

# Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados

*Alcohol use pattern in pregnant women cared for in a public university hospital and associated risk factors*

## Artigo Original

### Palavras-chave

Bebidas alcoólicas  
Alcoolismo  
Fatores de risco  
Gravidez  
Gestantes  
Cuidado pré-natal  
Epidemiologia

### Keywords

Alcoholic beverages  
Alcoholism  
Risk factors  
Pregnancy  
Pregnant women  
Prenatal care  
Epidemiology

### Resumo

**OBJETIVO:** Verificar em puérperas internadas em um hospital universitário da região Sudeste do Brasil o padrão de consumo alcoólico antes e durante a gravidez, e fatores de risco associados a esse uso. **MÉTODOS:** Foram incluídas, consecutivamente, 493 puérperas entre junho e setembro de 2009. Foram excluídas puérperas com deficiência cognitiva. Para diagnosticar uso/abuso do álcool antes da gestação foram utilizados os questionários AUDIT e CAGE e, para o consumo durante a gravidez, também o T-ACE. Outro questionário foi aplicado para coleta de dados sociodemográficos, tais como, idade, escolaridade, situação conjugal e renda familiar. Para análise estatística foi utilizado o teste do  $\chi^2$  e calculou-se *Odds Ratio* (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). Valor  $p < 0,05$  foi considerado significativo. **RESULTADOS:** Antes da gravidez, o CAGE foi positivo para 50/405 mulheres (12,3%) e o AUDIT identificou consumo alcoólico em 331 (67,1%), sendo de baixo risco em 233 (47,3%), de risco em 73 (14,8%) e nocivo ou provável dependência em 25 (5%). Durante a gravidez, o CAGE foi positivo para 53/405 gestantes (13,1%), o T-ACE em 84 (17%) e o AUDIT identificou uso do álcool por 114, sendo de baixo risco em 73 (14,8%), de risco em 27 (5,5%) e nocivo ou provável dependência em 14 (2,8%). O consumo de álcool foi mais frequente entre gestantes com menor escolaridade (8,8 versus 3,3%) [OR=2,8; IC95% 1,2–6,2] e mais frequente entre as que não coabitavam com companheiro (6 versus 1,7%) [OR=3,8; IC95% 1,3–11,1]. Entre as gestantes que beberam, 49/114 (43%) foram aconselhadas à abstinência. **CONCLUSÕES:** Verificou-se preocupante consumo alcoólico durante a gestação, principalmente entre as gestantes com menor escolaridade ou que não conviviam com companheiro. Houve baixa frequência de aconselhamento visando à abstinência e o AUDIT foi o instrumento que mais frequentemente diagnosticou o uso do álcool.

### Abstract

**PURPOSE:** To determine the pattern of alcohol use before and during pregnancy and associated risk factors in puerperal women hospitalized in a public university hospital in Southeastern Brazil. **METHODS:** Between June and September 2009, 493 puerperae were consecutively evaluated. Those with cognitive impairment were excluded from the study. The AUDIT and CAGE questionnaires were used to diagnose alcohol use/abuse before pregnancy, in addition to the T-ACE during pregnancy. Another questionnaire was applied to collect sociodemographic data, such as age, educational level, marital status, and household income. The  $\chi^2$  test was used in the statistical analysis and the Odds Ratio (OR) and 95% confidence interval (95%CI) were calculated. A p-value  $< 0.05$  was considered to be significant. **RESULTS:** Before pregnancy, the CAGE was positive in 50/405 (12.3%) women and the AUDIT identified alcohol use in 331 (67.1%), which was of low risk in 233 (47.3%), risky in 73 (14.8%), and harmful or indicating possible alcohol dependence in 25 (5%). During pregnancy, the CAGE was positive in 53/405 (13.1%) women and the T-ACE in 84 (17%); the AUDIT identified alcohol use in 114 women, which was of low risk in 73 (14.8%), risky in 27 (5.5%), and harmful or indicating possible alcohol dependence in 14 (2.8%). During pregnancy, alcohol use was more frequent (OR=2.8; 95%CI 1.2–6.2) among women with a lower educational level (8.8 versus 3.3%) and more frequent (OR=3.8; 95%CI 1.3–11.1) among those who did not cohabit with a partner (6 versus 1.7%). Among pregnant women who drank alcohol, 49/114 (43%) were advised to stop drinking. **CONCLUSIONS:** Alarming alcohol use was observed during pregnancy, especially among pregnant women with a lower educational level and those who did not cohabit with a partner. There was a low frequency of counseling aimed at abstinence and the AUDIT was the instrument that most frequently diagnosed alcohol consumption.

### Correspondência

Luiz Carlos Marques de Oliveira  
Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da  
Universidade Federal de Uberlândia  
Avenida Pará, 1.720, Bloco 2H  
CEP: 38405-320  
Uberlândia (MG), Brasil

### Recebido

26/04/2012

### Aceito com modificações

28/05/2012

Trabalho realizado na pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia – UFU – Uberlândia (MG), Brasil.

<sup>1</sup> Área Materno-infantil do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Presidente Antônio Carlos – Araguari (MG), Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia – UFU – Uberlândia (MG), Brasil.

<sup>3</sup> Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia – UFU – Uberlândia (MG), Brasil.

Conflito de interesses: não há.

## Introdução

O consumo de bebidas alcoólicas constitui um importante problema de saúde pública mundial. Na gestação tal consumo ganha maior importância, pois a ingestão alcoólica pode levar ao comprometimento tanto da saúde materna quanto do feto. Na gravidez, o álcool pode levar ao abortamento, descolamento prematuro da placenta, hipertonia uterina, trabalho de parto prematuro e aumento do risco de infecções<sup>1</sup>. Em relação ao feto, o consumo materno associa-se à deficiência de crescimento pré e pós-natal, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, microcefalia, disfunção motora fina e dismorfismo facial, além de fenda palatina e anomalias cardíacas. O efeito tardio se manifesta por mudanças na capacidade intelectual, de aprendizagem, atenção e comportamento<sup>2</sup>.

Estudos recentes<sup>3-5</sup> mostram que não existe uma quantidade de consumo alcoólico que possa ser considerada segura durante a gravidez, e que as mulheres deveriam ser aconselhadas à abstinência alcoólica desde a concepção e durante todo o período de gravidez.

As estimativas de consumo de bebida alcoólica durante o período gestacional variam entre diferentes países. No Brasil, em um estudo realizado em seis capitais de estados da federação, nos quais se avaliou gestantes atendidas em hospitais públicos, verificou-se que 34,4% delas consumiam bebidas alcoólicas<sup>6</sup>. Estas frequências foram estimadas em 12% nos Estados Unidos<sup>7</sup> e na Suécia<sup>8</sup>, 52% na França<sup>9</sup>, 59% na Austrália<sup>10</sup> e 60% na Rússia<sup>11</sup>.

As diferenças constatadas entre países podem se dever aos programas nacionais de prevenção de etilismo na gestação e a fatores demográficos, culturais, raciais e socioeconômicos<sup>9</sup>, ou ainda, como resultado dos diferentes instrumentos utilizados para se rastrear o uso do álcool. Também se tem observado que o consumo de bebidas alcoólicas vem se tornando cada vez mais frequente entre as mulheres<sup>12</sup>. Em decorrência desses fatos, a necessidade da realização de estudos visando se conhecer os fatores de risco para o consumo alcoólico entre as mulheres, particularmente durante a gestação é evidente. Esse conhecimento possibilitaria traçar estratégias para abordagens de rotina em relação ao diagnóstico do uso do álcool, ao aconselhamento para abstinência desde o momento em que se planeja a concepção até o período de amamentação, além da capacitação dos profissionais de saúde para tais abordagens.

O objetivo do presente estudo foi estimar o padrão de consumo de bebidas alcoólicas antes e após o reconhecimento da gravidez em puérperas internadas em um hospital público universitário da região Sudeste do Brasil, e identificar fatores sociodemográficos associados ao risco de se utilizar tais bebidas.

## Métodos

Este estudo transversal 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 (IBGE) foi de 634.345 habitantes no ano de 2009. O projeto foi desenvolvido na Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), que é um complexo hospitalar público universitário, que atende pacientes do município e região, conveniado em 100% de seus atendimentos ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Foram incluídas, consecutivamente, puérperas que estavam no período de 12 a 24 horas após o parto. Inicialmente foi realizado um estudo piloto, durante 15 dias, para treinamento das investigadoras e padronizações na abordagem e na aplicação dos questionários utilizados neste estudo. Nessa fase, os pesquisadores abordaram em grupo cada puérpera. Posteriormente, as entrevistas individuais e em ambiente reservado foram realizadas diariamente pelas investigadoras no período de 22 de junho a 30 de setembro de 2009. Utilizou-se um instrumento estruturado para coleta de dados referentes às condições sociodemográficas, tais como, idade, cor da pele autorreferida, escolaridade, conviver ou não com companheiro, renda familiar mensal em salários-mínimos e número de consultas pré-natais realizadas. Os resultados dos dados sociodemográficos foram utilizados para identificar possíveis fatores de risco para o consumo alcoólico para os períodos anterior e posterior ao reconhecimento da gravidez. Isso foi realizado associando-os aos resultados dos questionários utilizados neste estudo para diagnóstico de consumo alcoólico.

Para detecção do uso ou abuso de bebidas alcoólicas utilizaram-se os questionários *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)<sup>13</sup>, o *Tolerance, Annoyed, Cut-down and Eye-opener* (T-ACE)<sup>14</sup> e o *Cut-down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye-opener* (CAGE)<sup>15</sup>.

As questões do AUDIT são pontuadas de 0 a 4 e avaliam o uso de álcool e problemas relacionados ao seu consumo nos últimos 12 meses. Esse instrumento classifica o entrevistado em uma de quatro zonas de risco, de acordo com o escore obtido: até 7 pontos, indica uso de baixo risco ou abstinência; de 8 a 15 pontos, uso de risco; de 16 a 19 pontos, sugere uso nocivo e pontuação igual ou maior que 20, provável dependência. Neste estudo, optou-se por separar o grupo de abstinentes, visto que para gestantes recomenda-se total abstinência. Inicialmente, a entrevista realizada referiu-se ao consumo alcoólico no trimestre anterior ao reconhecimento da gravidez e em seguida ao período gestacional.

O questionário T-ACE é composto por 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 questionário CAGE é um instrumento utilizado para diagnóstico de abuso crônico do álcool ou provável dependência. Constitui-se de quatro perguntas com respostas objetivas, sim ou não, e é considerado positivo se houver duas ou mais respostas afirmativas. Primeiramente, este teste foi respondido pelas gestantes para o período anterior ao reconhecimento da gravidez e, em seguida, para o gestacional.

As puérperas também foram questionadas sobre o uso de outras drogas além do álcool durante a gravidez. Não foram incluídas no estudo, 2 puérperas com deficiência cognitiva evidente, 6 que se recusaram em responder os questionários e 3 que tinham menos de 18 anos e não foi possível obter o consentimento dos pais ou responsável.

Para os cálculos estatísticos, utilizou-se a análise univariada para se avaliar a relação entre as diferentes faixas etárias, o nível de escolaridade ( $\leq$  ensino fundamental ou  $\geq$  ensino médio, completos ou incompletos), o fato de coabitar ou não com companheiro, a renda familiar ( $\leq 3$  ou  $> 3$  salários-mínimos) e o número de consultas de pré-natal em relação aos resultados dos questionários AUDIT, CAGE ou T-ACE. Para esse fim, aplicou-se o teste do  $\chi^2$ , exceto quando o número de eventos era muito pequeno, e nestes casos utilizou-se o teste exato de Fischer. Quando esses testes mostravam significância estatística, foi calculado a *Odds Ratio* (OR) e o intervalo de confiança de 95%. Valor  $p < 0,05$  foi considerado significativo.

De cada puérpera ou de seu responsável foi obtido o consentimento por escrito para sua participação. O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética Institucional, (Parecer nº 214/09), e a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque.

## Resultados

Entre as 493 puérperas incluídas, predominaram as que estavam na faixa etária de 18 a 29 anos (72%), as que tinham ensino médio ou superior, completo ou incompleto (60,6%), as que coabitavam com companheiro (73%) e aquelas com renda mensal de até 3 salários-mínimos (86,4%) (Tabela 1). Entre todas, 322 (65,3%) eram brancas, 117 (23,7%) pardas, 51 (10,3%) negras e 3 (0,6%) amarelas.

No trimestre anterior ao reconhecimento da gravidez, identificou-se pelo AUDIT que 331 (67,1%) mulheres consumiram bebidas alcoólicas; 233 (47,3%)

faziam consumo de baixo risco, 73 (14,8%) de risco e 25 (5,1%) uso nocivo ou eram prováveis dependentes. Consumo de baixo risco foi mais frequente (OR=1,6; IC95% 1,1–2,2) entre aquelas com escolaridade equivalente ao ensino médio ou superior — 154 (51,5%) *versus* 79 (40,7%). Consumo nocivo ou provável dependência foi mais frequente (OR=2,6; IC95% 1,2–6,0) entre as mulheres que não coabitavam com companheiro — 12 (9,0%) *versus* 13 (3,6%). As frequências de uso de baixo risco, de risco ou nocivo/provável dependência, respectivamente, foram semelhantes entre as mulheres na faixa etária de 14 a 17 anos [19 (41,3%); 6 (13%); 1 (2,2%)], de 18 a 24 anos [117 (52,7%); 38 (17,1%); 11 (5,0%)], de 25 a 29 anos [55 (41,4%); 16 (12,0%); 10 (7,5%)], de 30 a 34 anos [25 (42,4%); 11 (18,6%); 1 (1,7%)] e  $\geq 35$  anos [17 (51,5%); 2 (6,1%); 2 (6,1%)]; e entre aquelas com renda familiar  $\leq 3$  salários-mínimos [199 (46,7%); 64 (15,0%); 22 (5,2%)] ou  $> 3$  salários-mínimos [34 (50,7%); 9 (13,4); 3 (4,5%)]. As frequências de uso de baixo risco e de risco, respectivamente, foram semelhantes entre as mulheres que coabitavam [170 (47,2%); 48 (13,3%)] ou não [63 (47,4%); 25 (18,8%)] com companheiro. O consumo de risco e o consumo nocivo/provável dependência, respectivamente, foram semelhantes entre as mulheres com escolaridades  $\leq$  ensino fundamental [32 (16,5%); 14 (7,2%)] ou com ensino médio ou superior [41 (13,7%); 11 (3,6%)].

Para o período gestacional foram identificadas, pelo questionário AUDIT, 114 (23,1%) gestantes que consumiram bebidas alcoólicas em algum momento após a confirmação da gravidez. Uso de risco foi mais frequente (OR=2,8; IC95% 1,2–6,2) entre gestantes com escolaridade até o ensino fundamental (8,8 *versus* 3,3%). Uso nocivo ou provável dependência foi mais frequente (OR=3,8; IC95% 1,3–11,1) entre as gestantes que não coabitavam com companheiro (6,0 *versus* 1,7%). Não houve outras diferenças significantes entre os padrões de ingestão alcoólica e as outras variáveis sociodemográficas estudadas (Tabela 1).

Analisando-se cada item do questionário AUDIT, observou-se que entre as gestantes que consumiram álcool, 49 (43%) relataram beber de 2 a 4 vezes por mês, 18 (15,8%) de 2 a 3 vezes por semana e 7 (6,1%) quase diariamente durante todo o período gestacional. Sobre a quantidade do consumo de álcool em uma ocasião típica, 10 (8,8%) gestantes referiram beber de 5 a 6 doses, 5 (4,4%) de 7 a 9 e 10 (8,8%), 10 ou mais doses, totalizando 25 (22%) gestantes que relataram episódio de *binge drinking* ou abuso agudo de bebidas alcoólicas (5 ou mais doses em uma ocasião).

Durante a gravidez, 13 (11,4%) gestantes tiveram a percepção de não conseguir parar de beber uma vez que tivessem iniciado, sendo que para 4 (3,5%) delas isso ocorreu menos que mensalmente, para 4 (3,5%) mensalmente,

**Tabela 1.** Frequências dos resultados obtidos pelo questionário *Alcohol Use Disorders Identification Test* entre as puérperas atendidas em um hospital público universitário, após o reconhecimento da gravidez, em relação aos dados sociodemográficos (n=493)

	Classificação do Questionário AUDIT									
	Abstinência		Baixo risco		Risco		Nocivo/PD		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Faixa etária (anos)</b>										
14–18	43	93,5	2	4,3	1	2,2	0	-	46	9,3
18–25	156	70,3	43	19,4	17	7,6	6	2,7	222	45
25–30	110	82,7	13	9,8	4	3	6	4,5	133	27
30–35	43	72,9	11	18,6	5	8,5	0	-	59	12
≥35	27	81,8	4	12,1	0		2	6,1	33	6,7
<b>Escolaridade</b>										
≤Fundamental	141	72,7	28	14,4	17	8,8	8	4,1	194	39,4
≥Médio	238	79,6	45	15	10	3,3	6	2	299	60,6
<b>Coabitar com companheiro</b>										
Sim	286	79,4	48	13,3	20	5,6	6	1,7	360	73
Não	93	69,9	25	18,8	7	5,3	8	6	133	27
<b>Renda familiar*</b>										
≤3	328	77	62	14,6	24	5,6	12	2,8	426	86,4
>3	51	76,1	11	16,4	3	4,5	2	3	67	13,6
<b>Total</b>	379	76,9	73	14,8	27	5,5	14	2,8	493	100

AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test*; n (%): número e porcentagem de pacientes; PD: provável dependência; \*em salários-mínimos.

3 (2,6%) semanalmente e 2 (1,8%) quase diariamente. Observou-se ainda que 11 (9,6%) deixaram de fazer alguma atividade habitual durante a gravidez devido ao consumo de álcool, e 8 (7,1%) disseram precisar beber pela manhã para recuperar-se de uma bebedeira anterior.

Entre as puérperas que beberam durante a gestação, 43 (37,7%) sentiam remorso depois de beber, sendo que para 17 (14,9%) delas isso ocorreu menos que mensalmente, 12 (10,5%) mensalmente, 10 (8,8%) semanalmente e 4 (3,5%) quase diariamente. Três (2,7%) disseram que 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%) gestantes 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 durante a gravidez ou foram orientadas a interromper a ingestão alcoólica.

O questionário CAGE foi aplicado, consecutivamente, para as 405 últimas puérperas avaliadas. Para o período anterior à gravidez, ele foi positivo para 50 (12,3%) delas, sendo mais frequente (OR=2,2; IC95% 1,2–4,0) entre aquelas com escolaridade até o ensino fundamental (17,5 versus 8,8%) e mais frequente (OR=2,1; IC95% 1,1–3,8) entre as que não coabitavam com companheiro (18,6 versus 9,9%). Não houve diferença significativa na frequência de CAGE positivo em relação às outras variáveis sociodemográficas avaliadas. Para o período gestacional, o questionário CAGE foi positivo para 53 (13,1%) gestantes, sendo estes resultados mais frequentes (OR=2,1; IC95% 1,2–3,7) entre aquelas com nível de escolaridade até o

ensino fundamental (18,1 versus 9,6%) e mais frequente (OR=2,0; IC95% 1,1–3,7) entre as que não coabitavam com companheiro (19,5 versus 10,6%). Não houve diferença significativa nas frequências de CAGE positivo em relação à cor da pele ou renda familiar (Tabela 2).

Entre as 50 puérperas com CAGE positivo para o período anterior ao diagnóstico de gravidez, 30 continuaram a ter CAGE positivo após esse diagnóstico; outras 23 que tinham CAGE negativo responderam positivamente a esse questionário para o período gestacional.

Resultados positivos para o questionário T-ACE foi verificado em 84 (17%) gestantes e foi mais frequente (OR=1,9; IC95% 1,2–3,0) entre aquelas com escolaridade até o ensino fundamental (22,7 versus 13,4%). Não houve diferenças significantes em relação às faixas etárias, cor da pele, conviver ou não com companheiro ou renda familiar (Tabela 2).

Todas as gestantes que, pelo AUDIT, foram identificadas como consumidoras de alto risco ou de serem prováveis dependentes também tiveram T-ACE e CAGE positivos; das que foram diagnosticadas com consumo de risco, 96,3% (26/27) tiveram T-ACE positivo e 86,9% (20/23) tiveram CAGE positivo, entre aquelas com consumo de baixo risco, 28,8% (15/52) tiveram CAGE positivo e 58,9% (43/73) tiveram T-ACE positivo, e entre as gestantes diagnosticadas como abstinentes pelo AUDIT, 1,9% (6/318) tiveram CAGE positivo e 0,3% (1/379), T-ACE positivo.

Após o diagnóstico da gravidez, houve diminuição nos padrões de consumo alcoólico e aumento no

número de gestantes abstinentes independentemente do número de consultas pré-natais. No entanto, entre todas as gestantes, 41 (8,3%) continuaram fazendo consumo considerado de risco, nocivo ou eram prováveis dependentes (Tabela 3). CAGE positivo foi mais frequente (OR=3,8; IC95% 1,6–9,0) entre gestantes que fizeram três ou menos consultas de pré-natal (9/27;

33,3%) do que entre as que fizeram quatro ou mais consultas (44/378; 11,6%).

Durante a gravidez, 90 (18,6%) de 485 puérperas fizeram consumo de outras drogas que não o álcool, entre elas, o tabaco foi consumido por 89 (18,4%), o crack por 15 (3,1%), maconha por 6 (1,2%) e cocaína por 3 (0,6%).

**Tabela 2.** Distribuição das puérperas atendidas em um hospital público universitário de acordo com os resultados dos questionários *Cut-down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye-opener*, antes ou após o reconhecimento da gravidez, e *Tolerance, Annoyed, Cut – down and Eye-opener* em relação aos seus dados sociodemográficos

	CAGE positivo				T-ACE positivo	
	AG		DG		DG	
	n	%	n	%	n	%
<b>Faixa etária (anos)</b>						
14–18	4/39	10,2	0/39	-	2/46	4,3
18–25	20/174	11,5	30/174	17,2	48/222	21,6
25–30	13/111	11,7	12/111	10,8	16/133	12
30–35	7/48	14,6	7/48	14,6	13/59	22
≥35	6/33	18,2	4/33	12,1	5/33	15,2
<b>Cor</b>						
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
<b>Escolaridade</b>						
≤Fundamental	29/166	17,5	30/166	18,1	44/194	22,7
≥Médio	21/239	8,8	23/239	9,6	40/299	13,4
<b>Coabitar com companheiro</b>						
Sim	29/292	9,9	31/292	10,6	54/360	15,0
Não	21/113	18,6	22/113	19,5	30/133	22,6
<b>Renda familiar*</b>						
≤3	47/354	13,3	46/354	13,0	74/426	17,4
>3	3/51	5,9	4/51	13,7	10/67	14,9
<b>Total</b>	50/405	12,3	53/405	13,1	84/493	17,0

CAGE: *Cut-down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye-opener*; T-ACE: *Tolerance, Annoyed, Cut – down and Eye-opener*; n (%) número e porcentagem de pacientes; AG: trimestre anterior ao reconhecimento da gravidez; DG: depois do reconhecimento da gravidez; \*em salários-mínimos.

**Tabela 3.** Distribuição das puérperas atendidas em um hospital público universitário de acordo com os resultados do questionário *Use Disorders Identification Test*, antes ou após o diagnóstico de gravidez em relação ao número de consultas de pré-natal (n=493)

Número de consultas de pré-natal	Classificação pelo questionário AUDIT										
		Abstinência		Baixo risco		Risco		Nocivo/PD		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	AG	1	10,0	7	70	0	-	2	20,0	10	2,0
	DG	4	40,0	5	50	0	-	1	10,0		
1–3	AG	2	10,0	11	55	1	5,0	6	30,0	20	4,0
	DG	10	50,0	3	15	3	15,0	4	20,0		
4–6	AG	53	37,6	53	37,6	29	20,6	6	4,2	141	28,6
	DG	104	73,8	20	14,2	12	8,5	5	3,5		
≥7	AG	106	32,9	162	50,3	43	13,4	11	3,4	322	65,3
	DG	261	81,0	45	14	12	3,7	4	1,2		
<b>Total</b>	AG	162	32,9	233	47,3	73	14,8	25	5,0	493	100
	DG	379	76,9	73	14,8	27	5,5	14	2,8		

AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test*; n (%): número e porcentagem de pacientes; AG: trimestre anterior ao reconhecimento da gravidez; DG: depois do reconhecimento da gravidez; PD: provável dependência.

## Discussão

No presente estudo, a avaliação do consumo alcoólico pelo questionário AUDIT, para o trimestre anterior ao diagnóstico de gravidez, mostrou que um quinto das mulheres faziam uso de risco, nocivo ou eram prováveis dependentes. Essa frequência é maior do que aquela encontrada em mulheres não grávidas nas cidades de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG) (12,7%)<sup>16</sup>. O consumo de baixo risco foi mais frequente entre mulheres com maior escolaridade, no entanto, resultados do AUDIT mostrando provável dependência ou CAGE positivo foram mais frequentes entre as mulheres com menor escolaridade e entre as que não coabitavam com companheiro. No estado de São Paulo também se observou, entre mulheres não grávidas, associação de consumo alcoólico abusivo com situações conjugais sem companheiro, no entanto, esse consumo associou-se com maior escolaridade<sup>17</sup>.

Para o período gestacional, verificou-se pelo AUDIT que 23% das gestantes fizeram algum consumo de álcool. Entre todas as gestantes, o CAGE e T-ACE foram positivos para 13 e 17%, respectivamente. Em outros estudos realizados no Brasil, observou-se que as frequências de uso de álcool durante a gravidez variam de 7,4 a 40%<sup>18-21</sup>. Consumo alcoólico de risco, nocivo ou provável dependência e CAGE positivo foram mais frequentes entre gestantes com menores escolaridades e entre as que não coabitavam com companheiro. Entre as pacientes com T-ACE positivo, o único fator de risco identificado para o consumo alcoólico foi a menor escolaridade. Em outros estudos realizados no Brasil, observou-se que podem ser fatores de risco para o consumo alcoólico na gravidez não coabitar com companheiro, idade mais avançada, história de aborto prévio<sup>19,20</sup>, menor escolaridade, tabagismo ou uso de drogas ilícitas durante a gravidez<sup>19</sup>.

Em um artigo de revisão<sup>22</sup> baseado em estudos realizados em cinco continentes (nenhum realizado no Brasil), observou-se que os preditores mais consistentes de uso de álcool na gravidez foram o consumo de álcool antes da gravidez e ter sido abusada ou exposta a violência; fatores menos consistentes foram baixos níveis sociais ou salariais. Desemprego, situação conjugal e nível de educação foram infrequentemente preditivos do uso de álcool durante a gestação. No presente estudo, houve relatos de puérperas que foram feridas ou feriram alguém em decorrência da ingestão alcoólica.

Verificou-se que 22% das gestantes consumiam 5 ou mais doses em um dia típico (padrão *binge* de uso de álcool). Estudos recentes mostram que a ingestão alcoólica pela gestante em padrão *binge*, até mesmo menos de quatro vezes durante a gestação, está associada à redução do crescimento pré-natal (peso e perímetro cefálico) e diminuição da acuidade visual<sup>23</sup>, além de asfixia neonatal<sup>24</sup>.

Dois terços das gestantes deixaram de beber após o reconhecimento da gravidez, frequência maior que as observadas na Espanha (54,3%)<sup>25</sup> ou na Rússia (33%)<sup>11</sup>, mas é menor que na Suécia (77%)<sup>8</sup>. Menos da metade das gestantes que beberam durante a gravidez relataram terem sido criticadas ou orientadas a interromper a ingestão alcoólica. Isso mostra a necessidade de intensificar-se, durante as consultas de pré-natal, à busca pelo diagnóstico do uso do álcool para posterior aconselhamento. A gravidez pode estar associada com aumento da motivação para reduzir ou eliminar os comportamentos não saudáveis, incluindo o consumo alcoólico<sup>22,26</sup>, devido ao desejo de ter um filho saudável.

Devido a estigmas sociais, a grávida pode relatar um consumo alcoólico menor ou negá-lo, a fim de contornar possível repreensão e desaprovação pelo profissional de saúde. Os profissionais de saúde que atendem as gestantes devem saber utilizar as ferramentas próprias para o diagnóstico de consumo alcoólico e reconhecer seus fatores de risco sem, no entanto, se prender a estereótipos.

Além disso, a atenção ao modo de beber não deve ser negligenciada em qualquer período da vida reprodutiva da mulher. Em um estudo observou-se que mulheres que estavam tentando engravidar ou com chances de engravidar consumiam álcool nos mesmos padrões de mulheres que faziam contracepção ou que não eram sexualmente ativas<sup>27</sup>. Em outro, observou-se que 16% das gestantes consumiram álcool até a confirmação da gravidez, o que ocorreu quando elas já estavam em média com 9,6 semanas de gestação<sup>18</sup>. Desta forma, muitas mulheres quando descobrem que estão grávidas, estão consumindo álcool e expondo o seu conceito à substância e, por isso, o diagnóstico do seu uso e o aconselhamento visando à sensibilização para os seus efeitos nocivos para a saúde da mãe e do filho devem ser feitos para todas as mulheres em fase reprodutiva.

Entre os três instrumentos utilizados neste estudo para o diagnóstico de consumo alcoólico, o T-ACE e o CAGE têm sido mais adotados na prática diária por serem de fácil e rápida aplicação. Em um estudo para avaliar a versão brasileira do T-ACE observou-se que ele preenche adequadamente os critérios de desempenho como instrumento básico para rastreamento de consumo alcoólico durante a gravidez<sup>14</sup>. No entanto, no presente estudo, dos três questionários, o AUDIT foi o que mais frequentemente diagnosticou uso/abuso do álcool, pois consegue rastrear todos os níveis de consumo.

Os questionários CAGE e T-ACE diagnosticam principalmente o uso abusivo ou provável dependência do álcool. Chamou 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. Isso provavelmente se deve

ao fato de que as gestantes sabendo que não deveriam beber respondem positivamente a algumas questões daqueles questionários, 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. Comprova 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 é invalida na triagem do uso do álcool por gestantes.

Em conclusão, verificou-se que cerca de dois terços das mulheres avaliadas consumiam álcool antes do reconhecimento da gravidez, ou seja, elas provavelmente estavam bebendo quando já estavam grávidas. Entre elas, aproximadamente dois terços deixaram de beber após o diagnóstico de gravidez. O consumo de bebida alcoólica

foi mais frequente entre gestantes com menor escolaridade e entre as que não coabitavam com companheiro; não se encontrou relação de consumo alcoólico com a faixa etária, cor da pele ou renda familiar. O questionário AUDIT foi o instrumento que mais frequentemente diagnosticou uso de álcool entre gestantes; os questionários CAGE e T-ACE podem ter resultados positivos mesmo entre aquelas que não necessariamente fazem uso considerado abusivo para a população geral ou que sejam dependentes. Esses resultados mostram a necessidade de maior conscientização das mulheres a respeito dos riscos de beber durante o período reprodutivo e também da necessidade de, durante as consultas de pré-natal, se detectar consumo alcoólico na gestação. Acredita-se que por se ter avaliado mulheres da população geral, os resultados deste estudo deve representar o que ocorre a nível nacional. Assim, é necessário traçar estratégias curriculares nos cursos de graduação, de especialização e de educação continuada dos profissionais de saúde que cuidam de mulheres para a importância de se diagnosticar o uso de drogas lícitas e ilícitas.

## Referências

- Freire TM, Machado JC, Melo EV, Melo DG. [Effects of alcohol consumption during pregnancy]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(7):376-81. Portuguese.
- Ornoy A, Ergaz Z. Alcohol abuse in pregnant women: effects on the fetus and newborn, mode of action and maternal treatment. *Int J Environ Res Public Health.* 2010;7(2):364-79.
- Andersen AMN, Andersen PK, Olsen J, Gronbaek M, Strandberg-Larsen K. Moderate alcohol intake during pregnancy and risk of fetal death. *Int J Epidemiol.* 2012;41(2):405-13.
- Chiodo LM, Bailey BA, Sokol RJ, Janisse J, Delaney-Black V, Hannigan JH. Recognized spontaneous abortion in mid-pregnancy and patterns of pregnancy alcohol use. *Alcohol.* 2012;46(3):261-7.
- Feldman HS, Jones KL, Lindsay S, Slymen D, Klonoff-Cohen H, Kao K, et al. Prenatal alcohol exposure patterns and alcohol-related birth defects and growth deficiencies: a prospective study. *Alcohol Clin Exp Res.* 2012;36(4):670-6.
- Kroeff LR, Mengue SS, Schmidt MI, Duncan BB, Favaretto ALF, Nucci LB. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(2):261-7.
- Floyd RL, Sidhu JS. Monitoring prenatal alcohol exposure. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 2004;127C(1):3-9.
- Comasco E, Hallberg G, Helander A, Orelund L, Sundelin-Wahlsten V. Alcohol consumption among pregnant women in a Swedish sample and its effects on the newborn outcomes. *Alcohol Clin Exp Res.* In press 2012.
- de Chazeron I, Llorca PM, Ughetto S, Venditelli F, Boussiron D, Sapin V, et al. Is pregnancy the time to change alcohol consumption habits in France? *Alcohol Clin Exp Res.* 2008;32(5):868-73.
- Colvin L, Payne J, Parsons D, Kurinczuk JJ, Bower C. Alcohol consumption during pregnancy in nonindigenous west Australian women. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007;31(2):276-84.
- Kristjanson AF, Wilsnack SC, Zvartau E, Tsoy M, Novikov B. Alcohol use in pregnant and nonpregnant Russian women. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007;31(2):299-307.
- Mendes MC, Cunha JRF, Nogueira AA. [The woman and the use of alcohol]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33(11):323-7. Portuguese.
- Lima CT, Freire AC, Silva AP, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. *Alcohol Alcohol.* 2005;40(6):584-9.
- Fabbri CE, Furtado EF, Laprega MR. Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(6):979-84.
- Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA.* 1984;252(14):1905-7.
- Magnabosco MB, Formigoni MLOS, Ronzani TM. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). *Rev Bras Epidemiol.* 2007;10(4):637-47.
- Guimarães VV, Florindo AA, Stopa SR, César CLG, Barros MBA, Carandina L, et al. Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(2):314-25.
- Kaup ZOL, Merighi MAB, Tsunehiro MA. [Evaluation of alcohol consumption during pregnancy]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2001;23(9):575-80. Portuguese.
- Moraes CL, Reichenheim ME. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(5):695-703.
- Freire K, Padilha PC, Saunders C. [Factors associated to alcohol and smoking use in pregnancy]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(7):335-41. Portuguese.

21. Santos EMF, Amorim LP, Costa OLN, Oliveira N, Guimarães AC. [Profile of gestational and metabolic risk in the prenatal care service of a public maternity in the Brazilian Northeast]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(3):102-6. Portuguese.
22. Skagerström J, Chang G, Nilsen P. Predictors of drinking during pregnancy: a systematic review. *J Womens Health (Larchmt).* 2011;20(6):901-13.
23. Fraser SL, Muckle G, Abdous BB, Jacobson JL, Jacobson SW. Effects of binge drinking on infant growth and development in an Inuit sample. *Alcohol.* 2012;46(3):277-83.
24. Meyer-Leu Y, Lemola S, Daepfen JB, Deriaz O, Gerber S. Association of moderate alcohol use and binge drinking during pregnancy with neonatal health. *Alcohol Clin Exp Res.* 2011; 35(9):1669-77.
25. Palma S, Pardo-Crespo R, Mariscal M, Perez-Iglesias R, Llorca J, Delgado-Rodríguez M. Weekday but not weekend alcohol consumption before pregnancy influences alcohol cessation during pregnancy. *Eur J Public Health.* 2007; 17(4):394-9.
26. O'Connor MJ, Whaley SE. Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *Am J Public Health.* 2007;97(2):252-8.
27. Balachova T, Bonner B, Chaffin M, Bard D, Isurina G, Tsvetkova L, et al. Women's alcohol consumption and risk for alcohol-exposed pregnancies in Russia. *Addiction.* 2012;107(1):109-17.