Consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação por mulheres atendidas em uma maternidade de Santa Maria-RS e seus efeitos nos recém-nascidos

Drinking profile of postpartum women admitted to a maternity hospital of Santa Maria-RS and its effetcs on newborns

Carolina Santos Altermann[1], Vanessa Ramos Kirsten[2], Franceliane Jobim Benedetti[3], Marizete Oliveira de Mesquita[4]

RESUMO

Introdução: Devido à embriotoxidade e à teratogenicidade fetal que a ele estão relacionadas, o álcool é considerado uma das principais causas evitáveis de defeitos congênitos; desta forma, o objetivo da pesquisa foi investigar o consumo de bebida alcoólica na gestação, em puérperas de um Hospital Público de Santa Maria- RS, e associar os fatores socioeconômicos e culturais, o estado nutricional da puérpera e do recém-nascido. **Métodos:** Estudo transversal com puérperas e recém-nascidos atendidos no alojamento conjunto da maternidade. Foram aplicados dois questionários para as puérperas, o questionário validado TWEAK, para investigar o consumo de bebida alcoólica, e outro com questões socioeconômicas, culturais, histórico e saúde, seguidos de análise do prontuário do recém-nascido. Para análise dos dados, utilizou-se o programa SPSS. **Resultados:** Participaram do estudo 66 puérperas, com idade média de 24,09 ± 6,79 anos; destas, 15 (22,7%) consumiram bebida alcoólica na gravidez. O consumo de bebidas alcoólicas esteve associado a recém-nascidos pré-termo, com peso ao nascer e perímetro torácico menor, quando comparados aos recém-nascidos de mães não consumidoras de bebidas alcoólicas. **Conclusões:** Uma importante parcela de puérperas consumiu bebidas alcoólicas durante a gestação, e este consumo esteve associado a baixo peso e menor perímetro torácico do recém-nascido.

UNITERMOS: Alcoolismo, Gravidez, Peso ao Nascer.

ABSTRACT

Introduction: *Due to fetal teratogenicity and embryo toxicity associated with alcohol, drinking behavior is considered one of the leading preventable causes of birth defects. The aim of this study was to investigate postpartum women's drinking behavior during pregnancy in a public hospital of Santa Maria, RS, and its association with economic and cultural factors, as well as with the nutritional status of mother and newborn.* ***Methods:*** *Cross-sectional study with postpartum women and newborns cared for at the joint quarters of the maternity ward. Two questionnaires were administered to the mothers: the validated TWEAK questionnaire, to investigate alcohol consumption, and another one with socioeconomic, cultural, historical and health questions, followed by analysis of the newborn medical records. The SPSS program was used for data analysis.* ***Results:*** *The study included 66 postpartum women with a mean age of 24.09 ± 6.79 years; of these, 15 (22.7 %) consumed alcohol in pregnancy. The consumption of alcohol was associated with preterm infants with lower birth weight and chest girth than children born to mothers who did not drink alcoholic beverages.* ***Conclusions:*** *A significant proportion of pregnant women reported drinking during pregnancy and this consumption was associated with lower birth weight and smaller thoracic girth of the newborn.*

KEYWORDS: Alcoholism, Pregnancy, Birth Weight.

[1] Nutricionista. Mestranda em Ciência da Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e nutricionista residente da UFSM.

[2] Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora-Adjunta do Curso de Nutrição da UFSM.

[3] Mestre pelo Programa de Pós-Graduação de Ciências Médicas: Pediatria da UFRGS. Professora do curso de Nutrição do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA).

[4] Mestre em Ciência e Tecnologia dos Alimentos pela UFSM. Professora assistente do curso de Nutrição da UNIFRA e Nutricionista da UFSM.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, houve um aumento do consumo de álcool na maioria dos países, sendo a droga mais consumida no mundo (1). Na população feminina, ocorreu um aumento considerável da prevalência do uso desta substância e, em consequência disso, grande parcela de mulheres e seus fetos podem estar sendo expostos a doses variáveis (2,3).

Devido à embriotoxidade e à teratogenicidade fetal que a ele estão relacionadas (4), o álcool é considerado uma das principais causas evitáveis de defeitos congênitos, assim como alterações no desenvolvimento da criança ao longo dos anos (5), transformando-se em sério problema de saúde pública (2).

A quantidade segura de álcool que uma gestante pode consumir não está definida na literatura, por isso recomenda-se abstinência total durante toda a gravidez (4,6). Sabe-se que essa substância pode causar anomalias faciais, restrição de crescimento, mau desenvolvimento do sistema nervoso central, anormalidades comportamentais e defeitos congênitos nos recém-nascidos (5,7,8).

Embora o consumo de álcool pelas gestantes possa levar a graves consequências tanto para seu concepto como para elas mesmas, a maioria dos profissionais de saúde não dá a devida importância em investigá-lo (9,10). Devido ao preconceito sobre o uso exagerado ser maior na gestação, perguntas diretas sobre o consumo de bebidas alcoólicas dirigidas à gestante não são a estratégia mais adequada; dessa forma, há a necessidade de usar questionários estruturados específicos para este fim (9).

O conhecimento sobre o consumo de bebidas alcoólicas entre gestantes e seus relativos efeitos sobre o recém-nascido é fundamental para analisar a população em estudo e auxiliar na elaboração de ações eficazes para minimizar esse hábito nocivo do contexto da saúde materno-infantil.

Desse modo, o objetivo deste estudo foi investigar o consumo de bebida alcoólica na gestação em puérperas atendidas em um Hospital Público de Santa Maria-RS, e associar os fatores socioeconômicos e culturais, o estado nutricional pré-gestacional e no final da gestação das puérperas e dos recém-nascidos.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de delineamento transversal feita com puérperas e recém-nascidos (RN), atendidos em um Hospital Público da cidade de Santa Maria-RS, localizado na zona norte e serviço de referência, principalmente para a população do território, realizando, em média, 45 partos mensais.

A amostra foi composta por puérperas adultas e adolescentes e seus RNs internados no alojamento conjunto da maternidade do Hospital, excluindo as que tiveram gestações gemelares, e determinada a partir de amostragem aleatória simples.

Para o cálculo amostral, considerou-se 26% de consumo de bebida alcoólica na gestação (9), para uma população de 176 puérperas do hospital, com 95% de nível de confiança e um erro estimado em ±10%, estabelecendo a necessidade de uma amostra mínima de 63 puérperas.

A coleta de dados ocorreu nos meses de julho a outubro de 2011, em duas etapas concomitantes; a primeira foi uma entrevista realizada por uma das pesquisadoras com cada puérpera previamente selecionada nas primeiras 48 horas após o parto e antes da alta hospitalar, enquanto que a segunda etapa consistiu na análise do prontuário dos recém-nascidos cujas mães foram entrevistadas.

A entrevista ocorreu através de dois questionários: o primeiro, de autopreenchimento, referiu-se ao rastreamento de casos de uso de bebida alcoólica, o instrumento utilizado foi o TWEAK (*Tolerance, Worry, Eye-opener, Amnesia e Kut Down*), proposto por Russel *et al.* (11), específico para o uso na gravidez adaptado e validado para uso no Brasil por Moraes, Reichenheim e Viellas (12).

O TWEAK é composto por cinco itens (*Tolerance* – Tolerância*, Worry* – preocupação*, Eye-opener* – desejo de beber pela manhã*, Amnesia* – esquecimento*,* e *Kut Down* – desejo de interromper o consumo), cada um corresponde a uma pergunta. Para pontuação, considera-se de zero a dois pontos para a primeira questão e um ponto para as subsequentes; a pontuação máxima é de seis pontos e considera um caso positivo quando atinge a pontuação de dois pontos. Quando classificado em positivo, denota que a mulher consumia bebidas alcoólicas na gestação, e negativo para a mulher que não consumia (11).

O segundo questionário foi elaborado especificamente para a pesquisa, com dados de identificação, socioeconômicos e culturais, histórico gestacional, e saúde da puérpera. Entre os itens do histórico gestacional, foram questionados a altura, o peso antes da gestação e o peso no final da gestação ou na última consulta do pré-natal da puérpera. Com esses dados, calculou-se o estado nutricional pré-gestacional, segundo IOM/1992, (13) e no final da gestação, conforme WHO/1995 (14). Além disso, calculou-se o ganho de peso durante a gestação segundo WHO/1995 (14) e classificou-se em insuficiente, suficiente e superior em relação ao recomendado.

Na segunda etapa, foram analisados os prontuários dos recém-nascidos através dos dados antropométricos: peso ao nascer (PN), perímetro cefálico (PC), perímetro torácico (PT) e comprimento (C); tipo de parto, idade gestacional e sexo. Para classificar o estado nutricional dos RN, foram utilizadas as curvas propostas por Pedreira *et al.* (15), e os resultados obtidos foram classificados segundo OMS/2006 (16). A classificação do peso ao nascer e da idade gestacional foi obtida através das recomendações propostas pela OMS/2006 (16).

A análise dos dados foi feita por meio do programa de estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 18.0. A descrição das variáveis numéricas foi realizada pelo uso de média aritmética, desvio-padrão, índices abso-

lutos e percentuais. Utilizou-se o teste qui-quadrado para comparar as variáveis qualitativas e o test t de Student para comparar os valores médios (variáveis independentes), ambos segundo os grupos de puérperas TWEAK positivo e TWEAK negativo, e o nível de significância adotado foi de 5%.

Conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/1996, a pesquisa apresenta risco mínimo, e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, sob registro nº 098.2011.2. As puérperas concordaram em participar mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e para as participantes menores de 18 anos, foi requerido o seu assentimento em realizar a pesquisa e também foi solicitado o consentimento dos pais ou responsável.

RESULTADOS

Participaram do estudo 66 puérperas; destas, 15 (22,7%) apresentaram o teste TWEAK positivo, ou seja, consumiram bebida alcoólica na gravidez, e 51 (77,3%) não consumiram bebidas alcoólicas (TWEAK negativo). A idade média das puérperas foi de 24,09 ± 6,79 anos, sendo a maioria (56%) das mulheres residentes de Santa Maria. Na Tabela 1, encontram-se os dados socioeconômicos e culturais das puérperas e a relação entre consumo de bebida alcoólica e essas variáveis.

Tabela 1 – Dados socioeconômicos e culturais da amostra (n=66) e conforme a classificação do TWEAK de puérperas atendidas em uma maternidade de Santa Maria-RS (no ano de 2011).

	PUÉRPERAS (n=66)	TWEAK POSITIVO (n=15)	TWEAK NEGATIVO (n=51)	
Variável	**n(%)**	**n(%)**	**n(%)**	**p***
Faixa etária				
Adultas	56 (85)	11(73)	45(88)	0,15
Adolescentes	10(15)	4(27)	6(12)	
Escolaridade				
Ensino Fundamental	33(50)	7(47)	26(51)	0,64
Ensino Médio	31(47)	7(47)	24(47)	
Ensino Superior	2(3)	1(6)	1(2)	
Profissão/Ocupação				
Dona de casa/desempregada	35(53)	6(40)	29(57)	0,30
Doméstica	4(6)	2(13)	2(4)	
Estudante	11(17)	4(27)	7(14)	
Outra	16(24)	3(20)	13(25)	
Participação na renda				
Sim	19(29)	4(27)	15(29)	0,83
Renda				
até 1 salário mínimo	15(23)	3(20)	12(23)	0,22
de 01 a 03 salários	39(59)	7(47)	32(63)	
de 04 a 10 salários	12(18)	5(33)	7(14)	
Estado civil				
Solteira	55(83)	13(86)	42(82)	0,11
Casada	10(15)	1(7)	9(18)	
Divorciada	1(2)	1(7)	0(0)	
Situação conjugal				
Vive com companheiro	53(80)	12(80)	41(80)	0,97
Não vive com companheiro	13(20)	3(20)	10(20)	
Cor/Raça				
Branca	49(74)	11(73)	38(74)	0,87
Negra	11(17)	3(20)	8(16)	
Mulata/Parda	6(9)	1(7)	5(10)	
Religiosidade				
Sim	38(58)	8(53)	30(59)	0,70

* Valores que apresentaram significância estatística (p<0,05). Para comparação dos grupos, utilizou-se o teste qui quadrado.

Pode-se observar que a população de estudo caracterizou-se por ter um grande contingente de mulheres adultas, de baixa escolaridade, sem emprego ou ocupação, que não participam da obtenção da renda familiar, com renda de 01 a 03 salários mínimos, solteiras, que vivem com companheiro, da cor/raça branca e que praticam alguma religião. Entretanto, os dados não obtiveram diferença estatística significativa em nenhuma das variáveis quando comparados entre as mulheres que consumiam bebida alcoólica e as que não consumiam.

Na Tabela 2, pode-se observar os dados referentes à saúde e ao histórico gestacional das puérperas e o consumo de bebida alcoólica e estas variáveis. Verifica-se diferença estatística significativa para o número de consultas no pré-natal, já que 84% das mulheres que não consumiam bebidas alcoólicas na gestação tiveram seis ou mais consultas.

Tabela 2 – Dados referentes à saúde e ao histórico gestacional da amostra (n=66) e conforme a classificação do TWEAK de puérperas atendidas em uma maternidade de Santa Maria-RS (no ano de 2011).

Variável	PUÉRPERAS (n=66)	TWEAK POSITIVO (n=15)	TWEAK NEGATIVO (n=51)	p
Realizou pré-natal**				
Sim	64 (97)	15(100)	49 (96)	0,43
Consultas pré-natal**				
Menos de seis	15 (23)	7 (47)	8 (16)	0,01*
Seis ou mais	49(74)	8 (53)	41 (84)	
Nº de filhos**				
1º filho	34 (51)	9 (60)	25(49)	0,72
2 a 4 filhos	27 (41)	5(33)	22(43)	
4 a 6 filhos	2 (3)	0(0)	2(4)	
Mais de 6 filhos	3 (5)	1(7)	2(4)	
História de aborto**				
Sim	9 (14)	2 (13)	7(14)	0,96
Gravidez planejada**				
Sim	27 (41)	3(20)	24(47)	0,06
Tratamento para engravidar**				
Sim	2 (3)	0(0)	2(4)	0,43
Fumante**				
Sim	15 (23)	7(47)	8(16)	0,01*
Não	51(77)	8(53)	43(84)	
Intercorrências na gestação**				
Sim	19 (29)	8(53)	11(22)	0,01*
Não	47(71)	7(47)	40(78)	
Peso pré-gestacional (kg)***	60,73±8,93	56,63±7,6	61,94±9,0	0,04*
Imc pré-gestacional (kg/m²)***	23,05±3,36	21,26±2,2	23,57±3,4	0,01*
Estado nutricional pré-gestacional**				
Baixo peso	6 (9)	4(27)	2(4)	0,04*
Normal	48(73)	10(67)	38(74)	
Sobrepeso	9(14)	1(6)	8(16)	
Obesidade	3(4)	0(0)	3(6)	
Peso no final da gestação (kg)***	74,14±10,36	70,97± 9,8	75,10±10,4	0,17
Imc no final da gestação (kg/m²)***	28,13±03,97	26,73±3,6	28,54 ±03,9	0,12
Estado nutricional no final da gestação**				
Baixo peso	14(21)	6(40)	8(16)	0,21
Normal	28(42)	6(40)	22(44)	
Sobrepeso	13(20)	2(13)	11(22)	
Obesidade	10(15)	1(7)	9(18)	
Ganho de peso**				
Insuficiente	12(18)	5(33)	7(14)	0,05*
Suficiente	30(45)	3(20)	27(54)	
Superior	23(35)	7(47)	16(32)	

*Valores que apresentaram significância estatística (p<0,05) **Valores apresentados em n (%); para comparação dos grupos, utilizou-se o teste qui quadrado *** Valores apresentados em média ± DP; para comparação dos grupos, utilizou-se o teste t de Student.

Observa-se associação estatística significativa entre o consumo de bebidas alcoólicas e o tabagismo, demonstrada pelo alto número de fumantes dentre as consumidoras de bebidas alcoólicas, e, inversamente, pela maioria das mulheres que não consumiam bebidas alcoólicas não serem fumantes.

O estudo mostrou, de forma significativa, que 78% das mulheres que não consumiam também não apresentaram intercorrências neste período, como descolamento prematuro da placenta, hipoglicemia e pré-eclampsia.

Verifica-se que as mulheres que consumiam bebidas alcoólicas durante a gestação (TWEAK positivo) tiveram a média do peso e do IMC pré-gestacional significativamente menor do que as que não consumiam. Do mesmo modo, a maioria das mulheres que foram classificadas com baixo peso pré-gestacional consumia essas substâncias. Além disso, praticamente todas as mulheres que foram classificadas com sobrepeso ou obesidade não consumiam bebidas alcoólicas, sendo estatisticamente significativo.

Quanto às variáveis antropométricas no final da gestação, não se encontrou nenhuma associação estatística significativa. Já para o ganho de peso na gestação, pode-se observar significativamente que a maioria das mulheres que não consumiam bebidas alcoólicas obteve ganho de peso suficiente para seu estado nutricional.

Na Tabela 3, estão descritas as variáveis referentes ao consumo de bebidas alcoólicas das puérperas e o TWEAK positivo e negativo. Pode-se observar que 87% das mulheres que consumiam bebidas alcoólicas também residiam com consumidores dessas bebidas, sendo estatisticamente significativo. O tipo de bebida, a frequência do consumo e a ocasião em que estas são consumidas não influenciaram o consumo das puérperas que residiam com consumidores de bebidas alcoólicas (n= 42) durante a gestação.

Quanto aos recém-nascidos, 26 (39,4%) eram do sexo feminino, enquanto que 40 (60,6%) do sexo masculino; na Tabela 4, estão descritas as variáveis referentes aos recém-nascidos e ao consumo de bebidas alcoólicas pelas puérperas. Neste estudo, a amostra de recém-nascidos foi predominantemente caracterizada por crianças do sexo masculino, que nasceram de parto vaginal, a termo, com PN adequado, AIG, médias de PC, PT, C e PN conforme as recomendações.

Constata-se que a grande maioria dos RN classificados em pré-termo era filho daquelas que consumiam bebidas alcoólicas, enquanto que 96% dos RN filhos das que não consumiam foram classificados a termo, sendo esta associação estatisticamente significativa. Além disso, as médias do PN e do PT dos RNs de mães que consumiram bebidas alcoólicas foram significativamente menores que as médias dos RNs de mães que não consumiam.

Tabela 3 – Dados referentes ao consumo de bebidas alcoólicas da amostra (n=66) e conforme a classificação do TWEAK de puérperas atendidas em uma maternidade de Santa Maria-RS (no ano de 2011).

	PUÉRPERAS (n=66)	TWEAK POSITIVO (n=15)	TWEAK NEGATIVO (n=51)	
Variável	**n(%)**	**n(%)**	**n(%)**	**p**
Alcoolismo na família				
Sim	28(42)	8(53)	20(39)	0,33
Família consome bebida alcoólica				
Sim	42(64)	13(87)	29(57)	0,03*
Tipo de bebiba mais consumida pela família				
Cerveja	36(54)	10(77)	26(90)	0,27
Vinho	1(2)	0(0)	1(3)	
Cachaça	5(8)	3(23)	2(7)	
Frequência que a família consome				
Diariamente	4(6)	2(15)	2(7)	0,13
Semanalmente	32(49)	9(70)	23(79)	
Quinzenalmente	2(3)	0(0)	2(7)	
Mensalmente	2(3)	2(15)	0(0)	
Raramente	2(3)	0(0)	2(7)	
Ocasião que a família consome				
Em festas	19(29)	4(31)	15(52)	0,45
Em casa	13(20)	5(38)	8(27)	
Em reuniões com amigos	10(15)	4(31)	6(21)	
Acredita que o álcool pode prejudicar o recém-nascido				
Sim	61(92)	13(87)	48(94)	0,33

*Valores que apresentaram significância estatística (p<0,05). Para comparação dos grupos, utilizou-se o teste qui quadrado.

Tabela 4 – Dados referentes aos recém-nascidos da amostra (n=66) e conforme a classificação do TWEAK de puérperas atendidas em uma maternidade de Santa Maria-RS (no ano de 2011).

Variável	PUÉRPERAS (n=66)	TWEAK POSITIVO (n=15)	TWEAK NEGATIVO (n=51)	p
Tipo de parto**				
Vaginal	57(86)	12(80)	45 (88)	0,41
Cesário	9(14)	3(20)	6(12)	
Idade gestacional (semanas)***	38,67±1,19	38,07 ±1,58	38,84±1,0	0,08
Classificação idade gestacional**				
Pós-termo	1(1)	0(0)	1(2)	0,006*
Termo	60(91)	11(73)	49(96)	
Pré-termo	5(8)	4(27)	1(2)	
Peso ao nascer(g)***	3189,09± 413,44	2921,67± 378,52	3267,75± 392,84	0,004*
Classificação peso ao nascer**				
Baixo peso ao nascer	14(21)	5(33)	9(18)	0,17
Peso insuficiente	8(12)	3(20)	5(10)	
Peso adequado	44(67)	7(47)	37(72)	
Classificação peso para idade gestacional**				
Pequeno para idade gestacional	5(8)	2(13)	3(6)	0,55
Adequado para idade gestacional	60(91)	13(87)	47(92)	
Grande para idade gestacional	1(1)	0(0)	1(2)	
Perímetro cefálico(cm)***	34,23±1,38	33,93±1,43	34,31±1,36	0,35
Perímetro torácico(cm)***	33,97±1,73	32,93±2,01	34,27±1,53	0,008*
Comprimento(cm)***	48,22±1,98	47,57±1,78	48,41±2,01	0,15

*Valores que apresentaram significância estatística (p<0,05) **Valores apresentados em n (%); para comparação dos grupos, utilizou-se o teste qui quadrado *** Valores apresentados em média ± DP; para comparação dos grupos, utilizou-se o teste t de Student.

Tabela 5 – Análise da classificação de peso ao nascer entre as mulheres tabagistas (n=15), com TWEAK positivo ou negativo.

Variável	PN Baixo	PN Insuficiente	PN Adequado	Total (n=15)	p **
TWEAK POSITIVO*	4 (57,1)	2 (28,6)	1 (14,3)	7 (47)	0,300
TWEAK NEGATIVO*	2 (25)	2 (25)	4 (50)	8 (53)	0,849

PN: Peso ao Nascer * Valores apresentados em n(%). ** Valores que apresentam significância estatística (p<0,05).

Tendo em vista que 23% das puérperas pesquisadas (n=66) eram tabagistas e 47% das puérperas que consumiam bebidas alcoólicas também eram tabagistas, descreve-se na Tabela 5 a análise da classificação de peso ao nascer entre as mulheres tabagistas (n=15), com TWEAK positivo ou negativo.

Pode-se observar que 85,7% (entre os 57,1% com PN Baixo e os 28,6% com PN insuficiente) das mulheres tabagistas e que consumiam bebidas alcoólicas tiveram filhos com PN abaixo do recomendado, e que 50% (entre os 25% com PN Baixo e os 25% com PN insuficiente) das mulheres tabagistas, mas que não consumiam bebidas alcoólicas, tiveram filhos PN abaixo do recomendado.

Ao mostrar que o fumo pode ter alterado isoladamente o PN de 50% dos RN filhos de mulheres tabagistas, entretanto, não houve diferenças estatísticas significativas.

DISCUSSÃO

A prevalência do consumo de álcool na gestação reportada na literatura varia cerca de 7,0 a 30%, conforme o instrumento de detecção utilizado e o contexto de investigação (6,7,9,17). Deve-se levar em consideração que esses valores podem ter sido subestimados, já que questões relacionadas ao uso de bebidas alcoólicas são geralmente constrangedoras, principalmente para a gestante, que pode possuir sentimentos de culpa e vergonha, além do medo de perder a guarda do filho (2).

Enfatiza-se a importância da utilização de instrumentos de rastreamento para uso específico na gravidez e da comparação de estudos que utilizaram o mesmo método (9). Utilizando o TWEAK como instrumento em hospitais públicos, Moraes e Reichenheim (9) encontraram 26,1%

de mulheres que consumiram bebidas alcoólicas durante a gestação. Da mesma forma, Moraes, Reichenheim e Viellas (12) constataram prevalência de 21,8% de consumidoras de bebidas alcoólicas neste período, dados semelhantes ao observado no presente estudo.

Quanto às variáveis socioeconômicas e culturais, o presente estudo encontrou dados diferentes do citado na literatura, onde a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas na gestação é maior em mulheres de baixa escolaridade (2,7,9); idade mais avançada e que não se declararam brancas (9); que não viviam com companheiro (6,7,9); com menor renda familiar (2,17) e não praticantes de alguma religião (2,18).

Estudo de Leonardson e Loudenburg (19) demonstrou uma associação estatística significativa do consumo de bebida alcoólica na gravidez entre mulheres solteiras ao compará-las com casadas, provavelmente porque a gestação em mulheres solteiras, em geral, está associada a outros fatores de risco para o consumo de bebida alcoólica, como baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico e gravidez indesejada, fato que não foi constatado por Gouvea *et al.* (17), assim como no presente estudo.

O resultado encontrado para o número de consultas no pré-natal e a associação com o consumo de bebidas alcoólicas das mulheres estão em consonância com a literatura que indica que mulheres que consomem álcool têm o início do pré-natal mais tardio, e fazem um número menor de consultas (7).

Os achados deste estudo não obtiveram associação entre mães de primogênitos, história de aborto, não planejamento da gravidez, e não realização de tratamentos para engravidar e o consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação, dados em discrepância com a literatura (7,9).

Da mesma forma que o presente estudo, pesquisas também constataram associação entre tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas (3,7,9). O uso de tabaco pelas puérperas do estudo (23%) vem ao encontro da pesquisa de Zhang *et al* (20) que encontrou prevalência de 23,3% de fumantes na gravidez.

O estudo mostrou, de modo significativo, que a maioria das mulheres que não consumiam bebidas alcoólicas na gestação não apresentou intercorrências neste período, fato que pode ser explicado, pois mulheres que consomem bebidas alcoólicas, assim como as que são tabagistas na gestação, estão mais propensas a terem complicações, já que essas substâncias causam alterações no metabolismo materno, alterações na formação e nutrição da placenta (21).

Essas alterações podem provocar deficiência no crescimento intrauterino e predisposição ao descolamento prematuro da placenta, além do aumento significativo da incidência de rotura prematura de membranas (21).

O estudo mostrou que as mulheres que consumiam bebidas alcoólicas na gestação tiveram a média do peso e do IMC pré-gestacional menor do que as que não consumiam. Além disso, praticamente todas as mulheres que foram classificadas com sobrepeso ou obesidade não consumiam bebidas alcoólicas, ao contrário da literatura, que indica que as mulheres têm um acúmulo de gordura maior quando ingerem bebidas alcoólicas (22).

Entretanto, ressalta-se que o estudo investigou somente se a puérpera consumiu ou não bebida alcoólica, não foram questionadas sobre o tipo, a quantidade e a forma de consumo dessas bebidas. Esses fatores podem estar envolvidos com o ganho de peso de um indivíduo, justificando o estado nutricional.

Apesar de estudos indicarem que um dos fatores de risco para o consumo de bebidas alcoólicas é ter história familiar de alcoolismo (23), neste estudo não se encontrou esta associação. Contudo, a maioria das mulheres que consumiam bebidas alcoólicas residia com consumidores dessas bebidas; do mesmo modo, Mesquita e Segre (7) também encontraram esta associação, que pode ser explicada, pois, geralmente, é no ambiente familiar que o sujeito tem contato com a bebida (17).

No presente estudo, evidenciou-se que as mulheres que consumiam bebidas alcoólicas tiveram filhos com PN, PT e idade gestacional menores quando comparados com os filhos de mães que não consumiam. Em estudo realizado por Mesquita e Segre (7), utilizando o questionário para detecção de consumo de bebidas alcoólicas na gestação T--ACE (*Tolerance, Annoyed, Cut-down e Eye-opener)*, não foram encontradas diferenças estatísticas entre as medidas antropométricas dos recém-nascidos e as mães T-ACE positivas ou negativas. No entanto, quando se considerou a quantidade de álcool consumida pelas puérperas, observou-se que quanto maior o consumo de bebidas alcoólicas, menores o PN, o PC e o C dos RN.

Estudo realizado por Freire *et al* (6) encontrou que filhos de mães que usaram álcool na gravidez tiveram PN, PC e C menores do que aquelas que não consumiram; todavia, apenas o C apresentou redução significativa. No estudo de Zhang *et al* (20), o consumo de álcool na gestação afetou adversamente o PN, PC e C das crianças.

Na gestação, o consumo de bebidas alcoólicas apresenta um grave risco à saúde do feto, já que, depois de ser ingerido, o álcool atravessa a barreira placentária, e o feto atinge os mesmos níveis de concentração alcoólica que a mãe (24). Tendo em vista que o metabolismo fetal é mais lento (24), devido à placenta apresentar capacidade limitada para metabolização do álcool e o fígado fetal ainda não possuir um sistema eficaz para metabolizá-lo (25), ocorre retardo na eliminação dessa substância tóxica. Com isso, o líquido amniótico fica impregnado de álcool em um tempo de exposição maior no feto (24).

A exposição ao álcool na gestação está relacionada à redução pondo-estatural do recém-nascido (26) e, além disso, apresenta efeitos teratógenos comportamentais, porém nem sempre estes se manifestam na primeira infância. Desse modo, problemas cognitivos podem surgir em idade escolar, comprometendo o desempenho profissional e a vida social, em qualquer faixa etária (25).

Deve-se considerar, ainda, que mulheres que consumiram bebidas alcoólicas na gestação também poderão per-

manecer com este hábito durante a amamentação, ocasionando grave risco ao crescimento e desenvolvimento dos recém-nascidos (27), pois, de forma geral, estima-se que cerca de 2% do álcool consumido é transferido para o leite materno (28).

Estudos segurem que crianças expostas ao álcool mamam cerca de 20% menos (28) e que o álcool, assim como outras drogas, pode reduzir a produção de leite (29). Devido ao crescimento do lactente estar diretamente relacionado à produção e à ingestão do leite materno, o consumo de álcool pode representar risco de déficit ponderal, principalmente durante o puerpério imediato, época mais sensível para a supressão da lactação (29).

Observou-se no estudo que o tabagismo também pode estar associado aos achados, visto que, assim como o consumo de bebida alcoólica, pode influenciar no estado nutricional do recém-nascido (20).

Aspecto limitante deste estudo deve ser mencionado: por ter sido realizado em somente um local, a pesquisa apresentou o mesmo perfil de mulheres, justificando supostamente a inexistência de relações entre os dados socioeconômicos e culturais e o consumo de bebidas alcoólicas, já que a maioria das puérperas era semelhante segundo esses fatores.

De acordo com os dados apresentados, as mulheres atendidas pelo hospital são predominantemente de baixa renda, com pouca escolaridade e donas de casa. Contudo, verificou-se que a maioria das mulheres entrevistadas realizou pré-natal (97%) e mais de seis consultas (74%).

Ressalta-se que o serviço de saúde em questão trata-se de um hospital-escola, com atividades educativas desenvolvidas pelos acadêmicos para a população e especificamente para as gestantes. Aliada a isso, a realização do pré-natal também pode ter contribuído para a inexistência de relações com outros fatores de risco sobre o uso de bebidas alcoólicas observadas no presente estudo.

CONCLUSÕES

Tendo em vista algumas limitações do uso de questionários para o rastreamento do consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação, como levar as entrevistadas a omitir informações com receio de sofrer preconceitos (9), sugere-se associar a outras formas de detecção, como a utilização de biomarcadores (30). Entretanto, estes ainda não foram identificados e validados para uso em gestantes e recém-nascidos (25), sendo, ainda, pouco aplicáveis.

O estudo mostrou que uma importante parcela das puérperas atendidas em um hospital público do município de Santa Maria, RS, consumia bebidas alcoólicas durante a gestação. Identificou-se que as mulheres que consumiam bebidas alcoólicas tinham peso e IMC médio pré-gestacional menores e estado nutricional pré-gestacional classificado como baixo peso. Da mesma forma, eram predominantemente fumantes e residiam com consumidores de bebidas alcoólicas.

O consumo de bebidas alcoólicas pelas puérperas durante a gestação esteve associado a recém-nascidos pré-termos, com peso ao nascer e perímetro torácico menor, quando comparados aos recém-nascidos de mães que não consumiam bebidas alcoólicas.

Esta pesquisa mostrou-se de suma importância por apontar associações especificamente para a população em estudo; no entanto, não se pode afirmar que as variáveis estudadas influenciam diretamente o consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação e os efeitos nos recém-nascidos, pois estas estão ligadas a outros fatores complexos, como tabagismo, ambiente familiar, patologias associadas, drogas, entre outros.

Com o conhecimento dessas associações, pode-se enfatizar sobre a importância da abordagem deste assunto pelos profissionais da saúde no atendimento à gestante, devendo-se explicar desde a primeira consulta sobre os riscos e as consequências que o consumo de bebidas alcoólicas na gestação pode trazer para elas e para seu concepto. Pois, através desta simples intervenção, muitas mulheres podem ser encorajadas a diminuir ou até cessar o consumo de álcool na gestação.

Destaca-se que, como é característico dos estudos de delineamento transversal, o presente estudo não pode garantir causalidade entre as variáveis e, sim, mostrar associações. Portanto, sugere-se a realização de pesquisas com variáveis bem controladas e que abranjam todas as regiões e hospitais da cidade, para se obter um panorama geral sobre o consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação do município de Santa Maria, e, com base nisso, propor ações na assistência à saúde voltadas para a prevenção.

O presente trabalho não apresenta conflito de interesse e não recebeu nenhum tipo de apoio financeiro.

REFERÊNCIAS

1. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R, Duarte PC. Apresentação. In: SENAD, ed. I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/populacao_brasileira/Padroes_consumo_alcool_populacao_brasileira/327716.pdf.
2. Fabbri CE. Desenvolvimento e validação de instrumento para rastreamento do uso nocivo de álcool durante a gravidez (T-ACE). Tese de Mestrado (2001). Ribeirão Preto, USP.
3. Fiorentim C F, Vargas D. O uso de álcool entre gestantes e os seus conhecimentos sobre os efeitos do álcool no feto. Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2006; 2(2). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762006000200006&lng=pt&nrm=iso
4. Nascimento FA, Almeida MC, Souza JG, Lima JMB, Santos RS. A enfermeira pediatra cuidando de crianças/ adolescentes com Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). Esc Anna Nery. 2007; 11(4): 619-624. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000400010&lng=en
5. Thackray H, Tifft C. Fetal alcohol syndrome. Pediatr Rev. 2011; 22 (2): 47-55.
6. Freire TM, Machado JC, Melo EV, Melo DG. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(7): 376-381.
7. Mesquita MA, Segre CAM. Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de ma-

ternidade pública da cidade de São Paulo. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2009; 19(1): 63-77.
8. Brasil – Ministério da Saúde. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
9. Moraes CL, Reichenheim ME. Rastreamento do uso de álcool em gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. Rev Saúde Pública. 2007; 41(5): 695-703.
10. Kaup ZOL, Merigui MAB, Tsunechiro MA. Avaliação do consumo de bebida alcoólica durante a gravidez. Rev Bras Ginecol Obstet. 2001; 23(9): 575-580.
11. Russell M, Martier SS, Sokol RJ, Mudar P. Bottons S, Jacobson S, *et al*. Screening for pregnancy risk-drinking. Alcohol Clin Exp Res. 1994; 18(5): 1156-61.
12. Moraes GL, Reichenheim ME, Viellas EF. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE, and TWEAK in a Brazilian setting. J Stud Alcohol. 2005; 66 (2):165.
13. Institute of Medicine (IOM). Nutrition during pregnancy and lactation. An implementation guide. Washington, D.C.: National Academy Press. 1992: 133.
14. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Genebra: WHO, Technial Report Series. 1995; 854.
15. Pedreira C, Pinto FA, Pereira SP, Costa ES. Birth weight patterns by gestational age in Brazil. Acad Bras Cienc. 2011; 83(2): 619-625.
16. Brasil – Ministério da Saúde. CGPAN. Incorporação das curvas de Crescimento da Organização Mundial da Saúde de 2006 e 2007 no SISVAN. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/documentos/curvas-oms-2006-2007.
17. Gouvea PB. Souza SND, Haddad MCL, Mell DF. Avaliação do Consumo de álcool entre gestantes cadastradas no SISPRENATAL em Londrina/PR. Cogitare Enferm. 2010; 15(4): 624-30.
18. Silva CS, Ronzan TM, Furtado EF, Aliane PP, Moreira-Almeida A. Relação entre prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em gestantes. Rev Psiq Clín. 2010; 37(4):152-6.
19. Leonardson G, Loudenburg R. Risk factors for alcohol use during pregnancy in a multistate area. Neurotox Teratol. 2003; 25(6):651-58.
20. Zhang L, González-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Beskow B, Larentis N *et al*. Tabagismo materno durante a gestação e medidas antropométricas do recém-nascido: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2011; 27(9): 1768-1776.
21. Naeye R. Abruptio placentae and placenta praevia: frequency, perinatal mortality and cigarette smoking. Obstetr Ginecol. 1980; 55: 701-704.
22. Feinman L, Lieber CS. Ethanol and lipid metabolism. Am J Clin Nutr. 1999; 70:791-2.
23. Lopes TD, Arruda PP. As repercussões do uso abusivo de drogas no período gravídico/puerperal. Rev Saúde e Pesquisa. 2010; 3(1): 79-83.
24. Chaudhuri J. Alcohol and developing fetus: a review. Med Sci Monitor. 2000; 6(5): 1031-1041.
25. Segre CAM. Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido. Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.spsp.org.br/downloads/alcool.pdf
26. Burgos MPA, Medeiros MC, Bion FM, Pessoa DC. Efeitos das bebidas alcoólicas em mães lactantes e suas repercussões na prole. Rev Bras Saude Matern Infant. 2002; (2):129-35.
27. Del Ciampo LA, Ricco RG, Ferraz IS, Daneluzzi JC, Martinelli Junior CE. Prevalência de tabagismo e consumo de bebida alcoólica em mães de lactentes menores de seis meses de idade. Rev. Paul Pediatr. 2009; 27(4):361-365.
28. Kachani AT, Okuda LS, Barbosa ALR, Brasiliano S, Hochgraf PB. Aleitamento materno: quanto o álcool pode influenciar na saúde do bebê? Pediatria. 2008; 30: 249-56.
29. Chaves RG, Lamounier JA. Uso de medicamentos durante a lactação. J Ped. 2004; 80: 189-98.
30. Best C; Laposata M. Fatty acid ethyl esters: toxic non-oxidative metabolites of ethanol and m6rkers of ethanol intake. Frontiers Biosc. 2003; 8: 202-17.

✉ Endereço para correspondência
Carolina Santos Altermann
Rua José Barachini, 267/alameda B/casa 200
97.060-475 – Santa Maria. RS – Brasil
☎ (55) 3220-9544 / (55) 8142-6368
💻 carolina_altermann@hotmail.com
Recebido: 15/8/2013 – Aprovado: 4/12/2013