importante problema de saúde pública mundial, e na gestação tal consumo ganha ainda mais importância, pois pode levar ao comprometimento da saúde materna e fetal. **Objetivo:** Verificar o padrão de consumo de bebidas alcoólicas, antes e após o diagnóstico de gravidez, entre puérperas internadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. **Método:** Avaliamos, consecutivamente, 493 puérperas no período de junho a setembro de 2009. Para diagnosticar uso/abuso de bebidas alcoólicas antes da gestação utilizamos os questionários AUDIT e o CAGE e, para durante a gravidez também o T-ACE. Outro questionário foi aplicado para coleta de dados sociodemográficos. Na análise estatística utilizamos o teste exato de Fisher ou o teste do qui-quadrado. $P < 0,05$ foi considerado significativo. **Resultados:** Para o período anterior ao diagnóstico da gravidez, o CAGE foi positivo para 12,3% das mulheres e o AUDIT identificou abstinência em 32,9%, uso de baixo risco em 47,3%, consumo de risco em 14,8% e uso nocivo ou provável dependência em 5,0%. Durante a gravidez, o CAGE foi positivo em 13,1% e o T-ACE em 17% das gestantes; o AUDIT identificou abstinência em 76,9%, uso de baixo risco em 14,8%, consumo de risco em 5,5% e uso nocivo ou provável dependência em 2,8%. Entre as mulheres que faziam uso de bebidas alcoólicas, dois terços deixaram de beber após o diagnóstico de gravidez, independentemente do número de consultas pré-natais; menos de 50% delas receberam conselhos para não beber. Gestantes que fizeram uso ou abuso de bebidas alcoólicas compareceram a um menor número de consultas de pré-natal. Durante a gravidez, o consumo de álcool foi mais frequente entre puérperas com menor escolaridade e entre as que não coabitavam com companheiro, e não observamos relação entre os padrões do consumo alcoólico com a cor da pele, a renda familiar, número de abortos anteriores e em ter ou não uma religião. **Conclusões:** Verificamos preocupante consumo alcoólico entre as gestantes avaliadas, principalmente no período que antecedeu o diagnóstico de gravidez, o que mostra que elas estavam bebendo durante uma gravidez ainda não diagnosticada. Assim, o aconselhamento sobre o uso de álcool deve ser feito a todas as mulheres em idade reprodutiva. O AUDIT foi o instrumento que mais frequentemente diagnosticou o uso de álcool durante a gestação.

Palavras-chave: Alcoolismo. Gravidez. Epidemiologia. AUDIT. T-ACE. CAGE.

ABSTRACT

Introduction: The consumption of alcohol is a worldwide important public health issue, and during pregnancy, such use is even more important, since it can compromise maternal and fetal health. **Objective:** To verify the pattern of alcohol consumption, before and after diagnosing pregnancy, among postpartum women admitted at University Hospital, Federal University of Uberlandia. **Method:** We consecutively evaluated 493 puerperal women, in the period comprising June to September, 2009. To diagnose use/abuse of alcohol before pregnancy, AUDIT and CAGE questionnaires were used, and during pregnancy, T-ACE was used in addition. Another questionnaire was applied in order to collect socio-demographic data. For the statistical analysis we used either the Fisher exact test or the chi-square test. $P < 0.05$ values were considered as significant. **Results:** For the period before the diagnosis of pregnancy, the CAGE was positive for 12.3% of the women and the AUDIT identified abstinence in 32.9% of them, low-risk usage in 47.3%, risky consumption in 14.8%, and alcohol abuse or probable dependence at 5.0% of the women. During pregnancy, CAGE and T-ACE were positive for 13.1% and 17% of pregnant women, respectively; the AUDIT identified abstinence in 76.9%, low-risk usage in 14.8%, risky consumption in 5.5 % and alcohol abuse or probable dependence at 2.8% of the patients. Among women who were alcohol users, two thirds have stopped drinking after the diagnosis of pregnancy, regardless of the number of prenatal appointments; and less than 50% of them were advised not to drink. Pregnant women who either used or abused of alcohol attended fewer prenatal appointments. During pregnancy, alcohol consumption was more common among mothers with fewer education and among those not living with a partner, and we observed no relationship between patterns of alcohol consumption bound to skin color, family income, number of previous miscarriages and having a religion or not. **Conclusions:** We found worrying alcohol consumption among the evaluated pregnant women, especially in the period before the diagnosis of pregnancy, which shows us they were using alcohol during a still undiagnosed pregnancy. Thus, counseling in regard of alcohol use should be made to all women of reproductive age. AUDIT was the instrument that most frequently diagnosed alcohol use during pregnancy.

Keywords: Alcoholism. Pregnancy. Epidemiology. AUDIT. T-ACE. CAGE.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, de acordo com os resultados do questionário AUDIT, antes (AG) ou após o diagnóstico (DG) de gravidez, em relação à faixa etária	29
TABELA 2: Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, de acordo com os resultados do questionário AUDIT, antes (AG) ou após o diagnóstico (DG) de gravidez, em relação à cor da pele	30
TABELA 3: Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, de acordo com os resultados do questionário AUDIT, antes (AG) ou após o diagnóstico (DG) de gravidez, em relação a coabitação com companheiro	31
TABELA 4: Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, de acordo com os resultados do questionário AUDIT, antes (AG) ou após o diagnóstico (DG) de gravidez, em relação à escolaridade	32
TABELA 5: Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, de acordo com os resultados do questionário AUDIT, antes (AG) ou após o diagnóstico (DG) de gravidez, em relação à religião	33
TABELA 6: Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, de acordo com os resultados do questionário AUDIT, antes (AG) ou após o diagnóstico (DG) de gravidez, de acordo com a renda familiar mensal	34
TABELA 7: Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, de acordo com os resultados do questionário AUDIT, antes (AG) ou após o diagnóstico (DG) de gravidez, de acordo com o número de abortos anteriores	35
TABELA 8: Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, de acordo com os resultados do questionário AUDIT, antes (AG) ou após o diagnóstico (DG) de gravidez, em relação à paridade	36
TABELA 9: Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, de acordo com os resultados do questionário AUDIT, antes (AG) ou após o diagnóstico (DG) de gravidez, de acordo com o número de consultas de pré-natal	37
TABELA 10: Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, de acordo com os resultados do questionário AUDIT, antes (AG) ou após o diagnóstico (DG) de gravidez, de acordo com a idade gestacional, em semanas, na época do parto	38

TABELA 11: Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, de acordo com os resultados do questionário AUDIT, antes (AG) ou após o diagnóstico (DG) de gravidez, de acordo com as vias de parto	39
TABELA 12: Frequência do uso de outras drogas durante a gravidez, além do álcool, entre as puérperas avaliadas, de acordo com os resultados do questionário AUDIT	40
TABELA 13: Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, com CAGE positivo, antes (AG) ou após o diagnóstico (DG) de gravidez, ou T-ACE positivo, de acordo com a faixa etária	41
TABELA 14: Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, com CAGE positivo, antes (AG) ou após o diagnóstico (DG) de gravidez, ou T-ACE positivo, de acordo com a cor da pele.....	42
TABELA 15: Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, com CAGE positivo, antes (AG) ou após o diagnóstico (DG) de gravidez, ou T-ACE positivo, de acordo com a coabitação com companheiro	43
TABELA 16: Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, com CAGE positivo, antes (AG) ou após o diagnóstico (DG) de gravidez, ou T-ACE positivo, de acordo com a escolaridade	44
TABELA 17: Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, com CAGE positivo, antes (AG) ou após o diagnóstico (DG) de gravidez, ou T-ACE positivo, de acordo com ter ou não religião	45
TABELA 18: Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, com CAGE positivo, antes (AG) ou após o diagnóstico (DG) de gravidez, ou T-ACE positivo, de acordo com a renda familiar mensal	46
TABELA 19: Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, com CAGE positivo, antes (AG) ou após o diagnóstico (DG) de gravidez, ou T-ACE positivo, de acordo com o número de abortos anteriores	47
TABELA 20: Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, com CAGE positivo, antes (AG) ou após o diagnóstico (DG) de gravidez, ou T-ACE positivo, de acordo com a paridade	48

TABELA 21: Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, com CAGE positivo, antes (AG) ou após o diagnóstico (DG) de gravidez, ou T-ACE positivo, de acordo com o número de consultas de pré-natal	49
TABELA 22: Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, com CAGE positivo, antes (AG) ou após o diagnóstico (DG) de gravidez, ou T-ACE positivo, de acordo com a idade gestacional em semanas	50
TABELA 23: Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, com CAGE positivo, antes (AG) ou após o diagnóstico (DG) de gravidez, ou T-ACE positivo, de acordo com as vias de parto	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADH - álcool desidrogenase

AG – Antes do diagnóstico da gravidez

AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test*

CAGE - *Cut-down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças - décima revisão

DG – Após o diagnóstico de gravidez

EUA – Estados Unidos da América

FASD – *fetal alcohol spectrum disorders*

HC-UFU - Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

OMS - Organização Mundial de Saúde

SAF - Síndrome alcoólica fetal

T-ACE - Tolerance, Annoyed, Cut- down e Eye-opener

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 Álcool	17
1.2 Álcool e gestação	18
1.3 Diagnóstico de alcoolismo na gestação	20
2. OBJETIVOS	23
3. CASUÍSTICA E MÉTODO	25
4. RESULTADOS	28
4.1 Questionário AUDIT	29
4.1.1 Faixa etária	29
4.1.2 Cor da pele	30
4.1.3 Coabitação com companheiro	31
4.1.4 Escolaridade	32
4.1.5 Religião	33
4.1.6 Renda familiar mensal	34
4.1.7 Aborto anterior	35
4.1.8 Paridade	36
4.1.9 Número de consultas de pré-natal	37
4.1.10 Idade gestacional	38
4.1.11 Vias de parto	39
4.1.12 Uso de outras drogas além do álcool	40
4.2 Questionário CAGE e T-ACE	41
4.2.1 Faixa etária	41
4.2.2 Cor da pele	42
4.2.3 Coabitação com companheiro	43
4.2.4 Escolaridade	44
4.2.5 Religião	45
4.2.6 Renda familiar mensal	46
4.2.7 Aborto anterior	47
4.2.8 Paridade	48
4.2.9 Número de consultas de pré-natal	49
4.2.10 Idade gestacional	50
4.2.11 Vias de parto	51
4.3 Características do consumo alcoólico durante a gravidez identificadas pelo questionário AUDIT	52
5. DISCUSSÃO	54
6. CONCLUSÕES	62
REFERÊNCIAS	65
ANEXOS	73

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O consumo de bebidas alcoólicas constitui importante problema de saúde pública mundial (WHO, 2004). O uso abusivo do álcool repercute gravemente no bem estar humano, pois afeta pessoas, famílias, comunidades e a sociedade como um todo, e ainda, contribui para as desigualdades sociais e sanitárias (OMS, 2005).

As consequências decorrentes do abuso de bebidas alcoólicas podem ser observadas tanto a nível orgânico como psicológico e social. As síndromes clínicas consequentes a esse abuso são geralmente resultados dos efeitos farmacológicos do etanol sobre o organismo (SCHVARTSMAN, 1991).

O consumo prejudicial do álcool pode levar a uma série de complicações que incluem a intoxicação alcoólica aguda (embriaguez), a dependência ou alcoolismo, a síndrome de abstinência aguda, as doenças orgânicas (cirrose hepática, pancreatite crônica, cardiopatias etc.) (DIAMOND, 1993) e problemas psiquiátricos e psicológicos, entre os quais se incluem a depressão, *delirium tremens*, ilusões ou paranóias, doença de Korsakof etc. (BRASIL, 2004).

O abuso do álcool também está associado a problemas sociais e interpessoais, tais como, conflitos familiares, desarmonia entre vizinhos, problemas no ambiente de trabalho, além de conflitos com a lei, por exemplos, dirigir embriagado, crimes violentos e delitos relacionados a comportamentos agressivos e/ou anti-sociais (BRASIL, 2004). Portanto, os danos decorrentes do uso abusivo do álcool chamam a atenção por ser demonstrado em um contexto amplo, não afetando apenas o indivíduo que o consome, mas a sociedade como um todo (TEIXEIRA, 2004).

A ingestão alcoólica é aceita socialmente, algumas vezes mesmo em quantidades consideradas abusivas, sendo utilizada como um facilitador de atividades interpessoais, em estabelecer vínculos sociais, e pode fazer parte do código de polidez em vários contextos (NEVES, 2004). Além disso, vários são os fatores facilitadores para seu consumo, entre eles, a disponibilidade, o baixo preço de várias bebidas e a publicidade (CAETANO; LARANJEIRA, 2006).

Na população feminina, o crescente aumento no consumo alcoólico também pode ser atribuído à conquista da igualdade de direitos entre homens e mulheres,

resultantes das lutas e movimentos feministas das décadas de 1960 a 1980, verificada pela mudança no estilo de vida que a mulher adquiriu juntamente com seus novos papéis e responsabilidades (ASSIS; CASTRO, 2010).

No Brasil, os resultados do I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas, realizado no ano de 2001 abrangendo as 107 maiores cidades do país, revelaram que 5,7% das mulheres com mais de 13 anos de idade são dependentes do álcool (CARLINI et al., 2002). No II levantamento realizado em 2005, este percentual em mulheres maiores de 12 anos foi de 6,9% (CARLINI et al., 2006). Estudo sobre mortalidade (1998-2002), considerando-se os óbitos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso da substância (F10 da Classificação Internacional de Doenças CID-10) mostrou que em 2002 ocorreram 515 óbitos femininos, correspondendo a 0,1% das mortes entre mulheres (MARÍN-LEÓN; OLIVEIRA; BOTEAGA, 2007).

1.1 Álcool

O etanol ($\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$) é uma substância polar, hidrossolúvel, que ao ser ingerido é rapidamente absorvido, sendo que 20% da absorção ocorre no estômago e 80% na porção superior do intestino delgado (SCHVARTSMAN, 1991; DIAMOND, 1993; OGA, 2003). No estômago, a absorção pode ocorrer mais lentamente na presença de alimentos (FLEMING; MIHIC; HARRIS, 2003; SILVA; GUIMARÃES, 1989), enquanto no intestino delgado sua absorção ocorre de maneira rápida e completa, independentemente da presença destes (SAIDEMBERG, 2001).

Na maioria dos indivíduos, a concentração plasmática máxima de etanol é atingida entre 30 a 90 minutos após a sua ingestão. O tempo de absorção pode se prolongar até cerca de duas horas, se grandes quantidades de álcool forem consumidas e/ou se houver retardo no tempo de esvaziamento gástrico (MOREIRA; SENA; OLIVEIRA, 2006; FLEMING; MIHIC; HARRIS, 2003).

Após sua ingestão, 90 a 98% do etanol é metabolizado por meio da sua conversão em acetaldeído pela álcool-desidrogenase (ADH) gástrica e, principalmente, pela hepática; o que não é convertido é excretado pelos rins, pulmões e pele (MASTERS, 2003; FLEMING; MIHIC; HARRIS, 2003).

A eliminação do álcool pelo organismo independe de sua concentração sérica; um adulto de 70 quilos (kg) consegue metabolizar de 5 a 10 gramas (g) de etanol por hora (MASTERS, 2003; DIAMOND, 1993). Para uma mesma quantidade ingerida, as concentrações sanguíneas são maiores em mulheres, o que se deve à menor proporção de água por peso corporal e à menor atividade da enzima ADH gástrica (SCHVARTSMAN, 1991; OGA, 2003; MASTERS, 2003).

Em relação ao consumo diário de álcool para a mulher, considera-se de baixo risco a ingestão de até 14 gramas, o risco moderado corresponde de 15 a 35 gramas e o alto risco equivale a consumo igual ou maior de 36 gramas. Este padrão é considerado para não grávidas (LARANJEIRA; PINSKY, 2000), pois na gestação, recomenda-se total abstinência de álcool (LARANJEIRA; PINSKY, 2000; SARKAR et al., 2009).

1.2 Álcool e gestação

O álcool, ao ser ingerido pela mãe, atravessa a barreira placentária e após quarenta a sessenta minutos, a sua concentração no sangue fetal equivale à do sangue materno (BRASIL, 2004). As consequências fetais, no entanto, são maiores devido à menor capacidade fetal de metabolização e eliminação da substância. O líquido amniótico também torna-se impregnado tanto pelo álcool quanto pelo seu metabólito, o acetaldeído, pois carece de enzimas necessárias a sua biodegradação (CHAUDHURI, 2000). Em consequência, o conceito passa a estar envolto, a aspirar e a deglutir este líquido em qualquer idade gestacional. As repercussões disso poderão estar presentes logo após o nascimento, se manifestarem na infância ou até mesmo mais tardiamente, principalmente se o dano envolver o sistema nervoso central (ORNOY, 2003).

Na gravidez, o uso de álcool contribui para menor ganho de peso gestacional, menor frequência de acompanhamento pré-natal e maiores chances de utilização de outras drogas (RUSSEL et al., 1996; SIMÃO et al., 2002), além disso, pode levar ao abortamento, descolamento prematuro da placenta, hipertonia uterina, trabalho de parto prematuro e aumentar o risco de infecções (FREIRE et al., 2005).

Os danos ao embrião/feto são agrupados no termo “espectro de desordens fetais alcoólicas” (FASD) que incluem alterações físicas, mentais, comportamentais

e/ou de aprendizado. Estes podem ser irreversíveis e levar, mais tardiamente, à dependência de álcool e/ou outras drogas, a problemas mentais, dificuldades escolares e no trabalho, além de comportamento sexual inapropriado e problemas com a justiça (BERTRAND; FLOYD; WEBER, 2005; MAY; GOSSAGE, 2001). A síndrome alcoólica fetal (SAF), os defeitos congênitos e as desordens de neurodesenvolvimento relacionadas ao álcool são abrangidos pela FASD, sendo a forma mais grave a SAF (BERTRAND; FLOYD; WEBER, 2005).

O consumo esporádico ou crônico de etanol pela mãe durante o período gestacional pode causar a SAF; a gravidade do acometimento depende da quantidade ingerida e da idade gestacional em que ocorreu o consumo materno (MELSON et al., 2002; ORNOY; ERGAZ, 2010), sendo particularmente mais nocivo no primeiro trimestre de gravidez (ORNOY; ERGAZ, 2010).

A SAF é diagnosticada pela presença de deformidades faciais (hipoplasia, lábio superior fino, olhos pequenos e espaçados), restrição de crescimento, microcefalia e anormalidades do desenvolvimento neurológico (SOKOL; DELANEY-BLACK; NORDSTROM, 2003). Além destas, existem outras alterações como dificuldade de aprendizado, delinquência juvenil, drogadição, alcoolismo e alta taxa de desajustamento social (SERRAT, 2001). A incidência da SAF, no Brasil, é de um em cada 1.000 neonatos (FREIRE et al., 2005).

Os defeitos congênitos relacionados ao consumo de álcool pela mãe incluem malformações que envolvem estruturas cardíacas, esqueléticas, renais, oculares e do pavilhão auricular, entre outros (HOYME et al., 2005). As anormalidades neurológicas do feto podem ser observadas desde o nascimento, sendo o retardo mental um dos sintomas mais frequentes; além disso, os recém-nascidos, na maioria das vezes, apresentam-se trêmulos, irritados e com debilidade na sucção (RODRIGUES; CORRADINI, 1981).

Apesar dos riscos para a mãe e para o feto, em alguns estudos têm-se observado preocupantes frequências de ingestão alcoólica entre grávidas. Na cidade de São Paulo, SP, demonstrou-se que 26,6% das gestantes adolescentes, atendidas em um hospital municipal maternidade/escola, ingeriram bebidas alcoólicas pelo menos uma vez no período gestacional, sendo 2,8% delas de forma abusiva (CHALEM et al., 2007). Também em São Paulo, 33,7% das puérperas entrevistadas em uma maternidade filantrópica consumiram bebida alcoólica, sendo que destas, 15,9% o fizeram até a confirmação da gravidez e 17,8% durante todo o período

gravídico (KAUP; MERIGHI; TSUNECHIRO, 2001). Em pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro, RJ, constatou-se que 40,6% das parturientes entrevistadas em três maternidades públicas consumiram bebida alcoólica em algum período da gestação, enquanto que 10,1% relataram fazer uso até o final da gravidez (MORAES; REICHENHEIM, 2007).

Em outros países também têm-se observado que o consumo alcoólico entre gestantes é um evento frequente. Nos Estados Unidos da América (EUA) observou-se que 12,4% das gestantes fizeram algum consumo alcoólico durante o período gestacional (FLOYD; SIDHU, 2004), e na Espanha, essa frequência foi de 22,7% (PALMA et al., 2007). Em um estudo na Suécia, verificou-se ingestão alcoólica em 30% das gestantes (GÖRANSSON et al., 2003), e em outro foi descrito que 25,2% das grávidas entrevistadas eram possíveis consumidoras de álcool (WURST et al., 2008). Na Austrália, em um estudo a prevalência do uso alcoólico entre gestantes foi estimada em 59% (COLVIN et al., 2007), e em outro estudo, 29% (MALONEY et al., 2011). O consumo alcoólico entre gestantes foi estimado em 52% na França (CHAZERON et al., 2008) e em 60% na Rússia (KRISTJANSON et al., 2007).

1.3 Diagnóstico de alcoolismo na gestação

É difícil a confirmação do consumo de álcool na gravidez, pois a mulher além de sentir-se constrangida em informar o seu uso, o profissional que a atende muitas vezes não está preparado para fazer este diagnóstico (KAUP; MERIGHI; TSUNECHIRO, 2001). Para a investigação do uso/abuso de bebidas alcoólicas foram desenvolvidos instrumentos de rastreamento, os quais são úteis por serem de fácil e rápida aplicação e por oferecerem uma pontuação clara que indica a probabilidade de problemas relacionados ao álcool (CORRADI-WEBSTER; LAPREGA; FURTADO, 2005).

O questionário AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) avalia os padrões de uso de álcool, além de sintomas de dependência e problemas relacionados. Suas questões investigam o padrão do uso do álcool no último ano. O instrumento classifica o usuário em uma de quatro zonas de risco, de acordo com o escore obtido: zona I, até sete pontos, indica uso de baixo risco ou abstinência; zona

II, de oito a 15 pontos, uso de risco; zona III, de 16 a 19 pontos, sugere uso nocivo e zona IV, acima de 20 pontos, provável dependência (BABOR et al., 1992).

O questionário CAGE (*Cut-down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*) é outro instrumento utilizado para diagnóstico de abuso crônico do álcool ou provável dependência. Constitui-se de quatro perguntas com respostas objetivas, sim ou não. Se duas ou mais respostas forem afirmativas, o questionário é considerado positivo (EWING, 1984).

O questionário T-ACE (*Tolerance, Annoyed, Cut- down e Eye-opener*) foi o primeiro teste rastreador de consumo alcoólico de risco em gestantes, sendo validado para uso na prática obstétrica e ginecológica (SOKOL; MARTIER; AGER, 1989). Este instrumento é aplicável em um a dois minutos de conversação com a gestante, permitindo maior controle de viés das respostas durante o rastreamento. O questionário é composto de quatro questões, cuja pontuação varia de zero a dois pontos para a primeira questão e de zero a um ponto da segunda à quarta, estabelecendo-se pontuação total para o questionário que pode variar de zero a cinco pontos; resultado igual ou maior que dois é considerado positivo.

O aumento da frequência de uso, abuso ou dependência do álcool pelas mulheres, inclusive gestantes, e, nesses casos, também as possíveis consequências sobre o conceito constituem um sério problema de saúde pública. Em relação a este tema são escassos os trabalhos que o avalia, o que justifica a realização de estudos para se obter mais conhecimento acerca dos padrões de consumo alcoólico por gestantes, o que poderá subsidiar a elaboração de projetos e/ou programas de prevenção.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

Os objetivos do presente estudo são verificar em puérperas atendidas na maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU):

A - A frequência e o padrão de consumo de bebidas alcoólicas antes e após o diagnóstico de gravidez;

B – Os fatores sociodemográficos que poderiam estar associados ao risco destas puérperas utilizar tais bebidas;

C – As características do consumo de álcool durante a gravidez e os riscos ocasionados verificados pelo questionário AUDIT;

D – Qual entre os questionários AUDIT, CAGE e T-ACE mais frequentemente diagnostica uso/abuso de álcool.

CASUÍSTICA E MÉTODO

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

Este estudo foi realizado em Uberlândia, estado de Minas Gerais, região Sudeste do Brasil, distante 556 quilômetros da capital, Belo Horizonte. Sua população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística foi de 634.349 habitantes no ano de 2009 (BRASIL, 2009). Após aprovação pelo chefe do departamento de ginecologia e obstetrícia (anexo A), o projeto foi desenvolvido na enfermaria de ginecologia e obstetrícia do HC-UFU, que é um complexo hospitalar público universitário que atende pacientes do município e região, e conveniado em 100% de seus atendimentos ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Participaram da coleta de dados, uma enfermeira (SOUZA, L.H.R.F.) e uma acadêmica do curso de medicina (MACHADO, D.R.), que após um período de teste piloto iniciaram a coleta definitiva através das entrevistas. Após a apresentação e identificação da investigadora, cada puérpera recebeu informações quanto à finalidade do estudo, sobre a sua liberdade de participar ou não do mesmo e foi informada quanto à garantia do anonimato de sua participação.

Foram incluídas, consecutivamente, puérperas que estavam no período de 12 a 24 horas após o parto. As entrevistas foram realizadas diariamente em plantões diurnos, das 07:00 às 11:00 horas e de 12:00 às 18:00 horas, no período de 22 de junho à 30 de setembro de 2009.

As entrevistas e aplicações dos questionários foram realizadas individualmente com as puérperas em uma sala reservada que lhes permitissem privacidade. Nestas entrevistas utilizamos um instrumento que continha perguntas referentes às condições sociodemográficas, tais como, faixa etária, cor da pele autorreferida, se coabitava com companheiro (casada ou em união estável) ou não, a escolaridade, religião e a renda familiar mensal em salários mínimos. Também investigamos dados referentes a gestação atual e prévias, tais como, idade gestacional, vias de parto, número de consultas pré-natais, abortamentos anteriores e paridade (anexo B). Para detecção do uso ou abuso de bebidas alcoólicas utilizamos os questionários AUDIT, o T-ACE e o CAGE.

Apesar do questionário AUDIT (anexo C) ser um instrumento que classifica o usuário em uma de quatro zonas de risco de acordo com o escore obtido (consumo de baixo risco ou abstinência, de risco, de uso nocivo ou de provável dependência), neste estudo, optamos por separar o grupo de abstinentes, visto que para gestantes

recomenda-se total abstinência do álcool. Desta forma, as puérperas foram classificadas em abstinentes, consumidoras de baixo risco, de risco, de uso nocivo ou de provável dependência. Inicialmente, a entrevista realizada referiu-se ao consumo alcoólico no trimestre anterior ao diagnóstico da gravidez e em seguida ao período após esse diagnóstico. Nós também optamos por analisar cada uma das questões do AUDIT para melhor conhecermos as características do consumo alcoólico e identificarmos os riscos a que as gestantes estariam expostas. Episódios de “*binge drinking*” foi considerado quando havia relato da ingestão de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma ocasião (SOKOL; DELANEY-BLACK; NORDSTROM, 2003; NAIMI et al., 2003; KRISTJANSON et al., 2007; FLOYD et al., 2008).

O questionário T-ACE (anexo D) foi aplicado para diagnóstico do consumo alcoólico durante o período gestacional, e o questionário CAGE (anexo E) foi primeiramente respondido pelas gestantes para o período anterior ao diagnóstico da gravidez e, em seguida, para o posterior a esse diagnóstico.

As gestantes também foram questionadas sobre o uso de outras drogas durante a gravidez, além do álcool. Não foram incluídas neste estudo, duas puérperas com deficiência cognitiva evidente, seis que se recusaram em responder os questionários e três que tinham menos de dezoito anos e não foi possível obter o consentimento dos pais ou responsável.

Neste estudo, os termos álcool e etanol são utilizados como sinônimos. Para compararmos as frequências das variáveis analisadas, utilizamos os testes não-paramétricos do qui-quadrado (quando necessário o qui-quadrado com correção de Monte Carlo para amostragem de 10.000) ou o teste exato de Fischer. $P < 0,05$ foi considerado significativo. O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, parecer final nº 214/09 (anexo F), e de cada puérpera, e quando necessário de seu responsável, foi solicitado que assinasse o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo G) para sua participação.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

Nos resultados apresentados em tabelas, quando houver diferença estatisticamente significativa isto será assinalado com letra minúscula sobrescrita e o teste estatístico aplicado será descrito abaixo da tabela correspondente.

Resultados dos questionários utilizados para diagnóstico do consumo alcoólico entre as puérperas avaliadas, em relação às variáveis analisadas.

4.1 Questionário AUDIT

4.1.1 Faixa etária

Tabela 1 - Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, de acordo com os resultados do questionário AUDIT, antes (AG) ou após (DG) o diagnóstico de gravidez, em relação à faixa etária (N=493).

		Classificação do Questionário AUDIT					Total N (%)
		Abstinência	Baixo risco	Risco	Nocivo	Provável dependência	
Faixa etária		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
14 I— 18	AG	20 (43,5)	19 (41,3)	6 (13,0)	0	1 (2,2)	46 (9,3)
	DG	43 (93,5)	2 (4,3) ^a	1 (2,2)	0	0	
18 I— 25	AG	56 (25,2)	117 (52,7)	38 (17,1)	3 (1,4)	8 (3,6)	222 (45,0)
	DG	156 (70,3)	43 (19,4) ^b	17 (7,6)	2 (0,9)	4 (1,8)	
25 I— 30	AG	52 (39,1)	55 (41,4)	16 (12,0)	5 (3,8)	5 (3,8)	133 (27,0)
	DG	110 (82,7)	13 (9,8)	4 (3,0)	2 (1,5)	4 (3,0)	
30 I— 35	AG	22 (37,3)	25 (42,4)	11 (18,6)	0	1 (1,7)	59 (12,0)
	DG	43 (72,9)	11 (18,6) ^c	5 (8,5)	0	0	
≥ 35	AG	12 (36,4)	17 (51,5)	2 (6,1)	0	2 (6,1)	33 (6,7)
	DG	27 (81,8)	4 (12,1)	0	1 (3,0)	1 (3,0)	
Total	AG	162 (32,9)	233 (47,3)	73 (14,8)	8 (1,6)	17 (3,4)	493 (100)
	DG	379 (76,9)	73 (14,8)	27 (5,5)	5 (1,0)	9 (1,8)	

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem;

^{a,b,c} p<0,05 - teste exato de Fisher ou qui-quadrado com correção de Monte Carlo para amostragem de 10.000: a<b ou c.

A faixa etária predominante foi de 18 a 29 anos (72%). No trimestre anterior ao diagnóstico de gravidez, 67,1% das gestantes faziam algum consumo alcoólico, e a frequência deste consumo foi semelhante entre as diversas faixas etárias. Verificamos que dois terços das mulheres que consumiam álcool deixaram de beber após o diagnóstico da gravidez. No período gestacional, 23,1% das gestantes continuaram fazendo algum uso de bebida alcoólica. O consumo de baixo risco foi significativamente maior nas faixas etárias de 18 a 24 e 30 a 34 anos em relação à de 14 a 17 anos, não havendo diferença na frequência dos padrões em relação às outras faixas etárias.

4.1.2 Cor da pele

Tabela 2 - Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, de acordo com os resultados do questionário AUDIT, antes (AG) ou após (DG) o diagnóstico de gravidez, em relação à cor da pele (N=493).

		Classificação do Questionário AUDIT					Total N (%)
Cor da pele		Abstinência N (%)	Baixo risco N (%)	Risco N (%)	Nocivo N (%)	Provável dependência N (%)	
Branca	AG	105 (32,6)	157 (48,8)	46 (14,3)	5 (1,6)	9 (2,8)	322 (65,3)
	DG	248 (77,0)	49 (15,2)	17 (5,3)	1 (0,3)	7 (2,2)	
Parda	AG	42 (35,9)	58 (49,6)	13 (11,1)	1 (0,8)	3 (2,6)	117 (23,7)
	DG	93 (79,5)	15 (12,8)	6 (5,1)	1 (0,8)	2 (1,7)	
Negra	AG	14 (27,4)	17 (33,3)	14 (27,4)	2 (3,9)	4 (7,8)	51 (10,3)
	DG	36 (70,6)	9 (17,6)	3 (5,9)	3 (5,9)	0	
Amarela	AG	1 (33,3)	1 (33,3)	0	0	1 (33,3)	3 (0,6)
	DG	2 (66,7)	0	1 (33,3)	0	0	
Total	AG	162 (32,9)	233 (47,3)	73 (14,8)	8 (1,6)	17 (3,4)	493 (100)
	DG	379 (76,9)	73 (14,8)	27 (5,5)	5 (1,0)	9 (1,8)	

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem.

A cor da pele predominante foi a branca. Não houve diferença significativa em relação a esta variável e os diferentes padrões de consumo alcoólico, tanto para o trimestre anterior ao diagnóstico de gravidez, quanto para o período gestacional.

4.1.3 Coabitação com companheiro

Tabela 3 – Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, de acordo com os resultados do questionário AUDIT, antes (AG) ou após (DG) o diagnóstico de gravidez, em relação a coabitar ou não com companheiro (N=493).

Coabitação com companheiro		Classificação do Questionário AUDIT					Total N (%)
		Abstinência	Baixo risco	Risco	Nocivo	Provável dependência	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Sim	AG	129 (35,8)	170 (47,2)	48 (13,3)	5 (1,4)	8 (2,2) ^b	360 (73,0)
	DG	286 (79,4)	48 (13,3)	20 (5,6)	3 (0,8)	3 (0,8) ^d	
Não	AG	33 (24,8)	63 (47,4)	25 (18,8)	3 (2,2)	9 (6,8) ^a	133 (27,0)
	DG	93 (69,9)	25 (18,8)	7 (5,3)	2 (1,5)	6 (4,5) ^c	
Total	AG	162 (32,9)	233 (47,3)	73 (14,8)	8 (1,6)	17 (3,4)	493 (100)
	DG	379 (76,9)	73 (14,8)	27 (5,5)	5 (1,0)	9 (1,8)	

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem;

^{a,b,c,d} p<0,05 - teste do qui-quadrado com correção de Monte Carlo para amostragem de 10.000: a>b; c>d.

Observamos predomínio de puérperas que coabitavam com companheiro. A provável dependência de álcool foi mais frequente entre aquelas que não coabitavam com companheiro, tanto para o trimestre anterior ao diagnóstico da gravidez quanto para o período gestacional.

4.1.4 Escolaridade

Tabela 4 – Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, de acordo com os resultados do questionário AUDIT, antes (AG) ou após (DG) o diagnóstico de gravidez, em relação à escolaridade (N=493).

		Classificação do Questionário AUDIT					Total N (%)
		Abstinência	Baixo risco	Risco	Nocivo	Provável dependência	
Escolaridade		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
≤ Ensino Fundamental	AG	69 (35,6)	79 (40,7) ^b	32 (16,5)	4 (2,1)	10 (5,2)	194 (39,4)
	DG	141 (72,7)	28 (14,4)	17 (8,8) ^c	1 (0,5)	7 (3,6) ^e	
≥ Ensino Médio*	AG	93 (31,1)	154 (51,5) ^a	41 (13,7)	4 (1,3)	7 (2,3)	299 (60,6)
	DG	238 (79,6)	45 (15,0)	10 (3,3) ^d	4 (1,3)	2 (0,7) ^f	
Total	AG	162 (32,9)	233 (47,3)	73 (14,8)	8 (1,6)	17 (3,4)	493 (100)
	DG	379 (76,9)	73 (14,8)	27 (5,5)	5 (1,0)	9 (1,8)	

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem;

* completo ou incompleto;

^{a,b,c,d,e,f} p<0,05 - teste exato de Fisher ou qui-quadrado com correção de Monte Carlo para amostragem de 10.000: a>b; c>d; e>f.

A maioria das puérperas tinha escolaridade igual ou maior ao ensino médio, completo ou incompleto. No trimestre anterior ao diagnóstico de gravidez, o consumo de baixo risco foi mais frequente entre mulheres com maiores níveis escolares, enquanto durante a gestação, o uso de risco ou a provável dependência foi mais frequente entre aquelas com menor escolaridade.

4.1.5 Religião

Tabela 5 – Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, de acordo com os resultados do questionário AUDIT, antes (AG) ou após (DG) o diagnóstico de gravidez, em relação a ter ou não religião (N=493).

		Classificação do Questionário AUDIT					Total N (%)
		Abstinência N (%)	Baixo risco N (%)	Risco N (%)	Nocivo N (%)	Provável dependência N (%)	
Religião							
Sim	AG	149 (33,7)	211 (47,6)	62 (14,0)	8 (1,8)	13 (2,9)	443 (89,9)
	DG	345 (77,9)	65 (14,7)	22 (5,0)	5 (1,1)	6 (1,3)	
Não	AG	13 (26,0)	22 (44,0)	11 (22,0)	0	4 (8,0)	50 (10,1)
	DG	34 (68,0)	8 (16,0)	5 (10,0)	0	3 (6,0)	
Total	AG	162 (32,9)	233 (47,3)	73 (14,8)	8 (1,6)	17 (3,4)	493 (100)
	DG	379 (76,9)	73 (14,8)	27 (5,5)	5 (1,0)	9 (1,8)	

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem.

A maioria das puérperas relatou ter religião. Não houve diferença significativa em relação a esta variável e os diferentes padrões de consumo alcoólico, tanto para o trimestre anterior ao diagnóstico de gravidez, quanto para o período gestacional.

4.1.6 Renda familiar mensal

Tabela 6 – Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, de acordo com os resultados do questionário AUDIT, antes (AG) ou após (DG) o diagnóstico de gravidez, em relação à renda familiar mensal em salários mínimos vigentes (N=493).

Renda Familiar		Classificação do Questionário AUDIT					Total N (%)
		Abstinência	Baixo risco	Risco	Nocivo	Provável dependência	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
≤ 3 salários mínimos	AG	141 (33,1)	199 (46,7)	64 (15,0)	6 (1,4)	16 (3,8)	426 (86,4)
	DG	328 (77,0)	62 (14,6)	24 (5,6)	4 (0,9)	8 (1,9)	
> 3 salários mínimos	AG	21 (31,3)	34 (50,7)	9 (13,4)	2 (3,0)	1 (1,5)	67 (13,6)
	DG	51 (76,1)	11 (16,4)	3 (4,5)	1 (1,5)	1 (1,5)	
Total	AG	162 (32,9)	233 (47,3)	73 (14,8)	8 (1,6)	17 (3,4)	493 (100)
	DG	379 (76,9)	73 (14,8)	27 (5,5)	5 (1,0)	9 (1,8)	

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem.

Das 493 puérperas, a maioria tinha renda familiar mensal de até três salários mínimos. Não houve diferença significativa em relação ao nível econômico e os diferentes padrões de consumo alcoólico, tanto para o trimestre anterior ao diagnóstico de gravidez, quanto para o período gestacional.

4.1.7 Aborto anterior

Tabela 7 - Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, de acordo com os resultados do questionário AUDIT, antes (AG) ou após (DG) o diagnóstico de gravidez, em relação ao número de abortos anteriores (N=493).

Número de abortos Anteriores		Classificação do Questionário AUDIT					Total N (%)
		Abstinência N (%)	Baixo risco N (%)	Risco N (%)	Nocivo N (%)	Provável dependência N (%)	
0	AG	131 (32,5)	196 (48,6) ^a	61 (15,1)	5 (1,2)	10 (2,5)	403 (81,7)
	DG	312 (77,4)	60 (14,9)	22 (5,4)	3 (0,7) ^f	6 (1,5)	
I I—I II	AG	26 (31,7)	37 (45,1) ^b	11 (13,4)	2 (2,4)	6 (7,3)	82 (16,6)
	DG	61 (74,4)	13 (15,8)	5 (6,1)	0 ^e	3 (3,6)	
≥ III	AG	5 (62,5)	0 ^c	1 (12,5)	1 (12,5)	1 (12,5)	8 (1,6)
	DG	6 (75,0)	0	0	2 (25,0) ^d	0	
Total	AG	162 (32,9)	233 (47,3)	73 (14,8)	8 (1,6)	17 (3,4)	493 (100)
	DG	379 (76,9)	73 (14,8)	27 (5,5)	5 (1,0)	9 (1,8)	

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem.

^{a,b,c,d,e,f} p<0,05 - teste exato de Fisher ou qui-quadrado com correção de Monte Carlo para amostragem de 10.000: a e b>c; d>e e f.

Houve predomínio de puérperas que não referiram abortamentos anteriores. Não houve diferença significativa em relação a frequência de abortos e os diferentes padrões de consumo alcoólico, tanto para o trimestre anterior ao diagnóstico de gravidez, quanto para o período gestacional.

4.1.8 Paridade

Tabela 8 – Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, de acordo com os resultados do questionário AUDIT, antes (AG) ou após (DG) o diagnóstico de gravidez, em relação à paridade (N=493).

		Classificação do Questionário AUDIT					Total N (%)
		Abstinência	Baixo risco	Risco	Nocivo	Provável dependência	
Paridade		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
I	AG	68 (30,0)	116 (51,1)	37 (16,3)	2 (0,9)	4 (1,8)	227 (46,0)
	DG	184 (81,0)	31 (13,6)	10 (4,4)	1 (0,4)	1 (0,4)	
II	AG	45 (31,0)	70 (48,3)	20 (13,8)	3 (2,1)	7 (4,8)	145 (29,4)
	DG	109 (75,2)	20 (13,8)	9 (6,2)	2 (1,4)	5 (3,4)	
III	AG	29 (37,2)	30 (38,5)	13 (16,7)	3 (3,8)	3 (3,8)	78 (15,8)
	DG	56 (71,8)	15 (19,2)	4 (5,1)	2 (2,6)	1 (1,3)	
IV I—I VI	AG	19 (46,3)	17 (41,5)	2 (4,9)	0	3 (7,3)	41 (8,3)
	DG	29 (70,7)	7 (17,1)	3 (7,3)	0	2 (4,9)	
≥ VII	AG	1 (50,0)	0	1 (50,0)	0	0	2 (0,4)
	DG	1 (50,0)	0	1 (50,0)	0	0	
Total	AG	162 (32,9)	233 (47,3)	73 (14,8)	8 (1,6)	17 (3,4)	493 (100)
	DG	379 (76,9)	73 (14,8)	27 (5,5)	5 (1,0)	9 (1,8)	

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem.

Entre as puérperas, houve predomínio de primíparas. Não houve diferença significativa em relação ao número de partos e os diferentes padrões de consumo alcoólico, tanto para aqueles observados no trimestre anterior ao diagnóstico de gravidez, quanto para o período gestacional.

4.1.9 Número de consultas de pré-natal

Tabela 9 – Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, de acordo com os resultados do questionário AUDIT, antes (AG) ou após (DG) o diagnóstico de gravidez, em relação ao número de consultas de pré-natal (N=493).

Número de consultas de pré-natal		Classificação do Questionário AUDIT					Total N (%)
		Abstinência N (%)	Baixo risco N (%)	Risco N (%)	Nocivo N (%)	Provável dependência N (%)	
0	AG	1 (10,0)	7 (70,0)	0	1 (10,0)	1 (10,0)	10 (2,0)
	DG	4 (40,0) ^m	5 (50,0) ⁿ	0	1 (10,0)	0	
I I—I III	AG	2 (10,0) ^a	11 (55,0)	1 (5,0)	2 (10,0) ^f	4 (20,0) ^h	20 (4,0)
	DG	10 (50,0) ^l	3 (15,0)	3 (15,0)	1 (5,0)	3 (15,0) ^q	
IV I—I VI	AG	53 (37,6) ^c	53 (37,6) ^e	29 (20,6)	0 ^g	6 (4,3) ⁱ	141(28,6)
	DG	104 (73,8)	20 (14,2) ^o	12 (8,5)	1 (0,7)	4 (2,8) ^r	
≥ VII	AG	106 (32,9) ^b	162 (50,3) ^d	43 (13,4)	5 (1,6)	6 (1,9) ^j	322 (65,3)
	DG	261 (81,0) ^k	45 (14,0) ^p	12 (3,7)	2 (0,6)	2 (0,6) ^s	
Total	AG	162 (32,9)	233 (47,3)	73 (14,8)	8 (1,6)	17 (3,4)	493 (100)
	DG	379 (76,9)	73 (14,8)	27 (5,5)	5 (1,0)	9 (1,8)	

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem;

a,b,c,d,e,f,g,h,i,j,k,l,m,n,o,p,q,r,s p<0,05 - teste exato de Fisher ou qui-quadrado com correção de Monte Carlo para amostragem de 10.000: a<b ou c; d>e; f>g; h>i ou j; k>l ou m; n>o ou p; q>r ou s.

Observamos diminuição nos padrões do consumo alcoólico e aumento no número de gestantes abstinentes, independentemente do número de consultas pré-natais.

4.1.10 Idade gestacional

Tabela 10 – Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, de acordo com os resultados do questionário AUDIT, antes (AG) ou após (DG) o diagnóstico de gravidez, em relação à idade gestacional na época do parto (N=493).

Idade gestacional (semanas)		Classificação do Questionário AUDIT					Total N (%)
		Abstinência N (%)	Baixo risco N (%)	Risco N (%)	Nocivo N (%)	Provável dependência N (%)	
24 I— 28	AG	2 (25,0)	4 (50,0)	2 (25,0)	0	0	8 (1,6)
	DG	7 (87,5)	1 (12,5)	0	0	0	
28 I—32	AG	0	4 (66,7)	1 (16,7)	0	1 (16,7)	6 (1,2)
	DG	2 (33,3)	3 (50,0)	0	1(16,7)	0	
32 I— 36	AG	18 (50,0)	11 (30,6)	5 (13,9)	0	2 (5,6)	36 (7,3)
	DG	29 (80,6)	2 (5,6)	5 (13,9)	0	0	
36 I—I 40	AG	135 (32,0)	203 (48,1)	64 (15,2)	8 (1,9)	12 (2,8)	422 (85,6)
	DG	323 (76,5)	66 (15,6)	21 (5,0)	4 (0,9)	8 (1,9)	
> 40	AG	7 (33,3)	11 (52,4)	1 (4,8)	0	2 (9,5)	21 (4,2)
	DG	18 (85,7)	1 (4,8)	1 (4,8)	0	1 (4,8)	
Total	AG	162 (32,9)	233 (47,3)	73 (14,8)	8 (1,6)	17 (3,4)	493 (100)
	DG	379 (76,9)	73 (14,8)	27 (5,5)	5 (1,0)	9 (1,8)	

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem.

Entre as puérperas, a maioria deu a luz de 36 a 40 semanas. Não houve diferença significativa entre a idade gestacional do parto e os diferentes padrões de consumo alcoólico, tanto para aqueles observados no trimestre anterior ao diagnóstico de gravidez, quanto para o período gestacional.

4.1.11 Vias de parto

Tabela 11- Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, de acordo com os resultados do questionário AUDIT, antes (AG) ou após (DG) o diagnóstico de gravidez, em relação com as vias de parto (N=493).

		Classificação do Questionário AUDIT					Total N (%)
Vias de parto		Abstinência N (%)	Baixo risco N (%)	Risco N (%)	Nocivo N (%)	Provável dependência N (%)	
Normal	AG	49 (30,0)	79 (48,5)	27 (16,6)	2 (1,2)	6 (3,7)	163 (33,1)
	DG	123 (75,5)	26 (16,0)	10 (6,1)	0	4 (2,4)	
Cesáreo	AG	113 (34,2)	154 (46,7)	46 (13,9)	6 (1,8)	11 (3,3)	330 (66,9)
	DG	256 (77,6)	47 (14,2)	17 (5,2)	5 (1,5)	5 (1,5)	
Total	AG	162 (32,9)	233 (47,3)	73 (14,8)	8 (1,6)	17 (3,4)	493 (100)
	DG	379 (76,9)	73 (14,8)	27 (5,5)	5 (1,0)	9 (1,8)	

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem.

Observamos que o tipo de parto predominante foi o cesáreo. Não houve diferença significativa em relação à via de parto e os diferentes padrões de consumo alcoólico, tanto para aqueles observados no trimestre anterior ao diagnóstico de gravidez, quanto para o período gestacional.

4.1.12 Uso de outras drogas além do álcool

Tabela 12 - Frequência do uso de outras drogas, exceto o álcool, durante a gravidez, de acordo com os resultados do questionário AUDIT (n=485).

	Classificação do Questionário AUDIT											
	Abstinência		Baixo risco		Risco		Nocivo		Provável dependência		Total	
Drogas	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cigarro	40	8,2	22	4,5	15	3,1	5	1,0	7	1,4	89	18,4
Maconha	2	0,4	2	0,4	1	0,2	0		1	0,2	6	1,2
Craque	5	1,0	2	0,4	3	0,6	0		5	1,0	15	3,1
Cocaína	0		0		1	0,2	0		2	0,4	3	0,6
Total	40	8,2	22	4,5	15	3,1	5	1,0	8	1,6	90	18,6

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem.

Durante a gravidez, 90 (18,6%) das puérperas fizeram consumo de outras drogas que não o álcool, entre elas, o cigarro foi a mais frequentemente consumida. O uso de outras drogas não teve relação com os padrões do consumo alcoólico.

4.2 Questionário CAGE e T-ACE

4.2.1 Faixa etária

Tabela 13 – Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, com CAGE positivo, antes (AG) ou após (DG) o diagnóstico de gravidez, ou T-ACE positivo, em relação à faixa etária.

Faixa etária	CAGE positivo		T-ACE positivo
	AG N (%)	DG N (%)	N (%)
14 — 18	4 /39 (10,2)	0/39 ^a	2/46 (4,3) ^g
18 — 25	20/174 (11,5)	30/174 (17,2) ^b	48/222 (21,6) ^f
25 — 30	13/111 (11,7)	12/111 (10,8) ^c	16/133 (12,0) ^h
30 — 35	7/48 (14,6)	7/48 (14,6) ^d	13/59 (22,0)
≥ 35	6/33 (18,2)	4/33 (12,1) ^e	5/33 (15,2)
Total	50/405 (12,3)	53/405 (13,1)	84/493 (17,0)

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem;
^{a,b,c,d,e,f,g,h} p<0,05 - teste exato de Fisher ou qui-quadrado com correção de Monte Carlo para amostragem de 10.000:: a<b,c,d ou e; f>g ou h.

Para o período anterior ao diagnóstico da gravidez, não houve diferença significativa na frequência de CAGE positivo em relação a faixa etária. Para o período gestacional, esta frequência foi menor na faixa etária de 14 a 17 anos em relação as outras faixas de idade. T-ACE positivo foi mais frequente entre gestantes de 18 a 24 anos em relação aquelas de 14 a 17 ou 25 a 29 anos, não havendo diferenças em relação às outras faixas de idade.

4.2.2 Cor da pele

Tabela 14 – Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, com CAGE positivo, antes (AG) ou após (DG) o diagnóstico de gravidez, ou T-ACE positivo, em relação à cor da pele.

Cor da pele	CAGE positivo		T-ACE positivo
	AG N (%)	DG N (%)	N (%)
Branca	35/270 (13,0)	33/270 (12,2)	52/322 (16,1)
Parda	8/88 (9,1)	12/88 (13,6)	19/117 (16,2)
Negra	6/45 (13,3)	7/45 (15,6)	12/51 (23,5)
Amarela	1/2 (50,0)	1/2 (50,0)	1/3 (33,3)
Total	50/405 (12,3)	53/405 (13,1)	84/493 (17,0)

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem.

A cor predominante foi a branca, não havendo diferença significativa na frequência de CAGE positivo, antes ou após o diagnóstico de gravidez, ou de T-ACE positivo, em relação à cor da pele.

4.2.3 Coabitação com companheiro

Tabela 15 – Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, com CAGE positivo, antes (AG) ou após (DG) o diagnóstico de gravidez, ou T-ACE positivo, em relação a coabitar ou não com companheiro.

Coabitação com companheiro	CAGE positivo		T-ACE positivo
	AG N (%)	DG N (%)	N (%)
Sim	29/292 (9,9) ^b	31/292 (10,6) ^d	54/360 (15,0)
Não	21/113 (18,6) ^a	22/113 (19,5) ^c	30/133 (22,6)
Total	50/405 (12,3)	53/405 (13,1)	84/493 (17,0)

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem;
^{a,b,c,d} p<0,05 – teste qui-quadrado com correção de Monte Carlo
 para amostragem de 10.000: a>b e c>d.

Os resultados positivos do questionário CAGE, para o período anterior ou posterior ao diagnóstico de gravidez, foram mais frequentes entre as que não coabitavam com companheiro. Não houve diferença significativa na frequência de T-ACE positivo em relação a essa variável.

4.2.4 Escolaridade

Tabela 16 - Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, com CAGE positivo, antes (AG) ou após (DG) o diagnóstico de gravidez, ou T-ACE positivo, em relação à escolaridade.

Escolaridade	CAGE positivo		T-ACE positivo
	AG N (%)	DG N (%)	N (%)
≤ Ensino Fundamental	29/166 (17,5) ^a	30/166 (18,1) ^c	44/194 (22,7) ^e
≥ Médio*	21/239 (8,8) ^b	23/239 (9,6) ^d	40/299 (13,4) ^f
Total	50/405 (12,3)	53/405 (13,1)	84/493 (17,0)

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem;

* completo ou incompleto;

^{a,b,c,d,e,f} p<0,05 - teste qui-quadrado com correção de Monte Carlo para amostragem de 10.000: a>b; c>d e e>f.

Resultados positivos para o questionário CAGE, antes ou após o diagnóstico de gravidez, ou para o T-ACE, foram mais frequentes entre puérperas que cursaram até o ensino fundamental.

4.2.5 Religião

Tabela 17 – Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, com CAGE positivo, antes (AG) ou após (DG) o diagnóstico de gravidez, ou T-ACE positivo, em relação a ter ou não religião.

Religião	CAGE positivo		T-ACE positivo
	AG N (%)	DG N (%)	N (%)
Sim	39/358 (10,9) ^b	44/358 (12,3)	71/443 (16,0)
Não	11/47 (23,4) ^a	9/47 (19,1)	13/50 (26,0)
Total	50/405 (12,3)	53/405 (13,1)	84/493 (17,0)

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem;

^{a,b} $p < 0,05$ - teste qui-quadrado com correção de Monte Carlo para amostragem de 10.000: $a > b$.

Para o período anterior ao diagnóstico de gravidez, resultados positivos para o questionário CAGE foram mais frequentes entre as mulheres que relataram não ter religião. Para o período gestacional, não houve diferenças significantes nas frequências de CAGE ou de T-ACE positivo em relação a ter ou não religião.

4.2.6 Renda familiar mensal

Tabela 18 - Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, com CAGE positivo, antes (AG) ou após (DG) o diagnóstico de gravidez, ou T-ACE positivo, em relação à renda familiar mensal em salários mínimos vigentes.

Renda familiar	CAGE positivo		T-ACE positivo
	AG N (%)	DG N (%)	N (%)
≤ 3	47/354 (13,3)	46/354 (13,0)	74/426 (17,4)
> 3	3/51 (5,9)	7/51 (13,7)	10/67 (14,9)
Total	50/405 (12,3)	53/405 (13,1)	84/493 (17,0)

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem.

Entre as puérperas, a maioria tinha renda familiar mensal de até três salários mínimos. Não houve diferenças significantes nas frequências de CAGE (período anterior ou posterior ao diagnóstico de gravidez) ou T-ACE positivos em relação à renda familiar.

4.2.7 Aborto anterior

Tabela 19 - Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, com CAGE positivo, antes (AG) ou após (DG) o diagnóstico de gravidez, ou T-ACE positivo, em relação ao número de abortos anteriores.

Número de abortos anteriores	CAGE positivo		T-ACE positivo N (%)
	AG N (%)	DG N (%)	
0	35/329 (10,6) ^b	37/329 (11,2)	65/403 (16,1)
I — I II	14/68 (20,6) ^a	14/68 (20,6)	17/82 (20,7)
≥ III	1/8 (12,5)	2/8 (25,0)	2/8 (25,0)
Total	50/405 (12,3)	53/405 (13,1)	84/493 (17,0)

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem.

^{a,b} $p < 0,05$ - teste qui-quadrado com correção de Monte Carlo para amostragem de 10.000: $a > b$.

Para o período anterior ao diagnóstico de gravidez, resultados positivos para o questionário CAGE foram mais frequentes entre as mulheres que tiveram um ou dois abortos em relação aquelas que não tiveram abortamentos. Para o período gestacional, não houve diferenças significantes nas frequências de CAGE ou de T-ACE positivo em relação ao número de abortos.

4.2.8 Paridade

Tabela 20 - Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, com CAGE positivo, antes (AG) ou após (DG) o diagnóstico de gravidez, ou T-ACE positivo, em relação à paridade.

Paridade	CAGE positivo		T-ACE positivo
	AG	DG	
	N (%)	N (%)	N (%)
I	15/182 (8,2) ^b	17/182 (9,3) ^d	29/227 (12,8)
II	17/124 (13,7)	18/124 (14,5)	30/145 (20,7)
III	15/66 (22,7) ^a	15/66 (22,7) ^c	15/78 (19,2)
IV I—I VI	3/32 (9,4)	3/32 (9,4)	9/41 (22,0)
≥ VII	0/1 —	0/1 —	1/2 (50,0)
Total	50/405 (12,3)	53/405 (13,1)	84/493 (17,0)

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem;
^{a,b,c,d} p<0,05 - teste exato de Fisher ou qui-quadrado com correção de Monte Carlo para amostragem de 10.000: a>b e c>d.

Resultados positivos do questionário CAGE, antes ou após o diagnóstico de gravidez, foram mais frequentes entre as tercíparas do que as primíparas. Não houve diferenças significantes nas frequências de resultados positivos para o questionário T-ACE em relação a número de partos.

4.2.9 Número de consultas de pré-natal

Tabela 21 - Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, com CAGE positivo, antes (AG) ou após (DG) o diagnóstico de gravidez, ou T-ACE positivo, em relação ao número de consultas de pré-natal.

Número de consultas de pré-natal	CAGE positivo		T-ACE positivo
	AG N (%)	DG N (%)	N (%)
0	4/9 (44,4) ^b	3/9 (33,3) ^f	4/10 (40,0) ^j
I I—I III	5/18 (27,8) ^c	6/18 (33,3) ^g	10/20 (50,0) ^k
IV I—I VI	0/112 (17,9) ^d	20/112 (17,8) ^h	31/141 (22,0) ^l
≥ VII	21/266 (7,9) ^a	24/266 (9,0) ^e	39/322 (12,1) ⁱ
Total	50/405 (12,3)	53/405 (13,1)	84/493 (17,0)

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem;
^{a,b,c,d,e,f,g,h,i,j,k,l} p<0,05 - teste exato de Fisher ou qui-quadrado com correção de Monte Carlo para amostragem de 10.000: a<b, c ou d; e<f, g ou h; i<j, k ou l.

Observamos que resultados positivos para os questionários CAGE (período anterior ou posterior ao diagnóstico de gravidez) ou T-ACE foram mais frequentes entre puérperas com menor número de consultas pré-natais.

A maioria das puérperas com CAGE positivo (72,2%) antes do diagnóstico de gravidez ou após esse diagnóstico (66,6%), ou ainda, com T-ACE positivo (90%) fez no máximo três consultas de pré-natal.

4.2.10 Idade gestacional

Tabela 22 - Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, com CAGE positivo, antes (AG) ou após (DG) o diagnóstico de gravidez, ou T-ACE positivo, em relação à idade gestacional na época do parto.

Idade gestacional (semanas)	CAGE positivo		T-ACE positivo N (%)
	AG N (%)	DG N (%)	
24 I— 28	1/6 (16,7)	0/6	0/8 ^b
28 I— 32	2/5 (40,0)	2/5 (40,0)	4/6 (66,7) ^a
32 I— 36	2/31 (6,4)	4/31 (12,9)	6/36 (16,7) ^c
36 I— 40	44/347 (12,7)	45/347 (13,0)	71/422 (16,8) ^d
> 40	1/16 (6,2)	2/16 (12,5)	3/21 (14,3) ^e
Total	50/405 (12,3)	53/405 (13,1)	84/493 (17,0)

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem;
^{a,b,c,d,e} p<0,05 - teste exato de Fisher ou qui-quadrado com correção de Monte Carlo para amostragem de 10.000: a>b,c,d ou e.

Não houve diferenças nas frequências de CAGE positivo, tanto antes quanto após o diagnóstico de gravidez, entre as diversas faixas de idade gestacional. Resultados positivos para o questionário T-ACE foram mais frequentes entre as puérperas de 28 a 31 semanas de gestação em relação as outras faixas de idade gestacional.

4.2.11 Vias de parto

Tabela 23 - Distribuição das puérperas avaliadas na maternidade do HC-UFU, com CAGE positivo, antes (AG) ou após (DG) o diagnóstico de gravidez, ou T-ACE positivo, em relação às vias de parto.

Vias de parto	CAGE positivo		T-ACE positivo
	AG N (%)	DG N (%)	N (%)
Normal	20/136 (14,7)	18/136 (13,2)	28/163 (17,2)
Cesáreo	30/269 (11,2)	35/269 (13,0)	56/330 (17,0)
Total	50/405 (12,3)	53/405 (13,1)	84/493 (17,0)

N (%) = número de pacientes expresso em valor absoluto e porcentagem.

O tipo de parto predominante foi o cesáreo. Não houve diferenças significantes em relação à via de parto e as frequências de CAGE (período anterior ou posterior ao diagnóstico de gravidez) ou T-ACE positivos.

4.3 Características do consumo alcoólico durante a gravidez identificadas pelo questionário AUDIT

Entre as gestantes que consumiram álcool, 49 (43%) relataram beber de duas a quatro vezes por mês, 18 (15,8%) de duas a três vezes por semana e sete (6,1%) quase diariamente durante todo o período gestacional. Sobre a quantidade do consumo alcoólico em uma ocasião típica, 10 (8,8%) referiram beber de cinco a seis doses, cinco (4,4%) de sete a nove e 10 (8,8%), 10 ou mais doses, totalizando 25 (22%) gestantes que relataram episódio de “*binge drinking*”.

Ao investigarmos sintomas de dependência, verificamos que durante a gestação, 13 (11,4%) gestantes tiveram a percepção de não conseguir parar de beber uma vez que tivessem iniciado, sendo quatro (3,5%) menos que mensalmente, quatro (3,5%) mensalmente, três (2,6%) semanalmente e duas (1,8%) quase diariamente. Observamos ainda que 11 (9,6%) deixaram de fazer alguma atividade habitual durante a gravidez devido ao consumo de bebida alcoólica, além disso, oito (7,1%) disseram precisar beber pela manhã para recuperar-se de uma bebedeira anterior.

Entre as puérperas que beberam, 43 (37,7%) sentiram remorso depois de beber, sendo 17 (14,9%) menos que mensalmente, 12 (10,5%) mensalmente, 10 (8,8%) semanalmente e quatro (3,5%) quase diariamente; três (2,7%) não conseguiram se lembrar do que aconteceu na noite anterior pelo fato de ter bebido, isto ocorreu em uma (0,9%) mensalmente e em duas (1,8%) semanalmente. Em decorrência da ingestão alcoólica, sete (6,1%) relataram ter ferido alguém ou ter sido ferida. Somente 49 (43%) foram criticadas pelo consumo de álcool na gravidez ou orientadas a parar a ingestão por terceiros, incluindo orientações dadas por profissionais de saúde.

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

No presente estudo, predominaram mulheres na faixa etária de 18 a 29 anos, de cor branca, que coabitavam com companheiro, com escolaridade igual ou maior ao ensino médio, completo ou incompleto e com renda familiar mensal de até três salários mínimos. A predominância de mulheres com menores rendas pode se relacionar ao fato do HC-UFU ser referência para a rede pública de saúde do município e região, atendendo grande parcela da população que não dispõe de outro plano de saúde. Em estudo realizado com gestantes na cidade de Ribeirão Preto, SP, também houve predomínio de mulheres jovens, média de 24 anos, brancas e com renda menor que cinco salários mínimos, no entanto, ao contrário do nosso estudo, foi maior a frequência de solteiras e daquelas com escolaridade menor que quatro anos (PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005).

Na avaliação do consumo alcoólico pelo questionário AUDIT, para o trimestre anterior ao diagnóstico da gravidez, encontramos resultados semelhantes aos observados em mulheres não grávidas nas cidades de Juiz de Fora e Rio Pomba, MG, em que 87,4% eram abstinentes ou faziam uso alcoólico de baixo risco, 10,6% eram de risco, 0,7% tinham consumo nocivo e 1,4% eram prováveis dependentes (MAGNABOSCO; FORMIGONI; RONZANI, 2007). Verificamos, no entanto, que a frequência do consumo de álcool antes da gravidez (67,1%) foi superior a relatada por Mesquita e Segre (2009), em São Paulo (43,9%).

Ainda para o período anterior ao diagnóstico de gravidez, resultados do AUDIT mostrando provável dependência e CAGE positivos foram mais frequentes entre mulheres de menor escolaridade e que não coabitavam com companheiro. No Estado de São Paulo, também foi relatada em mulheres em período reprodutivo, associação de uso alcoólico abusivo com situações conjugais sem companheiro, no entanto, esse consumo associou-se com maior escolaridade (GUIMARÃES et al., 2010).

A frequência de ingestão de bebida alcoólica durante o período gestacional (23,1%) foi semelhante à relatada na cidade de São Paulo (26,6%) (CHALEM et al., 2007), na Espanha (22,7%) (PALMA et al., 2007) e na Suécia (25,2%) (WURST et al., 2008); maior que a observada nos EUA (12%) (FLOYD; SIDHU, 2004) e inferior às encontradas em outros países como França (52%) (CHAZERON et al., 2008), Austrália (59%) (COLVIN et al., 2007) e Rússia (60%) (KRISTJANSON et al., 2007).

As diferenças constatadas entre países podem se dever a programas de prevenção de etilismo na gestação e a fatores demográficos, culturais, raciais e socioeconômicos (CHAZERON et al., 2008), além de diferentes instrumentos utilizados para o diagnóstico.

Nós observamos pelo questionário AUDIT, que durante a gravidez 2,8% das gestantes fizeram uso nocivo do álcool ou eram prováveis dependentes; estes resultados são menores que os referidos em estudo realizado em Ribeirão Preto, SP (9,1%), em que foi utilizado para o diagnóstico do consumo alcoólico os critérios da CID-10 (PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005). Provável dependência de álcool foi mais frequente entre as que não coabitavam com companheiro, resultado semelhante ao relatado na cidade do Rio de Janeiro, em que gestantes que viviam sem o companheiro fizeram maior ingestão de álcool (FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009).

Para o período gestacional, questionário CAGE positivo também foi mais frequente entre gestantes com menores escolaridades e entre as que não coabitavam com companheiro e menos frequentes naquelas de 14 a 17 anos. Na cidade do Rio de Janeiro também se observaram maiores frequências de CAGE positivo em grávidas com menor escolaridade e entre as que não viviam com companheiro, no entanto, foi menos frequente entre aquelas com idade entre 20 a 29 anos (MORAES; REICHENHEIM, 2007).

A frequência de questionário T-ACE positivo entre as gestantes avaliadas (17%) foi semelhante àquela encontrada na cidade de Ribeirão Preto (20,7%) (FREIRE et al., 2005) e menor que a observada em São Paulo (31,1%) (MESQUITA; SEGRE, 2009). O instrumento mostrou-se mais frequentemente positivo entre gestantes de baixo nível de escolaridade, não havendo diferenças entre as que coabitavam ou não com companheiro. No estudo de Moraes e Reichenheim (2007), realizado no Rio de Janeiro, também foi relatado maior frequência de T-ACE positivo entre grávidas com menor escolaridade, no entanto, esses resultados foram maiores entre aquelas que não coabitavam com o companheiro.

Neste estudo, diferentemente do encontrado por Moraes e Reichenheim (2007), que verificaram maior consumo alcoólico por gestantes não brancas, não observamos diferença significativa entre os diferentes padrões de consumo alcoólico em relação a cor da pele, fato que também observamos para o período anterior ao diagnóstico de gravidez.

Antes da gestação, CAGE positivo foi mais frequente entre mulheres que relataram não ter religião, enquanto que pelo questionário AUDIT nenhuma diferença foi observada entre os diferentes padrões de consumo alcoólico e esta variável. Para o período gestacional, os três questionários utilizados não detectaram diferença significativa em relação a ter ou não religião e o consumo de bebida alcoólica, resultado semelhante ao observado em gestantes atendidas em unidades básicas de saúde de Juiz de Fora, em que foi utilizado o questionário AUDIT para o diagnóstico do consumo alcoólico (SILVA et al., 2010). Esta variável foi analisada neste estudo, pois tem sido observado que indivíduos envolvidos com atividades religiosas apresentam menores prevalências de uso, abuso ou dependência de álcool e/ou de outras substâncias psicoativas (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KEONIG, 2006; DALGALARRONDO, 2006).

Semelhante ao que foi observado por Mesquita e Segre (2009), em uma maternidade pública de São Paulo, não encontramos influência da renda familiar sobre os padrões de consumo alcoólico, porém, o contrário foi referido pelo *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* em artigo de revisão, que relatou ser o abuso de álcool mais frequente em gestantes de baixo nível econômico (MAY; GOSSAGE, 2001).

Pelo questionário AUDIT, não houve diferença entre os padrões de consumo alcoólico, antes ou após o diagnóstico de gravidez e o número de abortos anteriores, como também as frequências de CAGE ou T-ACE positivo durante o período gestacional não as diferenciou. No entanto, o questionário CAGE, para o período anterior ao diagnóstico de gravidez, foi mais frequentemente positivo entre as mulheres que tiveram um ou dois abortos em relação aquelas que não tiveram abortamentos. Têm sido relatado que a ingestão de bebidas alcoólicas pela gestante aumenta o risco de abortamento espontâneo (BRASIL, 2004; KESMODEL et al., 2002; FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009), particularmente no primeiro trimestre da gravidez (KESMODEL et al., 2002).

Pelo questionário AUDIT, não houve diferença entre os padrões de consumo alcoólico, antes ou após o diagnóstico de gravidez e a paridade, como também as frequências de T-ACE positivo não as diferenciou. No entanto, o questionário CAGE foi mais frequentemente positivo, antes ou após o diagnóstico de gravidez, entre as tercíparas do que as primíparas. Isto pode mostrar maior preocupação das mulheres nas primeiras gravidezes em relação ao consumo alcoólico. Foi relatado, que ter três

filhos ou mais, constitui um dos fatores de risco para o uso de bebidas alcoólicas na gestação (MAY; GOSSAGE, 2001). Portanto, observa-se a necessidade de que na consulta pré-natal de mulheres com maior número de filhos seja reforçado o aconselhamento para a abstinência de álcool durante a gravidez.

Não encontramos diferenças significantes em relação a idade gestacional do parto e a frequência de CAGE positivo ou os diferentes padrões de consumo alcoólico diagnosticados pelo AUDIT, tanto antes quanto após o diagnóstico de gravidez. No entanto, resultados positivos para o questionário T-ACE foram mais frequentes entre puérperas que estavam com idade gestacional entre 28 e 31 semanas na época do parto. Em estudo realizado em São Paulo não foi encontrada correlação entre consumo alcoólico e prematuridade (MESQUITA; SEGRE, 2009), no entanto, na Espanha, a ocorrência de partos prematuros foi maior entre gestantes que relataram beber durante a gravidez (PALMA et al., 2007).

Não houve diferença significativa em relação ao tipo de parto e os diferentes padrões de consumo alcoólico, tanto antes quanto após o diagnóstico da gestação. Não encontramos estudos que mostrassem ligação entre o consumo alcoólico e a via de parto.

Entre as gestantes que consumiam álcool antes do diagnóstico de gravidez, dois terços deixaram do consumo durante a gestação, resultados semelhantes aos encontrados em São Paulo (61%) (MESQUITA; SEGRE, 2009) e maiores que os observados na Espanha (54,3%) (PALMA et al., 2007) ou na Rússia (33%)(KRISTJANSON et al., 2007). Verificamos que a diminuição da ingestão alcoólica não se relacionou com o número de consultas pré-natais pelo questionário AUDIT, no entanto, a maioria das gestantes com CAGE ou T-ACE positivo fizeram no máximo três consultas pré-natais. Este número é menor que o preconizado pelo Ministério da Saúde no Brasil (BRASIL, 2006), porém está em acordo com os relatos de Mesquita e Segre (2009), que também constatarem menor número de consultas em gestantes que consumiram bebida alcoólica na gestação.

Verificamos neste estudo, que 23,1% das gestantes não deixaram de consumir bebidas alcoólicas na gravidez, isto talvez pelo fato de não serem alertadas sobre os perigos da ação do álcool sobre seu concepto. Estudos demonstram que na gestação as pacientes tornam-se receptivas a intervenções breves, que podem aumentar a motivação para mudanças no hábito de beber (O'CONNOR; WHALEY, 2007; FLOYD et al., 2007). Desta forma, as consultas pré-

natais constituem momento importante não só para a detecção do consumo de álcool, mas para intervenções precoces, no âmbito da atenção primária à saúde, em face dos problemas materno e fetais ocasionados pelo consumo de álcool na gestação. Para isso, os profissionais que as atendem devem estar preparados para reconhecer o uso/abuso do álcool.

Em estudo realizado em uma maternidade de São Paulo foi observado que 16% das gestantes consumiram álcool até a confirmação da gravidez, o que ocorreu em média às 9,6 semanas de gestação (KAUP; MERIGHI; TSUNECHIRO, 2001); nos EUA, 50% das mulheres perceberam a gravidez já na 6ª semana (FLOYD; DECOUFLÉ; HUNGERFORD, 1999). Desta forma, muitas mulheres quando ficam sabendo que estão grávidas estão consumindo álcool e expondo seu conceito à ação nociva da substância. Portanto, o rastreamento do uso do álcool e o aconselhamento visando à sensibilização de sua ação nociva para a saúde materno e fetal devem ser feitos para todas as mulheres em fase reprodutiva.

Neste estudo, nós procuramos também determinar as características do consumo alcoólico durante o período gestacional com base nas respostas a cada uma das questões do AUDIT. Verificamos que a frequência de uso quase diário de bebida alcoólica entre as gestantes (6,1%) foi maior que a observada nos EUA (2%) (CHASNOFF et al., 2005), e a de consumo de duas a três vezes por semana (15,8%) foi maior do que o relatado entre gestantes francesas (4,8%) (CHAZERON et al., 2008).

Das grávidas que consumiram álcool, 22% ingeriram cinco ou mais doses em um dia típico, definido como padrão *binge* de uso de álcool (SOKOL, DELANEY-BLACK, NORDSTROM, 2003; NAIMI et al., 2003; KRISTJANSON et al., 2007; FLOYD et al., 2008); aproximadamente 10% experimentaram a sensação de não conseguir parar de beber uma vez que tivessem iniciado, ou ainda, deixaram de fazer atividades de vida diária devido à ingestão do álcool. Ainda mais preocupante é a ocorrência de puérperas que relataram não se lembrar do ocorrido na noite anterior devido a ingestão de bebida. Episódios de “apagamentos” se relacionam com a quantidade de álcool consumida em uma ocasião, desta forma, bebedoras em “*binge*” são mais propensas a apresentar estes episódios que podem ter importantes repercussões fetais (ZEIGLER et al., 2005). Em estudo com modelos animais mostrou-se que o tipo e a gravidade dos efeitos do álcool sobre o sistema nervoso central do conceito dependem do padrão de ingestão alcoólica materna. A

exposição do cérebro em desenvolvimento a esta substância por um período de horas, pode induzir à reações neurodegenerativas que destroem grande número de neurônios de várias regiões cerebrais (IKONOMIDOU et al., 2000).

Neste estudo houve relatos de puérperas que foram feridas ou feriram alguém em decorrência da ingestão alcoólica, mostrando que o uso do álcool também as predispõe a riscos de lesões por causas externas. Foi constatado que menos da metade das gestantes que beberam foram criticadas pelo consumo alcoólico ou orientadas a interromper sua ingestão durante a gravidez. Isto mostra a necessidade de se intensificar os esforços para se diagnosticar o uso do álcool durante a consulta pré-natal para posterior aconselhamento.

Entre os três instrumentos que utilizamos, o T-ACE e o CAGE têm sido os mais adotados na prática diária por serem de fácil e rápida aplicação. Em estudo para avaliar a versão brasileira do T-ACE foi constatado que o questionário preenche adequadamente os critérios de desempenho como instrumento básico para o rastreamento de consumo alcoólico durante a gravidez (FABBRI; FURTADO; LAPREGA, 2007). No entanto, dos três questionários utilizados em nosso estudo, o AUDIT foi o que mais frequentemente diagnosticou uso/abuso do álcool, pois esse instrumento consegue rastrear todos os níveis do consumo.

Os instrumentos CAGE e T-ACE diagnosticam principalmente o uso abusivo ou a provável dependência do álcool. Chamou-nos a atenção a alta frequência com que esses dois questionários foram positivos entre as gestantes que, pelo questionário AUDIT, foram classificadas como consumidoras de baixo risco. Provavelmente, isso se deve ao fato de que as gestantes sabendo que não deveriam beber respondem positivamente a algumas questões daqueles instrumentos, tais como, ter sido incomodada ou criticada por ter bebido ou que deveriam diminuir o consumo alcoólico, mesmo tendo ingerido pequenas quantidades e poucas vezes. Corrobora esse raciocínio o fato de 23 gestantes que responderam negativamente ao CAGE para o período anterior ao diagnóstico de gravidez terem respondido positivamente para o período gestacional. Por isso, os questionários CAGE e T-ACE deveriam ser interpretados com cautela em gestantes antes de classificá-las como usuárias abusivas ou dependentes. No entanto, isso não os invalida na triagem do uso do álcool por gestantes.

Aproximadamente 18% das gestantes fumaram durante a gestação e 5% usaram drogas ilícitas; a frequência do uso de tabaco foi semelhante àquela

observada em estudo realizado em seis capitais brasileiras (17,5%) (KROEFF et al., 2004). Esses dados mostram a necessidade de se identificar os usos dessas substâncias para que as gestantes possam ser aconselhadas a abandoná-los ou serem encaminhadas para tratamento específico.

CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

Nossos resultados nos permitem concluir que:

- Dois terços das puérperas consumiam álcool antes do reconhecimento da gravidez e, entre elas, aproximadamente dois terços deixaram de beber após receber esse diagnóstico; isso ocorreu independentemente do número de consultas pré-natais realizadas;
- O consumo alcoólico, após o diagnóstico da gestação, foi significativamente maior entre puérperas de 18 a 24 e de 30 a 34 anos em relação as de menor idade, 14 a 17 anos;
- Provável dependência de álcool foi mais frequente entre puérperas com menor escolaridade e entre as que não coabitavam com companheiro;
- Para o período anterior a gravidez, resultados positivos do questionário CAGE foram mais frequentes entre mulheres que relataram não ter religião;
- Não houve relação entre o consumo alcoólico e a cor da pele ou a renda familiar;
- Resultados positivos do questionário CAGE foram mais frequentes, antes ou durante a gravidez, entre as tercíparas do que as primíparas;
- Resultados positivos para o questionário T-ACE foram mais frequentes entre as puérperas que estavam com idade gestacional entre 28 a 31 semanas, na época do parto;
- Não houve relação entre os diferentes padrões de consumo alcoólico e a via de parto;
- Para o período anterior ao diagnóstico de gravidez, resultados positivos para o questionário CAGE foram mais frequentes entre as mulheres que tiveram um ou dois abortos em relação aquelas que não tiveram abortamentos.
- Abuso crônico do álcool ou a sua provável dependência foi significativamente menor entre as puérperas que fizeram sete ou mais consultas pré-natais;
- Durante a gravidez, aproximadamente um quinto das puérperas fizeram consumo de outras drogas que não o álcool, entre elas, o cigarro foi a mais frequentemente consumida;
- O questionário AUDIT foi o instrumento que mais frequentemente diagnosticou uso de álcool entre gestantes;

- O questionário CAGE e o T-ACE podem ter resultados positivos mesmo entre aquelas que não necessariamente fazem uso considerado abusivo para a população geral ou que sejam dependentes.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

A BÍBLIA sagrada: antigo e novo testamento. 2. ed. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2009. 2216 p.

ASSIS, D. F. F. de; CASTRO, N. T. de. Alcoolismo Feminino: início do beber alcoólico e busca por tratamento. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 358-370, ago./dez. 2010.

BABOR, T. F.; FUENTE, J. R.; SAUNDERS, J.; GRANT, M. AUDIT. **The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care**. WHO (World Health Organization)/PAHO, v. 4, p. 1-29, 1992.

BERTRAND, J.; FLOYD, R. L.; WEBER, M. K. **Guidelines for identifying and referring persons with fetal alcohol syndrome**. Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and reports, Atlanta, v. 54, n. RR-11, p. 1-14, oct. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **População residente - estimativas para o TCU - Minas Gerais**. Brasília, DF, 2009. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popuf.def>>. Acesso em: 25 mai. 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. Brasília, DF, 2004. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

CAETANO, R.; LARANJEIRA, R. A 'perfect storm' in developing countries: economic growth and the alcohol industry. **Addiction**, Abingdon, v. 101, n. 2, p. 149-152, feb. 2006.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO A. R.; NAPPO, S. A. **I levantamento domiciliar sobre drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país-2001**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, E. A.; OLIVEIRA, L. G. de; NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A.; MOURA, Y.; CARLINI, C.; SANCHEZ, Z. V. D. M. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país-2005**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CHALEM, E.; MITSUHIRO, S. S.; FERRI, C. P.; BARROS, M. C. M.; GUINSBURG, R.; LARANJEIRA, R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 177-186, jan. 2007.

CHASNOFF, I. J.; MCGOURTY, R. F.; BAILEY, G. W.; HUTCHINS, E.; LIGHTFOOT, S. O.; PAWSON, L. L.; FAHEY, C.; MAY, B.; BRODIE, P.; McCULLEY, L.; CAMPBELL, J. The 4P's Plus[®] screen for substance use in pregnancy: clinical application and outcomes. **Journal of Perinatology**, Philadelphia, v. 25, p. 368-374, jun. 2005.

CHAUDHURI, J. D. Alcohol and developing fetus: a review. **Medical Science Monitor**, Warsaw, v. 6, n. 5, p.1031-1041, oct. 2000.

CHAZERON, I.; LIORCA, P.; UGHETTO, S.; VENDITTELLI, F.; BOUSSIRON, D.; SAPIN, V.; COUDORE, F.; LEMERY, D. Is pregnancy the time to change alcohol consumption habits in France? **Alcoholism, Clinical and Experimental Research**, New York, v. 32, n. 5, p. 868-873, may 2008.

COLVIN, L.; PAYNE, J.; PARSONS, D.; KURINCZUK, J. J.; BOWER, C. Alcohol consumption during pregnancy in nonindigenous west Australian women. **Alcoholism, Clinical and Experimental Research**, New York, v. 31, n. 2, p. 276-284, feb. 2007.

CORRADI-WEBSTER, C. M.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, E. F. Avaliação do desempenho do CAGE com pacientes psiquiátricos ambulatoriais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, p. 1213-1218, nov./dez. 2005. Número especial.

DALGALARRONDO, P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 177-178, set. 2006.

DIAMOND, I. Alcoolismo e abuso de álcool. In: WYNGAARDEN, J. B.; SMITH, L. H.; BENNETT, J. C. **CECIL Tratado de medicina interna**. 19. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. v. 1. p. 47-48.

EWING, J. A. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. **Journal of American Medical Association**, Chicago, v. 252, n. 14, p. 1905-1907, oct. 1984.

FABBRI, C. E.; FURTADO, E. F.; LAPREGA, M. R. Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 979-984, dez. 2007.

FLEMING, M.; MIHIC, S. J.; HARRIS, R. A. Etanol. In: GILMAN, A. G. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 10. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2003. p. 325-334.

FLOYD, R. L.; DECOUFLÉ, P.; HUNGERFORD, D. W. Alcohol use prior to pregnancy recognition. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 17, n. 2, p. 101-107, aug. 1999.

FLOYD, R. L.; JACK, B. W.; CEFALO, R.; ATRASH, H.; MAHONEY, J.; HERRON, A.; HUSTEN, C.; SOKOL, R. J. The clinical content of preconception care: alcohol, tobacco, and illicit drug exposures. **American Journal of Obstetrics Gynecology**, Saint Louis, v. 199, n. 6, p. s333-s339, dec. 2008. Supplement 2.

FLOYD, R. L.; SIDHU, J. S. Monitoring prenatal alcohol exposure. **American Journal of Medical Genetics. Part C, Seminars in Medical Genetics**, Hoboken, v. 127C, p. 3-9, may 2004.

FLOYD, R. L.; SOBELL, M.; VELASQUEZ, M. M.; INGERSOLL, K.; NETTLEMAN, M.; SOBELL, L.; MULLEN, P. D.; CEPERICH, S.; VON STERNBERG, K.; BOLTON, B.; SKARPNESS, B.; NAGARAJA, J. Preventing alcohol-exposed pregnancies: a randomized controlled trial. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 32, n. 1, p.1-10, jan. 2007.

FREIRE, K.; PADILHA, P. C.; SAUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 335-341, jul. 2009.

FREIRE, T. M.; MACHADO, J. C.; MELO, E. V.; MELO, D. G. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 376-381, jul. 2005.

GÖRANSSON, M.; MAGNUSSON, A.; BERGMAN, H.; RYDBERG, U.; HEILIG, M. Fetus at risk: prevalence of alcohol consumption during pregnancy estimated with a simple screening method in Swedish antenatal clinics. **Addiction**, Abingdon, v. 98, n. 11, p. 1513-1520, nov. 2003.

GUIMARÃES, V. V.; FLORINDO, A. A.; STOPA, S. R.; CÉSAR, C. L. G.; BARROS, M. B. A.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 314-325, jun. 2010.

HOYME, H. E.; MAY, P. A.; KALBERG, W. O.; KODITUWAKKU, P.; GOSSAGE, J. P.; TRUJILLO, P. M.; BUCKLEY, D. G.; MILLER, J. H.; ARAGON, A. S.; KHAOLE, N.; VILJOEN, D. L.; JONES, K. L.; ROBINSON, L. K. A practical clinical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: clarification of the 1996 institute of medicine criteria. **Pediatrics**, Springfield, v. 115, n. 1, p. 39-47, jan. 2005.

IKONOMIDOU, C.; BITTIGAU, P.; ISHIMARU, M. J.; WOZNIAC, D. F.; KOCH, C.; GENZ, K.; PRICE, M. T.; STEFOVSKA, V.; HÖRSTER, F.; TENKOVA, T.; DIKRANIAN, K.; OLNEY, J. W. Ethanol-induced apoptotic neurodegeneration and fetal alcohol syndrome. **Science**, New York, v. 287, n. 5455, p. 1056-1060, feb. 2000.

KAUP, Z. O. L.; MERIGHI, M. A. B.; TSUNECHIRO, M. A. Avaliação do consumo de bebida alcoólica durante a gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 575-580, out. 2001.

KESMODEL, U.; WISBORG, K.; OLSEN, S. F.; HENRIKSEN, T. B.; SECHER, N. J. Moderate alcohol intake in pregnancy and the risk of spontaneous abortion. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 37, n. 1, p. 87-92, jan./feb. 2002.

KRISTJANSON, A. F.; WILSNACK, S. C.; ZVARTAU, E.; TSOY, M.; NOVIKOV, B. Alcohol use in pregnant and nonpregnant Russian women. **Alcoholism, Clinical and Experimental Research**, New York, v. 31, n. 2, p. 299-307, feb. 2007.

KROEFF, L. R.; MENGUE, S. S.; SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; FAVARETTO, A. L. F.; NUCCI, L. B. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 261-267, abr. 2004.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I. **O alcoolismo**. 1. ed. São Paulo: Contexto, 2000. 61 p.

MAGNABOSCO, M. B.; FORMIGONI, M. L. O. S.; RONZANI, T. M. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 637-647, dez. 2007.

MALONEY, E.; HUTCHINSON, D.; BURNS, L.; MATTICK, R. P.; BLACK, E. Prevalence and predictors of alcohol use in pregnancy and breastfeeding among Australian women. **Birth**, Berkeley, v. 38, n. 1, p. 3-9, mar. 2011.

MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B.; BOTEAGA, N. J. Mortalidade por dependência de álcool no Brasil: 1998-2002. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 115-121, jan./abr. 2007.

MASTERS, S. B. Os álcoois. In: KATZUNG, B. G. **Farmacologia básica e clínica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 334-340.

MAY, P. A.; GOSSAGE, J. P. Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome: a summary. **National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)**, Rockville, 2001. Disponível em:<<http://www.niaaa.nih.gov/Pages/PageNotFound.aspx>>. Acesso em: 27 jun. 2011.

MELSON, K. A.; JAFFE, M. S.; KENNER, C.; AMLUNG, S. **Enfermagem materno-infantil: planos de cuidados**. 3. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002. 374 p.

MESQUITA, M. A.; SEGRE, C. A. M. Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 63-77, abr. 2009.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 695-703, out. 2007.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242-250, ago. 2006.

MOREIRA, E. C.; SENA, E. P.; OLIVEIRA, I. R. Alcoolismo. In: SILVA, P. **Farmacologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 362-368.
NAIMI, T. S.; LIPSCOMB, L. E.; BREWER, R. D.; GILBERT, B. C. Binge drinking in the preconception period and the risk of unintended pregnancy: implications for women and their children. **Pediatrics**, Springfield, v. 111, n. 5, p. 1136-1141, may 2003.

NEVES, D. P. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 7-36, jan./fev. 2004.

O'CONNOR, M. J.; WHALEY, S. E. Brief intervention for alcohol use by pregnant women. **American Journal of Public Health**, New York, v. 97, n. 2, p. 252-258, feb. 2007.

OGA, S. **Fundamentos de toxicologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. 474 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD EN EL MUNDO. Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol. **La 58ª Asamblea Mundial de la Salud**. Ginebra, 2005.

ORNOY, A. The impact of intrauterine exposure versus postnatal environment in neurodevelopmental toxicity: long-term neurobehavioral studies in children at risk for developmental disorders. **Toxicology Letters**, Amsterdam, v. 140-141, n. 1, p. 171-181, apr. 2003.

ORNOY, A.; ERGAZ, Z. Alcohol abuse in pregnant women: effects on the fetus and newborn, mode of action and maternal treatment. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 7, n. 2, p. 364-379, feb. 2010.

PALMA, S.; PARDO-CRESPO, R.; MARISCAL, M.; PEREZ-IGLESIAS, R.; LLORCA, J.; DELGADO-RODRIGUEZ, M. Weekday but not weekend alcohol consumption before pregnancy influences alcohol cessation during pregnancy. **European Journal of Public Health**, Stockholm, v. 17, n. 4, p. 394-399, aug. 2007.

PINHEIRO, S. N.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, E. F. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 593-598, ago. 2005.

RODRIGUES, S. H. P.; CORRADINI, H. B. Duas síndromes fetais importantes: síndrome fetal alcoólica. **Pediatria**, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 309-318, mai. 1981.

RUSSELL, M.; MARTIER, S. S.; SOKOL, R. J.; MUDAR, P.; JACOBSON, S.; JACOBSON, J. Detecting risk drinking during pregnancy: a comparison of four screening questionnaires. **American Journal of Public Health**, New York, v. 86, n. 10, p. 1435-1439, oct. 1996.

SAIDEMBERG, S. Alcoolismo. In: SERRAT, S. M. **Drogas e álcool: prevenção e tratamento**. 1. ed. Campinas: Komedi, 2001. p. 105-135.

SARKAR, M.; BURNETT, M.; CARRIÈRE, S.; COX, L. V.; DELL, C. A.; GAMMON, H.; GELLER, B.; GRAVES, L.; KOREN, G.; LEE, L.; MIDMER, D.; MOUSMANIS, P.; SCHUURMANS, N.; SENIKAS, V.; SOUCY, D.; WOOD, R. Screening and recording of alcohol use among women of child-bearing age and pregnant women. **Canadian Journal of Clinical Pharmacology**, Oakville, v. 16, n. 1, p. 242-263, apr. 2009.

SCHVARTSMAN, S. **Intoxicações agudas**. 4. ed. São Paulo: Sarvier, 1991.

SERRAT, S. M. **Drogas e álcool: prevenção e tratamento**. Campinas: Komedi, 2001. 384 p.

SILVA, A. M.; PINHEIRO, M. S. F.; FRANÇA, M. N. **Guia para normalização de trabalhos técnico-científicos: projetos de pesquisa, trabalhos acadêmicos, dissertações e teses**. 5. ed. Uberlândia: UFU, 2006. 145 p.

SILVA, C. S.; RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F.; ALIANE, P. P.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Relação entre prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em gestantes. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 159-163, set. 2010.

SILVA, O. A.; GUIMARÃES, P. V. Envenenamentos agudos. In: LOPEZ, M. **Emergências médicas**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. p. 920-946.

SIMÃO, M. O.; KERR-CORRÊA, F.; DALBEN, I.; SMAIRA, S. I. Mulheres e homens alcoolistas: um estudo comparativo de fatores sociais, familiares e de evolução. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 121-129, set. 2002.

SOKOL, R. J.; DELANEY-BLACK, V.; NORDSTROM, B. Fetal alcohol spectrum disorder. **Journal of American Medical Association**, Chicago, v. 290, n. 22, p. 2996-2999, dec. 2003.

SOKOL, R. J.; MARTIER, S. S.; AGER, J. W. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. **American Journal of Obstetrics Gynecology**, Saint Louis, v. 160, n. 4, p. 863-870, apr. 1989.

TEIXEIRA, L. S. **Despesas com tratamento de doenças causadas ou agravadas pelo álcool**: análise de propostas para seu financiamento. Brasília, DF, Consultoria Legislativa. Câmara dos Deputados, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of mental health and substance abuse. **Global status report on alcohol 2004**. Geneva, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2010.

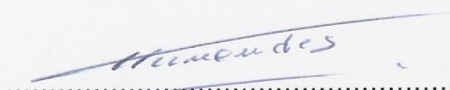
WURST, F. M.; KELSO, E.; WEINMANN, W.; PRAGST, F.; YEGLES, M.; POROMAA, I. S. Measurement of direct ethanol metabolites suggests higher rate of alcohol use among pregnant women than found with the AUDIT: a pilot study in a population-based sample of Swedish women. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, Saint Louis , v. 198, n. 4, p. 407.e1-407.e5, apr. 2008.

ZEIGLER, D. W.; WANG, C. C.; YOAST, R. A.; DICKINSON, B. D.; McCAFFREE, M. A.; ROBINOWITZ, C. B.; STERLING, M. L. The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. **Preventive Medicine**, San Diego, v. 40, n. 1, p. 23-32, jan. 2005.

ANEXOS

ANEXO A**Autorização**

O serviço de Maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia tem conhecimento e aprova a realização do estudo pela mestranda Líbera Helena Ribeiro Fagundes de Souza orientada pelo Professor Doutor Luiz Carlos Marques de Oliveira.



.....
Prof. Dr. Miguel Hernandes Neto
Chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FAMED/UFU
Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Dr. Miguel Hernandes Neto
Chefe do Departamento de Ginecologia
e Obstetrícia – Portaria R nº 0241/07

ANEXO B
PROTOCOLO PARA COLETA DE DADOS

1 - Idade:

- ☐ 12 a 17 anos
- ☐ 18 a 24 anos
- ☐ 25 a 29 anos
- ☐ 30 a 34 anos
- ☐ 35 ou mais anos

2 - Raça/cor:

- ☐ branca
- ☐ parda
- ☐ negra
- ☐ amarela
- ☐ indígena

3 - Peso:

Anterior à gestação:

Ganho durante a gestação:

4 - Estatura:

5 - Religião:

- ☐ católica
- ☐ protestante
- ☐ espírita
- ☐ sem religião
- ☐ outras

6 - Grau de escolaridade:

- ☐ ensino fundamental incompleto
- ☐ ensino fundamental completo
- ☐ ensino médio incompleto
- ☐ ensino médio completo
- ☐ ensino superior incompleto
- ☐ ensino superior completo

7 - Renda familiar:

- ☐ menos que um salário mínimo
- ☐ um a três salários mínimos
- ☐ quatro a seis salários mínimos
- ☐ mais de seis salários mínimos

8 - Estado civil:

- () Solteira
- () Casada
- () Amasiada
- () Desquitada
- () Divorciada

9 - Você já ficou grávida quantas vezes?

- () uma
- () duas
- () três
- () de quatro a seis vezes
- () mais de sete vezes

10 - Quantidade de partos:

- () um
- () dois
- () três
- () de quatro a seis partos
- () mais de sete partos

11 - História de aborto anterior:

- () nenhum
- () um aborto
- () dois abortos
- () três abortos
- () mais de quatro abortos

12 - Número de consultas de pré-natal:

- () Nenhuma
- () De uma a três
- () De quatro a seis
- () Sete e mais

13 - Outros achados:

14 - Uso de drogas:

ANEXO C – QUESTIONÁRIO AUDIT
AUDIT: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST

1. Com qual frequência você utiliza bebidas com álcool?
(0) nunca
(1) mensalmente ou menos
(2) 2-4 vezes ao mês
(3) 2-3 vezes por semana
(4) 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses de bebidas alcoólicas você consome em um dia típico quando você está bebendo?
(0) 1 ou 2
(1) 3 ou 4
(2) 5 ou 6
(3) 7 a 9
(4) 10 ou mais

3. Com que frequência toma mais que seis bebidas alcoólicas em uma única ocasião?
(0) nunca
(1) menos que mensalmente
(2) mensalmente
(3) semanalmente
(4) quase diária

4. Com que frequência no último ano você se sentiu incapaz de parar de beber depois que começou?
(0) nunca
(1) menos que mensalmente
(2) mensalmente
(3) semanalmente
(4) quase diária

5. Com que frequência no último ano você não conseguiu fazer algo pela bebida?
(0) nunca
(1) menos que mensalmente
(2) mensalmente
(3) semanalmente
(4) quase diária

6. Com que frequência no último ano você precisou beber de manhã para se recuperar de uma bebedeira?
(0) nunca
(1) menos que mensalmente
(2) mensalmente
(3) semanalmente
(4) quase diária

7. Com que frequência no último ano você sentiu remorso após beber?

- (0) nunca
- (1) menos que mensalmente
- (2) mensalmente
- (3) semanalmente
- (4) quase diária

8. Com que frequência no último ano você não conseguiu se lembrar o que aconteceu na noite anterior pela bebida?

- (0) nunca
- (1) menos que mensalmente
- (2) mensalmente
- (3) semanalmente
- (4) quase diária

9. Você já se machucou ou machucou alguém como resultado do seu uso de álcool?

- (0) não
- (2) sim, mas não no último ano
- (4) sim, no último ano

10. Algum parente ou amigo ou médico ou outro profissional de saúde se preocupou com seu hábito de beber ou sugeriu que parasse?

- (0) não
- (2) sim, mas não no último ano
- (4) sim, no último ano

ANEXO D – QUESTIONÁRIO T-ACE
T-ACE: TOLERANCE, ANNOYED, CUT DOWN E EYE-OPENER

T – Qual a quantidade que você precisa beber para se sentir desinibida ou “mais alegre”?

(avaliar conforme número de doses-padrão)

Não bebo – 0 ponto

Até duas doses – 1 ponto

Três ou mais doses – 2 pontos

A – Alguém tem lhe incomodado por criticar o seu modo de beber?

Não – 0 ponto

Sim – 1 ponto

C – Você tem percebido que deve diminuir seu consumo de bebida?

Não – 0 ponto

Sim – 1 ponto

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

Não – 0 ponto

Sim – 1 ponto

ANEXO E – QUESTIONÁRIO CAGE
CAGE: *CUT-DOWN, ANNOYED BY CRITICISM, GUILTY E EYE-OPENER*

Já pensou em largar da bebida?

() Sim

() Não

Fica aborrecido(a) quando outras pessoas criticam o seu modo de beber?

() Sim

() Não

Sente-se mal ou culpado(a) pelo fato de beber?

() Sim

() Não

Já bebeu pela manhã para ficar livre de uma ressaca?

() Sim

() Não

ANEXO F



Universidade Federal de Uberlândia
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
 Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
 CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131
 e-mail: cep@propp.ufu.br; www.comissoes.propp.ufu.br

ANÁLISE FINAL Nº. 214/09 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO
 CEP/UFU 042/09

Projeto Pesquisa: Consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital geral universitário e repercussões no recém-nascido.

Pesquisador Responsável: Luiz Carlos Marques de Oliveira

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Data de entrega do 1º relatório parcial: Dezembro de 2009.

Data de entrega do 2º relatório parcial: Dezembro de 2010.

Data de entrega do relatório final: Dezembro de 2011.

SITUAÇÃO: PROTOCOLO DE PESQUISA APROVADO.

O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 05 de junho de 2009.

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
 Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma.

ANEXO G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “Consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital geral universitário e repercussões no recém-nascido”, sob a responsabilidade do Prof. Dr. Luiz Carlos Marques de Oliveira, Prof^a Dr^a Maria Célia Santos, Líbera Helena Ribeiro Fagundes de Souza e Daniela Resende Machado.

Nesta pesquisa nós estamos buscando verificar em mulheres, após o parto, a frequência e o padrão do consumo de bebidas alcoólicas, o perfil sócio-econômico, o nível de conhecimento destas mulheres quanto aos riscos do consumo de bebida alcoólica durante o período gestacional, possíveis alterações nos exames laboratoriais decorrentes do uso de bebidas alcoólicas na mãe e as possíveis características e complicações no recém-nascido relacionadas ao consumo de bebida alcoólica pela mãe.

Na sua participação você responderá a cinco questionários com perguntas semi-estruturadas e fechadas, através das quais, suas respostas contribuirão para o desenvolvimento e conclusão da pesquisa. Será coletado pequena quantidade de sangue na veia do seu braço e encaminhado ao laboratório, onde serão realizados os exames. Serão obtidas informações no prontuário médico de seu filho, que é o local onde o médico descreve como ele está durante o período de internação.

Em nenhum momento você será identificada. Os resultados da pesquisa deverão ser publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar na pesquisa. Sua participação não oferece nenhum prejuízo à sua integridade e a do seu filho. Além disso, os resultados deste estudo poderão ajudar você numa próxima gravidez, assim como no acompanhamento médico deste seu filho, caso seja comprovado que você consome bebida alcoólica. O estudo também é importante na prevenção do consumo de álcool por outras gestantes.

Você é livre para parar de participar a qualquer momento, caso não se sinta à vontade para responder os questionários ou sinta desconforto durante a coleta do seu sangue. Ainda assim, não haverá nenhum prejuízo no seu atendimento e nem no de seu filho nesta maternidade.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com:

Dr. Luiz Carlos Marques de Oliveira, Av. Pará, nº 1720, Campus Umuarama – Departamento de Clínica médica – Uberlândia – MG; fone: 34-3218-2246

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/UFU: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco J, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: (34) 3239-4531

Uberlândia, ... de de 200.....

Prof. Dr. Luiz Carlos Marques de Oliveira / (34) 3218-2246

Prof^a Dr^a Maria Célia Santos / (34) 3218-2124

Líbera Helena Ribeiro Fagundes de Souza / (34) 3249-3900

Daniela Resende Machado / (34) 3218-2246

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecida.

Assinatura da participante da pesquisa

Assinatura da(o) responsável