

Claudia Leite Moraes

Michael Eduardo Reichenheim

Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro

Screening for alcohol use by pregnant women of public health care in Rio de Janeiro, Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a prevalência de casos suspeitos de uso inadequado de álcool durante a gestação entre mulheres atendidas na rede pública de saúde.

MÉTODOS: Estudo transversal com 537 parturientes selecionadas aleatoriamente em maternidades públicas do Rio de Janeiro entre março e outubro de 2000. Entrevistadoras adequadamente treinadas identificaram os casos suspeitos de uso inadequado de álcool utilizando os instrumentos *Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener (CAGE)*, *Tolerance Cut-down, Annoyed e Eye-opener (T-ACE)* e *Tolerance Worry Eye-opener Annoyed Cut-down (TWEAK)*. Na análise segundo variáveis socioeconômicas e demográficas utilizou-se o teste qui-quadrado.

RESULTADOS: Cerca de 40% das mulheres relataram fazer uso de algum tipo de bebida alcoólica durante a gestação, sendo a cerveja a bebida mais consumida (83,9%). Dependendo do instrumento de identificação, estimou-se que entre 7,3% e 26,1% das mulheres eram casos suspeitos de uso inadequado de álcool. A suspeição de utilização inadequada foi mais comum entre as mulheres de idade mais avançada; de baixa escolaridade; que não se declararam brancas; que não viviam com companheiro; que relataram tabagismo e uso de drogas ilícitas por um dos membros do casal; e com pouco apoio social.

CONCLUSÕES: A alta prevalência de suspeição de uso inadequado de álcool e sua superposição com diferentes fatores de risco para desfechos deletérios na gestação indicam um importante problema de saúde pública, merecendo ser rotineiramente rastreada durante o acompanhamento pré-natal.

DESCRITORES: Consumo de bebidas alcoólicas, epidemiologia. Gestantes. Questionários. Estudos transversais. Brasil.

Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Claudia Leite Moraes
Departamento de Epidemiologia
Instituto de Medicina Social
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
R. São Francisco Xavier, 524, 7º andar
20559-900 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: clmoraes@ims.uerj.br

Recebido: 11/9/2006

Revisado: 16/3/2007

Aprovado: 8/5/2007

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess the prevalence of suspected cases of alcohol use during pregnancy in women seeking care in public health services.

METHODS: Cross-sectional study comprising 537 women randomly selected in public maternity hospitals in Rio de Janeiro, Southeastern Brazil, from March to October 2000. A well-trained team of female interviewers used the instruments Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener (CAGE), Tolerance Cut-down, Annoyed, Eye-opener (T-ACE) and Tolerance Worry Eye-opener Annoyed Cut-down (TWEAK) to assess suspect cases of alcohol misuse. The Chi-square test was used in the analysis according to socioeconomic and demographic variables.

RESULTS: About 40% of women informed having used any type of alcoholic beverage during pregnancy. Beer was the most frequently used drink (83.9%). Depending on the measurement instrument used, estimates of alcohol misuse varied from 7.3% to 26.1%. Suspected cases of alcohol abuse were more common among non-white, older and less educated women; those not living with a partner; those reporting use of tobacco and illicit drugs either by one or both partners in a couple; and those with little social support.

CONCLUSIONS: High prevalence of suspected alcohol misuse and its overlapping with several risk factors for adverse pregnancy outcomes indicate this is an important issue of public health concern requiring continuous screening during prenatal care.

KEY WORDS: Alcohol drinking, epidemiology. Pregnant women. Questionnaires. Cross-sectional studies. Brazil.

INTRODUÇÃO

Com a sistematização da Síndrome de Alcoolismo Fetal na década de 1970,⁹ o interesse da comunidade científica se voltou para as repercussões do “mau uso”^{*} e abuso de álcool no período próximo à concepção e ao longo da gestação na saúde materno-infantil. Desde então, estudos apontam que a exposição ao álcool durante esta fase aumenta o risco de mortalidade e incidência de diferentes agravos à saúde da mulher, como doença coronariana, hipertensão arterial, neoplasia de mama, distúrbios neurológicos, depressão e outras desordens afetivas.²⁵ O uso de álcool pela gestante parece contribuir também para o ganho de peso gestacional insuficiente, menor frequência aos serviços de pré-natal e maior utilização de outras drogas.^{17,20} As repercussões diretas do problema para o feto e recém-nascido também são variadas.²⁵ A literatura mostra maior risco de malformações, aborto espontâneo, baixo peso ao nascer, prematuridade, asfixia e mortalidade perinatal, além de diversos problemas físicos e mentais decorrentes da Síndrome do Alcoolismo Fetal.²⁵

Várias pesquisas na América do Norte e Europa têm focalizado a magnitude e o perfil das gestantes que

consomem bebidas alcoólicas durante a gestação, onde a prevalência do “mau uso” varia entre 0,5% e 62%.^{3,6,14} Ainda são escassos os estudos em países em desenvolvimento, tendo sido encontrado apenas um artigo que avaliasse a magnitude do problema entre gestantes brasileiras.¹⁵

Uma das questões centrais para a melhor compreensão e manejo adequado do problema durante a gestação refere-se à definição da estratégia para a sua detecção nos serviços de saúde. Devido ao preconceito sobre o uso exagerado ser maior na gestação, perguntas diretas sobre o consumo de bebidas alcoólicas dirigidas à gestante não parece ser a estratégia mais adequada para declaração do problema. Dessa forma, há necessidade de elaboração de questionários estruturados específicos e/ou rediscussão dos critérios dos questionários existentes.

Dentre os vários instrumentos para rastreamento de suspeição de uso inadequado de álcool, o CAGE¹¹ (*Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener*) tem merecido atenção especial em função de sua simplicidade, facili-

* Este termo procura congrega um conjunto de descritores utilizados na literatura citada relativos ao uso excessivo de álcool, tais como abuso, dependência, alcoolismo.

dade de aplicação e validade confirmada em diferentes países. O CAGE é composto por quatro itens e quando pelo menos dois deles são respondidos afirmativamente, o indivíduo é considerado positivo. Embora bastante utilizado em estudos epidemiológicos, tem sofrido críticas quanto à sua performance em mulheres. Para aumentar a sensibilidade do instrumento, estudos têm sugerido a diminuição de seu ponto de corte quando utilizado para rastrear consumo abusivo de álcool na população feminina.^{4,17,23}

No final dos anos 1980, a elaboração de instrumentos para uso específico na gravidez surgiu como uma tentativa de melhorar a capacidade diagnóstica dos instrumentos simplificados habitualmente utilizados. Pioneiro nesse processo e originalmente proposto por Sokol et al,²³ o T-ACE é composto por três itens oriundos do CAGE (*Annoyed, Cut-down e Eye-opener*), aos quais se adicionou um sobre tolerância aos efeitos do álcool. Com o mesmo intuito, Russel¹⁶ propôs o TWEAK (*Tolerance Worry Eye-opener Amnesia/black-out Cut-down*), composto por cinco itens: dois provenientes do CAGE (*Cut-down e Eye-opener*), dois do Michigan *Alcoholism Screening Test* (MAST – *Worry e Amnesia/black-out*)¹⁸ e a mesma questão da tolerância ao uso de álcool utilizada no T-ACE.

A validade desses instrumentos vem sendo ressaltada em estudos internacionais, tendo sido incorporados às rotinas dos serviços de pré-natal em vários países. No Brasil, o conhecimento sobre sua performance no contexto da gestação ainda é incipiente e apenas um estudo avaliou a validade dos questionários entre gestantes brasileiras.¹³ Segundo esses autores, de modo geral, os três instrumentos se mostraram satisfatórios na avaliação inicial; e confirmam a diminuição do ponto de corte do CAGE para um item quando utilizado entre gestantes. Os autores recomendam o rastreamento do uso inadequado* de bebidas alcoólicas durante o atendimento pré-natal, havendo a necessidade do desenvolvimento de outros estudos que utilizem os instrumentos para uma recomendação final sobre qual deles deva ser incorporado à rotina clínica.

Visando contribuir para o conhecimento do grau de uso de bebidas alcoólicas entre gestantes brasileiras, o presente estudo teve por objetivo estimar a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez entre mulheres atendidas na rede pública de saúde, identificando fatores sociodemográficos e reprodutivos associados ao maior risco de utilizar tais bebidas de forma inadequada.

MÉTODOS

A pesquisa é um subprojeto de um estudo caso-controle sobre o papel da violência familiar durante a gestação como fator de risco para a prematuridade do recém-nascido.** Trata-se de estudo transversal com 537 mulheres que compunham o grupo controle do estudo de fundo. A decisão de incluir apenas o grupo controle se baseia na premissa de que a inclusão dos casos poderia levar à superestimação da prevalência de uso inadequado de álcool, dada a associação entre consumo de álcool pela gestante e prematuridade.

As participantes foram selecionadas entre março e setembro de 2000 em três das principais maternidades públicas da cidade do Rio de Janeiro, por meio de amostragem aleatória simples. Foram incluídas mulheres que deram à luz recém-nascidos a termo, isto é, com idades gestacionais maiores ou iguais a 37 semanas firmadas por ultra-sonografia realizada entre a 7ª e a 18ª semana de gestação. Na ausência de ultra-sonografia, utilizou-se a data da última menstruação para a estimação da idade gestacional. As parturientes com diabetes, hipertensão arterial essencial ou cujos recém-nascidos tinham malformações congênitas graves, doenças congênitas associadas à prematuridade ou gemelares foram retiradas do estudo para atender a questões relacionadas ao estudo de fundo.

A coleta de dados foi realizada por uma equipe de entrevistadoras previamente treinada, que diariamente identificavam os nascimentos ocorridos nas 24 horas anteriores nas maternidades. As entrevistas foram realizadas nas primeiras 48 horas de puerpério, antes da alta hospitalar, em local reservado e sem a presença do marido ou companheiro.

A detecção do uso inadequado do álcool foi realizada por meio dos instrumentos CAGE,⁷ T-ACE,²³ e TWEAK,¹⁶ todos adaptados para uso no Brasil.^{10,13} A classificação das participantes segundo o instrumento CAGE considerou positivas tanto as mulheres que apresentaram uma (CAGE1), como as que tiveram duas ou mais questões positivas de um total de quatro (CAGE2). Para os instrumentos T-ACE e TWEAK, foram consideradas positivas as mulheres que responderam afirmativamente a duas ou mais questões.

Apoio social e uso de drogas ilícitas foram avaliados com utilização das versões em português dos instrumentos elaborados por Sherbourne & Stewart^{5,19} e o *Non-student Drug Use Questionnaire* (NSDUQ),²¹ respectivamente. As características ambientais e do

* No presente contexto, o termo se refere a qualquer problema relativo ao uso de bebida alcoólica, conforme recomendado no site do periódico *Journal of Studies on Alcohol & Drugs* (<http://www.jsad.com/jsad/static/abuse.html> [Acessado em 9/3/2007]) para situações que não atendem especificamente às definições de abuso e dependência propostas nas terceira, terceira revisada e quarta edições do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria (<http://www.psych.org/>).

** Moraes CL. Aspectos metodológicos relacionados a um estudo sobre violência familiar durante a gestação como fator de propensão da prematuridade no recém-nascido. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

domicílio (escore ambiental) foram utilizadas como aproximação das condições socioeconômicas da família. Para tal, foi elaborada uma escala da habitação da gestante, composta pelo nível de aglomeração (<1,0; 1,0 – 1,49; >1,5 pessoa por cômodo); o material de construção (alvenaria ou tijolo vs. outros); o material do piso (cimento, madeira tratada, tacos, cerâmica ou ladrilho vs. outros); e disposição do lixo (recolhimento em casa; caçamba; local aberto ou terreno baldio). Após a soma de pontos para obtenção do escore, dividiu-se a amostra em quintis, agrupando-se os intermediários (2º, 3º e 4º) em um único nível. Com relação à cor/raça, solicitou-se que as mulheres se auto classificassem segundo seis opções (branca, negra, mulata, amarela, indígena, outras). O grau de escolaridade foi avaliado segundo o número de anos completos estudados. As informações sobre as demais variáveis foram obtidas por perguntas estruturadas especificamente elaboradas para a pesquisa.

Os dados do Sistema de Declaração de Nascidos Vivos (Sinasc) no ano de 2000 foram utilizados para avaliação da representatividade da população de estudo no total de nascimentos em maternidades públicas ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) ocorridos no mesmo período.

A entrada, processamento e análise de dados foram realizados no programa Stata 9.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. A participação no estudo ocorreu mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. Garantiu-se o caráter confidencial das informações e demais questões apontadas na resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Todas as parturientes responderam às questões relativas ao consumo de bebidas alcoólicas e às presentes no instrumento CAGE. Foram excluídas das análises 16 (2,9%) mulheres que não responderam ao item sobre o grau de tolerância à bebida alcoólica no TWEAK e T-ACE.

Conforme mostra a Tabela 1, a população de estudo se caracterizou por ter um grande contingente de mulheres jovens (média de idade de 23,6 anos; dp=6,3), de baixa escolaridade (média de 6,6 anos; dp=2,2), sem trabalho remunerado (43,0%; IC 95%: 38,7;47,2), casadas ou com companheiro fixo (77%; IC 95%: 73,4; 80,6), mães de primogênitos(as) (89,8%; IC 95%: 87,2;92,4) e vivendo sob precárias ou regulares condições de moradia 56,7% (IC 95%: 52,6;61,1).

O uso de bebida alcoólica durante algum período da gestação foi reportado por 40,6% (IC 95%: 36,4;44,8) das mulheres entrevistadas, enquanto que 10,1%

Tabela 1. Caracterização da amostra estudada e sua representatividade em relação ao total de nascimentos ocorridos em maternidades públicas ou conveniadas. Rio de Janeiro, RJ, 2000.

Variável	Amostra estudada N=537		População externa*
	%	IC 95%	%
Anos de escolaridade materna			
Até 8 anos	58,3	54,1;62,5	57,1
9 a 11 anos	27,3	23,6;31,2	31,4
12 ou mais	14,3	11,3;17,3	11,5
Idade materna			
Até 19 anos	31,3	27,4;35,2	25,6
20 a 29 anos	50,8	46,6;55,1	49,6
30 ou mais	17,9	14,6;21,1	26,8
Relação estável com companheiro			
Sim	77,0	73,4;80,6	n/d
Não	23,0	19,4;26,6	
Número de consultas pré-natais			
Menos de seis	49,8	45,6;54,1	59,3
Seis ou mais	50,2	45,8;54,5	40,7
Paridade (1º filho)			
Sim	89,8	87,2;92,4	71,1
Não	10,2	7,6 ;12,8	28,9
Parto normal			
Sim	71,9	68,0;75,7	66,6
Não	28,1	24,3;32,0	33,4
Sexo do recém-nascido			
Masculino	51,7	47,4;56,0	51,2
Feminino	48,3	44,0;52,6	48,8
Condições de moradia			
Ruim	18,1	14,8;21,4	n/d
Regular	38,6	34,4;42,7	
Boa	43,3	39,1;47,6	
Trabalho materno na gestação			
Sim	57,0	52,8;61,2	n/d
Não	43,0	38,7;47,2	

* Fonte: Sistema Nacional de Nascidos (Sinasc) - 2000
n/d: Informações não disponíveis

(IC95%: 7,5; 12,6) relataram ter feito uso do álcool até o final da gestação. As bebidas mais consumidas foram cerveja (83,9%; IC 95%: 78,9;88,8) e vinho (9,7%; IC 95%: 5,7;13,6), as demais (*whisky*, cachaça, licor, batida, outros) representaram 6,5% (IC 95%: 3,2;9,7) do consumo. As prevalências de suspeição do uso inadequado de álcool segundo os instrumentos CAGE, T-ACE e TWEAK são apresentadas na Tabela 2. O percentual de mulheres identificadas como suspeitas de uso inadequado foi inferior com a utilização do CAGE quando se considerou o seu ponto de corte usual (pelo

Tabela 2. Prevalência de suspeição de uso inadequado de álcool segundo os instrumentos CAGE, T-ACE e TWEAK. Rio de Janeiro, RJ, 2000.

Item	CAGE	T-ACE	TWEAK	Percentual de respostas positivas (IC 95%)
Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida, ou parar de beber? ('Cut-down')	✓	✓	✓	18,3 (15,0;21,5)
As pessoas a aborrecem porque criticam o seu modo de beber? ('Annoyed')	✓	✓		6,1 (4,1;8,2)
Você se sente culpada ou chateada pela maneira com que costuma beber? ('Guilty')	✓			4,7 (2,9;6,5)
Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? ('Eye-opener')	✓		✓	0,9 (0,1;1,7)
Quantas doses você precisa beber para se sentir "alta", ou seja, quantas doses são necessárias para que você comece a se sentir diferente do seu jeito "normal"? ('Tolerance')		✓	✓	20,3 (16,9;23,8)
Seu companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando você bebe? ('Worry')			✓	18,3 (15,0;21,5)
Alguma vez você acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada? ('Amnésia')		✓	✓	7,1 (4,9;9,3)
Prevalência de casos suspeitos de uso inadequado de álcool	CAGE2* 7,3 (5,1;9,5) CAGE1** 20,3 (16,9;23,7)	21,9 (18,3;25,4)	26,1 (22,3;29,9)	-

CAGE: Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener

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

TWEAK: Tolerance Worry Eye-opener Annoyed Cut-down

* CAGE2: os casos positivos são aqueles que apresentam duas ou mais respostas positivas

** CAGE1: os casos positivos são aqueles que apresentam uma ou mais respostas positivas

menos dois itens positivos). Ao se utilizar pelo menos um item positivo como critério de positividade ao instrumento, o percentual de suspeitas de uso inadequado foi mais elevado, assemelhando-se aos estimados pelo T-ACE e TWEAK.

O percentual de mulheres positivas aos diferentes itens que compõem os questionários também está apresentado na Tabela 2. Nota-se uma alta proporção de mulheres positivas aos itens *Tolerance*, *Worry*, e *Cut-down* e apenas 0,9% das respondentes afirmaram necessitar beber pela manhã para curar o nervosismo ou ressaca (*Eye-opener*).

Na Figura 1, observa-se um panorama de distribuição de mulheres diagnosticadas pelos diferentes instrumentos. Dentre as 521 mulheres que responderam aos três questionários, 139 (26,7%; IC 95%: 22,9;30,5) foram consideradas positivas por ao menos um dos instrumentos e apenas 29 (5,6%; IC 95%: 3,6;7,5) o foram de acordo com os três questionários. Somente uma mulher dentre as 114 mulheres identificadas pelo T-ACE não foi detectada pelo TWEAK. Ao se utilizar o ponto de corte habitualmente preconizado para populações gerais

(2), o CAGE foi incapaz de detectar 74,8% (IC 95%: 67,5;82,1) dos casos positivos a pelo menos um dos instrumentos. Por outro lado, a utilização exclusiva do TWEAK falharia em somente três situações (2,1%; IC 95%: 4,4;6,1).

Na Tabela 3 observa-se o perfil das mulheres identificadas como caso suspeito de uso inadequado de bebidas alcoólicas pelos instrumentos TWEAK e T-ACE. A prevalência de casos suspeitos foi maior entre mulheres com idades mais avançadas; baixa escolaridade; que se auto-classificaram como de cor não branca; não viviam com companheiro; fumantes; relataram uso de drogas durante a gestação; tiveram gestações e histórias de abortamentos anteriores; e aquelas que referiram níveis mais baixos de apoio social. Observando o conjunto de mulheres positivas ao CAGE, este perfil não parece tão claro. Ao se considerar o ponto de corte de um, a positividade ao instrumento se diferencia de maneira estatisticamente significativa em seis das dez variáveis escrutinadas. Somente três variáveis permanecem significantes no ponto de corte tradicional (dois), caracterizando um perfil diferente dos outros instrumentos.

Tabela 3. Suspeição de uso inadequado de álcool, segundo variáveis sociodemográficas e de comportamento e instrumentos CAGE, T-ACE e TWEAK. Rio de Janeiro, RJ, 2000.

Variável	N	CAGE1 %	CAGE2 %	T-WEAK %	T-ACE %
Idade materna					
≤19 anos	168	16,7	8,3	21,0	15,4
20-29 anos	273	19,4	5,1	25,6	22,2
≥30 anos	96	29,2	11,5	36,6	32,3
p-valor		0,05	0,0	0,02	0,01
Escolaridade materna					
Até 4 anos de estudo	135	31,9	10,4	33,6	28,2
Mais de 4 de estudo	402	16,4	6,2	23,6	19,7
p-valor		0,00	0,11	0,02	0,04
Cor/raça					
Branca	185	15,1	4,3	21,3	18,0
Outras	350	23,1	8,9	28,9	24,1
p-valor		0,03	0,05	0,06	0,11
Situação conjugal					
Vive com companheiro	406	18,0	5,7	22,8	19,3
Não vive com companheiro	131	27,5	12,2	36,2	29,2
p-valor		0,02	0,01	0,00	0,01
Fumante durante a gravidez					
Não	433	17,3	6,2	20,6	16,3
Sim	103	33,0	11,6	50,5	46,4
p-valor		0,00	0,06	0,00	0,00
Usou drogas durante a gestação					
Não	505	19,6	6,9	24,5	20,0
Sim	32	31,3	12,5	51,6	51,6
p-valor		0,11	0,24	0,00	0,00
Número de gestações anteriores					
Nenhuma	211	18,5	7,1	20,4	16,0
Uma ou mais	326	21,5	7,4	29,8	25,7
p-valor		0,40	0,91	0,02	0,01
História de aborto anterior					
Não	141	19,7	7,1	23,8	19,2
Sim	396	22,0	7,3	32,6	29,6
p-valor		0,56	0,93	0,05	0,01
Condições do domicílio					
Ruim	96	30,2	12,5	29,0	20,4
Regular ou boa	435	18,2	6,2	25,1	21,8
p-valor		0,01	0,03	0,44	0,77
Apoio social					
1º quintil	116	29,3	7,8	30,9	25,5
2º a 4º quintis	315	21,0	8,6	28,8	23,9
5º quintil	106	8,5	2,8	13,3	12,4
p-valor		0,00	0,14	0,00	0,03

DISCUSSÃO

As prevalências de “mau uso” de álcool na gestação reportadas na literatura internacional variam de 0,5% a 62,0% conforme a estratégia de detecção e o contexto de investigação.^{3,6,14} As estimativas do presente estudo são semelhantes, de 7,3% a 26,1%. Também aqui há uma variabilidade dependente da estratégia de identificação, as estimativas tendendo a aumentar à utilização dos instrumentos T-ACE e TWEAK.¹⁶

Os achados do presente estudo não puderam ser contrastados com outros estudos, ainda escassos e restritos a grupos populacionais específicos de países desenvolvidos, o que dificulta sobremaneira uma comparação balizada e sensata. Destarte, a discussão focalizará as prevalências estimadas segundo as particularidades de cada instrumento, acentuando-se suas possíveis indicações e limites.

Dada a freqüente utilização do CAGE em pesquisas epidemiológicas e no rastreamento de situações de uso inadequado de álcool em serviços de saúde no País, algumas hipóteses têm sido levantadas para justificar a discrepância dos resultados encontrados. Alguns autores sugerem que as menores prevalências encontradas com o CAGE se devem ao fato deste se reportar prioritariamente a situações de maior gravidade em que a dependência à bebida alcoólica já está instalada.² Outros têm apontado que, adicionalmente, as menores prevalências seriam oriundas da inadequação do próprio instrumento quando utilizado no rastreamento de consumo abusivo de álcool na gestação, um entrave também identificado para além da gravidez em mulheres como um todo.^{4,17,23}

Além do preconceito sobre o consumo exagerado ser maior na gestação e isto trazer dificuldades à declaração do problema, a população feminina está habitualmente mais restrita ao lar e, portanto, menos exposta às repressões de cunho social. Desta forma, instrumentos como o CAGE, que exploram especificamente os efeitos sociais do uso inadequado de álcool, poderiam ser menos sensíveis nesse subgrupo. Conforme visto na Tabela 2, a despeito dos dois primeiros itens de cunho social perpassarem os três instrumentos, os outros dois itens do CAGE não fazem parte de um dos instrumentos, ou não se encontram em nenhum dos dois. Questões “não sociais” de caráter mais íntimo, sobre a quantidade e conseqüências do consumo ou preocupação de familiares com o modo de beber, só estão presentes no TWEAK e T-ACE. Portanto, não surpreende uma maior sensibilidade destes na captura do evento de interesse.

A distribuição etária da população de estudo também é outro aspecto a se considerar. Recentemente, pesquisas vêm sugerindo uma pior performance do CAGE entre adolescentes em função de diferenças no

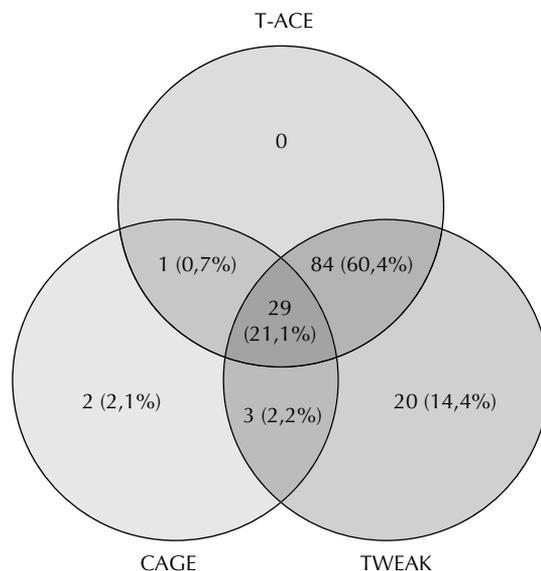


Figura. Distribuição dos casos suspeitos de uso inadequado de álcool de acordo com os instrumentos CAGE, TWEAK e T-ACE. Rio de Janeiro, RJ, 2000.

padrão e duração do consumo neste grupo etário. Por não beber regularmente, mas grandes quantidades em poucas oportunidades por semana, o jovem tende a ainda manter íntegro seu tecido hepático, diminuindo as conseqüências clínicas e sociais do uso inadequado. Isto, por sua vez, dificulta a detecção do problema com instrumentos que se restrinjam à abordagem dessas questões. Como cerca de um terço das mulheres entrevistadas se encontravam nessa faixa etária, é possível que alguns casos de uso inadequado de álcool não tenham sido identificados neste grupo, contribuindo para menor prevalência obtida com o CAGE.

O padrão de superposição dos diferentes instrumentos na identificação de casos suspeitos também merece reflexão. Dos três questionários, o TWEAK tem maior cobertura na identificação de casos suspeitos, pois apenas três das 139 mulheres positivas a pelo menos um dos instrumentos deixaram de ser identificadas por este instrumento. O CAGE não detectou muitas das mulheres positivas aos outros dois instrumentos quando utilizado o ponto de corte habitual. Fica a dúvida se existe falha no processo de detecção do conjunto de casos ou se apenas daqueles mais brandos em que ainda não há tolerância e sintomas de abstinência instalados. O instrumento T-ACE tem performance intermediária, e identificou como casos suspeitos de uso inadequado de álcool a maior parte das mulheres identificadas pelo CAGE, mas não detectou muitas do grupo pelo TWEAK.

Em consonância com a literatura, observou-se que os casos suspeitos de consumo exagerado de álcool durante a gestação são mais freqüentes entre as mulheres com

mais de 30 anos e baixa escolaridade; entre as que se auto-classificam como de cor não branca; que não têm companheiro fixo; que estão envolvidas em relações em que o tabagismo e o abuso de drogas ilícitas são comuns; e que possuem apoio social escasso e frágil.^{3,14,22} Embora a magnitude do problema seja maior em certos subgrupos populacionais, qualquer estratégia a ser implementada deve partir de um rastreamento amplo nos serviços de atenção à gestante. O conhecimento sobre o perfil da gestante deve ser utilizado apenas como um norteador para priorização de clientela em situações de carência de recursos. Muitos casos de consumo inadequado ocorrem entre mulheres que fogem ao padrão estabelecido na literatura.

O presente estudo tem algumas limitações. A primeira concerne ao fato da pesquisa não ter utilizado um instrumento considerado padrão-ouro para a identificação dos vários estágios de uso inadequado de álcool. Os três instrumentos utilizados foram concebidos como rastreadores do uso inadequado, não recomendados como referência para o diagnóstico. Apesar de estudos psicométricos anteriores realizados em outros países terem evidenciado altas sensibilidade e especificidade dos três instrumentos entre gestantes, somente um estudo nacional avaliou a performance desses instrumentos entre mulheres brasileiras e se restringiu à apreciação da confiabilidade e validade de seu construto.¹³ Ainda que já seja um bom começo, estudos em diferentes contextos e momentos da gestação seriam necessários para que se tivesse uma avaliação mais robusta da qualidade dos instrumentos no rastreamento do problema.

Outra particularidade é o fato de se ter contemplado predominantemente uma clientela de baixa renda e escolaridade, mulheres que utilizam os serviços públicos da cidade do Rio de Janeiro (que correspondem à cerca de 60% dos 102.000 nascimentos ocorridos em 2000). Ainda que, em princípio, os resultados pareçam extrapoláveis para o conjunto de mulheres que dão à luz em maternidades do SUS, do município,¹² sem mais evidências, é difícil saber se os achados seriam generalizáveis para as gestantes do município como um todo. Além disso, a população de estudo teve uma proporção de adolescentes ligeiramente maior do que o conjunto de mulheres que deram à luz em maternidades públicas no ano de 2000. Portanto, é possível que as prevalências estejam subestimadas já que, como discutido anteriormente, o consumo exagerado parece ser mais comum entre mulheres acima de 30 anos.

O momento da realização das entrevistas também importa. A opção por entrevistar as mães no período de pós-parto imediato poderia ter trazido prejuízo à qualidade das informações referentes ao uso de bebidas alcoólicas. Porém, o problema pode ter sido minimizado na medida em que a amostra incluiu apenas mães de recém-nascidos de baixo risco e, por conseguinte, menor

nível de estresse".²⁴ Os bons resultados das avaliações de confiabilidade e validade de construto dos instrumentos reportados em estudo anterior, com esta mesma clientela, parecem corroborar essa proposição.¹³

Por mais que não devam ser ignorados, os entraves circunstanciais encontrados não invalidam a constatação de que uma boa parcela de gestantes atendidas nos serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro refere utilizar bebidas alcoólicas durante a gestação e que uma parte significativa delas pode estar fazendo uso em grande quantidade. O expressivo número de casos suspeitos de uso inadequado do álcool entre gestantes indica que a questão merece ser entendida como importante problema de saúde pública no município do Rio de Janeiro ou, quiçá, no conjunto de centros urbanos brasileiros. Soma-se a isto a complexidade e variedade das consequências do problema na saúde da mãe e seu filho.

A despeito de serem mais susceptíveis do que os homens a problemas de saúde decorrente de consumo de doses relativamente menores, tanto a detecção como o tratamento do consumo abusivo são menos comuns entre mulheres.⁴ Pelo menos em parte, as falhas nos processos de identificação são associadas à baixa procura dos serviços de saúde especializados e à ausência de estratégias de rastreamento sistemáticas em serviços de atenção básica. Segundo pesquisa realizada nos Estados Unidos, apenas 15% das pessoas que consomem bebida alcoólica de forma inadequada chegam ao setor saúde com essa queixa.⁸ A maioria das mulheres é atendida em função de problemas psicoemocionais e em órgãos-alvo decorrentes do consumo exagerado, ou simplesmente para acompanhamentos de rotina. Diante desta constatação, têm-se enfatizado a importância do engajamento dos serviços de saúde voltados para o atendimento à mulher aos programas que visam a prevenção e detecção precoce do problema em áreas onde o consumo exagerado seja reconhecidamente freqüente.¹

O potencial dos serviços de saúde para a captação das situações-problema ainda se torna mais evidente durante a gravidez, em função do modelo de atenção ao durante o pré-natal, que prevê acompanhamento regular pela equipe de saúde, desde o reconhecimento da gestação até o parto. Em nenhuma outra fase da vida a mulher utiliza com tanta freqüência os serviços de saúde, o que cria repetidas oportunidades para a detecção de situações de risco. A despeito dessa facilidade, a identificação de mulheres que fazem uso excessivo de álcool ainda é um grande desafio para os profissionais do setor, algo que, a rigor, não está restrito ao Brasil.¹⁵ Uma barreira a ser transposta concerne o caráter velado do uso de bebidas alcoólicas durante a gestação decorrente da grande desaprovção social. Outro desafio é o despreparo do profissional de saúde para lidar com o problema, que começa com o desconhecimento sobre a sua real magnitude na gravidez.

O questionamento direto sobre o uso de álcool parece ser a estratégia menos eficaz para a identificação do problema. Marcadores biológicos identificam apenas os casos que envolvem situações extremas de uso da substância e aqueles que ingeriram grandes quantidades de etanol em momento próximo à coleta de sangue. Assim, o rastreamento durante a consulta de pré-natal com instrumentos válidos, rápidos e de fácil aplicação parece ser a melhor estratégia a ser implementada. A regularidade do atendimento permite o aprofundamento das relações entre profissionais de saúde e gestantes, facilitando a identificação de hábitos de vida prejudi-

ciais à saúde, como o uso inadequado álcool. A abordagem da questão pelo profissional de saúde promove reflexões e fortalece sentimentos e atitudes de maior autocontrole e autocuidado, suficientes para a redução do consumo de paciente em estágios iniciais do problema. Mediante intervenções breves e simples, muitas mulheres podem ser encorajadas a diminuir ou mesmo cessar o consumo de álcool na gestação. Além de evitar complicações na gestação atual, uma abordagem neste momento é a oportunidade de prevenir o problema em gestações futuras e favorecer uma maternagem segura e responsável.

REFERÊNCIAS

- 1 Abrahams N, Jewkes R, Hoffman M, Laubsher R. Sexual violence against intimate partners in Cape Town: prevalence and risk factors reported by men. *Bull World Health Organ.* 2004;82(5):330-7.
- 2 Almeida LM, Coutinho EFS. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. *Rev Saude Publica.* 1993;27(1):23-9.
- 3 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.
- 4 Bradley KA, Boyd-Wickizer J, Powell SH, Burman ML. Alcohol screening questionnaires in women: a critical review. *JAMA* 1998;280(2):166-71.
- 5 Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saude Publica.* 2001;17(4):887-96.
- 6 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.
- 7 Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA.* 1984;252(14):1905-7.
- 8 Figlie NB, Pillon SC, Dunn J, Laranjeira R. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil - using the AUDIT and Fagerström questionnaires. *São Paulo Med J.* 2000;118(5):139-43.
- 9 Jones KL, Smith DW. Recognition of fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet* 1973;2(7836):999-1001.
- 10 Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res.* 1983;16(3):215-8.
- 11 Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry.* 1974;131(10):1121-3.
- 12 Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;79(3):269-77.
- 13 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.* 2005;66(2):165-73.
- 14 O'Connor MJ, Whaley SE. Alcohol use in pregnant low-income women. *J Stud Alcohol.* 2003;64(6):773-83.
- 15 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.
- 16 Russell M, Martier SS, Sokol RJ, Mudar P, Bottoms S, Jacobson S, et al. Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcohol Clin Exp Res.* 1994;18(5):1156-61.
- 17 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.
- 18 Selzer M. The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry.* 1971;127(12):1653-8.
- 19 Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med.* 1991;32(6):705-14.
- 20 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.
- 21 Smart RG, Arif A, Hughes P, Medina Mora ME, Navaratnam V, Varma VK, et al. Drug use among non-student youth. Geneva: World Health Organization, 1981. (WHO Offset Publication, 60).
- 22 Sokol RJ, Delaney-Black V, Nordstrom B. Fetal alcohol spectrum disorder. *JAMA.* 2003;290(22):2996-9.
- 23 Sokol RJ, Martier S, Ernhart C. Identification of alcohol abuse in the prenatal clinic. In: Chang NC, Chao HM, editors. NIAAA Research Monograph 17: Early identification of alcohol abuse. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office; 1985. p.209-27. (DHHS Publication No ADM 85-1258).
- 24 Szklo M, Javier Nieto F. Epidemiology. Beyond the basics. Gaithersburg, MD: Aspen; 2000.
- 25 World Health Organization. Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva; 2004.