

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

THIAGO ALFRADIQUE ROCHA

**ESTIMATIVA DE CONSUMO DE ÁLCOOL EM GESTANTES EM
MATERNIDADE DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS**

Duque de Caxias
2018

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

THIAGO ALFRADIQUE ROCHA

**ESTIMATIVA DO CONSUMO DE ÁLCOOL EM GESTANTES EM
MATERNIDADE DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS**

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de
Curso II como um dos requisitos para a conclusão do Curso de
Medicina.

Orientador: Professor Isaías Soares de Paiva

Duque de Caxias
2018

TCC
610
R622
941

EXEMPLAR
1033

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

THIAGO ALFRADIQUE ROCHA

**ESTIMATIVA DO CONSUMO DE ÁLCOOL EM GESTANTES EM
MATERNIDADE DO MUNICIPIO DE DUQUE DE CAXIAS**

Aprovado pela banca:

Prof. _____.

Prof. _____.

Em _____ de _____ 2018.

Duque de Caxias
2018

DEDICATÓRIA

A minha família Giane Alfradique, Ismael Rocha, Letícia Alfradique, Lauricea Alfradique e Nilza Pires, ao meu orientador Isaías Soares de Paiva, aos meus amigos Flávia Ramos e Letícia Veríssima, assim como a cada paciente que se propôs a ser entrevistada

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado a vida, a liberdade de pensamento e a fé. Aquele que sonda o coração e convence sobre o Amor me traz para o Seu caminho estreito. Aquele que me presenteia com um olhar sobre o paciente e a medicina com mais humanidade e me lembra de que sozinho eu não veria essa imagem com as mesmas cores. Obrigado por me ajudar a enxergar sentido por onde tenho passado.

A universidade, por ter me aceitado como parte do corpo discente, após o período de estudos para vestibular, e por ter me dado oportunidade de conviver com pacientes e muitas referências de ensino. Obrigado a todo o corpo de direção, docente e administração por auxílios e direcionamentos.

Ao meu orientador Dr. Isaías Soares de Paiva, por todo incentivo em trabalhos e, especialmente, pelo suporte dado a essa pesquisa. Agradeço por todo o tempo dedicado e ao interesse na qualidade da minha formação. Sem a sua orientação, nada disso seria possível. Obrigado por toda a disponibilidade, confiança, pela parceria por horas a fio, pelos sábios conselhos profissionais e por, inclusive, ter aberto a sua casa para me orientar. O Sr. é melhor orientador que um aluno pode contar.

Aos meus pais, Ismael Rocha e Giane Alfradique, e a todos os demais que compõem o meu núcleo familiar, Leticia Alfradique, Lauricea Alfradique e Nilza Pires, por estenderem o seu amor com tanta entrega e por me ensinarem sobre compromisso e esmero. Obrigado pelo apoio sem medidas, pelo suporte físico e emocional e pela confiança no meu trabalho.

Aos meus parceiros de pesquisa, Flávia Ramos, Giselle Pires e Danilo Caillaux, que compraram e constroem esse projeto junto comigo.

A todos que, diretamente ou indiretamente, contribuíram para a realização desse trabalho, como o Centro de Estudos e a direção do serviço de Obstetrícia do Hospital Municipal Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo, a cada enfermeira do setor e a cada participante entrevistada nos últimos meses.

*"Queres ser medico, meu filho?
Essa é a aspiração de uma alma generosa,
De um espírito ávido de ciência.
Tens pensado bem no que há de ser tua vida?
Esculápio.*

RESUMO

Introdução: O alcoolismo é um problema de saúde pública de escala mundial. O consumo de álcool na gestação é um problema de saúde pública, cada vez mais prevalente. A SAF pertence a um conjunto de síndromes caracterizadas pela presença de defeitos congênitos ocasionados pelo consumo materno de álcool durante a gravidez, incluindo retardo do crescimento e dismorfias faciais típicas. Há poucos estudos no Brasil sobre consumo de álcool na gestação. O uso de álcool na gestação é geralmente omitido pela mãe, necessitando de questionário específico. O T-ACE é um questionário validado para o Brasil. **Objetivos:** estimar o consumo de álcool em gestantes em maternidade de Duque de Caxias e correlacionar com o perfil materno, da gestação e do recém-nascido. **Métodos:** estudo observacional, descritivo, transversal. O consumo de álcool foi identificado a partir de escore ≥ 2 no questionário T-ACE. Os dados foram analisados no software SPSS e uso das estatísticas de Cochran e Mantel-Heenszel. **Resultados:** analisadas 127 puérperas, média de idade 23 anos, 64% com companheiro e 52% com nível de escolaridade fundamental. Pré-Natal realizado em 98,4%, com média de 7,0 consultas. Mais de 90% dos recém-nascidos classificados como Adequados para a Idade Gestacional. T-ACE positivo obtido em 62% das entrevistadas. Não houve nenhuma significância da análise estratificada do escore do T-ACE com as variáveis do perfil da mãe, da gestação, do parto e do recém-nascido. **Conclusão:** A prevalência de consumo de álcool de 62% é alta. As mães eram jovens, com companheiro e baixo nível de escolaridade; as gestações foram não desejadas, mas desejadas e o perfil dos neonatos foi na maioria com peso e comprimento adequados. Não houve correlação significativa do escore do T-ACE positivo e as variáveis analisadas.

Palavras-chave: uso de álcool na gestação, T-ACE, Síndrome Alcoólica Fetal.

ABSTRACT

Introduction: Alcoholism is a worldwide public health problem. Alcohol consumption during pregnancy is an increasingly prevalent public health problem. SAF belongs to a set of syndromes characterized by the presence of congenital defects caused by maternal alcohol consumption during pregnancy, including growth retardation and typical facial dysmorphism. There are few studies in Brazil on alcohol consumption during gestation. The use of alcohol in pregnancy is usually omitted by the mother, requiring a specific questionnaire. The T-ACE is a validated questionnaire for Brazil. **Objectives:** to estimate alcohol consumption in pregnant women in the maternity ward of Duque de Caxias and to correlate with the maternal, gestational and newborn profile. **Methods:** observational, descriptive, cross-sectional study. Alcohol consumption was identified from a score ≥ 2 on the T-ACE questionnaire. The data were analyzed in SPSS software and use of Cochran and Mantel-Heanszel statistics. **Results:** 127 puerperae were analyzed, mean age 23 years, 64% with partner and 52% with fundamental education level. Prenatal care was performed in 98.4%, with an average of 7.0 visits. More than 90% of newborns classified as Adequate for Gestational Age. Positive T-ACE obtained in 62% of the interviewees. There was no significance of the stratified analysis of the T-ACE score with the variables of the mother, gestation, delivery and newborn profile. **Conclusion:** The prevalence of alcohol consumption of 62% is high. The mothers were young, with a companion and low level of schooling; the pregnancies were unwanted but desired and the profile of the neonates was mostly of adequate weight and length. There was no significant correlation between the T-ACE positive score and the analyzed variables.

Key words: alcohol use during pregnancy, T-ACE, Fetal Alcohol Syndrome

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ADH1B – Alcool Desidrogenase 1B;
- AIG – Adequado para Idade Gestacional;
- AUDIT-C - The Alcohol Use Disorders Identification Test;
- BVS - Biblioteca Virtual em Saúde;
- CAGE - Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener;
- CYP2E1 - Citocromo P450;
- FASD - Fetal Alcohol Spectrum Disorder;
- GIG – Grande para Idade Gestacional;
- FIG – Pequeno para a Idade Gestacional;
- SAF – Síndrome Alcoólica Fetal;
- SAFP – Síndrome Alcoólica Fetal Parcial;
- T-ACE - Tolerance Cut-down, Annoyed e Eye-opener;
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- TWEAK - Tolerance Worry Eye-opener Annoyed Cut-down.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Variáveis do Perfil das Mães – Idade, Raça, Estado Civil e Nível de Escolaridade	14
Tabela 2 – Resultados dos dados da Gestação, do Parto e do Recém-Nascido	15
Tabela 3 – Dados do T-ACE relacionados ao consumo materno de Álcool	16
Tabela 4 – Escore Total do T-ACE	17
Tabela 5 – Análise estratificada das variáveis do perfil materno, da gestação e parto e do recém-nascido, correlacionadas com o score do T-ACE	17

LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES

APÊNCIDE 1 – Formulário de Coleta de Dados.....	26
ANEXO 1 – Questionário T-ACE.....	27

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	01
2 – REFERENCIAL TEÓRICO	03
3 – MATEIRAL E MÉTODOS	12
4 – RESULTADOS	14
5 – DISCUSSÃO	18
6 – CONCLUSÃO.....	21
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
9 – ANEXOS E APÊNDICES.....	26

1 – INTRODUÇÃO

O alcoolismo é um problema de saúde pública de escala mundial. O abuso e a dependência combinados afetam parte expressiva da população brasileira, gerando um grande custo social. O consumo de álcool pelas gestantes apresenta grandes chances de lesar o feto, levando a alterações físicas, cognitivas e comportamentais permanentes e irreversíveis¹.

A Síndrome do Alcoolismo Fetal (SAF) abrange uma série de características fenotípicas próprias assim como algumas variedades de sinais e sintomas o que promove conceituações diferentes como, por exemplo, a Síndrome do Alcoolismo Fetal Parcial (SAFP), o Transtorno do Neurodesenvolvimento Relacionado com o Álcool (TNRA) e Espectro de Desordens do Alcoolismo Fetal (FASD).

O termo SAF foi designado no início dos anos 70 para descrever um padrão observado em filhos de mães dependentes de álcool². A SAF pertence a um conjunto de síndromes caracterizadas pela presença de defeitos congênitos ocasionados pelo consumo materno de álcool durante a gravidez, incluindo retardo do crescimento e dismorfias faciais típicas. Soma-se a estes, alterações globais do funcionamento intelectual, em especial déficits de aprendizado, memória, atenção, além de dificuldades para a resolução de problemas e socialização. Os déficits em habilidades de aprendizagem persistem mesmo na adolescência e na maioridade^{3,4,5}.

O consumo de álcool durante a gravidez é um problema ainda subestimado e representa um risco sério para a saúde dos recém-nascidos, passivamente previsível⁶. O consumo de bebida alcoólica durante o primeiro trimestre de gravidez está comprovadamente associado ao aumento de risco de malformações fetais⁷. O consenso geral é que haja uma relação direta entre o consumo de álcool materno e o grau de teratogênese⁸. O diagnóstico clínico da SAF é baseado no fenótipo, que apresenta grande variabilidade de expressão.

A avaliação do consumo de álcool na gestação é problemática, considerando que muitas gestantes tem um conhecimento mínimo sobre perigo envolvendo essa prática e são comumente orientadas no Pré-Natal sobre o assunto. Nessa realidade, as que fizeram uso etílico, em geral, tendem a se sentirem-se culpadas e, assim, a negarem que houve o consumo. De forma a contornar essa questão, houve o desenvolvimento de questionários voltados para esse fim, sendo o T-ACE (*Tolerance Cut-down, Annoyed e Eye-opener*)³⁶ um dos mais aplicados.

O T-ACE consiste em um questionário constituído por quatro perguntas, que pontuam e fazem parte de um escore que varia de 0 a 5, intercaladas com treze outras perguntas sobre estilo de vida, que não pontuam e servem para amenizar a introdução do assunto. O T-ACE foi desenvolvido por Sokol RJ, em 1989³⁶, em um estudo que demonstrou que é mais sensível na detecção de níveis arriscados de consumo de álcool na gestação que o CAGE, o mais aplicado até então. Na realidade brasileira, o T-ACE mostrou-se validado, apresentando alta sensibilidade e especificidade, sendo considerado o mais adequado para a realidade do país³⁷.

Várias pesquisas em países em desenvolvimento na América do Norte e Europa têm encontrado uma prevalência do uso do álcool na gestação entre 0,5% e 62%^{58, 59, 60}. Nos EUA a prevalência estimada é de 10,2%¹². Nos países em desenvolvimento há poucos estudos que avaliem o consumo de álcool na gestação^{61, 21}. No Brasil são ainda há escassez de estudos sobre consumo materno de álcool na gestação e a prevalência relatada é de 46%²².

O objetivo deste estudo é estimar o consumo de álcool em gestantes em maternidades do município de Duque de Caxias e correlacionar as variáveis do perfil materno, da gestação, do parto e do recém-nascido com o escore obtido no T-ACE.

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

O alcoolismo é um problema de saúde pública de escala mundial, especialmente na sociedade ocidental, acarretando altos custos para a sociedade e governos, envolvendo questões nas áreas de Obstetrícia, Pediatria, Psiquiatria, Psicologia e outros profissionais da área de saúde e familiares. No Brasil, estima-se que o abuso de álcool nas 108 maiores cidades do país, em 2005, é superior a 70% (74,6%) com evidência de aumento progressivo e crescente. A prevalência de pacientes classificados como dependentes de álcool é de 12,3%, sendo 19,5% para o sexo masculino e 6,9% para o feminino⁹. Compreende-se, assim, que é altamente relevante a abordagem do alcoolismo feminino, principalmente durante a gestação¹⁰

2.1. O consumo de álcool pelo sexo feminino

O consumo de álcool nunca esteve restrito ao sexo masculino, porém, estudos sistemáticos relativos à dependência em mulheres são recentes, iniciados a cerca de 50 anos, e especificamente aqueles que buscam uma abordagem voltada às necessidades desse grupo começaram a surgir há menos de 20 anos^{9,10}. O consumo de álcool pelas gestantes apresenta grandes chances de lesar o feto, levando a alterações físicas, cognitivas e comportamentais permanentes e irreversíveis.

Segundo dados históricos da pesquisa *Educating women about the hidden dangers of alcohol*¹¹, desde a antiguidade, os relatos sobre alcoolismo feminino eram raros e evidenciavam os aspectos morais e sociais, em detrimento dos aspectos psicológicos e fisiológicos. As mulheres dessa época que faziam uso abusivo de álcool tinham a sua imagem associada ao estilo de vida promíscuo. Nos últimos 50 anos, essa visão tem sido desfeita e ganhado outra roupagem. A liberdade sexual e o maior protagonismo social da mulher tornaram os fatores que exerciam maior controle sobre o beber excessivo feminino menos coercitivos, propiciando um número crescente de mulheres que iniciam o hábito etílico.

Nessa realidade, é notável que o primeiro contato com o álcool tem ocorrido em idades cada vez mais jovens. Segundo dados do *National Survey on Drug Use and Health*¹², cerca de 20% das pessoas com menos de 12 anos, nos EUA, relataram ter feito uso abusivo de álcool no último mês quando questionadas, o que, no caso das mulheres, representa quatro doses-padrão em uma mesma ocasião. Desta forma, é notável a incidência elevada de ingestão de bebidas alcoólicas por mulheres em idade reprodutiva.

Entretanto, em relação à dependência do álcool, ainda encontramos índices discrepantes quando comparados sexo masculino e feminino. Estima-se que, a cada quatro pessoas do sexo masculino, que fazem uso de álcool na vida, uma delas torna-se dependente, sendo que a proporção para o sexo feminino é de dez para uma¹³.

Em comparação aos homens, mulheres tem maior biodisponibilidade do álcool etílico, devido a maior absorção da droga ao longo do trato gastrointestinal, à menor proporção massa corporal total/massa de gordura corporal, à menor proporção de água corporal/massa total corporal e à menor atividade da enzima álcool-desidrogenase¹⁴. Portanto, o sexo feminino mostra-se menos tolerantes ao álcool do que o masculino, sendo necessárias doses menores de álcool para um mesmo nível de embriaguez. Além disso, as mulheres tem maior chance de desenvolver hepatite alcoólica (com evolução para cirrose hepática), miocardiopatia, lesão cerebral, além de estarem sujeitas a inibição de ovulação e diminuição da fertilidade com a ingestão abusiva¹⁴.

2.2. O consumo de álcool e a gestação

O uso abusivo de álcool por gestantes pode causar alterações graves para o desenvolvimento do feto devido aos efeitos potencialmente teratogênicos diretos do álcool e ao fato de ser facilmente difundidos pela barreira placentária e pelo líquido amniótico. Em cerca de uma hora após a ingestão, os níveis séricos fetais de álcool se assemelham aos da mãe¹⁰. Acredita-se que o âmnio funcione como um reservatório de álcool, pois, por um período, os níveis de álcool nesse compartimento superam os séricos maternos. Essa inversão de concentração pode ocorrer devido ao fato de o fígado fetal se encontrar ainda imaturo (não metabolizando álcool em acetil-aldeído) e, por isso, a depuração fica a cargo exclusivo da reentrada no sangue materno.

Os principais distúrbios deflagrados pelo álcool no feto possuem seus principais mecanismos fisiopatológicos esclarecidos nos dias atuais. Segundo Tat-Ha¹⁵, os principais processos envolvem: (1) alteração na transferência placentária de aminoácidos; (2) hipóxia fetal crônica devido a vasoconstrição dos vasos placentários e umbilicais; (3) proliferação celular indiferenciada em todo o sistema nervoso central e apoptose de células da crista neural em formação e (4) disfunção hormonal de todas as glândulas de secreção interna, gerando acúmulo de etil-ésteres de ácidos graxos nos vários tecidos do feto secundários a maturidade

hepática. Essas alterações fisiológicas causam, principalmente: atraso do crescimento intrauterino e malformações congênitas¹⁵.

Os danos pré-natais são variáveis de acordo com o período da gestação em que a agressão ocorre. No *primeiro trimestre*, os riscos maiores relacionam-se a dimorfismos faciais e malformações, já que é nessa fase em que se inicia a organogênese. No *segundo trimestre*, há risco maior de abortos espontâneos. No *terceiro*, o álcool lesa tecidos cerebrais diferentemente dos trimestres anteriores, como cerebelo, córtex pré-frontal, e hipocampo. Também se destacam o retardo no crescimento intrauterino, o descolamento prematuro de placenta, o mecônio no líquido amniótico (sinal de sofrimento fetal), a hipertonia intrauterina e o maior risco de infecções e parto prematuro¹⁶.

Segundo dados do *The Centers for Disease Control and Prevention Surveillance System*¹⁷, 10,2% das mulheres grávidas usavam álcool e 3,1% reconheciam o consumo excessivo de álcool nos Estados Unidos. Por outro lado, o *The 2009 National Birth Defects Prevention Study*, com uma amostra de 4.000 mulheres questionadas sobre o comportamento de beber durante toda a gravidez, demonstrou que 30% das gestantes relataram uso de álcool e 8% relataram consumo excessivo de álcool em uma ocasião¹⁸. Além disso, o *Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS)*¹⁹ observou que 50% das mulheres relatavam uso de álcool nos três meses anteriores à gravidez, o que representa risco para uma concepção exposta ao álcool.

De acordo com a pesquisa realizada por Garcia e Freitas em 2013²⁰ sobre Consumo abusivo de álcool no Brasil, realizada na Universidade de Brasília e baseada na *Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do IBGE*, o maior estudo já realizado sobre a situação de saúde da população brasileira até então, a prevalência do consumo abusivo de álcool no Brasil se assemelha aos valores mundiais e reflete uma tendência internacional. Essa tendência consiste no aumento dos índices entre mulheres entre 18-29 anos, havendo maior proporção nesse grupo (10,5%), em comparação com mulheres de faixas etárias mais avançadas (9,0% dentre 30-39 anos e 6,4 dentre 40-49 anos), e maior prevalência entre homens, quando comparados os sexos feminino (9,7%; IC95% 9,0; 10,4%) e masculino (24,2%; IC95% 23,0; 25,4%), revelando uma relação média de 3,3:1. Em adição, verificou-se que há diferenças demográficas quanto aos índices de abuso no sexo feminino, sendo os estados da Bahia (10%), Amapá (11%) e Goiás (12%) os estados onde há maior prevalências e o Rio de Janeiro encontra-se próximo, entre 8 e 9%. O padrão de consumo abusivo de álcool mais expressivo em idade reprodutiva, no tocante ao sexo feminino, somando-se ao que é conhecido sobre a

probabilidade de desenvolvimento de Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), torna a avaliação de índices específicos relativos ao consumo na gestação cada vez mais relevante, sobretudo na população brasileira, em que os dados são escassos ou desatualizados.

Em estudos semelhantes realizados por Moraes & Reichenheim, em 2007²¹, e Freire, Padilha, & Saunders, em 2009²², nos quais entrevistaram mulheres, adolescentes e adultas, atendidas na rede pública de saúde da cidade do Rio de Janeiro, 40,6% reportaram uso de bebida alcoólica durante algum período da gestação, enquanto que 10,1% relataram ter feito uso do álcool até o final da gestação. Entre as puérperas adultas, atendidas em maternidade pública do Rio de Janeiro, com idade igual ou superior a 20 anos, 7,4% indicaram ter utilizado álcool durante a gestação. As bebidas que apareceram como mais consumidas foram: cerveja (83,9%) e vinho (9,7%). As demais como whisky, cachaça, licor, batida e outros representaram 6,5% do consumo. O uso de álcool também apareceu associado ao fumo, sendo que 31,3% das gestantes adultas fumantes fizeram uso concomitante de cigarro e álcool. De acordo com esses dados, acredita-se que tal padrão de consumo na gestação não se altere muito nos dias atuais, na cidade do Rio de Janeiro, o que mostra a relevância de ser conhecida a incidência atual de consumo gestacional de destilados²³.

Em outro estudo, em 2013, Veloso e Monteiro²⁴ avaliaram os fatores associados ao uso de álcool em 256 gestantes adolescentes de 13 a 19 anos. A prevalência de consumo de bebida alcoólica em algum momento da vida entre as adolescentes foi de 73,8% (n=189), com a idade de início do uso, em média, de 14,20 e a prevalência de uso de álcool por adolescentes durante a gravidez foi 32,4% (n=83). Os autores destacam que nas adolescentes que afirmaram o uso de álcool, em algum momento na vida (n= 189), não houve interrupção desse hábito durante a gestação em 43,9%.

Um ambiente propício a uma gravidez saudável depende do acesso da mulher aos recursos tais como a informação, o cuidado a saúde, aconselhamento alimentar. O uso do álcool pode ser influenciado por fatores sociais, pobreza e violência. O uso por gestantes, especificamente, se relaciona: (1) à multiparidade, havendo abuso de álcool nas gestações anteriores; (2) a haver um membro da família com alto padrão de consumo de bebidas alcoólicas; (3) ao caso de a mãe estar desempregada, social e economicamente frágil e/ou negligente com os filhos; (4) à presença concomitante de vício com outras drogas; (5) ao padrão de ingestão do álcool, sendo grande volume de uma vez (*binge drinking*) ou por um consumo frequente com menores doses, e 6) a baixa frequência ao pré-natal¹⁰.

2.3. O consumo de álcool por gestantes e a SAF

O termo Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) foi designado no início dos anos 70 para descrever um padrão observado em filhos de mães dependentes de álcool². A SAF pertence a um conjunto de síndromes caracterizadas pela presença de defeitos congênitos ocasionados pelo consumo materno de álcool durante a gravidez, incluindo retardo do crescimento e dismorfias faciais típicas. Somam-se, a essas, alterações globais do funcionamento intelectual, em especial déficits de aprendizado, memória, atenção, além de dificuldades para a resolução de problemas e socialização. Os déficits em habilidades de aprendizagem persistem mesmo na adolescência e na maioridade^{25 26}.

A SAF abrange uma série de características fenotípicas próprias, assim como algumas variedades de sinais e sintomas, sendo o termo mais conhecido relacionado à teratogênese pelo álcool. Entretanto, SAF é uma das conceituações possíveis, dentro do espectro maior. O termo Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal (do inglês *Fetal alcohol spectrum disorder* – FASD) é aquele que abrange toda gama de efeitos físicos, mentais, comportamentais e cognitivos em indivíduos com exposição pré-natal ao álcool. Não é um termo diagnóstico, mas descreve um grupo de condições específicas, que variam de fenótipos leves a graves e inclui: (1) A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF); (2) Síndrome Alcoólica Fetal Parcial (pSAF); (3) Transtorno do Neurodesenvolvimento Relacionado ao Álcool; (4) Transtorno Neurocomportamental Associado à Exposição Pré-natal ao Álcool, às vezes chamado de Transtorno do Neurodesenvolvimento Associado à Exposição Pré-Natal ao Álcool e (5) Defeitos Congênitos Relacionados ao Álcool²⁷.

O Diagnóstico de FASD, de acordo com o *Canadian nomenclature and diagnostic criteria for fetal alcohol spectrum disorder (2015)*²⁷, pode ser dividido em acometimento facial ou sem acometimento facial. FASD com características faciais sentinelas tem seu diagnóstico baseado nos critérios: exposição pré-natal ao álcool confirmada ou desconhecida, todas as três características faciais sentinelas (fissura palpebral curta, com comprimento <3º percentil; filtro apagado avaliado 4 ou 5 no Guia da Universidade de Washington Lip-Philtrum; lábio superior fino avaliado em 4 ou 5 no Guia da Universidade de Washington Lip-Philtrum), envolvimento do SNC (qualquer idade: comprometimento grave; em ≥3 anos: domínios do neurodesenvolvimento; em ≤6 anos: Microcefalia). Já FASD sem características faciais sentinelas: exposição pré-natal confirmada ao álcool; disfunção grave em ≥3 domínios do neurodesenvolvimento. Entretanto, os principais critérios diagnósticos definitivos para o FASD são os seguintes:

- ***Síndrome Alcoólica Fetal (SAF)***² - o diagnóstico de SAF requer pelo menos duas características da dismorfologia facial (ou seja, fissuras palpebrais curtas, lábio superior fino, filtro liso); retardo de crescimento e envolvimento do SNC (anormalidades estruturais, neurológicas ou funcionais). Se todos esses critérios forem atendidos, a exposição pré-natal ao álcool não precisa ser documentada²⁷.
- ***Síndrome alcoólica fetal parcial (pSAF)*** - as crianças com pFAS têm documentada exposição pré-natal ao álcool, mas não atendem a todos os critérios para SAF. O diagnóstico de pFAS requer pelo menos duas das características faciais da SAF, retardo de crescimento ou envolvimento do SNC e documentada a exposição pré-natal ao álcool. No entanto, as diretrizes de consenso do NIAAA (*The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*)²⁸ de 2016 também permitem que o pFAS seja diagnosticado sem a exposição pré-natal confirmada ao álcool se houver pelo menos duas características faciais cardinais, retardo de crescimento ou envolvimento estrutural cerebral e comprometimento neurocomportamental²⁷.
- ***Transtorno do neurodesenvolvimento relacionado ao álcool*** – Exposição pré-natal ao álcool documentada e envolvimento do SNC, o que requer apenas comprometimento neurocomportamental. Esse diagnóstico não pode ser feito em crianças menores de 3 anos²⁷.
- ***Transtorno neurocomportamental associado à exposição pré-natal ao álcool*** - Confirmada exposição pré-natal ao álcool e comprometimento da função neurocognitiva (por exemplo, deficiência intelectual, função executiva, memória, raciocínio visual-espacial), autorregulação (humor, atenção, controle de impulso) e função adaptativa (por exemplo, comunicação, habilidades de vida diária, habilidades motoras). Além disso, as deficiências devem afetar a função e não devem ser devidas a outros teratógenos ou condições genéticas ou médicas²⁷.
- ***Defeitos congênitos relacionados ao álcool*** - Exposição pré-natal documentada ao álcool e uma importante malformação específica da exposição intra-uterina ao álcool (cardíacas, ósseas, renais e oculares)²⁷.

Alguns fatores de risco em potencial para o desenvolvimento de FASD, diferentes dos citados anteriormente, são importante, considerando que houve consumo de álcool pela gestante: (1) os perfis genéticos da mãe e do feto – polimorfismos maternos e, possivelmente, fetais do gene *ADH1B*^a parecem contribuir para a maior susceptibilidade à SAF, assim como do gene *CYP2E1*^b, referente à expressão do citocromo P450^{29, 30}; (2) o estado nutricional da mãe²⁷; (3) interações hormonais; (4) o período de gestação concomitante - o risco é maior no primeiro e no terceiro trimestres; (5) ao padrão do abuso - o volume de consumo de uma só vez (“*binge drinking*”) e a frequência de consumo cotidiano são diretamente proporcionais ao grau da teratogênese¹⁰.

Tendo em vista os diversos fatores, listados acima, que interferem no grau de exposição do feto ao álcool ingerido, acredita-se que a dose mínima que causa teratogênese varie de caso a caso, sendo de difícil mensuração. Portanto, um nível seguro de consumo de álcool, durante a gravidez, não foi determinado, sendo recomendada a abstinência completa nesse período³¹. O Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, durante o Pré-Natal, tem a responsabilidade de acompanhar a gestante e aconselhar sobre os riscos de ingestão de álcool, bem como a tentativa de minimizar os riscos existentes naquela que fizeram uso em algum período da gestação, não havendo necessidade de interrupção da mesma devido ao consumo³².

2.4. A aplicabilidade do T-ACE como método de triagem em gestantes e puérperas

Na gravidez e peri-concepção, o objetivo da triagem é detectar qualquer ingestão de bebida alcoólica. A abordagem do assunto de forma direta com a gestante é um método pouco eficaz, uma vez que a questão é sensível, permeada por noções de responsabilidade pessoal; a mulher se sente culpada por beber na gravidez. Essa culpa é comum, uma vez que as que comparecem às consultas pré-natais são instruídas a não beber e, mesmo aquelas que não comparecem tem, geralmente, como parte do seu conhecimento de mundo, a sabedoria de que ingerir álcool naquele período é algo perigoso. Por isso, ao ser questionada, a maioria nega

^a *ADH1B* – Alcohol Dehydrogenase 1B, Class 1, Beta Polyoetide (*103720). *Locus*: 4q23. (Edenberg HJ. Regulation of the mammalian alcohol dehydrogenase genes. *Prog. Nucleic Acid Res. Molec. Biol.* 64: 295-341, 2000)

^b *CYP2E1* – Cytochrome P450, Subfamily IIE. (*124040). *Locus*: 10q26.3. (Song B-J, Gelboin HV, Park S-S, Yang CS, Gonzalez FJ. Complementary DNA and protein sequences of ethanol-inducible rat and human cytochrome P-450s: transcriptional and post-transcriptional regulation of the rat enzyme. *J.Biol.Chem.* 261:

veementemente e, assim, o entrevistador obtém mais resultados falso negativos do que positivos verdadeiros.

Considerando essa realidade, vários testes de triagem foram desenvolvidos e validados, como o AUDIT-C (*The Alcohol Use Disorders Identification Test*)³³, o CAGE (*Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener*)³⁴, o TWEAK (*Tolerance Worry Eye-opener Annoyed Cut-down*)³⁵ e o T-ACE (*Tolerance Cut-down, Annoyed e Eye-opener*)³⁶. Esse último, adotado nessa pesquisa e disponível nos Anexos, é um dos mais difundidos, além de ser mais moldável à realidade brasileira. Consiste em um questionário, composto por quatro perguntas relativas ao consumo de álcool que avaliam se o consumo existe, a natureza da bebida, o nível de dependência baseada na necessidade de beber pela manhã, a consciência de que precisa diminuir a ingesta e se alguém tem a criticado e incomodado devido ao seu padrão de ingesta alcoólica; além da constatação da presença de tolerância ao álcool feita por meio do questionamento sobre quantas doses a deixam alegre. Três das quatro perguntas pontuam 1 ponto cada uma e a que mensura as doses necessárias para se sentir alegre pontua até 2 pontos (abaixo de 2 doses pontua 1 ponto e a partir de 2 doses pontua 2 pontos), formando um escore que varia de 0 a 5, sendo uma pontuação ≥ 2 considerada positiva. Essas perguntas são intercaladas com outras referentes à alimentação e estilo de vida, de forma a introduzir o assunto de forma mais descontraída possível.

O T-ACE é sensível para detecção de níveis arriscados de consumo alcoólico, no caso de gestantes, e é derivado do CAGE. Possui diversas aplicabilidades, sendo usado em diferentes pesquisas em conjunto com outras formas de avaliação do consumo de álcool ou como medida única de avaliação. Em sua origem, no trabalho intitulado *The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking*, em 1989³⁶, o questionário foi aplicado, em um segundo momento, de forma a diferenciar consumidores de álcool com risco e sem risco primeiramente classificados com a aplicação do CAGE. A contribuição do T-ACE, segundo conclusões do estudo, elevou a probabilidade de beber com risco em 1,5% para os que responderam negativamente às suas quatro perguntas e em 62,5% para os que responderam positivamente a todas elas. Identificou 69% dos consumidores de risco²².

Na realidade brasileira, um dos estudos importantes que utilizaram o T-ACE, destaca-se o *Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE*, de caráter observacional, transversal, realizado em 2007 na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP)³⁷. O objetivo do estudo foi avaliar o desempenho da versão brasileira do T-ACE, o qual preencheu os critérios que o qualificam como de

instrumento básico para o rastreamento do consumo de álcool durante a gravidez. Foi aplicado o questionário em consultas de pré-natal e, em seguida, realizado entrevista clínica minuciosa seguindo os critérios do CID-10 para diagnóstico de dependência e uso nocivo. Quando comparado aos parâmetros da CID-10 e ao padrão de consumo, o T-ACE, com ponto de corte igual ou acima de dois pontos, apresentou coeficientes de sensibilidade e especificidade de 100% e 85% e de 97,9% e 86,6% respectivamente, o que o valida como instrumento aplicável no rastreio de consumo excessivo de álcool em maternidades.

Em um estudo recente na Argentina, López et al.³⁸ realizaram uma comparação entre os principais questionários de triagem para consumo de álcool em gestantes: AUDIT, AUDIT-C, TWEAK, RAPFS-QF e T-ACE. Foram aplicados em até 48h de pós-parto, em 641 puérperas. O T-ACE e o TWEAK foram considerados os melhores instrumentos para avaliar mulheres grávidas em todos os contextos culturais, apesar de o AUDIT ter obtido maior confiabilidade na população analisada²⁴. Portanto, entende-se que o T-ACE é um instrumento relevante para avaliar, em fase de triagem, o perfil de consumo de álcool em gestantes, de forma a identificar padrões de abuso e/ou dependência na realidade latina.

Moraes et al.³⁹ avaliaram as propriedades psicométricas das versões em língua portuguesa dos questionários CAGE, TWEAK e T-ACE para identificar o abuso de álcool durante a gravidez, e compara-os com dados históricos das versões em inglês. Concluíram que todos são adequados para aplicação na língua portuguesa, exceto o CAGE.

3 – MATERIAIS E METÓDOS

- 3.1. Tipo de Estudo:** estudo observacional, descritivo, transversal da prevalência do consumo de álcool durante a gestação em amostra de puérperas, assistidas em Maternidade no município de Duque de Caxias, no período de setembro a novembro de 2018.
- 3.2. Pacientes e Local de Estudo:** parturientes que estavam internadas no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Municipal Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo (HMDMRC) em até 48 horas de período pós-parto e que concordaram participar do estudo. Amostra de conveniência, recrutada de forma sequencial.
- 3.3. Revisão da Literatura:** foi realizada em bibliotecas virtuais de saúde *online*, como BVS (Biblioteca Virtual em Saúde)^c, PubMed^d, UpToDate^e e Scielo^f utilizando os termos “abuso de álcool por mulheres”, “síndrome álcool-fetal”, “alcohol fetal syndrome”, “uso de álcool na gestação”, “alcohol use in pregnant” e “T-ACE”.
- 3.4. Critérios de Seleção:** as parturientes que concordaram em participar do estudo e assinaram TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).
- 3.5. Critérios de Exclusão:** as parturientes que não concordaram em participar do estudo.
- 3.6. Coleta de Dados:** em questionário próprio elaborado especificamente para esse fim (Apêndice 1) e o T-ACE (*Tolerance Cut-down, Annoyed e Eye-opener*)³⁶, questionário para levantamento da história de consumo de álcool ao longo da gestação e entrevista clínica para identificação de uso nocivo e dependência ao álcool. Os dados das variáveis do perfil das puérperas foram coletados através consulta ao prontuário e em entrevistas. Os dados relativos ao recém-nascido foram todos coletados nos respectivos prontuários. As opções de categorias de cada variável constam no questionário de coleta de dados.
- 3.7. Variáveis:** (a) variáveis do perfil materno: idade, estado civil, escolaridade, com ou sem companheiro, gestação planejada, gestação desejada, número de consultas no pré-natal, uso de drogas ilícitas, tabagismo e uso de medicamentos ao longo da gestação; (b) variáveis do parto e do perfil do recém-nascido: tipo de parto, idade gestacional ao nascer, peso ao nascimento, comprimento, perímetro cefálico, Índice de APGAR⁴⁰ no

^c BVS - <http://brasil.bvs.br/>.

^d PubMed - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

^e UpToDate - <https://www.uptodate.com/home>.

^f Scielo - <http://www.scielo.org/php/index.php>.

primeiro minuto, Índice de APGAR no quinto minuto e classificação se AIG (Adequado para a Idade Gestacional), PIG (Pequeno para a Idade Gestacional) ou GIG (Grande para a Idade Gestacional)⁴¹; (b) variáveis do T-ACE: uso de álcool na gestação, segundo resultado do T-ACE (em anexo).

3.8. Questionário T-ACE: (*Tolerance Cut-down, Annoyed e Eye-opener*)³⁶. O questionário T-ACE consiste em quatro perguntas relativas ao consumo de álcool, que conferem pontuação, e nove perguntas sobre estilo de vida, que não fazem parte do escore. Essas últimas têm por objetivo introduzir o tema consumo de álcool de forma mais amena, para que a entrevistada se sinta mais a vontade para responder. O tema alcoolismo na gestação é um tema com relativa sensibilidade, pois a gestante que faz uso de álcool costuma se sentir culpada. Essa realidade representa um fator importante que contribui para que a entrevistada negue perguntas relativas ao assunto, se feitas de forma direta. As perguntas do T-ACE que pontuam são numeradas de 1 a 4. A pergunta de número 1.T consiste em “Qual a quantidade que você precisa beber para se sentir mais desinibida ou mais alegre?”, sendo que as respostas possíveis variam de ≥ 1 a ≥ 4 . As respostas entre ≥ 1 a ≥ 2 pontuam 1 ponto, e as respostas ≥ 3 e ≥ 4 pontuam 2 pontos. As respostas *sim* às perguntas de número 2.A “Alguém tem lhe incomodado por te criticar o seu modo de beber?”, de número 3 “Você tem percebido que deve diminuir o seu consumo de bebida?” e de número 4 “Você costuma tomar alguma bebida logo pela manhã para manter-se bem ou para se livrar do mal-estar do “dia-seguinte”(ressaca)?” pontuam 1 ponto cada. Portanto, o escore final varia de 1 a 5. Considera-se T-ACE positivo aquelas que pontuarem ≥ 2 .

3.9. Análise e Processamento dos Dados: Os dados coletados foram armazenados e analisados no software SPSS Statistics 22.0⁴². Foram obtidas as frequências absolutas e relativas e a análise estratificada foi realizada com as variáveis dos perfis materna e recém-nato correlacionada com a variável de desfecho (escore do questionário T-ACE). As estatísticas utilizadas foram testes de independência condicional estatísticos de Cochran⁴³ e Mantel-Haenszel⁴⁴ com valor de $p < 0,05$ como significativo.

3.10. Riscos e Benefícios: o estudo não apresenta riscos para os participantes. Os benefícios consistem em potencial obtenção de informações e identificação de fatores de risco que poderiam ser úteis para uso de medidas preventivas e sugestão de políticas públicas de saúde que visem ao combate do consumo de álcool na gestação.

4 – RESULTADOS

Foram analisadas 127 puérperas. A Tabela 1 mostra as variáveis do perfil materno. A idade materna variou de 14 a 38 anos e a média foi de 23,7 anos. A raça predominante declarada foi parda, com 57,5%, a maioria tinha companheiro fixo (64%) e mais da metade tinha apenas nível de escolaridade fundamental (52,8%).

Tabela 1 – Variáveis do Perfil das Mães – Idade, Raça, Estado Civil e Nível de Escolaridade.

<i>Variável</i>	<i>Valores</i>
Idade da Mãe	$\bar{x} = 23,76 \pm$
Raça da Mãe	
- Branca	18 (14,2%)
- Negra	32 (25,2%)
- Parda	73 (57,5%)
- Amarela	3 (2,4%)
Estado Civil da Mãe:	
- Com companheiro fixo	81 (64%)
- Sem companheiro fixo	45 (36%)
Nível de Escolaridade da Mãe:	
- Fundamental	67 (52,8%)
- Ensino Médio	58 (45,7%)
- Superior	2 (1,6%)

A Tabela 2 relaciona os dados de gestação, do parto e do recém-nascido. A maioria das gestações foi não planejada (74%), entretanto desejada (74,8%). O Pré-Natal foi realizado em quase todas as gestações (98,4%), com média de 7,0 consultas. Um pequeno número de puérperas (3,1%) fez uso de drogas ilícitas durante a gestação, sendo a *canabis* a predominante (75%). O tabagismo materno ocorreu em 13,4%, com média de 10,8 cigarros/dia. O uso de medicamentos foi positivo em 30,7%, sendo o mais frequente o uso de antibióticos (46,2%). A maioria dos partos foi por via vaginal (79,5%) e apenas 20,5% de partos cesáreos. A idade gestacional média ao nascimento foi de 39 semanas. A média de peso de nascimento foi de $3,2 \pm 0,42$ Kg, do comprimento de $48,5 \pm 2,05$ cm, e do perímetro cefálico de $33,5 \pm 1,5$ cm. A média do índice de Apgar no primeiro e no quinto minuto foi de $8,44 \pm 0,9$ e $9,15 \pm 0,5$, respectivamente. A maioria dos recém-nascidos foi classificada como AIG (Adequado para Idade Gestacional) (90,6%) e igual percentual para PIG (Pequeno para Idade Gestacional) e GIG (Grande para Idade Gestacional) (4,7%).

Tabela 2 – Resultados dos dados da Gestação, do Parto e do Recém-Nascido.

<i>Variável</i>	<i>Valores</i>	<i>Máximo/Mínimo</i>
Gravidez Planejada:		
- Sim	33 (26%)	
- Não	94 (74%)	
Gravidez Desejada:		
- Sim	95 (74,8%)	
- Não	32 (25,2%)	
Pré-Natal:		
- Sim	25 (98,4%)	
- Não	02 (1,6%)	
Número de consultas no Pré-Natal	$x = 7,07 \pm$	0/14
Uso de Drogas Ilícitas:		
- Sim	04 (3,1%)	
- Não	123 (96,9%)	
Tipos de Drogas Ilícitas:		
- Nenhuma	123 (96,9%)	
- Cocaína	01 (0,8%)	
- Maconha	03 (2,4%)	
Tabagismo Materno:		
- Sim	17 (13,4%)	
- Não	110 (86,6%)	
Média de Cigarros/Dia	$x = 10,8$	1/60
Uso Materno de Medicamentos:		
- Sim	39 (30,7%)	
- Não	88 (69,3%)	
Tipo de Parto:		
- Normal	101 (79,5%)	
- Cesário	26 (20,5%)	
Idade Gestacional	$x = 39$	36/42
Peso ao Nascer	$x = 3.230 \pm 420$	2.160/ 4.320
Comprimento ao Nascer	$x = 48,5 \pm 2,05$	43 / 54
Perímetro Cefálico	$x = 33,5 \pm 1,5$	30/38
Índice Apgar⁴⁰:		
- Primeiro Minuto	$x = 8,44 \pm 0,9$	3/9
- Décimo Minuto	$x = 9,15 \pm 0,5$	7/10
Classificação DO RN⁴¹:		
- AIG (Adequado para Idade Gestacional)	115 (90,6%)	
- PIG (Pequeno para Idade Gestacional)	06 (4,7%)	
- GIG (Grande para Idade Gestacional)	06 (4,7%)	

As respostas às perguntas do T-ACE relacionadas ao consumo de álcool estão detalhadas na Tabela 3. Na questão 1.T (Anexo 1), que avalia a quantidade de bebida alcoólica, 26,7% referiu nenhum consumo, enquanto que 74,3% referia consumo de doses variadas de bebida alcoólica, com média de 1,98 dose. A maioria (89%) não se sentia incomodada por ser criticada quanto ao seu modo de beber (Questão 2.A). A percepção da necessidade de diminuição do número de doses de bebida alcoólica (Questão 3.C) foi referida por 41%. O uso matinal de bebida alcoólica pela gestante (Questão 4.E) foi declarado por 30,7%.

Tabela 3 – Dados do T-ACE relacionados ao consumo materno de Álcool.

<i>Questão</i>	<i>Frequências das Respostas</i>	<i>Média (x)</i>
1.T – Qual a quantidade que você precisa beber para se sentir desinibida ou mais “alegre”?		
- Nenhuma dose		
- ≥ 1 dose-padrão	31 (26,5%)	x = 1,98 dose-padrão
- ≥ 2 doses-padrão	23 (18,1%)	
- ≥ 3 doses-padrão	21 (16%)	
- ≥ 4 doses-padrão	16 (12,6%)	
	34 (26,8%)	
2.A – Alguém tem lhe incomodado por criticar o seu modo de beber?		
- Sim	14 (11%)	
- Não	113 (89%)	
3.C – Você tem percebido que deve diminuir seu consumo de bebida?		
- Sim	53 (41,7%)	
- Não	74 (58,3%)	
4.E – Você costuma tomar alguma bebida logo pela manhã para manter-se bem ou para se livrar do mal-estar do “dia seguinte”(ressaca)?		
- Sim		
- Não	39 (30,7%)	
	88 (69,3%)	

Os resultados do escore do T-ACE (Tabela 4) mostraram a frequência de 21% para 0 ponto, 16,5% para 1 ponto, 25,2% para 2, 20,5% para 3 pontos, 12,6% para 4 pontos e 3,9% para 5 pontos. Os escores de 0 e 1 são considerados negativos para o uso de bebida alcoólica na gestação e ≥ 2 como positivos. Nesse estudo, 62% foram positivo.

A análise estratificada correlacionando o escore T-ACE as variáveis do perfil da mãe, da gestação, do parto e do recém-nascido não foi significativa em nenhum deles. Observou-se que nas puérperas com companheiro fixo, 59% tinham escore T-ACE positivo e naquelas sem companheiro fixo, 67%, e em relação a classificação de RN, a frequência escore T-ACE positivo foi mais significativa para recém-natos PIG (83%) e indiferente quando comparadas AIG e GIG (60%).

Tabela 4 – Escore Total do T-ACE.

<i>Pontuação</i>	<i>Frequências n (%)</i>	<i>Frequência (%)</i>
Escore negativo		
- 0 ponto	- 27 (21,0%)	38%
- 1 ponto	- 21 (16,5%)	
Escore positivo		
- 2 pontos	- 32 (25,2%)	62%
- 3 pontos	- 26 (20,5%)	
- 4 pontos	- 16 (12,6%)	
- 5 pontos	- 05 (03,9%)	

Tabela 5 – Análise estratificada das variáveis do perfil materno, da gestação e parto e do recém-nascido, correlacionadas com o score do T-ACE.

<i>Variável</i>	<i>Valor de p (De Cochran)</i>	<i>Valor de p (Mantel- Heanszel)</i>
T-ACE x Pré-Natal	0,270	0,740
T-ACE x Tabagismo	0,192	0,303
T-ACE x Estado Civil:	0,364	0,474
T-ACE x Gravidez Planejada	0,820	0,991
T-ACE x Gravides Desejada	0,703	0,865
T-ACE x Drogas Ilícitas	0,113	0,291
T-ACE x Uso de Medicamentos	0,490	0,624
T-ACE positivo x Idade Gestacional		
- 36 semanas	100% (2/2)	
- 37 semanas	66% (4/6)	
- 38 semanas	62% (5/8)	
- 39 semanas	55% (19/34)	
- 40 semanas	46% (12/26)	
- 41 semanas	42% (03/07)	
- 42 semanas	100% (01/01)	
T-ACE x Classificação do RN		
- AIG (Adequado para Idade Gestacional)	60% (70/115)	
- PIG (Pequeno para Idade Gestacional)	83% (5/6)	
- GIG (Grande para Idade Gestacional)	60% (4/6)	

5 – DISCUSSÃO

O principal objetivo deste estudo é conhecer a prevalência de consumo de álcool na gestação no município de Duque de Caxias, onde informações dessa natureza são escassas. O principal instrumento utilizado foi o questionário T-ACE que atualmente é um dos principais métodos de triagem de consumo abusivo de álcool etílico na gestação. O T-ACE, desenvolvido em 1989 por Sokol³⁶, aprimorou a entrevista com a gestante e possui escore com maior sensibilidade, em comparação ao CAGE³⁶, que até então era o mais aplicado. O seu desempenho na realidade brasileira foi analisado por Fabbri et al.³⁷, que concluiu ser o mais adequado. O T-ACE é objetivo, de fácil aplicação, sendo necessários apenas dois a cinco minutos para ser respondido, e a pontuação é simples de ser calculada e interpretada.

O perfil das puérperas entrevistadas caracterizou-se por mães muito jovens (média 23 anos), a maioria com companheiro fixo (64%) e com nível de escolaridade fundamental (53%). Este perfil é semelhante ao relatado por outros estudos brasileiros. Na amostra de Fabbri et al.³⁷ as gestantes tinham idade entre 20 e 29 anos (61,6%), possuíam ensino fundamental (46,0%), eram unidas consensualmente (48,9%) ou casadas (36,4%). No estudo de Moraes et al.³⁹ as mulheres eram jovens (média 23,6 anos), de baixa escolaridade (média de 6,6 anos), casadas ou com companheiro fixo (77%).

Acreditamos que as gestações não planejadas na maioria (74%), entretanto paradoxalmente desejadas (74,8%), estejam relacionadas com a média da idade das mães muito jovens. Quase todas as gestações tinham assistência Pré-Natal com média de sete consultas. Esta média corresponde ao mínimo preconizado e corresponde à média nacional. Em países desenvolvidos, o número considerado adequado de visitas ao Pré-Natal varia entre 7 a 14 visitas⁴⁵. Segundo Nunes et al.⁴⁶, as médias, em diferentes estados da federação brasileira, variam de 5 a 7 visitas, resultados confirmados por outros autores^{47, 48, 49, 50, 51, 52, 53}. No presente estudo, as participantes foram referenciadas de diversas maternidades do município de Duque de Caxias. De acordo com esse resultado, há inadequação do atendimento Pré-Natal no município, embora, em termos de assiduidade não difere do perfil do país.

O uso de drogas ilícitas na gestação foi referido em apenas 3,2%. Este resultado configura-se satisfatório, entretanto pode ser subestimado, pelo constrangimento da mãe em assumir esse uso, devendo ser maior. Esta frequência de consumo de drogas ilícitas é inferior

a relatada pelo *Center for Behavioral Health Statistics and Quality* em 2016 de 6,3%¹². O tabagismo foi referido em frequência maior (13,4%), valor próximo de 15,4% relatado também pelo *Center for Behavioral Health Statistics and Quality*¹². Igualmente como no caso de drogas ilícitas, pode ser subestimado, pelo constrangimento materno em declarar. Segundo Freire et al.²² a prevalência do tabagismo na gestação no Brasil, em 2009, foi de 5,5%, valor inferior ao encontrado neste estudo. A diferença pode ser explicada por fatores locais ou temporais.

A análise dos partos e dos dados do recém-nascido identificou um perfil favorável com quase 80% dos partos do tipo normal, no termo (média de Idade Gestacional 39 semanas), sem asfixia perinatal e recém-nascidos com média de peso, comprimento e perímetro cefálico em torno do percentil 50, sendo em mais de 90% os neonatos classificados como Adequados para Idade Gestacional. Estes resultados podem estar relacionados com assistência Pré-Natal em quase todas as gestantes e teoricamente não correlaciona-se com a alta frequência do T-ACE positivo, indicativo de consumo materno de álcool.

Embora mais de 90% dos neonatos tenham sido classificados como AIG, quando considerada o grupo de mães com T-ACE positivo, observa-se uma alta frequência relativa de recém-nascidos PIG (83%) em relação aos AIG e GIG. Sabe-se que um dos efeitos do álcool na gestação é inibição de mitoses, contribuindo para o ganho de peso fetal insuficiente e nascimento de recém-nascidos PIG, como referido em muitos estudos^{54 55 56}. Igualmente tem sido documentado na literatura maior risco de malformações, baixo peso ao nascer, prematuridade, asfixia e mortalidade perinatal 21,⁵⁷.

O escore do T-ACE ≥ 2 é considerado como positivo e indicativo de uso de álcool na gestação. Neste, frequência de 62% é muito alta. Várias pesquisas na América do Norte e Europa têm encontrado uma prevalência do uso do álcool na gestação que varia entre 0,5% e 62%^{58 59 60}. A prevalência de consumo de álcool declarado na gravidez nos EUA corresponde a 10,2%, enquanto que 3,1% ao consumo excessivo¹². Ainda são escassos os estudos em países em desenvolvimento, tendo sido encontrado apenas poucos artigos que avaliasse a magnitude do problema entre gestantes brasileiras^{61,21}. A prevalência de consumo em algum momento da gestação, no Brasil, seria de 46%²².

Entretanto, os valores obtidos com a aplicação do T-ACE (Tabela 4) mostraram que o consumo de pelo menos uma dose pode ultrapassar 46% no município de Duque de Caxias, uma vez que 62% da amostra de entrevistadas obtiveram o questionário positivo (com mais

ou igual a dois pontos), 26% responderam que necessitam de mais de quatro doses-padrão para se sentirem mais “alegres” e 41,7% declararam que acham que precisam diminuir o consumo de bebidas.

Considerando a alta frequência de T-ACE positivo, procurou-se identificar fatores de risco relacionado com o consumo materno de álcool. A análise estratificada tem por objetivo identificar se há relação estatística verdadeira entre dois eventos, de forma a comprovar se há causalidade entre duas ou mais variáveis estudadas.

A relação do T-ACE positivo com as variáveis do perfil das mães, dos dados da gestação, parto e do recém-nascido não evidenciou relação estatística significativa em nenhum deles. Esses resultados apoiam a afirmativa de que não há um fator forte o suficiente para determinar o consumo de álcool, isoladamente, e reforçam a ideia de que o consumo abusivo é multifatorial, durante a gravidez, assim como na população geral.

6 – CONCLUSÃO

- A frequência de T-ACE positivo foi de 62%, indicando alta de frequência de uso de álcool na gestação.
- O perfil das puérperas avaliadas caracterizou-se por mães muito jovens, a maioria com companheiro fixo e com baixo nível de escolaridade.
- As drogas ilícitas foram declaradas em apenas 3,2% e o tabagismo em 13,4%, frequências que podem ser subestimadas.
- As gestações foram não planejadas e desejadas na maioria, quase todas com assistência Pré-Natal com média de sete consultas.
- Perfil favorável dos partos e dos dados do recém-nascido com quase 80% dos partos do tipo normal, no termo e recém-nascidos sem asfixia perinatal, com média de peso, comprimento e perímetro cefálico em torno do percentil 50 e classificados como Adequados para Idade Gestacional.
- A análise estratificada para estabelecer relação do T-ACE positivo com as variáveis do perfil das mães, dos dados da gestação, parto e do recém-nascido não evidenciou relação estatística significativa em nenhum deles.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Bibliomed. Síndrome Alcoólica Fetal [ONLINE]. Brasil. Disponível em: http://www.espacorealmedico.com.br/index_internas.htm?sUrl=http://www.espacorealmedico.com.br/informacoes/artigos/pediatria/artigos/200408/tplArtigolog7733shtm. Acesso em Novembro 2018.
- ² JONES KI, SMITH DW. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet*. 1973;2:999-1001.
- ³ STREISSGUTH AP, SAMPSON PD, BARR HM. Neurobehavioral dose-response effects of prenatal alcohol exposure in humans from infancy to adulthood. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1989;562:145-158.
- ⁴ STREISSGUTH AP, AASEJM, CLARRENSK, RANDELSP, LADUE RA, SMITH DF. Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. *Journal of the American Medical Association*. 1991;265 (15):1961-1967.
- ⁵ ROBERTS G, NANSON J. Fetal alcohol syndrome/Fetal alcohol effects and the effects of other substance use during pregnancy. Best practices Ottawa: Health Canada. 2000.
- ⁶ CECCANTI M, ROMEO M, FIORENTINO D. Alcohol and women: clinical aspects. *Ann IstSuperSanità, Itália*. 2004;40 (1):5-10.
- ⁷ FREIRE TM, MACHADO JC, MELO EV, MELO DG. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. *RBGO*. 2005;27:376-81.
- ⁸ KAUP Z, MERIGHI M, TSUNECIRO MA. Avaliação do consumo de bebida alcoólica durante a gravidez. *RBGO*. 2001;23:575-80.
- ⁹ CEBRID [homepage on the Internet]. VI levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas [2014]. Disponível em: www.cebrid.epm.br. Acesso em novembro 2018.
- ¹⁰ GRINFELD H E MARIANO NETO C. Efeitos do álcool sobre a gestante. In Segre CAM. Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido [livro eletrônico]. 2ª Ed. Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2017. Disponível em <http://www.spsp.org.br/downloads/AlcoolSAF2.pdf>. Acesso em novembro 2108.
- ¹¹ COOK LJ. Educating women about the hidden dangers of alcohol. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2004;42(1):24-31.
- ¹² Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2017). 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD. Disponível em <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-DetTabs-2016/NSDUH-DetTabs-2016.pdf>. Acesso em novembro 2018.
- ¹³ SEGRE CAM. Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido [livro eletrônico]. 2ª Ed. Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2017. Disponível em <http://www.spsp.org.br/downloads/AlcoolSAF2.pdf>. Acesso em novembro 2108.
- ¹⁴ MESQUITA MA. Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo 36 de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo [tese]. São Paulo: IAMSPE; 2008.
- ¹⁵ TAT-HA C. Alcohol and pregnancy: what is the level of risk? *J Toxicol Clin Exp*. 1990;10(2):105-14.
- ¹⁶ MAY PA, GOSSAGE JP, MARAIS AS, HENDRICKS LS, SNELL CL, TABACHNICK BG, et al. Maternal risk factors for fetal alcohol syndrome and partial fetal alcohol syndrome in South Africa: a third study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008;32(5):738-53.
- ¹⁷ CHERYL HT, CLARK HD, NANCY EC, JOSEPH ES, DAFNA K. Alcohol use and binge drinking among women of childbearing. Center of Disease Control and Prevention [online] 2015; 64(37):1042-1046.
- ¹⁸ ETHEN MK, RAMADHANI TA, SCHEUERLE AE, CANFIELD MA, WYSZYNSKI DF, DRUSCHEL CM, et al; National Birth Defects Prevention Study. *Matern Child Heart J* [online] 2009; 13(2):274-85.

- ¹⁹ D'ANGELO D, WILLIAMS L, MORROW B, COX S, HARRIS N, HARRISON L, et al; Preconception and interconception health status of women who recently gave birth to a live-born infant--Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), United States, 26 reporting areas, 2004. *MMWR Surveill Summ* [online] 2007; 56(10):1-35.
- ²⁰ GARCIA LP, DE FREITAS LRS. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultado da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2015; 1679-4974. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00227.pdf>. Acesso em novembro 2018.
- ²¹ MORAES CL, REICHENHEIN ME. Rastreamento de uso do álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*. 2007; 41, 695-703.
- ²² FREIRE K, PADILHA OC, SAUNDERS C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*. 2009; 31, 335-341.
- ²³ MOTTA KMC, LINHARES MBM. Perfil das Gestantes Usuárias de Álcool /Drogas e os Efeitos na Saúde e Desenvolvimento dos Filhos. *Interação Psicol.*, Curitiba [online]; 2015. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/35877>. Acesso em novembro 2018.
- ²⁴ VELOSO LUP, MONTEIRO CFS. Prevalência e Fatores Associados ao uso de álcool em gestantes grávidas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online] 2013; ISSN 1518-8345. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000100020&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em novembro 2018.
- ²⁵ STREISSGUTH AP, SAMPSO PD, BARR HM. Neurobehavioral dose-response effects of prenatal alcohol exposure in humans from infancy to adulthood. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1989;562:145-158.
- ²⁶ STREISSGUTH AP, AASE JM, CLARREN SK, RANDELS SP, LADURE RA, SMITH DF. Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. *Journal of the American Medical Association*. 1991;265 (15):1961-1967.
- ²⁷ WEITZMAN C, ROJMAHAMONGKOL P. Fetal alcohol spectrum disorder: Clinical features and diagnosis. *UpToDate* [online] 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/fetal-alcohol-spectrum-disorder-clinical-features-and-diagnosis>. Acesso em novembro 2018.
- ²⁸ HOYME HE, KALBERG WO, ELLIOTT AJ, BLANKENSHIP J, BUCKLEY D, MARAIS AS, MANNING MA, ROBINSON LK, ADAM MP, ABDUL-RAHMAN O, JEWETT T, COLES CD, CHAMBERS C, JONES KL, ADNAMS CM, SHAH PE, RILEY EP, CHARNESS ME, WARREN KR, MAY PA. Updated Clinical Guidelines for Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics*. 2016;138(2).
- ²⁹ WARREN KR, LI TK. Genetic polymorphisms: impact on the risk of fetal alcohol spectrum disorders. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2005; 73(4):195-203;
- ³⁰ GREEN RF, STOLER JM. Alcohol dehydrogenase 1B genotype and fetal alcohol syndrome: a HuGE minireview. *Am J Obstet Gynecol*. 2007; 197(1):12-25;
- ³¹ WILLIAMS JF, SMITH VC. Committee on Substance Abuse. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics*; 2015; 136(5):e1395-406;
- ³² AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, COMMITTEE ON HEALTH CARE FOR UNDERSERVED WOMEN. Committee opinion no. 496: At-risk drinking and alcohol dependence: obstetric and gynecologic implications. *Obstet Gynecol*, 2011; 118(2 Pt 1):383-8
- ³³ BUSH K, KIVLAHAN DR, MCDONELL MB, et al. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. *Arch Internal Med*. 1998 (3): 1789-1795.
- ³⁴ MAYFIELD, D, MCLEOD, G, HALL, P. The CAGE questionnaire: validation of new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry*, 1974;131: 1121-3.
- ³⁵ CHAN AK, PRISTACH EA, WELTE JW, RUSSEL M. The TWEAK test in screening for alcoholism/ heavy drinking in three populations. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 6: 1188-1192, 1993.
- ³⁶ SOKOL RJ, MARTIER SS, AGER JW. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *Am J Obstet Gynecol*. 1989;160(4):863-8.

- ³⁷ FABBRI CE, FURTADO EF, LAPREGA MR. Consumo de Álcool na Gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. *Revista Saúde Pública* [online], 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000600013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em novembro 2018.
- ³⁸ LÓPEZ MB, LINCHTENBERGGER A, CONDE K, CREMONTE M. Psychometric Properties of Brief Screening Test of Alcohol Use Disorders during Pregnancy in Argentina. *Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [online] 2017. Disponível em <https://www.thieme-connect.com/DOI/DOI?10.1055/s-0037-1603744>. Acesso em novembro 2018.
- ³⁹ MORAES CL, VIELLAS EF, REICHENHEIM ME. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE and TWEAK in a Brazilian setting. *J Stud Alcohol*. ;66(2):165-73; 2005.
- ⁴⁰ APGAR V. Proposal For A New Method Of Evaluation Of The Newborn Infant. *Curr Res Anesth Analg*. 1953; 32 (4): 260-267.
- ⁴¹ FENTON TR, KIM JH. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for pre-term infants. *BMC Pediatr*. 2013; 13:59.
- ⁴² IBM Corp. Lançado 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, versão 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- ⁴³ COCHRAN WG (December 1950). "The Comparison of Percentages in Matched Samples". *Biometrika*. 37 (3/4): 256-266. doi:10.1093/biomet/37.3-4.256. JSTOR 2332378
- ⁴⁴ MANTEL N, HAENSZEL W. "Statistical aspects of the analysis of data from retrospective studies of disease". *Journal of the National Cancer Institute*. 22(4): 719-748, 1959.
- ⁴⁵ SILVA EP, LIMA RT, COSTA MJC, FILHO MB. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. *Rev. Panam Salud. Públ.* 2013;33(5):356-62.
- ⁴⁶ NUNES TN, GOMES KRO, RODRIGUES MTP, MASCARENHAS MDM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: Revisão de artigos publicados entre 2005 e 2015. *Scielo* [online] 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-252.pdf>. Acesso em novembro 2018.
- ⁴⁷ CARVALHO VCP, ARAÚJO TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2007;7(3):309-17. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000300010>.
- ⁴⁸ COSTA GRC, CHEIN MBC, GAMA MEA, COELHO LSC, COSTA ASV, CUNHA CLF, et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no estado do Maranhão, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(6):1005-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600021>. PMID:21308236.
- ⁴⁹ COUTINHO T, MONTEIRO MFG, SAYD JD, TEIXEIRA MTB, COUTINHO CM, COUTINHO LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(11):563-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010001100008>. PMID:21271168.
- ⁵⁰ CÉSAR JA, MENDONZA-SASSI RA, GONZALEZ-CHICA DA, MANO PS, GOULARTFILHA SM. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011;27(5):985-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500016>. PMID:21655849.
- ⁵¹ ANVERSA ETR, BASTOS GAN, NUNES LN, DAL PIZZOL TDS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012;28(4):789-800. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400018>. PMID:22488324
- ⁵² DOMINGUES RMSM, HARTZ ZMA, DIAS MAB, LEAL MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2012;28(3):425-37. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>. PMID:22415175.
- ⁵³ DOMINGUES RMSM, VIELLAS EF, DIAS MAB, TORRES JA, THEME-FILHA MM, GAMA SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(3):140- 7. PMID:25988250.

-
- ⁵⁴ RUSSELL M, MARTIER SS, SOKOL RJ, MUDAR P, JACOBSON S, JACOBSON J. Detecting risk drinking during pregnancy: a comparison of four screening questionnaires. *Am J Public Health*.1996; 86(10):1435-9.
- ⁵⁵ SIMÃO MO, KERR-CORRÊA F, DALBEN I, SMAIA SI. Alcoholic women and men: a comparative study of social and familial aspects and outcome. *Rev Bras Psiquiatr*.2002;24(3):121-9.
- ⁵⁶ MESQUITA MA, SEGRE CA. Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo. *Rev Bras Cresc Desenvol Hum*. 2009;19(1):63-77.
- ⁵⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva; 2004.
- ⁵⁸ ALVIK A, HEYERDAHL S, HALDORSEN T, LINDEMANN R. Alcohol use before and during pregnancy: a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand*.2006; 85(11):1292-8.
- ⁵⁹ 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.
- ⁶⁰ O'CONNOR MJ, WHALEY SE. Alcohol use in pregnant low-income women. *J Stud Alcohol*.2003; 64(6):773-83.
- ⁶¹ PINHEIRO SN, LAPREGA MR, FURTADO EF. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*.2005;39(4):593-8.

APÊNDICE 1

Formulário de Coleta de Dados

Nome: Registro:
Idade: anos. Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena.
Estado Civil: ☐ Com companheiro. ☐ Sem companheiro.
Nível escolar: ☐ Analfabeto. ☐ Fundamental. ☐ Ensino Médio. ☐ Superior.
Gravidez planejada: ☐ Sim. ☐ Não. Gravidez desejada: ☐ Sim. ☐ Não.
Pré Natal: ☐ Sim. ☐ Não. Número Consultas:
Uso Drogas ilícitas: ☐ Sim. ☐ Não. Quais:
Tabagismo: ☐ Sim. ☐ Não. Cigarros/dia:
Uso de Medicamentos: ☐ Sim. ☐ Não. Qual(is):
Parto: ☐ Normal. ☐ Cesário. ☐ Instrumentado. Idade Gestacional: sem.
Peso Nascimento RN: Kg. Estatura: cm. PC: cm. Apgar:/.....
Classificação: ☐ GIG. ☐ AIG. ☐ PIG.

ANEXO 1

Questionário Rastreamento T-ACE

A Sra. tem bom apetite? _____.

O que costuma comer nas refeições principais? _____.

Qual a bebida de sua preferência? _____.

(Explique e pergunte se chope, cerveja, pinga, conhaques, licores, bebidas fortes, batidas, uísque, etc...)

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

Nenhum ☐ ≥ 1 ☐ ≥ 2 ☐ ≥ 3 ☐ ≥ 4 ☐ (Avaliar conforme nº de drinques-padrão)

Tem facilidade em fazer amizades? _____.

Relaciona-se bem com seus familiares? _____.

2. A- Alguém tem lhe incomodado por criticar o seu modo de beber?

(Ex: cônjuge, filho, pai ou mãe) Sim ☐ Não ☐

Tem trabalhado durante a gravidez? _____.

Quais atividades você faz para descansar/relaxar?

3.C - Você tem percebido que deve diminuir seu consumo de bebida?

Sim ☐ Não ☐

A Sra. dorme bem à noite? _____.

A que horas costuma acordar? _____.

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

Sim ☐ Não ☐

Pontos obtidos no T-ACE: