

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

GISELLE MORAIS LIMA BAKARGI

**CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE OS POSSÍVEIS DANOS
ASSOCIADOS À EXPOSIÇÃO FETAL AO ÁLCOOL: UMA
AVALIAÇÃO INTERMUNICIPAL**

**FRANCA
2018**

GISELLE MORAIS LIMA BAKARGI

**CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE OS POSSÍVEIS DANOS
ASSOCIADOS À EXPOSIÇÃO FETAL AO ÁLCOOL: UMA
AVALIAÇÃO INTERMUNICIPAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito ao título de Mestra em Serviço Social. Área de concentração: Formação e Prática Profissional.

Orientadora: Profa. Dra. Nayara Hakime Dutra Oliveira
Coorientador: Prof. Dr. Décio Brunoni

**FRANCA
2018**

Bakargi, Giselle Morais Lima.

Conhecimento das mulheres sobre os possíveis danos associados à exposição fetal ao álcool: uma avaliação intermunicipal/ Giselle Morais Lima Bakargi. – Franca: [s.n.], 2018.

153 f.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Orientadora: Nayara Hakime Dutra Oliveira.

Coorientador: Décio Brunoni.

1. Saúde materno infantil – Álcool. 2. Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal. 3. Serviço Social. I. Título.

CDD – 362.83

GISELLE MORAIS LIMA BAKARGI

**CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE OS POSSÍVEIS DANOS
ASSOCIADOS À EXPOSIÇÃO FETAL AO ÁLCOOL: UMA
AVALIAÇÃO INTERMUNICIPAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como requisito ao título de Mestra em Serviço Social. Área de concentração: Formação e Prática Profissional.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____
Profa. Dra. Nayara Hakime Dutra Oliveira (FCHS-UNESP)

1º Examinador: _____
Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta (FCHS-UNESP)

2º Examinador: _____
Profa. Dra. Maria de Fátima Aveiro Colares (FMRP-USP e FACEF)

Franca, 25 de maio de 2018.

AGRADECIMENTOS

A todas as participantes das cidades de Anápolis/GO e Franca/SP por toda colaboração e desprendimento na cooperação com esta pesquisa e para com a pesquisadora.

Aos Professores Doutores Nayara Hakime e Décio Brunoni, pela confiança em mim depositada para o desenvolvimento deste trabalho, pelas orientações e pela competência exemplificada em cada gesto e atitude.

As minhas amigas Adriana, Alline, Larissa e Vanessa, que diretamente ou diretamente se fizeram presentes neste trabalho, sugerindo, lendo, e principalmente por todo apoio moral nas VÁRIAS horas difíceis. Teria sido muito mais difícil sem vocês!

Minha mãe, Divina e irmã Geise, por todo empenho e dedicação para que essa pesquisa acontecesse. E para que minha carga se tornasse mais leve.

Ao meu esposo Jônatas, por ser meu maior incentivador, acreditando em mim, quando nem eu mesma acreditava.

Ao meu filho, Guilherme (meu Gui), pela compreensão e abdicação, por todas as palavras de apoio apesar de seus 9 anos. Você me motiva a continuar. Amo você!

A minha sobrinha Heloísa, musa inspiradora da titia, por querer te dar uma sociedade mais consciente das necessidades das mulheres, por querer dar a cada menina ou mulher o poder do conhecimento, e gerar a transformação através dele.

À CAPES, pela concessão de bolsa de mestrado.

Minha sincera gratidão a todas e todos, pela compreensão e por nunca me deixar desistir!

Aninha e suas pedras

*“Não te deixes destruir...
Ajuntando novas pedras e construindo novos
poemas.
Recria tua vida, sempre, sempre.
Remove pedras e planta roseiras e faz
doces. Recomeça.
Faz de tua vida mesquinha um poema.
E viverás no coração dos jovens e na
memória das gerações que hão de vir.
Esta fonte é para uso de todos os sedentos.
Toma a tua parte.
Vem a estas páginas e não entraves seu uso
aos que têm sede”.*

Cora Coralina (1981)

BAKARGI, Giselle Morais Lima. **Conhecimento das mulheres sobre os possíveis danos associados à exposição fetal ao álcool: uma avaliação intermunicipal**. 2018, 155 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2018.

RESUMO

O Serviço Social é uma profissão atuante no âmbito da saúde e está qualificada para tal. O consumo de álcool atinge índices cada vez mais altos e, por consequência do seu efeito teratogênico, quando consumido por gestantes é capaz de causar malformação fetal, o conjunto desses efeitos compõem o Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal, estima-se que ocorram mais de 40.000 nascimentos de bebês acometidos por esses danos. Portanto, o objetivo desta pesquisa foi avaliar o nível atual de conhecimento sobre os possíveis danos relacionados a exposição ao álcool durante a gestação, na população feminina de duas cidades brasileira, Anápolis/GO e Franca/SP. O método empregado é de caráter não experimental, transversal e descritivo. Para levantamento de dados foram utilizados uma ficha de dados sociodemográficos e um questionário de avaliação do conhecimento baseado no "FASD Questionnaire", instrumento desenvolvido e aplicado em pesquisas canadenses. A amostra total foi composta por 105 mulheres, 51 residentes em Anápolis e 54 em Franca. Os resultados deste estudo apontaram que, de acordo com as participantes, os comportamentos mais importantes que as mulheres grávidas podem fazer para aumentar a probabilidade de ter um bebê saudável englobam: 1º Fazer o pré-natal (35,3%); 2º e 3º Ter boa nutrição (32,4% e 16,2%, respectivamente). Diminuir ou parar de consumir álcool no período gestacional foi considerado com a primeira atitude a ser colocada em prática por menos de 1% da amostra total. Ocorreu prevalência de uma crença unânime de que quanto mais álcool uma mulher grávida ingere, mais danos isso poderá causar ao bebê (93,3%), e que o uso de álcool durante a gravidez leva a deficiências ao longo da vida em uma criança (90,5%). Esse índice cai para 47,6% quando sugere o consumo de pequenas quantidades. 46,7% informou que os efeitos relacionados a essa exposição são evidentes. 82,9% da amostra relatou nunca ter ouvido falar da Síndrome Fetal Alcoólica, que é o caso mais grave do espectro, e 80%, das mulheres mães entrevistadas, informou que não recebeu nenhuma orientação médica sobre o assunto. Conclui-se que a execução de novos estudos, o desenvolvimento e a implementação de novos projetos que abordam a prevenção e o cuidado com milhares de crianças e adultos que possuem esse distúrbio do desenvolvimento precisam considerar a atenção às mulheres em idade fértil, não apenas as gestantes. As estratégias preventivas podem incluir atividades como promoção de saúde da população, medidas de controle de álcool, abordagens de conscientização multifacetária entre outros esforços de educação.

Palavras-chave: Saúde Materno Infantil; Álcool; Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal; Síndrome Fetal Alcoólica; Serviço Social.

BAKARGI, Giselle Morais Lima. **Conhecimento das mulheres sobre os possíveis danos associados à exposição fetal ao álcool: uma avaliação intermunicipal**. 2018, 155 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2018.

ABSTRACT

Social Work is a profession that is active in health and is qualified for it. The consumption of alcohol reaches increasingly high levels and, as a consequence of its teratogenic effect, when consumed by pregnant women is capable of causing fetal malformation, all these effects make up the Fetal Alcohol Spectrum Disorder, it is estimated that occur more than 40,000 births of babies affected by such damages. Therefore, the objective of this research was to evaluate the current level of knowledge about possible damages related to exposure to alcohol during gestation in the female population of two Brazilian cities, Anápolis/GO and Franca/SP. The method used is non-experimental, transversal and descriptive. For data collection, a socio-demographic data sheet and a questionnaire were used to evaluate the knowledge based on the FASD Questionnaire, an instrument developed and applied in Canadian research. The total sample consisted of 105 women, 51 residents in Annapolis and 54 in France. The results of this study indicate that, according to participants, the most important behaviors that pregnant women can do to increase the probability of having a healthy baby include: 1) Prenatal care (35.3%); 2nd and 3rd Have good nutrition (32.4% and 16.2%, respectively). Decrease or stop consuming alcohol in the gestational period was considered with the first attitude to be put into practice by less than 1% of the total sample. There was a prevalence of a unanimous belief that the more alcohol a pregnant woman eats, the more damage this can cause to the baby (93.3%), and that alcohol use during pregnancy leads to lifetime disability in a child (90.5%). This index drops to 47.6% when it suggests the consumption of small quantities. 46.7% reported that the effects related to this exposure are evident. 82.9% of the sample reported never having heard of Fetal Alcohol Syndrome, which is the most severe case of the spectrum, and 80% of the mothers interviewed reported that they received no medical advice on the subject. It is concluded that the implementation of new studies, the development and implementation of new projects that address the prevention and care of thousands of children and adults who have this developmental disorder need to consider the attention to women of childbearing age, not only the pregnant women. Preventive strategies may include activities such as population health promotion, alcohol control measures, multifaceted awareness approaches, and other education efforts.

Keywords: Maternal and Child Health; Alcohol; Fetal Alcohol Spectrum Disorder; Fetal Alcohol Syndrome; Social work.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Anúncio da Malzbier na revista Ilustração Brasileira	22
Figura 2 – Descrição da dose padrão de acordo com a destilação alcoólica	50
Figura 3 - Organograma de composição da amostra do estudo.....	59
Figura 4 – Períodos de desenvolvimento fetal	105

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Comparação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) das cidades de Anápolis/GO e Franca/SP, 1991-2010.....	58
Gráfico 2 - Distribuição das 105 entrevistadas, dos dois municípios estudados Anápolis/GO e Franca/SP - 2018, quanto a escolaridade (em %).....	61
Gráfico 3 - Distribuição das mulheres entrevistadas de acordo com a renda familiar, Anápolis/GO e Franca/SP – 2018 (em %)	63
Gráfico 4 - Distribuição das mulheres de ambos os grupos amostrais de acordo com o estado civil.....	64
Gráfico 5 – Distribuição dos resultados obtidos a partir da questão 1 em ambos os municípios	66
Gráfico 6 – Distribuição do resultado geral obtido a partir da questão 1	67
Gráfico 7 – Distribuição dos resultados obtidos, em ambos grupos, para as sugestões Reduzir ou parar de consumir álcool e Evitar o fumo passivo	69
Gráfico 8 – Distribuição do resultado geral obtido através da codificação de VERDADEIRO ou FALSO para as 7 subdivisões da pergunta de número 3 do questionário.....	71
Gráfico 9 – Distribuição dos resultados gerais obtidos para a pergunta 4 do questionário (%)	72
Gráfico 10 – Distribuição dos resultados gerais obtidos em cada subseção da sessão 5 do questionário (em %)	74
Gráfico 11 – Distribuição do resultado geral para a questão “Você já ouviu falar da Síndrome Fetal do Álcool?”, na forma de frequência absoluta e em porcentagem ..	75
Gráfico 12 – Distribuição do resultado geral para a pergunta “Você já ouviu falar dos possíveis efeitos relacionados à exposição ao álcool durante a gestação para a mãe e o bebê?” (em %).....	76
Gráfico 13 – Resultado geral para a pergunta “Você já ouviu falar de prejuízos no parto relacionados ao álcool?” (%).....	78
Gráfico 14 – Distribuição do resultado geral obtido para a pergunta “Você se lembra de ter ouvido visto ou ouvido qualquer informação sobre os efeitos do uso de álcool em um bebê durante a gestação?” (em %).....	79
Gráfico 15 – Distribuição do resultado alcançado com a sessão 11 do questionário (em %).....	84
Gráfico 16 Distribuição do resultado geral da pergunta de número 12 (em %)	85
Gráfico 17 – Distribuição do resultado geral obtido na pergunta 13 sessão “A”	86
Gráfico 18 - Distribuição do resultado geral para a pergunta 16 (em %)	88

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Levantamento da prevalência da Síndrome Fetal do Álcool a cada 1000 nascidos vivos de 5 países.....	38
Quadro 2 - Fatores de risco relacionados ao consumo de álcool durante a gestação e as manifestações do TEAF	40
Quadro 3 – Avaliação da equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural entre o Questionário original, a tradução e versão final para aplicação	52
Quadro 4 – Descrição dos resultados majoritários da pergunta número 2 do questionário.....	68
Quadro 5 – Resultado geral provenientes da pergunta aberta “Você poderia dizer quais são os possíveis efeitos relacionados à exposição ao álcool durante a gestação para a mãe e o bebê?”	77
Quadro 6 - Há algo que você gostaria de acrescentar?	90
Quadro 7 – Lista de perguntas utilizadas no levantamento realizado no Rio de Janeiro em 1996.....	98
Quadro 8 – Perfil sociodemográfico das que afirmaram terem visto algum anúncio contendo qualquer tipo de informação sobre os efeitos da EFA.....	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Regularidade do consumo de álcool, população adulta não abstêmia, por gênero, 2006-2012	24
Tabela 2 - Distribuição das mulheres consultadas de acordo com a situação empregatícia – 2018 (em %)	62
Tabela 3 – Distribuição dos resultados obtidos através da primeira pergunta do questionário (em %)	65
Tabela 4 – Comparativo dos resultados obtidos para a 4ª pergunta	72
Tabela 5 – Distribuição dos resultados obtidos na questão 5, considerando o grupo de Anápolis.....	73
Tabela 6 – Distribuição dos resultados obtidos na questão 5, considerando o grupo de Franca	73
Tabela 7 – Distribuição dos resultados encontrados em cada município para a pergunta “Você se lembra de ver ou ouvir qualquer anúncio sobre o uso de álcool durante a gravidez, Síndrome Fetal Alcoólica, ou dos danos congênitos relacionados ao álcool nos últimos meses?” (em %)	80
Tabela 8 – Distribuição dos resultados obtidos na sessão “C” da questão 10 (frequência absoluta).....	81
Tabela 9 – Distribuição dos resultados obtidos na sessão “D” da questão 10 (frequência absoluta).....	81
Tabela 10 – Distribuição dos resultados obtidos para a sessão número 11	82
Tabela 11 – Distribuição dos resultados obtidos na questão 11, em cada uma das 5 sugestões (em %)	83
Tabela 12 – Distribuição dos resultados da questão 12 “Na sua opinião, qual seria a melhor fonte de informação sobre os efeitos do consumo de álcool durante a gestação?” (em %).....	84
Tabela 13 – Distribuição dos resultados obtidos na pergunta 13 “Você já deu à luz?”	85
Tabela 14 – Distribuição dos resultados obtidos para a sessão número 14.....	87
Tabela 15 – Distribuição dos resultados obtidos para a pergunta “Se você fosse ficar grávida, você ...”	87
Tabela 16 – Distribuição dos resultados obtidos para a pergunta “Que conselho, se houve, o seu médico lhe deu sobre o consumo de álcool durante a sua gravidez?”	88

LISTA DE ABREVIATURAS

AAP	Academia Americana de Pediatria
AP	Atenção Primária
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFESS	Conselho Federal do Serviço Social
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
DCRA	Desordens Congênitas Relacionadas ao Alcool
EAF	Efeitos do Alcool no Feto
EAG	Exposição ao Alcool durante a Gestação
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Direito do Consumidor
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
LENAD	Levantamento Nacional de Alcool e outras Drogas
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
QI	Quociente de Inteligência
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SFA	Síndrome Fetal Alcoólica
SFAp	Síndrome Fetal Alcoólica parcial
SUS	Sistema Único de Saúde
SPA	Substâncias Psicoativas
TEAF	Transtornos do Espectro Alcoólico Fetal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNRA	Transtorno Neurológico Relacionado ao Alcool

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
 CAPÍTULO 1 DA PRODUÇÃO E CONSUMO DO ÁLCOOL AOS REBATIMENTOS À SAÚDE MATERNO INFANTIL.....	20
1.1 Consumo de álcool por mulheres	23
1.2 A questão de gênero nas políticas públicas sobre álcool no Brasil	27
1.3 Repercussões relacionadas ao uso de álcool durante a gestação	31
1.3.1 Repercussões maternas	31
1.3.2 Repercussões fetais.....	33
1.4 O Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal no Brasil	41
1.5 Impacto escolar e familiar	43
1.6 O estigma do Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal	46
 CAPÍTULO 2 PERCURSO METODOLÓGICO.....	48
2.1 Instrumentos.....	48
2.2 Procedimentos	56
2.3 Local	56
2.4 Participantes	58
2.4.1 Critérios de inclusão	58
2.4.2 Critérios de exclusão	58
2.5 Aspectos éticos	60
2.6 Análise de dados	60
 CAPÍTULO 3 RESULTADOS	61
3.1 Caracterização da amostra.....	61
3.2 Descrição das informações prestadas no questionário.....	64
 CAPÍTULO 4 DISCUSSÃO DOS DADOS	91
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	106

REFERÊNCIAS.....	109
APÊNDICES.....	125
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido	126
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido	126
APÊNDICE C - Questionário de conhecimento sobre a exposição ao álcool durante a gravidez.....	128
ANEXOS	136
ANEXO A - Ficha de dados sociodemográficos.....	137
ANEXO B. Quadro – Avaliação da equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural entre o Questionário original, a tradução e versão final para aplicação	138

INTRODUÇÃO

Através das estratégias propostas pelo curso de Serviço Social dentro da saúde mental buscou-se os caminhos necessários para incentivar a discussão a respeito dos possíveis impactos fetais pela exposição alcoólica durante a gestação para além dos muros da universidade.

No entanto, inicialmente, é preciso apresentar em que contexto de saúde esta pesquisa foi construída, e, para tal, descreve-se, a seguir, a relação da saúde brasileira com esta profissão.

A saúde foi reconhecida como sendo direito em 1948, quando houve a aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU), conforme o seguinte apontamento:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle (ONU, 1948, p. 03).

Isso ocorre com base na Declaração de Alma-Ata¹ (1978) que definiu a meta “saúde para todos”. Ainda de acordo a conferência da ONU realizada em 1948, a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, é um direito humano fundamental e não representa apenas a ausência de doença ou de patologias (SARRETA, 2009).

Após esta contextualização buscou-se através de levantamentos bibliográficos, apresentar, ainda que de forma sucinta, a ligação da saúde pública brasileira com o Serviço Social.

As políticas sociais brasileiras, desde o início do século XX até o início de 1989, eram a combinação de um "modelo de seguro social" voltado à proteção dos grupos sócio ocupacionais com base em uma relação de direito contratual e de "modelo assistencial" dirigido à população sem vínculo trabalhista (SIMÕES, 2014). O direito à

¹ Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma-Ata, URSS), ocorrida em 6 de dezembro de 1978, expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo (SARRETA, 2009).

assistência em saúde era destinado somente aos trabalhadores com vínculo formal no mercado de trabalho, o que contemplava apenas a parcela de contribuintes da previdência social (KOKRDA, 2014).

A assistência à saúde que não supria a demanda, chamada também assistência médico-hospitalar e era destinada à parcela de indigentes da população e realizada por alguns municípios, Estados ou instituições de caráter filantrópico, como, por exemplo, as Santas Casas de Misericórdia (SIMÕES, 2014).

Em 1930 começaram a ser organizados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que tinham como beneficiários os trabalhadores de categorias ocupacionais específicas (ferroviários, bancários, portuários, etc.) e seus dependentes (SIMÕES, 2014).

Na década de 1950 e início de 1960, a preocupação com a saúde tinha a intenção de melhorar as condições sanitárias da população em geral, devido aos quadros de parasitose e de mortalidade infantil (BRAVO, 2011).

Em 1951, durante o segundo governo da era Vargas, foi criado o Ministério da Saúde desvinculado da área da educação (AGUIAR, 2011). Cohn et al. afirmam que este período é o princípio “[...]de um processo acelerado de aprofundamento das dicotomias entre atenção médica curativa e medicina preventiva de caráter coletivo, acompanhada da dicotomia entre serviços públicos e privados de saúde” (COHN et al, 2010, p. 16).

Ainda segundo os mesmos autores, a partir do ano de 1956, com o governo presidencial nas mãos de Juscelino Kubitschek houve um encorajamento do modelo de assistência médica curativa aos seus associados, na perspectiva de manutenção do trabalhador saudável para a produção, por parte dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

Em 1966, foi estimulada a unificação dos IAPs, com a fundação do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS), subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, com responsabilidade pelos benefícios previdenciários e pela assistência médica aos segurados e seus familiares. E em 1967 essa unificação é concretizada mediante a criação do INPS (SIMÕES, 2014; COHN et al., 2010).

No “Congresso da Virada” do Serviço Social, ocorrido em 1979, a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados realizou o 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde, e, neste momento, é que se edita o documento histórico do Centro Brasileiro

de Estudos de Saúde (CEBES), visando retratar a questão democrática no setor da saúde (BRAVO, 2011).

No período do “Movimento Diretas já” foram alcançadas novas conquistas por meio do Movimento da Reforma Sanitária, com a contribuição de alguns parlamentares, movimentos de saúde, trabalhadores da saúde, acadêmicos e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva. O que culminou, então, em uma politização crescente na disseminação de conhecimentos consubstanciada por meio de pareceres críticos e por experiências modernizadoras na área da saúde e instruções de articulação social para as alternâncias na esfera sanitária (AGUIAR, 2011).

Na década de 1980, após a queda da ditadura, sob a ingerência de novos atores sociais, houve o fortalecimento do pleito por melhorias na política de saúde, para consolidar o setor público e o movimento sanitarista (SIMÕES, 2014). Em 1988, a Constituição Brasileira reconheceu o direito universal à saúde a toda população, não mais condicionada à contribuição. A partir de então, a população teve, portanto, assegurado o direito de um acesso universal à saúde, por meio de um sistema único de saúde (BRASIL, 2005).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi organizado em 1990 sob forte influência do movimento sanitarista². Sendo estruturado pela regionalização, que é sua adequação às diferenças regionais, em vez de sua efetivação linear e igualitária; pela hierarquização de mais diversas instâncias operacionais, estruturadas segundo o grau das respectivas responsabilidades, sob comando único; e pela integração dessas instâncias em nível nacional, estadual e municipal (BRASIL, 1990). No entanto, não foi um processo de concordância integral, em razão dos encontros gerados por aqueles que resguardavam os ideais das empresas privadas *versus* os que se esforçavam na defesa de uma saúde pública e de caráter estatal (KOKRDA, 2014).

Os assistentes sociais foram incorporados ao quadro da saúde pública, mediante a Resolução nº 218, de 6 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), legitimando a categoria como profissionais de saúde (KOKRDA, 2014).

O Serviço Social enquanto profissão atuante na saúde está qualificado para atender essa demanda, a considerar as informações apresentadas pelo Conselho Federal do Serviço Social (CFESS): “Os assistentes sociais na saúde atuam em

² O movimento sanitarista ou o movimento da reforma sanitária brasileiro surge nos anos 1970, no meio acadêmico, o qual transforma paulatinamente a concepção de saúde, concebendo-a posteriormente como resultante das formas de organização social da produção (BRAVO, 2011).

quatro grandes eixos: atendimento diretos aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional”, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários (CFESS, 2010, p. 41).

Para tanto, as ações profissionais devem estar baseadas nos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e procedimentos técnico-operativos, tendo por referência o projeto profissional do Serviço Social (CFESS, 2010).

Para Bravo & Matos (2009), uma atuação competente do Serviço Social na Saúde pressupõe em consonância ao CFESS:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- Buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2010, p.30).

O assistente social, segundo Netto & Braz (2006), é tido pelo Estado como um agente de controle da estabilidade entre as forças da classe trabalhadora e da própria instância estatal, a qual defende a reprodução do sistema. O profissional atende aos

interesses do capital e, simultaneamente o usuário das políticas públicas (BRAVO, 2011).

Portanto, essa profissão, construída ao longo de décadas, perpassando por diversos paradoxos, se depara com a drogadição. Conforme Faleiros, a drogadição trata-se de:

[...] um processo de descapitalização, de fragilização num conjunto complexo de relações de força. (...) É preciso ver essa fragilização no seu movimento complexo, não só porque a pessoa é explorada (pode até não ser), porque a realidade é múltipla (FALEIROS, 1999, p. 90).

Destarte, incorporado a esta farta complexidade, o estudo do processo do consumo de álcool por mulheres, e algumas de suas consequências, não pode ser abordado somente pela perspectiva da história natural, mas também nas perspectivas da história social e cultural do problema (MOAB, 1999).

Uma das formas de fomentar a conscientização da população feminina é demonstrar, de forma prática e efetiva, a necessidade de conhecer mais sobre os possíveis efeitos da Exposição ao Álcool durante a Gestação (EAG). Portanto, para explicitar a realidade do consumo de álcool no Brasil, com o foco nas mulheres, e descrever os possíveis prejuízos ao desenvolvimento infantil são as informações que compõem o primeiro capítulo deste trabalho.

No segundo bloco desta pesquisa é apresentado o seu objetivo, apresentado com perspicuidade a fim de facilitar a compreensão desta obra como um todo.

As cidades escolhidas para realização da pesquisa foram Anápolis/GO e Franca/SP. A escolha foi meramente por questão de proximidade, uma vez que a primeira é a cidade natal da pesquisadora responsável e, a segunda, é o município em que a mesma reside atualmente. Algumas semelhanças entre as cidades foram fundamentais para a realização deste levantamento, assim como a detalhada exposição da formulação do instrumento utilizado para o levantamento de dados, dentre outras informações são retratadas no Capítulo 3, além de todo percurso metodológico.

No Capítulo 4 são apresentados os dados obtidos com o levantamento de dados da amostra composta por 105 mulheres da cidade de Anápolis/GO e Franca/SP. O instrumento utilizado contou com 18 perguntas fechadas e abertas. Através dele foi possível conhecer, ainda que em pequena proporção, o quanto este

grupo de mulheres tem conhecimento a respeito do Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal e todos os rebatimentos decorrentes da exposição fetal durante a gestação, além das consequências para a saúde da mulher gestante.

No último capítulo é realizada a discussão dos dados obtidos em conexão direta com outras pesquisas. Neste tópico fica evidente que em países onde há uma ampla divulgação dos prejuízos relacionados ao uso de álcool durante o período gestacional, o conhecimento, a tomada de decisão e o conceito geral de atitudes das mulheres alcança outras proporções distintas às aquelas encontradas nesta pesquisa. Enquanto para outros critérios, a informação baseada em senso comum é compartilhada em cidades e países distintos.

O objeto desse estudo emergiu durante a elaboração do trabalho final da graduação em Serviço Social, em 2015. O contato com o universo da dependência química em uma ONG, cujo foco do atendimento era o público masculino que buscava tratamento da dependência e reinserção social, gerou inúmeros questionamentos. Foi através de um desses questionamentos que, em contato com outras pesquisas, o distúrbio do desenvolvimento fetal provocado pelo uso de álcool durante a gestação ganhou notoriedade.

Por acreditar que uma das formas da prevenção ao transtorno é a conscientização e a informação da população feminina é que esta pesquisa foi desenvolvida.

Objetivo geral

Avaliar o nível atual de conhecimento sobre os possíveis danos relacionados à exposição ao álcool durante a gestação, na população feminina de duas cidades brasileiras.

CAPÍTULO 1 DA PRODUÇÃO E CONSUMO DO ÁLCOOL AOS REBATIMENTOS À SAÚDE MATERNO INFANTIL

Dentre as substâncias mais consumidas no mundo o álcool encontra-se em primeiro lugar, pois é comercializado licitamente. Segundo o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), o Brasil ocupava, no ano de 2012, a terceira posição no *ranking* dos principais produtores de cerveja no mundo, atingindo a marca de 132,800 milhões de hectolitros de cerveja (BNDES, 2014).

Nos últimos anos, a empresa conhecida como a mais valiosa do Brasil e América Latina é do ramo de bebidas e tem como carro chefe são as bebidas alcoólicas. Essa empresa, em 2016, apresentava um valor de mercado equivalente a R\$ 308,4 bilhões (G1, 2016). Em consonância com esses valores destaca-se que o homem mais rico do Brasil, pelo sexto ano consecutivo, é o dono dessa empresa e que sua fortuna superou a marca de R\$ 100 bilhões e foi denominado, pela revista Forbes, o Imperador da Cerveja (ERTEL, 2016; UOL, 2018a).

A reportagem publicada em 18 de março de 2018, pelo site da Folha de São Paulo, reforça a ideia dos benefícios e faturamentos obtidos pelas indústrias de bebidas alcoólicas no Brasil. Independente dos altos índices de lucro dessas empresas, o programa de parcelamento de dívidas tributárias do governo garantiu aos devedores a renegociação de suas dívidas, ademais descontos extremamente generosos. Três empresas do ramo, juntas, renegociaram dívidas de R\$ 451,8 milhões. À medida que confere este presente³ aos mais altos escalões da sociedade brasileira, a gestão do atual governo corta verbas para políticas sociais e direitos dos trabalhadores, dentre outros (WIZIACK; CARNEIRO, 2018).

A influência do mercado comercial e a expansão das mídias foram bem utilizadas pelos fabricantes de bebidas alcoólicas e cigarro que conseguiram disseminar os seus ideais de modernidade. Essa percepção foi construída, ao longo de vários anos: revistas brasileiras a partir da década de 1920 já expunham os pensamentos dos produtores de álcool (SAVIAN, 2016).

Desta maneira, enquanto os higienistas fortaleciam os seus discursos relacionando o consumo excessivo de bebidas alcoólicas às comunidades mais

³ As novas regras do Refis estabelecem que grandes devedores, após quitação de 20% do total de sua dívida, podem parcelar o restante em 180 vezes com descontos sobre juros de até 90% e sobre multas de até 70% (WIZIACK & CARNEIRO, 2018).

carentes e ao consumo de cachaça, as indústrias cervejeira e tabagista se consolidavam através do convencimento do controle social das elites e das propagandas extremamente elegantes e concerniram este tipo de consumo à diversão, reforçando os papéis de gênero, além de difundir os padrões que demonstravam superioridade, capaz de diferenciá-los dos pobres (SAVIAN, 2016).

A transmissão dessas convicções é descrita a seguir:

A proposta dos anúncios da Malzbier evidencia a preocupação em se estimular o consumo de um produto com informações nutricionais que faziam “bem a saúde”, dessa forma não incitando seus consumidores ao alcoolismo. O slogan dos anúncios da década de 1920 era de que em cada garrafa de Malzbier estava relacionada a quantidade de energia igual ao consumo de um ovo de granja ou de um bife de vaca. Como reforço da refeição com um “novo valor nutritivo” a proposta da Malzbier era completar o lanche, melhorar o seu almoço e equilibrar o jantar. Por se tratar de uma cerveja escura, encorpada, mas de baixo teor alcoólico, estava relacionada a cerveja do lar, indicada ao consumo de todas as famílias. Esse marketing deu tão certo no decorrer do século XX que até hoje algumas pessoas de condição popular ainda acreditam que cerveja escura faz bem para saúde e gera mais leite materno (SAVIAN, 2015, p. 160).

Conforme o exposto, é possível observar que esse tipo de convicção reflete diretamente na criação e fortalecimento de padrões heterogêneos de consumo. Vale destacar que, conforme a autora, a medida que, as mídias espargem alegorias de prazer ou saúde associadas ao consumo da cerveja ou a outro tipo de bebida alcoólica, em contrapartida ao discurso médico e político, gera uma correlação problemática entre o consumo de álcool e o alcoolismo. Apresenta-se, a seguir, um exemplo desse tipo de anúncio exibido em uma revista brasileira na década de 1920.

Figura 1 - Anúncio da Malzbier na revista Ilustração Brasileira



Fonte: MAGALHÃES (1922) apud SAVIAN, 2015, p. 161.

Os meios de comunicação, televisão e outras as mídias, dentre outros mecanismos direcionam e têm uma incisiva influência no modo como a sociedade compreende o álcool e o seu consumo. Este tem sido um meio “educativo” eficiente do ponto de vista da propagação e disseminação de um pensamento. Muitos são os que conhecem a substância pelo que veem na televisão. Em sua maioria, as propagandas relacionam o consumo de álcool a situações extremamente prazerosas. O sistema vigente e as grandes indústrias propagam a perspectiva de que o álcool não era e não é uma droga. Embora os líderes de saúde pública de diversos países tenham descrito o álcool como a droga de abuso número um entre a população mundial, e detalharam as proeminentes consequências sanitárias, econômicas, sociais e institucionais do consumo abusivo, os noticiários reservaram a palavra droga para substâncias ilegais ou para produtos farmacêuticos obtidos para o uso ilegal (GOLDEN, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 2 bilhões de pessoas no planeta sejam consumidoras de álcool, número equivalente a 40% da população mundial acima de 15 anos. Destaca-se, ainda, conforme a OMS, que o consumo dessa substância é um dos principais agentes que têm influência direta sobre a diminuição da saúde, sendo o responsável por 3,2% de todas as mortes no mundo (OMS, 2004).

O consumo de álcool assume uma importância ainda maior na América Latina, pois, nesta região do planeta, cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos por morte prematura ou incapacidade estão relacionados ao consumo dessa substância, índice quatro vezes maior que a média mundial (4%) (OMS, 2004).

O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (LENAD) aponta que 52% dos brasileiros fazem a ingestão de álcool e que metade faz o consumo ocasional ou raramente e a outra metade o consome, pelo menos, uma vez por semana. Resultados deste mesmo estudo apontam que um quarto desses indivíduos apresenta problemas relacionados ao álcool, ingerindo-o em quantidades potencialmente prejudiciais à saúde (I LENAD, 2007).

Ensaio que buscam caracterizar o consumo de álcool em diferentes grupos populacionais podem ajudar na compreensão deste fenômeno, assim como na identificação da magnitude do problema de seu consumo abusivo, além de serem fundamentais para o fornecimento de informações aos gestores de saúde com vistas ao desenvolvimento de ações para o enfrentamento deste problema (BRASIL, 2007).

Portanto, em virtude das altas taxas de prevalência do consumo excessivo do álcool e dos problemas relacionados a ele, destaca-se seu potencial não apenas restrito ao perfil epidemiológico da população brasileira, mas também devido as consequências a médio e longo prazo na saúde dos indivíduos, pelo impacto familiar e pelas consequências para a sociedade do consumo dessa substância (MORETTI-PIRES, 2008).

1.1 Consumo de álcool por mulheres

Paulatinamente, com uma produção cada vez maior de bebidas alcoólicas, o consumo também tem atingido índices com gradual elevação. O consumo feminino, aferindo a frequência de uma vez ou mais vezes por semana, nos últimos seis anos, teve um aumento de 34,5% (II LENAD, 2013).

Quando se trata da regularidade de consumo, tem-se:

Tabela 1 - Regularidade do consumo de álcool, população adulta não abstêmia, por gênero, 2006-2012

ANO DO ESTUDO		REGULARIDADE DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS		TOTAL
		Pelo menos 1 vez por semana	Menos de 1 vez por semana	
2006	Homens	54%	46%	100%
	Mulheres	27%	73%	100%
	Total	42%	58%	100%
2012	Homens	63%	37%	100%
	Mulheres	38%	62%	100%
	Total	53%	47%	100%

Fonte: II LENAD, 2014, p. 36.

Os índices de consumo semanal por mulheres também sofreram um aumento significativo, além disso, destaca-se a tendência de consumo cada vez mais precoce. As diferenças numéricas em relação ao consumo feminino e masculino do álcool tem se direcionado a um estreitamento (II LENAD, 2014).

Essa tendência de redução da diferença das taxas de consumo de álcool masculino e feminino estaria, então, diretamente relacionada às transformações culturais que ocorreram a partir do final da II Guerra Mundial, entre as quais se pode evidenciar as alterações no papel atribuídos às mulheres na sociedade do ocidente (SOARES, 2002; HOCHGRAF, 1995).

Os interesses econômicos dos fabricantes e comerciantes das bebidas alcoólicas estão intrinsecamente ligados à sua função social das mesmas (VARGAS & DYTZ, 2010). Ao mesmo tempo, elas podem mascarar as insatisfações e inseguranças pessoais e/ou sociais, “iniciando-se o perigoso caminho que pode conduzir aos sucessivos danos que o beber excessivo produz” (QUIÑONES, 1988, p. 74).

Consoante a *Equipo de Investigación Sociológica* (EDIS) (2000), na Espanha, o consumo de álcool é considerado um fenômeno único em homens e mulheres pois apresenta, em comum, fatores como: a curiosidade e/ou o desejo de experimentar durante a juventude, uma certa atitude transgressora, a identificação com um grupo e sua influência no reforço do consumo, dentre outras situações. No entanto, em consonância com Fernández (1998) afirma-se que os contrastes entre eles são tão relevantes que fundamentam de modo suficiente um estudo independente do alcoolismo na população feminina.

Consequentemente, para além das análises de estimativas estatísticas, utiliza-se, neste trabalho, como viés, a questão de gênero, embora não haja uma conceituação homogênea sobre essa temática. Trata-se de um componente das relações sociais e históricas estabelecidas sobre as diferenças percebidas entre ambos os sexos, que não são decorrentes diretos da biologia, nem da fisiologia, mas que elucidam as constantes disparidades entre mulheres e homens (SCOTT, 1995).

Fundamentado nessa concepção, o termo “gênero⁴” torna-se um conceito que visa a superação da abordagem biológica atribuída a homens e mulheres, utilizada para distinguir e separar o sexo, ou seja, o seu uso tem a intenção de ressaltar esta origem social rejeitando a ideia de “uma determinação natural dos comportamentos de homens e de mulheres” (GROSSI, 1998, p.4).

Em virtude do movimento feminista, o abuso de substâncias psicoativas por mulheres se tornou visível e, suas lutas contra o vício receberam uma nova atenção e relativa compreensão pública. Notabilizaram-se tópicos anteriormente indiscutíveis na perspectiva coletiva, como a violação de direitos, a violência doméstica e o vício, tornando possível compreendê-los como problemas sociais e não mais individuais e também dando voz as sobreviventes (GOLDEN, 2005).

Um comunicado feito pela esposa do presidente dos EUA, Gerald Ford (período do mandato 1974-1976) também promoveu um olhar diferenciado às mulheres alcoolistas, o qual dizia: "Meu nome é Betty e eu sou alcoólatra" (KATRANJIAN, 2011). Após esta declaração pública, tornou-se mais difícil classificar o abuso de álcool feminino como simplesmente uma expressão de pobreza, doença mental, hipersexualidade, descontentamento de donas de casa ou estresse devido às condições de trabalho (PAULY, 1996 apud GOLDEN, 2005).

As representações ideológicas da gravidez e da maternidade inevitavelmente entram em conflito com as noções do consumo de álcool por mulheres, geralmente carregado de preconceito e estigmas (WATERSON, 2000). As expectativas acerca dos papéis sociais atribuídos às mulheres é, para muitas delas, um dos maiores pesos emocionais a serem carregados, a menção de culpa é recorrente e intercorre, sobretudo, pelo fato de não atenderem aos padrões de mulher mãe que a sociedade impõe (BOLZAN; BELLINI, 2015).

⁴ Gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher (Brasil, 2004, p.12).

A idealização do instinto materno e do dever da proteção do "filho por nascer" está profundamente enraizada na sociedade ocidental (BADINTER, 1980). Há uma notória inclinação de que a incapacidade materna ameaça de uma maneira completamente distinta da dos homens. Mesmo em sociedades primitivas, há uma compreensão de que o cuidado de um campo pode ser deixado, mas o cuidado de uma criança não (WATERSON, 2000). Como ainda são poucas as ocasiões em que os homens assumem a responsabilidade primária pelo cuidado infantil, pode-se assumir que essa preocupação é universal. Embora a posição das mulheres em geral tenha mudado, a sociedade mantém uma visão intrínseca da domesticidade e da subordinação como fundamentalmente restrito ao universo feminino (DOYAL, 1995).

Waterson (2000), em seu estudo, afirma que é preciso considerar que algumas mulheres bebem para aliviar o sofrimento, que está relacionado principalmente com as dificuldades do papel de gênero. Estes não estavam claramente relacionados com a posição social, mas afetam as mulheres, independentemente de suas condições sociais. No entanto, parece razoável supor que essas conjunturas mitiguem algumas pressões psicológicas pessoais.

O reconhecimento do alcoolismo entre as mulheres nos EUA propiciou, então, a admissão das descobertas sobre os efeitos da exposição fetal ao álcool, e, por sua vez, tornou-se necessário encontrar maneiras de auxiliar as mulheres alcoólicas. No entanto, os recursos necessários às mulheres, como o tratamento para as pacientes internadas, os serviços de saúde mental e o apoio social para elas e para seus filhos não foram atendidos em sua totalidade (KANDALL, 1996).

Embora as evidências científicas indicassem e comprovassem os efeitos da exposição alcoólica durante a gestação (EAG), o conteúdo das informações disseminadas popularmente e também pelas indústrias de bebidas alcoólicas eram antagônicas (GOLDEN, 2005).

A exemplo disso, evidencia-se a obra da antropóloga Ashley Montagu, em seu livro *Life Before Birth* (1964), que ilustrava o pensamento de sua época e, por meio dele, pretendia ensinar as futuras mães a influenciar o desenvolvimento físico e emocional de seus filhos antes do nascimento, reconhecia o significado das experiências pré-natais. Ademais, fornecia conteúdos de um senso comum, orientando que as mulheres, por exemplo, tivessem uma boa alimentação, evitassem o consumo de drogas e, parassem de trabalhar após o quarto ou quinto mês de gravidez. Montagu ofereceu aos leitores as últimas descobertas científicas sobre os

riscos para o desenvolvimento fetal de fumar e realizar exames de raios-X, no entanto, defendia abertamente o uso moderado do álcool, repreendendo aqueles que alegavam ser perigoso (MONTAGU, 1964). Esta concepção, mesmo na decorrência de 54 anos de sua publicação, ainda pode ser identificada como uma prática comum em alguns contextos sociais.

Circunstâncias semelhantes poderiam ser constatadas até mesmo em hospitais, local onde a ingestão do álcool era permitida e indicada por muitos médicos e profissionais da enfermagem para minimizar desde os enjoos matinais das gestantes até para amenizar as dores do parto (GOLDEN, 2005).

Muito tem se debatido acerca do uso de substâncias psicoativas e há carência de estudos interdisciplinares, porém o foco deve ser uma visão integral do indivíduo. E a abordagem sociocultural de gênero possibilita expandir o debate para além da moralidade, ou da questão biológica (ALVES & ROSA, 2016).

Nesse sentido, o tópico seguinte destina-se ao estudo da abordagem da perspectiva de gênero presente, ou não, nas políticas sobre álcool e outras drogas no Brasil.

1.2 A questão de gênero nas políticas públicas sobre álcool no Brasil

A década de 80, no Brasil, foi marcada como um período de luta pela conquista de melhores condições e espaço da mulher na sociedade, é neste mesmo marco histórico que foram criadas as Delegacias da Mulher, houve a instalação dos Conselhos Estadual e Nacional da Condição Feminina e os Grupos de Estudo das Questões de Gênero, tanto nas Universidades, quanto em Organizações Não-Governamentais (ONG's) (AUAD, 2003).

Em 1983, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM⁵) e iniciou um processo de mudanças nas diretrizes e ações programáticas até então existentes (BRASIL, 1984). Este programa percebeu a população feminina segundo um novo perfil epidemiológico e, ao longo dos anos, compreendeu as mulheres em suas diferentes etapas de seus ciclos vitais (AGUIAR, 2014). Os autores a seguir detalham relevância do programa.

⁵ A proposta do PAISM era acompanhar o processo de reorganização da assistência, incorporando princípios e diretrizes de centralização, hierarquização e regionalização dos serviços (AUAD, 2003).

A criação do PAISM, em 1983, representou um marco na história das políticas públicas voltadas para as mulheres, pois, pela primeira vez: (...) ampliou-se a visão de integralidade, presente nas formulações do movimento sanitário, para incorporar a noção de mulher como sujeito, que ultrapassava a sua especificidade reprodutiva, para assumir uma perspectiva holística de saúde (COSTA; AQUINO, 2000, p.185).

A ideia de Souto (2008) corrobora com este pensamento, conforme pode-se verificar a seguir.

O marco referencial do PAISM rompia com o paradigma materno-infantil, onde a mulher era vista pelo sistema de saúde como produtora e reprodutora de força de trabalho, isto é, na sua condição de mãe, nutriz e cuidadora da prole, contrapondo-se às políticas formuladas até então, voltadas primordialmente para garantir o bem-estar dos recém-nascidos e crianças (SOUTO, 2008, p.165)

No entanto, foi somente em 2004 que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi instituída e teve como principais propostas:

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004, p. 67).

O texto dessa política moderniza o conceito de integralidade, pois, conforme Villela & Oliveira, preconiza o atendimento integral e indica “oito áreas de ação estratégica e oito grupos específicos de mulheres que devem receber atenção especial. A chamada “perspectiva de gênero” estaria contemplada nesta ampliação do leque de ações” (Villela; Oliveira, 2007, p. 324).

Souto (2008) conjectura que a PNAISM representa uma fase do processo de busca por um atendimento verdadeiramente pautado pela perspectiva de gênero e pela integralidade da mulher, sem, no entanto, desconsiderar as limitações presentes. A autora cita, por exemplo, que não houve a “inclusão dos homens e masculinidades” ignorando a “abordagem de gênero relacional”, “e como a relação entre os gêneros

constrói vulnerabilidades diferenciadas para homens e mulheres” (SOUTO, 2008, p.173).

Quando se perscruta sobre uma política nacional sob a tônica da redução da procura e oferta de drogas tem-se que até o ano de 1998 o Brasil não dispunha de nenhuma. As primeiras ações foram derivadas da sessão especial na XX Assembleia Geral das Nações Unidas⁶ sobre o problema global das drogas, “na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas” (DUARTE, 2008, p.176). Entre essas ações destacaram-se: a transformação do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) em Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e a criação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) (DUARTE, 2008).

Em 2003 foi publicada a Política do Ministério da Saúde para a Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas com dois componentes importantes: a inclusão do consumo de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública e o atendimento das recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental⁷ (BRASIL, 2003).

Em maio de 2007, o Decreto presidencial nº 6117 estabeleceu a Política Nacional sobre o Álcool, tendo como objetivo geral definir as bases de orientação para o desenvolvimento de estratégias para enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool. Neste decreto foram inclusas nove “medidas para reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira” (BRASIL, 2007, s/p).

A atual Política Nacional do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil foi instituída por meio da Portaria nº2.197/GM, em 14 de outubro de 2004. Nela são apresentadas as recomendações básicas para ações na área de saúde mental:

⁶ Entre os dias 8 e 10 de junho de 1998, a XX Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU (UNGASS), em Nova York, discutiu o problema mundial das drogas. Os países estabeleceram uma nova agenda para a comunidade internacional, com a adoção de três documentos fundamentais: uma declaração política, uma declaração sobre os princípios orientadores da redução da demanda por drogas e uma resolução com medidas para reforçar a cooperação internacional (CARVALHO & CARDOSO, 2017, p. 58 - 59).

⁷ A III Conferência Nacional de Saúde Mental reafirma a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a necessidade de garantir, nas três esferas de governo, que as políticas de saúde mental sigam os princípios do SUS de atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social; respeitem as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das Leis Federal e Estaduais; e priorizem a construção da rede de atenção integral em saúde mental (BRASIL, 2002, p. 23).

[...] promover assistência em nível de cuidados primários; disponibilizar medicamentos de uso essencial em saúde mental; promover cuidados comunitários; educar a população; envolver comunidades, famílias e usuários; estabelecer políticas, programas e legislação específicos; desenvolver recursos humanos; atuar de forma integrada com outros setores; monitorar a saúde mental da comunidade; apoiar mais pesquisas (CARVALHO et al., 2008, p.185).

A Rede de Saúde Mental, segundo a perspectiva desta política, deve ser composta por diversas ações e serviços de Saúde Mental:

Atenção Primária à Saúde – APS (Equipes de Saúde da Família, NASF, Consultórios na Rua); Centros de Atenção Psicossocial – CAPS; Residências Terapêuticas; Ambulatórios; Unidades de Acolhimento; Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental (em CAPS III e em Hospital Geral); Programa De Volta para Casa; Cooperativas de trabalho e geração de renda; Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), entre outros (MINOZZO et al., 2016, p.15).

Após este breve panorama da saúde mental brasileira, identifica-se uma carência, no que tange a visão de atendimento integral às mulheres consumidoras abusivas de álcool e/ou outras drogas. Os estigmas relativos às mulheres alcoolistas são reproduzidos por grande parte da população. Associações com a prostituição como sinal de rebeldia ainda são frequentes. Essa realidade pode ser um dos fatores dominantes para o pequeno número de mulheres alcoolistas em tratamento, cientes de que a discriminação é sofrida por ambos os sexos, porém, em proporções distintas (LUCCAS, 2015).

A busca pela presença do debate de gênero nas políticas de saúde da mulher quanto ao uso de álcool e outras drogas no Brasil, foi realizada na pesquisa de revisão bibliográfica, restrita a documentos oficiais, desenvolvida por Bolzan & Bellini (2015). Para tanto, foram considerados 7 documentos para a análise das referidas pesquisadoras, dentre os quais destacam-se cinco: A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2004); Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição (2004); Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas (2010); Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências (2010); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes (2004).

Apesar de haver citação, na maioria dos documentos analisados, sobre a perspectiva de gênero, ela ainda é abordada de forma superficial. A autora cita que há apenas a indicação de diferenças relacionadas ao sexo biológico. Ou seja, mencionar a perspectiva de gênero não é o suficiente, pois o atendimento e o cuidado ainda tendem à homogeneização, não se atentando às especificidades. A perspectiva de gênero precisa de um maior destaque visando melhorias no planejamento e execução das ações de seus órgãos gestores (BOLZAN; BELLINI, 2015).

A exemplo disso, destaca-se o texto da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004), na qual a proeminência é dada ao público jovem de ambos os sexos. No entanto, é preciso que as mulheres sejam incluídas, sendo consideradas as suas especificidades nas discussões e propostas direcionadas ao tratamento dos problemas relacionados ao uso e /ou abuso de álcool, e não apenas integradas a um contingente adulto de consumidores abusivos em potencial (BOLZAN; BELLINI 2015; SOUTO, 2008).

Em se tratando da saúde mental, devido ao caráter de atendimento às pessoas que fazem uso de Substâncias Psicoativas (SPA), peculiaridades referentes às disparidades entre as pessoas não são atendidas, geralmente no que diz respeito à diversidade de diagnósticos, experiências e às diferenças de gênero de usuários/as (SOUTO, 2008).

Esse atendimento heterogêneo nos serviços de saúde especializado é justificado, dentre outros fatores, pelas motivações de consumo de álcool e outras drogas para mulheres e homens que são geralmente diferentes. As comorbidades também são, em sua maioria, distintas entre ambos os sexos, as mais frequentes entre as mulheres são: depressão, transtornos de ansiedade, déficit de atenção e bipolaridade. Somente um atendimento especializado, qualificado e individual é capaz de perceber que algumas delas são anteriores à condição de consumo abusivo e dependência (BOLZAN; BELLINI, 2015; RENNÓ JR, et al., 2012).

1.3 Repercussões relacionadas ao uso de álcool durante a gestação

1.3.1 Repercussões maternas

O consumo do álcool durante a gravidez apresenta consequências expressas ao feto, igualmente para a saúde da mulher, e provoca agravos como câncer, distúrbios neurológicos, doenças cardiovasculares, depressão – sendo estes os

danos mais recorrentes em pesquisas (YAMAGUCHI et al., 2008; FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009). Além disso, os autores a seguir descrevem que podem ocorrer outras associações, dentre elas:

[...] ganho de peso gestacional insuficiente, menor número de consultas no pré-natal e aumento do risco de utilização de outras drogas. Estima-se que 20 a 25% das gestantes consumam esporadicamente algum tipo de bebida alcoólica. Apesar da variação de forma e intensidade, a frequência de consumo tem aumentado nos últimos anos (FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009, p. 336).

Outras investigações apontam que “a intoxicação alcoólica aguda provoca o aumento da acidez gástrica” ao mesmo tempo em que reduz as reações espontâneas de proteção das vias aéreas, que são recursos naturais de defesa do aparelho respiratório os quais envolvem uma sucessão de fatores que operam na remoção de partículas inaladas e micro-organismos, “expondo a gestante a um grande risco de aspiração pulmonar do conteúdo gástrico” (YAMAGUCHI et al., 2008, p.45). O uso e o abuso do álcool durante a gravidez estão, da mesma forma, relacionados ao aumento do número de aborto e às condições que podem dificultar o parto como risco de infecções, descolamento prematuro de placenta, hipertonia uterina, parto prematuro e presença de mecônio no líquido amniótico, colocando em risco a vida do feto e causando complicações na vida do recém-nascido (PARKS et al., 1996 apud SANCHES; BRUNONI, 2010).

Ademais dos prejuízos físicos, salienta-se os efeitos emocionais causados a essas mulheres, e, por isso, entende-se a complexidade do trabalho desenvolvido com gestantes dependentes de álcool e outras drogas, sendo que, geralmente, o principal obstáculo para seu tratamento é o preconceito sofrido. Este também é um dos principais motivos de se ocultar o uso de álcool e outras drogas durante as consultas do pré-natal (MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015).

Meramente na qualidade de contextualização histórica, as consequências do uso de álcool durante a gestação ultrapassaram as barreiras da saúde rebatendo diretamente nos meios de justiça. A respeito disso, descreve-se parte da pesquisa realizada por Golden (2005), a qual fez um levantamento dos casos onde beber durante a gravidez havia levado a prisões ou supervisão estaduais nos Estados Unidos, na década de 1980 e 1990. Em algumas jurisdições deste país, o uso de

álcool e de outras drogas por mulheres gestantes tem a equivalência do crime de “abuso infantil”.

In 1985, following passage of a statute in Illinois allowing children to be removed from parental custody if diagnosed with FAS, a woman who gave birth to a daughter with the syndrome was placed in state supervision. In Ohio a newborn with FAS was removed from his mother's care. When the mother took the child from the hospital she was jailed on charges of child endangerment and child theft. Five other children had been removed from her custody. In California, a mother of three children who had FAS was forced to undergo monthly pregnancy tests. In South Carolina, authorities arrested a woman for giving birth to a legally drunk baby, and in a similar case in San Marcos, Texas, a woman was charged with injuring a child after having given birth to an infant suffering from FAS and cocaine addiction.⁸ (GOLDEN, 2005, p.113).

A seguir serão apresentados os impactos para a saúde do bebê.

1.3.2 Repercussões fetais

Durante a ingestão de álcool por uma gestante, devido à transposição do líquido pela barreira placentária, o feto obtém as mesmas concentrações alcoólicas que a mãe (TEOH; MELLO; MENDELSON, 1994 apud FIORENTIN; VARGAS, 2006).

O álcool é uma substância teratogênica, ou seja, é capaz de causar malformação no feto quando ingerido durante a gravidez, principalmente nas primeiras semanas, sendo considerada droga de maior consumo no mundo ocidental (BARR E STREISSGUT, 2001).

A título de exemplo de outra substância teratogênica tem-se a talidomida⁹ (um medicamento que possui como principal característica o alívio dos sintomas

⁸ Em 1985, após a passagem por um estatuto em Illinois, permitindo que as crianças fossem removidas da custódia dos pais se diagnosticada com SFA, uma mulher que deu à luz uma menina com a síndrome foi colocada sob a supervisão do Estado. Em Ohio, um recém-nascido com SFA foi removido do cuidado de sua mãe. Quando a mãe levou a criança do hospital, ela foi presa pela acusação de exposição a risco infantil e roubo de criança. Cinco outras crianças foram removidas de sua custódia. Na Califórnia, uma mãe de três crianças que tinham SFA foi forçada a submeter-se a testes mensais de gravidez. Na Carolina do Sul, as autoridades prenderam uma mulher por dar à luz a um bebê com sinais de embriaguez e, em um caso semelhante em San Marcos, no Texas, uma mulher foi acusada por agressão infantil após ter dado à luz a uma criança com SFA e viciada em cocaína (GOLDEN, 2005, p.113).

⁹ Em 1954, talidomida foi sintetizada na Alemanha, a partir do ácido glutâmico, como antiemético, sedativo e hipnótico (BRASIL, 2014, p.13). [...] em 1959, os médicos alemães começaram a relatar o aumento da incidência de nascimento de crianças com um tipo peculiar de malformação congênita, com defeitos no seu esqueleto, ausência das extremidades superiores, como os ossos rádio e ulna e,

relacionados com o enjoo, as náuseas e os vômitos) (BRASIL, 2014). Foi este medicamento que estimulou as primeiras pesquisas sobre a teratologia estrutural de prejuízos congênitos relacionados ao álcool. Embora os danos estruturais, como a falta ou atrofia de alguns membros, associados à talidomida, fossem fáceis de serem percebidos e visualizados, assim como facilmente houve a identificação, por parte dos cientistas, da relação da exposição ao medicamento em determinados estágios do desenvolvimento fetal, quando se tratava do estudo da exposição fetal ao álcool era diferente, pois, na maioria dos casos, os prejuízos causados eram, e ainda são, invisíveis (GOLDEN, 2005).

Por isso, em relação ao álcool, se deveria, então, analisar não apenas a teratologia estrutural, mas também a teratologia comportamental em seres humanos, a qual não era uma ciência controlada do laboratório (GOLDEN, 2005).

Em 1968, na França, foi publicado a primeira pesquisa sobre a Síndrome Fetal Alcoólica (SFA) descrita por L  moine et al, no entanto, neste momento, não denominaram a situa  o percebida. Esses autores analisaram 127 casos de mães alcoolistas e notificaram os graves danos provocados pelo álcool nos recém-nascidos (L  MOINE et al, 1968).

Em 1973, cinco anos após, nos Estados Unidos, a SFA foi apresentada    literatura médica por Jones e Smith. Eles evidenciaram o padrão dos prejuízos identificados nos filhos de alcoolistas e apresentaram critérios para a realiza  o de diagnósticos. Foi nas comunidades indígenas americanas que estes pesquisadores associaram os elevados índices de consumo de álcool com os muitos casos de deficiências cong  nitas e atrasos no desenvolvimento infantil (TAIT et al., 2003).

A visibilidade das mulheres alcoólicas ajudou a legitimar os efeitos fetais da exposi  o ao álcool, mas fez isso, inicialmente, afastando o foco dos danos que as mulheres alcoólicas grávidas fizeram para si mesmas e colocando-as no feto. Eventualmente, o debate político sobre os fetos transformaria as narrativas sobre o sofrimento das mulheres alcoólicas grávidas em histórias de moral sobre as obriga  es materna (GOLDEN, 2005).

  s vezes, malforma  es nos membros inferiores. A ingestão de um único comprimido durante a gesta  o pode ocasionar a focomelia. A talidomida, além de provocar altera  es dos membros superiores e inferiores, pode provocar defeitos visuais, auditivos, na coluna vertebral e, em casos mais raros, defeitos cardíacos e no tubo digestivo (BRASIL, 2014, p.15).

Em 1990, uma reportagem do *The New York Times* descreveu a denúncia de pais e especialistas em saúde ao Subcomitê de Finanças do Senado em Segurança Social e Política Familiar, que em alguns contextos clínicos havia pouco interesse em perguntar sobre a exposição pré-natal ao álcool. Quando as mulheres alcoólicas entravam na sala de parto sofrendo de múltiplos problemas físicos, mentais e sociais relacionados aos seus anos de consumo extraordinariamente intensivo – incluindo pobreza, desnutrição e falta de cuidados pré-natais – os médicos não ficaram surpresos com o fato de seus bebês serem pequenos e de terem uma série de problemas médicos (THE NEW YORK TIMES, 1990). E, quando essas crianças continuaram a sofrer atrasos físicos, mentais e de desenvolvimento, havia poucas razões para suspeitar que os seus problemas haviam começado no útero (GOLDEN, 2005).

Então iniciou-se um longo percurso de discussões e pesquisas que buscavam desvendar a incógnita: os efeitos comportamentais de indivíduos expostos ao álcool durante a gestação se dá em decorrência da ação do álcool ou devido as condições ambientais a que são expostas após seu nascimento?

Ou seja, estudos epidemiológicos sugeriram que muitos, se não a maioria, dos indivíduos expostos a altas doses de álcool no período pré-natal também foram afetados por condições ambientais adversas como: desnutrição materna, efeitos do estresse materno, complicações obstétricas e baixo peso ao nascer. Cada uma dessas situações demonstrou ter efeitos comportamentais, tornando quase impossível provocar a contribuição precisa do álcool. Além disso, fatores ambientais como a pobreza, o abuso, a negligência e a interrupção familiar, bem como a genética, desempenharam papéis fundamentais na formação de comportamentos. Para o autor Michael Dorris¹⁰, os problemas comportamentais e os atrasos ao desenvolvimento sofridos por seu filho foi atribuído ao alcoolismo de sua mãe biológica. Já o pesquisador da Síndrome Fetal do Alcool (SFA), Ernest Abel, perguntou:

In Adam Dorris's case, for instance, he was not adopted until he was three years old. Prior to that he was malnourished, tied to his crib, and chronically ill. Adam's problems may have been due to his FAS, but

¹⁰ Michael Dorris, um famoso romancista, ensaísta, crítico e educador que ganhou o National Book Award em 1989 pela obra "The Broken Cord", seu maior sucesso, um trabalho de ficção em que ele relatou os problemas sofridos por seu filho, Abel, que sofria de síndrome fetal do álcool. O livro gerou uma atenção nacional para o assunto e ajudou o Congresso americano a aprovar a legislação alertando as mulheres sobre os perigos de beber durante a gravidez (LYMAN, 1997).

given his deplorable infancy, who is to say his problems were solely the result of FAS? Tradução¹¹ (ABEL, 1998, p.137).

Para Abel, nem o livro de Dorris nem o filme de televisão sobre Adam deram qualquer importância, ao menos um sinal de aprovação para o dano que Adam sofreu depois do seu nascimento. Em vez disso, a atenção foi focada quase que exclusivamente na questão única da exposição pré-natal ao álcool. Pouco tempo foi gasto explorando o dano potencial associado a ser criado em uma casa onde as crianças são negligenciadas e possivelmente abusadas fisicamente por seus pais alcoólicos. O impacto de ser criado em um ambiente desse tipo pode ser tão devastador quanto o da exposição ao álcool no útero (ABEL, 1998).

A autora Janete Golden (2005) descreve a realidade dos paradoxos envoltos do TEAF, em sua condição mais aguda a Síndrome Fetal Alcoólica, presentes nos Estados Unidos, porém essas incongruências são de fácil adaptação cultural ao Brasil, resguardados aos seus contextos, segue esse trecho:

Perhaps the best way to think about FAS and to understand the path it has traveled in the past thirty years is to see where, literally, it resides today. One can peer into a civil courtroom and observe families fighting for and winning services for their children diagnosed with FAS and then enter a neighboring criminal courtroom to watch individuals diagnosed with FAS being sentenced to death despite claims of impairment. One can walk down the aisles of a bookstore and pick up a volume written by a respected medical expert explaining that FAS is a birth defect of the mind and go to a different corner of the store and pull from the shelves a book written by a respected legal scholar suggesting that FAS is a fiction cooked up by highly paid expert witnesses bent on keeping brutal criminals from being punished for their crimes. One can sit in a restaurant and watch a pregnant woman ordering a glass of wine and being scolded by a stranger, or watch a man get up from a barstool and stumble drunkenly out the door to his car without a word from anyone. On television, one can see a public service announcement warning pregnant women not to drink, followed soon after by beer commercials. Finally, one can enter a hospital emergency room and see a pregnant alcoholic woman being handcuffed and arrested for fetal endangerment or, in a few places, being assisted with her request for inpatient detoxification. Tradução¹²(GOLDEN, 2005, p.170).

¹¹ No caso de Adam Dorris, por exemplo, ele não foi adotado até os três anos de idade. Antes disso, ele estava malnutrido, amarrado ao berço e a outros doentes crônicos. Os problemas de Adam podem ter sido devido a SFA, mas dada a sua infelicidade deplorável, quem pode afirmar que seus problemas foram apenas o resultado da SFA? (ABEL, 1998, p.137).

¹² Talvez a melhor maneira de pensar sobre o FAS e entender o caminho que ela viajou nos últimos trinta anos é ver onde, literalmente, reside hoje. Pode-se comparecer a um tribunal civil e observar as famílias que lutam e ganham serviços para seus filhos diagnosticados com SFA e, em seguida, entram em um tribunal criminal vizinho para observar pessoas diagnosticadas com SFA sendo condenadas à

Mesmo diante deste debate, não se pode desconsiderar as implicações ao feto, quando ocorre a exposição intrauterina ao álcool. Nessa situação as crianças podem desenvolver diversas deficiências físicas, mentais, de comportamento e/ou de aprendizagem; esse conjunto de danos compõem o Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal (TEAF) (PARKS et al., 1996 apud SANCHES; BRUNONI, 2010). O termo foi sugerido pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos (*INSTITUTE OF MEDICINE*, 1996), ponderando a existência de subfenótipos ligados ao uso do álcool durante a gestação, sendo o fenótipo mais grave a Síndrome Fetal Alcoólica. Esta expressão não se destina ao uso como um diagnóstico clínico, apenas tem a função de assumir as categorias de diagnóstico: Transtornos do Neurodesenvolvimento Relacionados ao Álcool; Defeitos Congênitos Relacionados ao Álcool; Síndrome Fetal Alcoólica parcial (SFAP); e Síndrome Fetal Alcoólica (BERTRAND et al., 2004).

Segundo GRINFELD (2009), os critérios para o diagnóstico das variações compreendidas pelo TEAF se baseiam na tríade: dismorfias faciais; problemas de crescimento; e anormalidades no sistema nervoso central.

As consequências dessa exposição são variadas e podem ser descritas como moderadas até ao nível muito grave. Essas severas repercussões não são apenas um problema restrito aos recém-nascidos, mas uma condição vital, pois os acompanharão por toda vida (BERTRAND; FLOYD; WEBER, 2005; GOLDEN, 2005).

Segundo Bertrand et al. (2004), dentre as categorias de diagnóstico a SFA é forma de comprometimento mais grave, caracterizada principalmente, por: déficit de crescimento pré e pós-natal; alterações estruturais e funcionais do sistema nervoso central e malformações cranioencefálicas; transtornos do neurodesenvolvimento relacionados ao álcool (crianças apresentam problemas cognitivos e comportamentais); e transtornos congênitos relacionados ao álcool.

morte apesar de reivindicações de deficiência. Pode-se caminhar pelos corredores de uma livraria e pegar um volume escrito por um especialista médico respeitado explicando que o SFA é um defeito de nascimento da mente e ir a um canto diferente da loja e puxar das prateleiras um livro escrito por um respeitado estudioso jurídico, sugerindo que a SFA é uma ficção composta por testemunhas especializadas altamente remuneradas, que impedem os criminosos brutais de serem punidos por seus crimes. Pode-se sentar em um restaurante e assistir a uma mulher grávida pedindo um copo de vinho e ser repreendida por um estranho, ou ver um homem levantar-se de um banco e tropeçar embriagado pela porta do carro sem ouvir uma palavra sequer de alguém. Na televisão, pode-se ver um anúncio de serviço público advertindo as mulheres grávidas para não beber, seguido logo depois por comerciais de cerveja. Finalmente, pode-se entrar em uma sala de emergência do hospital e ver uma mulher alcoólica grávida sendo algemada e presa por colocação em perigo fetal ou, em alguns lugares, sendo atendida com o pedido de desintoxicação da paciente (GOLDEN, 2005, p.170).

Quando se trata da identificação epidemiológica da SFA no mundo, tem-se, conforme o Quadro 1, uma grande variação dos dados encontrados, esta variação pode, inclusive, ser identificada dentro do mesmo país mudando-se apenas de comunidade.

Quadro 1 - Levantamento da prevalência da Síndrome Fetal do Álcool a cada 1000 nascidos vivos de cinco países

PAÍS	PREVALÊNCIA DE SFA	AUTORES	ANO DO ESTUDO
África do Sul	127	LUBBE; WALBEEK; VELLIOS	2017
	89 a 129	MAY et al	2017
	59 a 79	MAY et al	2016
Canadá	1	ROBERTS; NANSON	2000
	9	PHAC	2003
Chile	62	MENA et al	1993
Estados Unidos	0,2 a 1,5	CHOKROBORTY-HOQUE;	2014
	10 a 15	ALBERRY; SINGH	2002
		ASTLEY et al	
Itália	4 a 12	MAY et al	2011
Rússia*	18 a 19	MALAKHOVA et al	2012
Rússia**	150	BUBNOV et al	2010

* População geral

** Crianças em orfanatos

Fonte: BAKARGI, 2018, p. 20.

A pesquisa epidemiológica mais recente foi a realizada por May et al., publicação de fevereiro de 2018, do *Journal of the American Medical Association*, a qual objetivou estimar a prevalência de TEAF, incluindo a síndrome fetal alcoólica, síndrome fetal alcoólica parcial e, transtorno do desenvolvimento neurológico relacionado ao álcool. Uma medida transversal foi utilizada para avaliar crianças entre os anos de 2010 a 2016. Elas foram investigadas de acordo com os 4 domínios que contribuem para o relacionadas ao TEAF: características dismórficas¹³, crescimento físico, desenvolvimento neurocomportamental e, exposição pré-natal ao álcool. Este estudo foi realizado em 4 comunidades dos Estados Unidos, nas regiões do *Rocky Mountain, Midwestern, Southeastern e Pacific Southwestern*. A amostra foi composta por 11.353 crianças matriculadas no ensino fundamental de escolas públicas e

¹³ A dismorfologia foi avaliada por uma equipe de dismorfologistas experientes ou geneticistas clínicos. Esta equipe de dismorfologistas fizeram uma avaliação as cegas, ou seja, não tinham conhecimento prévio do histórico de consumo de álcool durante o pré-natal e, nem da história do seu desempenho, durante os exames, que avaliavam o desenvolvimento neurológico. As crianças foram medidas quanto ao peso, altura e circunferência da cabeça e foram avaliadas quanto às características faciais da SFA e outras anomalias menores usando uma lista de verificação padrão (MAY, 2018).

privadas das quatro regiões. Foram identificadas, nesse grupo, 222 casos do TEAF, sendo que destes: 27 casos eram de síndrome fetal alcoólica, 104 casos de síndrome fetal alcoólica parcial e 91 casos de transtorno do desenvolvimento neurológico relacionado ao álcool. Dos 222 casos identificados, apenas 2 crianças já tinham recebido o diagnóstico.

Outras pesquisas de identificação de casos registraram dados semelhantes quanto a subestimação dos diagnósticos, uma delas identificou um grupo de 7 crianças com a SFA, enquanto havia o registro de apenas 1 registrada (CLARREN et al, 2001) e, em outro estudo, apenas 2 de 26 crianças identificadas com SFA ou SFAP apresentaram um diagnóstico prévio (MAY, 2015), ambas pesquisas foram realizadas também nos EUA.

Porém, houve críticas a respeito dos dados encontrados, dentre elas, estavam as observações da diretora da Rede de Prevenção e Diagnóstico da Síndrome Fetal Alcoólica dos EUA, Susan Astley, a qual afirmou que o estudo pode estar superestimando e subestimando a predominância dos casos. Ela criticou os locais escolhidos, a pergunta aos pais e responsáveis sobre o hábito de consumo de bebidas alcoólicas e, também alguns critérios adotados para a identificação dos casos. Questiona-se a evasão de 40% dos casos elegíveis, pois neste grupo podem estar contidos outros casos que ficaram de fora da pesquisa, como se pode verificar: "Quem são esses 40%? Por que eles escolheram não participar? Ninguém contesta que são pessoas com maior risco de portar disfunções?" (UOL, 2018, s/p).

Um dos principais motivos dessas divergências são as dificuldades de diagnóstico do espectro, até mesmo quando se analisa as manifestações da SFA percebe-se que elas também não são idênticas nos indivíduos expostos. Mesquita (2010) afirma que essas diferenças se devem, entre outros fatores, pela quantidade de álcool consumido, pelo padrão de consumo das gestantes, pelo período gestacional da exposição e pela interação genética. Além disso, destaca-se que nem todas as crianças expostas ao álcool durante a gestação apresentam esses efeitos (CHUDLEY et al., 2005).

Com a intenção de identificar fatores comuns nos casos já diagnosticados é que os pesquisadores fizeram levantamentos de dados que sobrepujam consumo de álcool durante a gestação e, a partir disso, identificaram o que chamaram de "fatores de risco" para a ocorrência do caso mais grave do espectro, os quais podem ser verificados no quadro seguinte:

Quadro 2 - Fatores de risco relacionados ao consumo de álcool durante a gestação e as manifestações do TEAF

MODALIDADE	FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS
Saúde materna	Idade acima de 25 anos ao nascimento da criança
	Presença de três ou mais gravidezes anteriores
	Ocorrência de parto prematuro ou natimorto anterior
	Uso concomitante de tabaco e /ou outras drogas
	Desnutrição ou subnutrição
Gestação	Consumo durante o primeiro trimestre da gravidez
Socioeconômico	Baixo nível socioeconômico
	Desemprego ou subemprego
Padrões de consumo materno	Início precoce do consumo de álcool
	Padrão compulsivo de uso (cinco bebidas ou mais por ocasião)
	Padrão frequente de uso (ao menos duas ocasiões semanais)
	Ausência de redução do consumo na gravidez
Fatores psicológicos	Baixa autoestima
	Depressão
Fatores familiares	História de dependência de álcool na família
	Dependência de álcool compartilhada pelo companheiro
Fatores socioculturais	Ambientes tolerantes à bebida por parte da gestante

Fonte: *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)*, 2000 apud MAY; GOSSAGE, 2001.

Apesar de não se ter comprovação científica de uma quantidade mínima de consumo de risco para gestantes, ao se considerar as possíveis intercorrências dessa substância (genética, condição nutricional, etc.) não há a possibilidade de se assegurar uma dose segura (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA, 2015; SOUZA; BRUNONI; SCHWARTZMAN, 2012). Porém há quem refute essa informação com a justificativa de que se trata de uma tendência moralizante das mulheres.

De acordo com o relatório clínico da Academia Americana de Pediatria (AAP) (2015), estima-se que 40.000 bebês nascem por ano com TEAF. No estudo de Willians e equipe (2015) afirma-se que cerca de um terço das crianças gestadas por consumidoras abusivas de álcool, e que fizeram uso durante a gravidez, são afetados pela SFA. Os recém-nascidos geralmente apresentam sinais de irritabilidade, mamam e dormem pouco, além de poderem apresentar tremores (sintomas que lembram a síndrome de abstinência). As crianças severamente afetadas, e que conseguem sobreviver aos primeiros momentos de vida, podem apresentar problemas físicos e mentais que variam de intensidade consoante com a gravidade do caso (WILLIANS et al., 2015).

É provável que, em média, de cada mil nascidos vivos no mundo, até 6 recém-nascidos, possam ter o TEAF (MAY et al., 1983). A julgar os casos brasileiros, as

estimativas coletadas referem-se à ocorrência mais grave do transtorno, e tem-se que por ano surjam de três a nove mil novos casos (GRINFELD, 2009).

1.4 O Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal no Brasil

Há alguns anos, a forma seguramente mais praticada no tratamento de pessoas com deficiência mental ou os indesejados sociais no Brasil e no mundo era o cerceamento desses indivíduos em suas casas ou em instituições psiquiátricas. A jornalista Daniela Arbex retrata, em seu livro jornalístico, “Holocausto Brasileiro¹⁴”, exemplos dos tratamentos disponíveis aos cidadãos brasileiros de baixa renda (BAKARGI; OLIVEIRA, 2015; ARBEX, 2013). Situações análogas ainda se repetem nos dias atuais, apesar de todo o processo da Reforma Sanitária a saúde mental no país, em suas variadas vertentes, ainda possui raízes neste passado não tão distante, como o retratado neste livro.

Dito isto, ao reportar aos danos fetais relacionados uso ou abuso de álcool durante a gestação verifica-se a escassez de trabalhos epidemiológicos no país, pois os dados são subestimados, devido a todas as dificuldades de diagnósticos já retratadas. As maiores e principais pesquisas relacionadas estão relacionadas à epidemiologia apenas do consumo e danos ao indivíduo alcoólico.

Apesar de não se ter estatísticas oficiais sobre a prevalência do TEAF no Brasil, alguns estudos e descrições pontuais sobre a SFA, o caso mais grave do espectro e com maior facilidade de identificação devido às características faciais já publicados requer destaque, seja pelo seu pioneirismo ou pelo volume de casos analisados.

Silva e equipe (1981) realizaram o primeiro levantamento de casos e identificaram, em São Paulo, 13 crianças com SFA, em uma análise feita com um grupo de 200 gestantes alcoolistas (SILVA et al., 1981). Outra pesquisa realizada na cidade de São Paulo, no ano de 2009, por Mesquita & Segre analisou um grupo com

¹⁴ Trata-se de um livro-reportagem que resgata a barbárie e a desumanidade praticadas, durante a maior parte do século XX, no maior hospício do Brasil, conhecido por Colônia, Barbacena/MG. Afirma que, conforme dados oficiais, pelo menos 60 mil pessoas morreram no Hospital Colônia (BAKARGI; OLIVEIRA, 2015). Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoólatras, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava ou que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas violentadas por seus patrões, esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, filhas de fazendeiros que perderam a virgindade antes do casamento, homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos 33 eram crianças. Em sua maioria, haviam sido internadas à força (ARBEX, 2013, p.7).

1.964 gestantes de uma população em condições de vulnerabilidade. Neste grupo foram identificados 1,52 indivíduos com a SFA para cada 1000 nascidos vivos; 3,05 indivíduos com defeitos congênitos relacionados à ingestão materna de álcool para cada 1000 crianças nascidas vivas com e, 34,11 com alterações de neurodesenvolvimento relacionadas à ingestão materna de álcool durante a gestação para cada 1000 nascidos vivos (MESQUITA; SEGRE, 2009).

Os mecanismos para se alcançar números cada vez maiores de trabalhos epidemiológicos, assim como outros países já o fazem, é explicitado por Santos (2016, p. 6 e 7), “A identificação da exposição fetal ao álcool pode ser realizada através do relato materno por meio de entrevistas diagnósticas estruturadas ou questionários (instrumentos de rastreamento) e pela análise toxicológica de biomarcadores do álcool em diferentes matrizes”.

Nos casos mais graves, com um exame físico feito no bebê é possível identificar os sinais faciais da síndrome ou levantar suspeita de algum caso. Outras avaliações podem ser consideradas, como: exame de sangue para aferir os níveis de álcool no sangue materno e, exames de imagem cerebral (tomografia computadorizada e ressonância magnética) (SANTOS, 2016). Na pesquisa de Santos (2016) outro tipo de exame foi realizado, a pesquisadora realizou um teste para identificar biomarcadores (ésteres etílicos de ácidos graxos) no mecônio quanto à presença de álcool no organismo do recém-nascido. Portanto, há pesquisas brasileiras propondo alternativas para a identificação precisa em desenvolvimento e, espera-se que logo em breve a subestimação dos diagnósticos seja superada.

Enquanto a invisibilidade se mantiver sobre os casos do TEAF e seus subfenótipos as dificuldades com aprovação de novas pesquisas, os pedidos de financiamento para desenvolver avaliações diagnósticas e, financiamento para desenvolver programas de prevenção serão também mantidos. E, assim, as crianças, jovens e adultos com TEAF continuarão desconhecidas, sem diagnósticos, seus tratamentos continuarão inadequados ou poderão ser ineficazes e a prevenção impossível (BAKARGI; BRUNONI, 2018).

Para se obter dados de prevalência com estatísticas precisas e recentes é preciso superar as dificuldades de identificação, que o autor a seguir destaca:

[...] including difficulty in making, or lacking in skills to make, a diagnosis, lack of awareness and recognition by physicians in

considering the diagnosis, lack of reporting, lack of availability of specialists in high risk and remote areas, and paediatricians not being prepared to deal with a FAS diagnosis. Tradução ¹⁵(CHUDLEY, 2008, p. 721).

1.5 Impacto escolar e familiar

Os rebatimentos da exposição fetal ao álcool durante a gestação para o desenvolvimento infantil decorrem dos efeitos do álcool ao Sistema Nervoso Central (SNC) em desenvolvimento, e esses possíveis efeitos abrangem: deficiências cognitivas e de aprendizagem; fragilidade quanto aos processos de atenção e hiperatividade; retardo mental e problemas comportamentais (KODITUWAKKU, 2007; KODITUWAKKU 2011).

Com relação à condição cognitiva em crianças com o TEAF, uma revisão sistemática de literatura identificou que 68,7% dos trabalhos examinados consideraram que há uma correlação entre o uso de álcool na gravidez e os déficits na aprendizagem espacial¹⁶ e na memória (MARQUARDT; BRIGMAN, 2016). Outros estudos também descreveram a correlação entre a exposição ao álcool, durante a gestação, e os danos focais das funções de aprendizagem e a memória (KERNS et al., 1997; MATTSON; RILEY, 1996; MATTSON; RILEY, 1998).

As incapacidades primárias no Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal quando analisados longitudinalmente não apresentam melhora, ou seja, os efeitos permanecem na idade adulta, das quais destacam-se: o quociente de inteligência (QI) reduzido; as dificuldades de aprendizagem; as dificuldades de linguagem; os problemas de atenção; a memória de trabalho; o funcionamento executivo¹⁷; e, o funcionamento socioemocional (O'CONNOR; PALEY, 2009).

¹⁵ [...] incluindo dificuldade em produzir, ou falta de habilidades para fazer um diagnóstico, falta de consciência e reconhecimento pelos médicos em considerar o diagnóstico, falta de notificação, falta de disponibilidade de especialistas em áreas de alto risco e remotas, e pediatras que não estão preparados para lidar com um diagnóstico de SFA (CHUDLEY, 2008, p. 721).

¹⁶ Competência para pensar no formato de imagens, ou seja, "visualizar" conceitos abstratos (GARDNER, 1995).

¹⁷ Funções executivas são processos mentais superiores, envolvidos no processamento das informações e no gerenciamento das demandas ao nosso redor. São elas que tornam possível tomar decisões em situações complexas. Todas as funções executivas têm algum tipo de relação com situações onde "comando" e "controle" são necessários – em termos mais amplos, podem ser vistas como as grandes condutoras de todas as habilidades cognitivas. Estão diretamente relacionadas a comportamentos auto-organizados e voluntários. São necessárias para lidar com todas as exigências práticas da vida, bem como enfrentar o stress e manter relacionamentos (AMORIN, on-line).

Comportamentos psicopatológicos também são descritos, em pesquisas, em indivíduos com TEAF, entre eles estão: sintomas de depressão em crianças com idade a partir de 4 anos, ansiedade, irritabilidade e tendências suicida (O'CONNOR; PALEY, 2009).

Essas repercussões têm impacto direto no processo de ensino-aprendizagem de crianças e adultos, e, portanto, precisam-se considerar meios para atenuar as consequências a curto, médio e longo prazo, do transtorno. Uma das propostas é a abertura da sociedade à inclusão escolar, contribuindo para com a emancipação humana e social, em busca da prevenção à discriminação e à marginalização daqueles que são vítimas de exclusão.

E a escola tem, efetivamente, um papel crucial na medida em que deve ser um ambiente que valorize as diferenças, elimine o preconceito, reduza dificuldades, busque soluções para o processo ensino/aprendizagem de todos, para que todos sejam capazes de superar obstáculos e desenvolver a auto estima e a motivação independentemente da presença ou ausência de diagnóstico médico. Confere-se, assim, à escola um papel verdadeiramente social. Nesse sentido, a Declaração de Salamanca (1994) refere que:

Muitas das mudanças requeridas não se relacionam exclusivamente à inclusão de crianças com necessidades educacionais especiais. Elas fazem parte de uma reforma mais ampla da educação, necessária para o aprimoramento da qualidade e relevância da educação, e para a promoção de níveis de rendimento escolar superiores por parte de todos os estudantes. A Declaração Mundial sobre Educação para Todos enfatizou a necessidade de uma abordagem centrada na criança objetivando a garantia de uma escolarização bem-sucedida para todas as crianças. A adoção de sistemas mais flexíveis e adaptativos, capazes de mais largamente levar em consideração as diferentes necessidades das crianças irá contribuir tanto para o sucesso educacional quanto para a inclusão. (DECLARAÇÃO DE SALAMANCA, 1994, s/p).

Tal qual, um encadeamento, ainda conforme a Declaração de Salamanca (2014), para se obter êxito numa escola inclusiva é preciso que haja “identificação precoce, avaliação e estimulação de crianças pré-escolares com necessidades educacionais especiais”. No entanto, estes serviços ainda são dispendiosos ao indivíduo e a sua família, e os serviços públicos ou disponibilizados por ONGs não conseguem atender a demanda em sua totalidade.

Cruz (2011) cita a pesquisa de Pereira (2010) realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) com crianças e adolescentes com “deficiência”¹⁸ e que eram beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Este levantamento expôs que as maiores dificuldades para adentrar e permanecer na escola, para esse grupo específico, se enquadravam em três principais eixos: o cuidado, o preconceito e o acesso a bens e serviços.

Chama a atenção o eixo cuidado. Este eixo foi identificado como uma variável primordial para o acesso e a permanência na Escola. Em 73,6% dos casos, os beneficiários que frequentam a escola precisam de um acompanhante, ou seja, uma pessoa para cuidar nesta atividade, quer seja para levá-los à escola, quer para permanecer na escola. O cuidado é uma variável tão central que sua ausência impede o acesso à escola em 57,4% dos casos (CRUZ, 2011, p. 56).

Ao reflexionar a educação, outro contexto não menos importante ganha destaque, o ambiente familiar. Acredita-se que o funcionamento das famílias é determinado por contextos sociais e culturais, irrestritos ao local onde ela está inserida (OLIVEIRA, 2009).

Portugal (1992), da Universidade de Aveiro, estudiosa da teoria Bioecológica¹⁹, apresenta a visão de Bronfenbrenner (1979) sobre a família como núcleo crucial para o desenvolvimento infantil, porém suscetível a diversas interferências exteriores.

[...] a família reflete as condições da sociedade em geral, isto é, está à mercê de uma sociedade que nem sempre acalenta atividades e atitudes conducentes a um saudável desenvolvimento da personalidade. As condições socioeconômicas, as tensões a nível de emprego, o planejamento urbano, o sistema de transportes, o poder hipnótico da televisão, etc.... são circunstâncias determinantes do funcionamento familiar (PORTUGAL, 1992, p. 116-117)

¹⁸ Termo adotado pelo ministério e também no questionário utilizado com as escolas e cuidadores entrevistados.

¹⁹ O modelo bioecológico de desenvolvimento humano proposto por Bronfenbrenner aparece na literatura em 1977, o autor advoga que o desenvolvimento é um processo que envolve estabilidades e mudanças nas características biopsicológicas dos indivíduos durante o curso de sua vida e, também, através de gerações (Bronfenbrenner y Morris, 2006). Então, fica estabelecido que, para melhor entender o desenvolvimento humano, é necessário considerar todo o sistema bioecológico que envolve o indivíduo, enquanto ele se desenvolve. Em seu paradigma, Bronfenbrenner (2005) considera o desenvolvimento dependente de quatro dimensões que interagem entre si, denominadas de “Modelo PPCT” – Processo, Pessoa, Contexto e Tempo (BENETTI et al., 2013, p. 92).

Desta maneira, não se pode pensar nessas famílias sem antes considerar o contexto em que estão inseridas, pois têm impacto direto no desenvolvimento da criança e nos comportamentos que ela tende a adotar. Ao conjecturar um quadro onde não se tem acesso ao mercado de trabalho, com renda mínima, correlato aos elevados custos com a manutenção dos filhos com necessidades específicas, que em sua maioria necessitam de atenção diária, “aumenta o empobrecimento da família e afeta, negativamente, toda a dinâmica familiar” (CRUZ, 2011, p.72). O Estado, portanto, tem o dever de assegurar, por meio de serviços públicos, que o exercício do cuidado não sobrepele os grupos familiares, e, dentro deles, principalmente as mulheres, pois elas são as principais cuidadoras no contexto doméstico.

Conforme a pesquisa de Pereira (2010) apud Cruz (2011), quando se trata dos principais cuidadores de crianças e adolescentes beneficiárias do BPC, tem-se que 87,6% dos entrevistados disseram que era a mãe. E nos casos em que não eram as cuidadoras principais, em 9,2% dos casos, as mulheres contribuíam diretamente com os cuidados do filho.

A criança com TEAF exige da família, assim como as demais crianças, atenção e cuidado. Os serviços especializados podem ajudar as famílias a direcionar os apoios e acompanhamentos corretos nas diferentes áreas: médica, psicológica e a acadêmica, entre outras. Uma ação conjunta entre família e serviços de apoio é relevante ao contribuir para inserção social, independência e melhor qualidade de vida da criança com FASD (STREISSGUTH, 1997).

Sabe-se que os primeiros meses da vida de um bebê são importantes para um desenvolvimento saudável, portanto é extremamente necessário que esta família receba a orientação e apoio essenciais para que esteja apta a desempenhar a sua função junto a seus filhos (BRASIL, 2004).

Faz-se necessário ainda que a família construa conhecimentos sobre as necessidades especiais de seus filhos, bem como desenvolva competências de gerenciamento do conjunto dessas necessidades e potencialidades (BRASIL, 2004, p.7).

1.6 O estigma do Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal

O estigma que a pessoa com TEAF, ou com qualquer outro tipo de necessidade específica, repercute não apenas em si mesma, mas também em seus pais, irmãos e

amigos. Geralmente as atitudes preconceituosas estão coadunadas ao medo, as pessoas temem o que não conhecem ou não entendem (AZEVEDO; BRAGA, 2011).

O comportamento de uma criança com TEAF pode levá-la a ser excluída de um grupo, porque se acredita que suas atitudes poderiam ser facilmente autocontroladas e, não são vistas como uma incapacidade causada por danos cerebrais (AZEVEDO; BRAGA, 2011).

Como um processo em cadeia, pode-se inferir que com as dificuldades relatadas, as crianças expostas ao álcool na gravidez pertencem a um grupo de risco. Uma vez que devido às dificuldades de aprendizagem podem ser realocadas para ambientes educacionais especiais ou de recuperação, podem sofrer ainda mais com o isolamento e o abandono (O'CONNOR; PALEY, 2009; FAST; CONRY, 2004).

Por conseguinte, compreender e dominar as maneiras de avaliação e intervenção de crianças com o TEAF e suas famílias revela-se, também, essencial, até porque muitas delas vêm a desenvolver no futuro, para além das complicações médicas, outras de natureza comportamental, emocional e até mesmo de caráter psicopatológico. No entanto, para que ocorra essa atenção especializada em todos os setores já referenciados é preciso que se tenha estabelecido o diagnóstico, caso contrário essas crianças continuarão invisíveis aos olhos da sociedade.

CAPÍTULO 2 PERCURSO METODOLÓGICO

O tipo de pesquisa realizada foi de caráter não experimental, transversal e descritiva, pois foi baseada em categorias, conceitos, contextos ou acontecimentos já ocorridos. Para tanto, foi realizada uma coleta única de dados e, por retratar os dados sobre categorias, conceitos, contextos ou acontecimentos, com características específicas e perfis pessoais, grupos ou de comunidade (SAMPLERI et al. 2010).

A coleta de dados se deu sem a interferência dos pesquisadores, que se detiveram à identificação, registro e análise das características levantadas. Foram utilizadas uma ficha de dados sociodemográficos e um questionário contendo 18 questões de múltipla escolha, tendo entre elas 7 questões abertas.

Conforme já explicitado, o estudo foi desenvolvido em duas cidades brasileiras, uma no Estado de Goiás e a outra no Estado de São Paulo.

2.1 Instrumentos

O questionário sociodemográfico (ANEXO A) foi desenvolvido pelos autores desta pesquisa visando levantar características gerais da amostra, como, por exemplo, o ano do nascimento, a escolaridade e o estado civil das participantes. Nessas fichas não eram necessárias a inclusão dos nomes das participantes, apenas as suas iniciais.

Para o levantamento dos demais dados foi utilizado o “FASD Questionnaire”, instrumento desenvolvido e aplicado na pesquisa “*Alcohol Use During Pregnancy and Awareness of Fetal Alcohol Syndrome*”. Para que fosse possível a realização deste projeto, foram enviados e-mails aos autores da pesquisa solicitando a sua autorização destes, ainda que o questionário tenha sido publicado integralmente em seu estudo (Public Health Agency of Canada - PHAC, 2006). Tal providência foi tomada por questões éticas.

O questionário original foi implementado através de abordagem telefônica, no entanto, para a presente pesquisa foram feitas adequações a fim de torná-lo autoaplicável. Para isto todas as informações deveriam estar extremamente explícitas e as questões deveriam ser de fácil preenchimento. Assim, foram selecionadas 16 questões fechadas, do questionário original, as quais discorriam sobre o conhecimento dos efeitos do álcool ao feto. Dentre estas, 5 continham a opção de resposta aberta. Para a sua utilização foi feita a tradução do material, e em seguida,

a avaliação, por parte dos pesquisadores, das questões chaves para comporem esta pesquisa, além da adaptação cultural.

Os procedimentos adotados para a tradução e a adaptação cultural seguiram o método proposto por Alexandre e Guirardello (2002).

La utilización de instrumentos estandarizados y validados en el área de la salud ocupacional tiene numerosas ventajas. Para eso es necesario realizar una adaptación cultural, procedimiento metodológico complejo que posibilita el intercambio de información entre la comunidad científica y la comparación de los resultados de las investigaciones en diferentes países ²⁰ (ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2002, p. 111).

Após a tradução, a retrotradução e, a seleção das questões centrais, a entrevista completa foi aplicada a 5 mulheres de diferentes níveis de escolaridade, selecionadas por conveniência, e foi solicitado à elas que durante o preenchimento pudessem indicar as maiores dificuldades de compreensão textual, além disso, poderiam sugerir mudanças na terminologia, entre outras opiniões e pareceres, configurando assim, um estudo piloto.

O estudo piloto pode ser avaliado como uma estratégia metodológica que subsidia o pesquisador a legitimar as ferramentas adotadas para a execução da pesquisa, porquanto é empregado antes do contato com os sujeitos delimitados para o estudo. Este recurso de estudo é tido por Yin (2001, p. 100) como sendo um mecanismo que “[...] auxilia os pesquisadores na hora de aprimorar os planos para a coleta de dados tanto em relação ao conteúdo dos dados quanto aos procedimentos que devem ser seguidos.”.

Nesta pesquisa, após a aplicação do teste piloto, realizado em janeiro de 2018, as sugestões produzidas foram revisadas pelos pesquisadores e usadas para a identificação de possíveis alterações necessárias para uma melhor compreensão do questionário final.

As principais alterações foram a respeito da elucidação das instruções de preenchimento do questionário e da recodificação de algumas alternativas de

²⁰ A utilização de instrumentos padronizados e validados na área da saúde ocupacional tem numerosas vantagens. Aumentar a capacidade de adaptação cultural, o percurso metodológico que possibilita o intercâmbio de informações entre a comunidade científica e a comparação dos resultados das investigações em diferentes países (ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2002, p. 111).

respostas. Portanto, algumas questões foram reformuladas com o objetivo de alcançar uma equivalência semântica, idiomática (de uso de expressões), conceitual (de coerência dos itens) e cultural (de adequação ao contexto da nossa cultura) entre o inglês e o português do Brasil e, assim, tornar o texto, das questões, o mais assimilável possível para as participantes (DEFELIPPE, 2016).

As principais alterações ocorridas foram: Questão 1 - Substituição dos termos traduzidos como “bebês” e “probabilidade”, por “recém-nascidos” e “chances”, respectivamente, a fim de facilitar a compreensão. As alternativas 10 a 11, traduzidas como: “10. Evite fumo de segunda mão” e “11. Atitude mental positiva”, foram adaptadas para “10. Evitar o fumo passivo” e “11. Ter pensamentos positivos”, e, nas alternativas que continham a palavra “reduzir” houve substituição por “diminuir” em todo o questionário.

Questão 2 - Substituição da terminologia “probabilidade” por “chances”, e a alternativa “h. Evitar fumo passivo” foi substituída por “h. Evitar conviver com fumantes em ambientes fechados”.

Questão 5 - Inclusão da figura explicativa sobre a equivalência de uma dose padrão, e, além disso, houve a incorporação da expressão “dose padrão”. A referida figura é apresentada a seguir:

Figura 2 – Descrição da dose padrão de acordo com a destilação alcoólica



Fonte: SENAD (online). Adaptado pelos pesquisadores.

A questão 6 foi segmentada em duas parcelas, pois viu-se a necessidade de maior especificidade no que tange ao conhecimento da população feminina sobre o nome “Síndrome Fetal Alcoólica” e, por conseguinte, foi apresentado um

levantamento específico sobre o “Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal”, tratado como possíveis danos fetais causados pela exposição intrauterina ao álcool.

Com este desmembramento, a sétima questão, do questionário original, passou a ser numerada como a “Questão 8” do questionário final utilizado para esta pesquisa. Houve, também, a substituição da tradução do termo “defeitos” por “prejuízos”.

Na pergunta 9 foi retirado o item “6 - Conselho provincial de bebidas alcoólicas / agência”, pois não há no Brasil o referido conselho. E no item d, as traduções dadas às opções “06 - Brochura” e “07 - Pôster”, foram substituídas pela alternativa “7 - folhetos”.

Na questão 10, do questionário original, configurada como pergunta 11 do instrumento adaptado, a tradução “sinais” foi substituída por “avisos” e houve, também, a retirada do item “LER E REGISTRAR”, pois, como já relatado, essa orientação era direcionada aos pesquisadores e demais profissionais que efetuaram as ligações para amostra da pesquisa realizada no Canadá.

A supressão da pergunta 12 do questionário original foi devido ao tema central estar relacionado a um assunto específico do Canadá.

A tradução do termo “criança” foi retirada do texto na 13ª questão, por entender que já estava subentendido.

Na questão 14 “a) Você está grávida ou deseja engravidar nos próximos dois anos?”, foi substituída por: “a) Você deseja engravidar nos próximos dois anos?”, pois, diferentemente da pesquisa original, a atual pesquisa assumiu como critério de exclusão as mulheres grávidas, e, por isso, foi retirada do texto a ideia de que a respondente pudesse estar grávida no momento da entrevista.

Pelo mesmo fator indicado anteriormente o texto que tratava da possibilidade de estar grávida durante a aplicação da pesquisa foi retirado da questão 15.

A questão 16 do questionário original, que tratava de uma possível influência que o cônjuge ou o parceiro poderiam exercer sobre a mulher, a respeito do consumo de álcool, da redução do consumo ou da abstinência durante a gestação foi retirada da entrevista pelo fato de não ter ligação com o objetivo da pesquisa.

As perguntas 18 a 20 estavam direcionadas aos homens e, para esta pesquisa, não se encaixavam nos critérios de inclusão. A questão 21 se tratava da percepção do consumo de álcool e as questões 22 a 30 se tratavam sobre as características

sociodemográficas da amostra. Portanto, por não estarem de acordo com o tema central desta pesquisa foram desconsideradas integralmente.

Assim, foram adicionadas duas questões abertas complementares para que as mulheres tivessem a oportunidade de acrescentar, de acordo com os seus interesses, outras percepções e contribuições refletidas durante o processo de preenchimento do questionário e, também, para verificar os seus interesses em receber, ou não, informações ao término da pesquisa. A versão final do questionário pode ser verificada no Apêndice C.

A seguir é apresentado parte do processo de tradução, retrotradução até a obtenção da versão final aplicada ao grupo do ensaio piloto. A versão completa está disponível no Apêndice B.

Quadro 3 – Avaliação da equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural entre o Questionário original, a tradução e versão final para aplicação

ORIGINAL	TRADUÇÃO	RETROTRADUÇÃO	VERSÃO PARA APLICAÇÃO
1. Thinking about healthy infants and children, what, in your opinion are the most important things that pregnant women can do to increase the likelihood that their baby will be born healthy?	1. Pensando em bebês e crianças saudáveis, o que, na sua opinião, são as coisas mais importantes que as mulheres grávidas podem fazer para aumentar a probabilidade de o bebê nascer saudável?	1 Thinking about healthy babies and children, what do you think are the most important things pregnant women can do to increase the likelihood of their baby being born healthy?	1 Pensando em recém-nascidos e crianças saudáveis, o quê, na sua opinião é mais importante que as mulheres grávidas façam para aumentar as chances de que seu bebê nasça saudável?
2. Here are some things that pregnant women might do to increase the likelihood that their baby will be born healthy. a) Cut down or stop smoking? b) Cut down or stop using alcohol	2. Aqui estão algumas coisas que as mulheres grávidas podem fazer para aumentar a probabilidade de seu bebê nascer de forma saudável. a) Reduzir ou parar de fumar?	2. Here are some things that pregnant women can do to increase the likelihood your baby will be born in a healthy way. a) Reduce or stop smoking? b) Reduce or stop using alcohol	2. Aqui estão algumas sugestões do que mulheres grávidas podem fazer para aumentar as chances de que seu bebê nasça saudável. a. Reduzir ou parar de fumar

(continua)

(continuação)

ORIGINAL	TRADUÇÃO	RETROTRADUÇÃO	VERSÃO PARA APLICAÇÃO
3. Are each of the following statements true or not true? a) A small amount of alcohol use during pregnancy can usually be considered safe. b) The more alcohol a pregnant woman drinks, the more likely that the baby will be harmed.	3. Cada uma das seguintes afirmações é verdadeira ou não verdadeira? a) Uma pequena quantidade de álcool consumido durante a gravidez geralmente ser considerado seguro. b) Quanto mais álcool uma mulher grávida bebe, mais provável que o bebê seja prejudicado.	3. Are each of the following statements true or not true? a) A small amount of alcohol consumed during pregnancy will generally be considered safe. b) The more alcohol a pregnant woman drinks, the more likely the baby will be harmed.	3.As afirmações a seguir são verdadeiras ou falsas? a)Uma pequena quantidade de álcool consumido durante a gravidez geralmente pode ser considerada segura. (Marque uma opção) b)Quanto mais álcool uma grávida bebe, mais provável que o bebê seja prejudicado.
4.And are each of the following statements true or not true: READ a) The effect of alcohol use on the development of an unborn fetus is nuclear. b) Alcohol use during pregnancy can lead to life-long disabilities in a child.	4.E cada uma das seguintes afirmações é verdadeira ou não verdadeira: LER a) O efeito do consumo de álcool no desenvolvimento do feto não nascido não está claro. b) O uso de álcool durante a gravidez pode levar a deficiências ao longo da vida em uma criança.	4.And each of the following statements is true or not true: READ a) The effect of alcohol consumption on the development of the unborn fetus is not clear. b) The use of alcohol during pregnancy can lead to life-long disabilities in a child.	4.As afirmações a seguir são verdadeiras ou falsas? a)Os efeitos do consumo de álcool sobre a formação do feto ainda não são claros. (Marque uma opção) b)A maioria dos efeitos do consumo de álcool, durante a gestação, em uma criança geralmente desaparecem.
5. In terms of its effect on a baby that is born, do you think it would be very safe, somewhat safe, not very safe or not at all safe for a pregnant woman to drink each of the following amounts of alcohol?	5. Em termos de seu efeito sobre um bebê, você acha que seria muito seguro, um pouco seguro, não é muito seguro ou não é seguro para uma grávida beber cada uma das seguintes doses de álcool?	5. In terms of its effect on a baby that was born, do you think it would be very safe, a bit safe, is not very safe or is not safe for a pregnant woman to drink each of the following amount of alcohol?	5.Em termos de seu efeito sobre um bebê, o que você acha sobre o consumo de álcool por uma gestante de acordo com as quantidades descritas abaixo?

(continua)

(continuação)

ORIGINAL	TRADUÇÃO	RETROTRADUÇÃO	VERSÃO PARA APLICAÇÃO
6.a)Have you ever heard of fetal alcohol syndrome or fetal alcohol spectrum disorder? What happens with fetal alcohol syndrome or fetal alcohol spectrum disorder?	6.a)Você já ouviu falar sobre SFA ou distúrbio do espectro do álcool fetal? O que acontece na SFA ou distúrbio do espectro do álcool fetal?	6. a) Have you ever heard of fetal alcohol syndrome or fetal alcohol spectrum disorder? What Happens in Fetal Alcohol Syndrome or fetal alcohol spectrum disorder?	6.a)Você já ouviu falar da SFA? 7.a) Você já ouviu falar dos possíveis efeitos relacionados à exposição ao álcool durante a gestação para a mãe e o bebê?
7.a)Have you ever heard of alcohol-related birth defects? b) Can you tell me what alcohol related birth defects are?	7.a)Você já ouviu falar de defeitos de nascimento relacionados ao álcool?	7. a) Have you ever heard of alcohol-related birth defects? b) Can you tell me about alcohol-related birth defects?	8.a) Você já ouviu falar de prejuízos no parto relacionados ao álcool?
8.Do you recall seeing any information about the effects of alcohol use on a baby during pregnancy?	8.Você lembra de ver qualquer informação sobre os efeitos do consumo de álcool em um bebê durante gravidez?	8. Do you remember seeing any information about the effects of alcohol consumption on a baby during pregnancy?	9.Você se lembra de ter ouvido visto ou ouvido qualquer informação sobre os efeitos do uso de álcool em um bebê durante a gestação?
9.a) Do you recall seeing or hearing any ads about alcohol use during pregnancy, fetal alcohol syndrome, fetal alcohol spectrum disorder, or alcohol-related birth defects over the past several months?	9.a) Você se lembra de ver ou ouvir anúncios sobre o consumo de álcool durante a gravidez, SFA, TEAF ou defeitos congênitos relacionados ao álcool ao longo dos meses passados?	9.a) Do you remember to see or hear ads about alcohol consumption during pregnancy, Fetal Alcohol Syndrome, Fetal Alcohol Spectrum Disorder, or alcohol-related birth defects over the past few months?	10.a) Você se lembra de ver ou ouvir qualquer anúncio sobre o uso de álcool durante a gravidez, Síndrome Fetal Alcoólica, ou dos danos congênitos relacionados ao álcool nos últimos meses?
10.a)Requiring labels on alcohol products warning about the risks of alcohol use during pregnancy.	10. a) Exigir rótulos em produtos de álcool advertindo sobre os riscos de uso de álcool durante a gravidez.	10. a) Require labels on alcohol products warning about the risks of alcohol use during pregnancy.	11. a)Exigir que nos rótulos dos produtos alcoólicos conste o aviso sobre os riscos do consumo de álcool durante a gravidez.

(continua)

(conclusão)

ORIGINAL	TRADUÇÃO	RETROTRADUÇÃO	VERSÃO PARA APLICAÇÃO
11. What, for you, would be the best source of information about the effects of alcohol use during pregnancy? 01 - Doctor/doctor's office 02 - Health clinic/hospital 03 - Pre-natal class 04 - Pharmacy/drug store 05 - Workplace 06 - Through friends/family	11. O que, para você, seria a melhor fonte de informações sobre os efeitos do consumo de álcool durante a grav01 - Médico / consultório médico 02 - Clínica de saúde / hospital 03 - Aula pré-natal 04 - Farmácia 05 - Local de trabalho 06 - Através de amigos / família	11. What, for you, would be the best source of information about the effects of alcohol consumption during pregnancy? 01 - Doctor/doctor's office 02 - Health clinic/hospital 03 - Pre-natal class 04 - Pharmacy/drug store 05 - Workplace 06 - Through friends/family	12. Na sua opinião, qual seria a melhor fonte de informação sobre os efeitos do consumo de álcool durante a gestação? 1, Consultório médico 2.Posto de saúde / Hospitais 3.Sala de espera do pré-natal 4.Farmácia 5.Local de trabalho 6.Através de amigos / família.
12			Cancelada
13. a) Have you ever given birth to a child? b) Did you give birth to a child within the past five years?	13.a) Você já deu à luz uma criança? b) Você deu à luz uma criança nos últimos cinco anos?	13.a) Have you ever given birth to a child? b) Did you give birth to a child in the last five years?	13. a) Você já deu à luz? Caso positivo, você deu à luz dentro dos últimos cinco anos?
14.a) Are you currently pregnant or wishing to become pregnant within the next two years? b) Do you think or wish you might become pregnant at some point in the future?	14.a) Você está grávida ou deseja engravidar nos próximos dois anos? b) Você pensa ou deseja que você fique grávida em algum momento no futuro?	14.a) Are you seriously pregnant or want to become pregnant within the next two years? b) Do you think or want to get pregnant at some point in the future?	14. a) Você deseja engravidar nos próximos dois anos? b) Você deseja engravidar em algum momento futuro?
15. If you were to become pregnant, would you ... [If Pregnant: Since you became pregnant, have you	15.Se você fosse para engravidar, você...[Se grávida: desde que você engravidou, você	15.If you were to get pregnant, you ... [Be Pregnant: since you got pregnant, you ...]	15. Se você fosse ficar grávida, você ...
16			16. Cancelada
17.What advice, if any, has your doctor given you regarding alcohol consumption during pregnancy?	17.Que conselho, se houver, o seu médico lhe deu respeito ao consumo de álcool durante gravidez?	17. What advice, if any, does your doctor give you regarding alcohol during pregnancy?	17. 16.Que conselho, se houve, o seu médico lhe deu sobre o consumo de álcool durante a sua gravidez?

Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores.

2.2 Procedimentos

Por compreender que toda e qualquer mulher em idade fértil, que faça consumo abusivo ou esporádico de álcool, também corresponde a uma população de risco para a ocorrência do TEAF em seus filhos decidiu-se, portanto, identificar o nível desse conhecimento entre as mulheres de Anápolis/GO e Franca/SP.

Após as devidas adaptações do questionário e avaliação por parte dos pesquisadores envolvidos. Aplicou-se um teste piloto com 5 mulheres, principalmente para identificar quaisquer incongruências nas perguntas, este procedimento já foi esmiuçado anteriormente.

A seguir, foram distribuídos aleatoriamente 150 questionários, 75 para cada município, os locais de distribuição dos mesmos foram portas de escolas, fábricas e faculdades. As mulheres tinham a oportunidade de responder imediatamente o questionário, ou de levarem para as suas casas e responderem em um momento oportuno. A devolução foi combinada mediante contato registrado no TCLE. Todas elas foram informadas de que se tivessem qualquer dúvida quanto ao preenchimento poderiam também entrar em contato com a pesquisadora principal.

Ao final dessa etapa, foram devolvidos 116 questionários, e, após análise dos critérios atribuídos a esta pesquisa, 11 questionários foram considerados inaptos, o que contabiliza, então, uma amostra total de 105 mulheres.

2.3 Local

A pesquisa foi realizada em dois municípios brasileiros, um na região central do Estado de Goiás e o outro na região Nordeste do Estado de São Paulo.

A primeira a ser descrita é Anápolis/GO, dada à condição de cidade com essa denominação, pela Lei Estadual n.º 320, de 31-07-1907. A população estimada para o ano de 2017 de 375.142 pessoas (IBGE, 2018).

De acordo com o último Censo realizado em 2010 tem-se que a população majoritariamente se descreve como sendo da religião católica e é composta por 163.256 homens e 171.357 mulheres (IBGE, 2018).

Em 2015, também de acordo com o IBGE, a taxa de escolarização, na faixa etária de 6 a 14 anos foi de 96,3% comparada à população total; o salário médio mensal era de 2.6 salários mínimos; a proporção de pessoas ocupadas em relação à

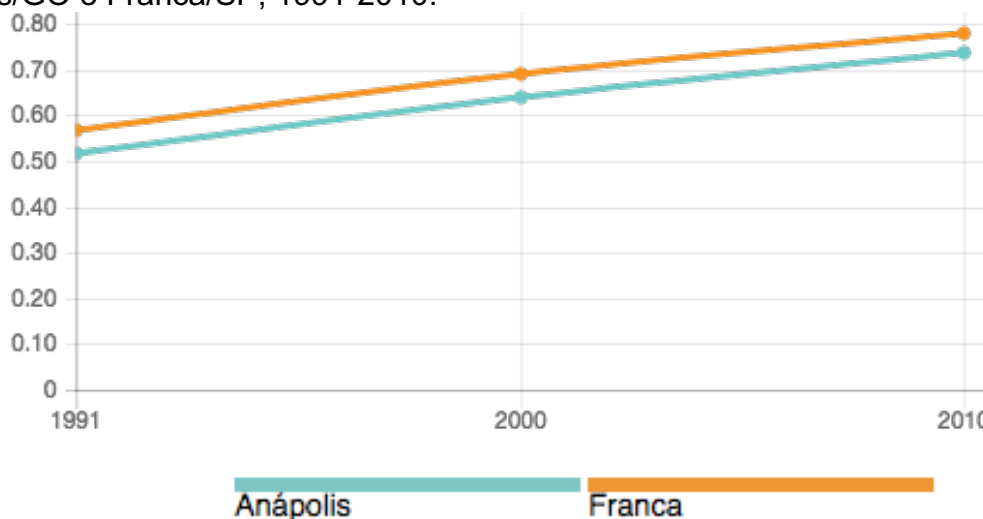
população total era de 29.3%; o Produto Interno Bruto (PIB) per capita foi de R\$ 36.294, 20; a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 12,72 para 1.000 nascidos vivos; apresenta 57.6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado; 79.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 30.4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Pessoas declaradas como tendo alguma deficiência mental/intelectual 3.838 (IBGE, 2018).

A cidade de Franca foi constituída distrito sede em 28 de novembro de 1824. Cidade do interior do Estado de São Paulo, possuía um total estimado de 347.237 mil habitantes no ano 2017. A população do Censo de 2010 foi de 318.640 mil habitantes, sendo que desses, 51,21% da população era do sexo feminino e a masculina era, consequentemente, 48,79%, de maioria católica (IBGE, 2018).

Em 2015, o salário médio mensal era de 2.2 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 30.4%; a taxa de escolarização na faixa etária de 6 a 14 anos era de 98,2%. O PIB *per capita* era de R\$ 24.679,09; a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 9,73 para 1.000 nascidos vivos; apresentava 98,5% de domicílios com esgotamento sanitário adequado; 88,2% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização; 56,7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) e, por fim, pessoas declaradas como tendo alguma deficiência mental/intelectual 4.153 (IBGE, 2018).

A seguir é descrito o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de cada município, o qual trata de um parâmetro sintetizado do progresso a longo prazo apoiado em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. Mediante o Gráfico 1 pode-se perceber que Franca possui um IDH maior em todos os anos do levantamento.

Gráfico 1 - Comparação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) das cidades de Anápolis/GO e Franca/SP, 1991-2010.



Fonte: IBGE

2.4 Participantes

A fim de buscar uma amostra aleatória, foram distribuídos os questionários para mulheres de diferentes regiões de ambos os municípios. A amostra foi, portanto, composta por mulheres com idade entre 18 a 50 anos residentes dos municípios de Anápolis/GO e Franca/SP.

A seleção destes dois municípios, conforme já referido anteriormente, se deu por questão de proximidade, uma vez que a primeira é a cidade natal da pesquisadora responsável e, a segunda, é o município em que atualmente reside. Algumas semelhanças entre as cidades foram fundamentais para a realização deste levantamento, e estão descritas no tópico 3.3 deste capítulo.

2.4.1 Critérios de inclusão

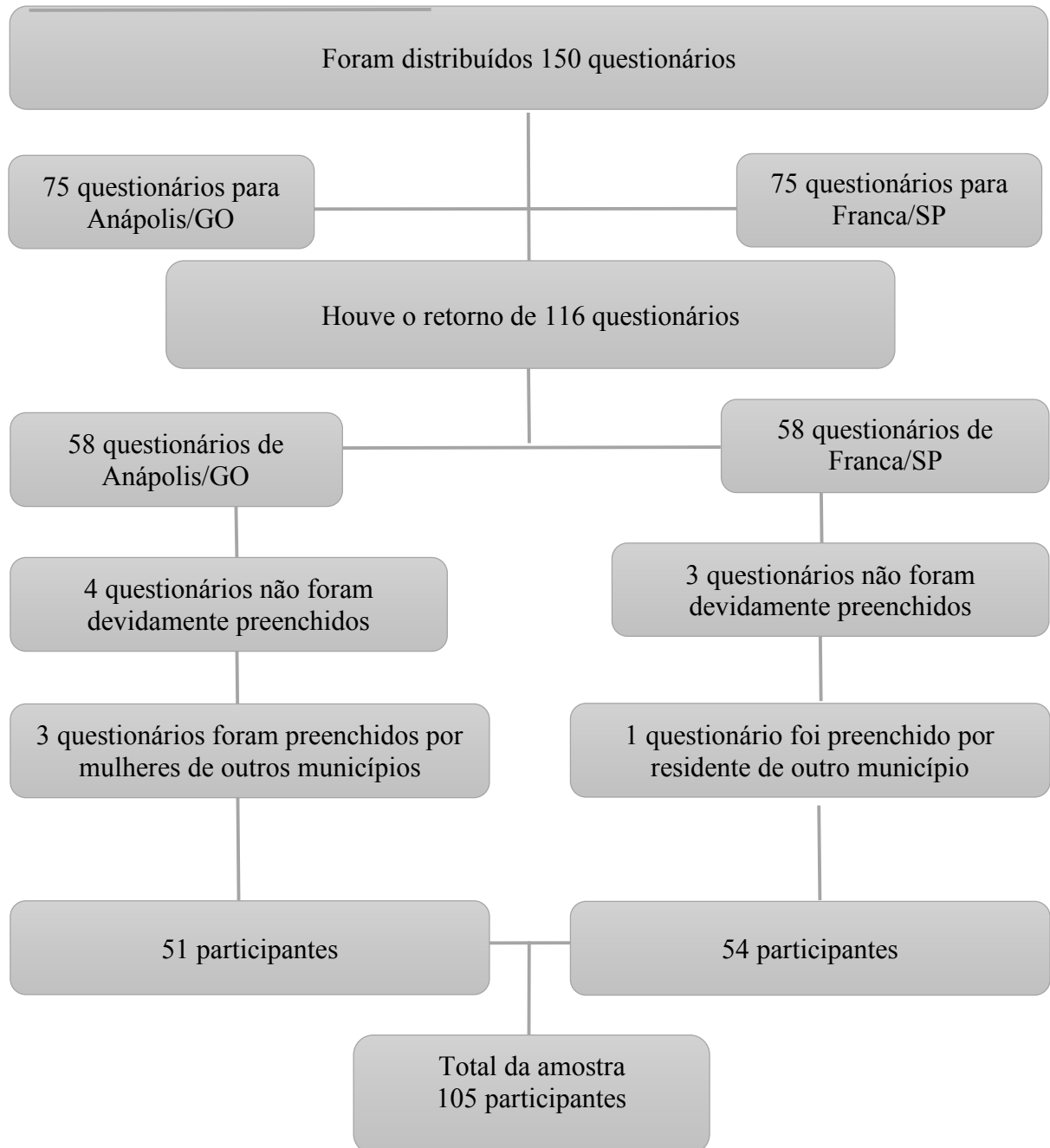
- Mulheres maiores de 18 anos
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.4.2 Critérios de exclusão

- Mulheres com mais de 50 anos de idade;
- Mulheres grávidas.

A seguir, pode-se verificar processo de composição da amostra.

Figura 3 Organograma de composição da amostra do estudo.



Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores.

2.5 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual “Júlio de Mesquita Filho” garantindo a segurança de todas as partes envolvidas, principalmente as participantes. O número do parecer de aprovação da pesquisa no Comitê de Ética é 2.529.603.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi configurado para informar os objetivos do estudo aos participantes e assegurar o sigilo e a preservação da integridade dos sujeitos da pesquisa (APÊNDICES A e B).

As participantes foram devidamente informadas sobre a pesquisa. Aquelas que desejaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantidos o anonimato e o sigilo. As participantes foram também informadas previamente sobre a natureza, o conteúdo e o destino dos questionários, além do seu uso único e exclusivo para fins acadêmicos.

Ainda abrangendo as necessidades éticas a serem cumpridas, esclarece-se que a devolutiva aos participantes ocorrerá de forma individual mediante interesse descrito no questionário. No mais, todos terão acesso aos dados para entrarem em contato com a pesquisadora para maiores esclarecimentos.

2.6 Análise de dados

Os questionários foram digitados em planilha Excel, separados por grupos de perguntas e de domínios e foram aplicados testes de estatística descritiva para análise dos dados obtidos.

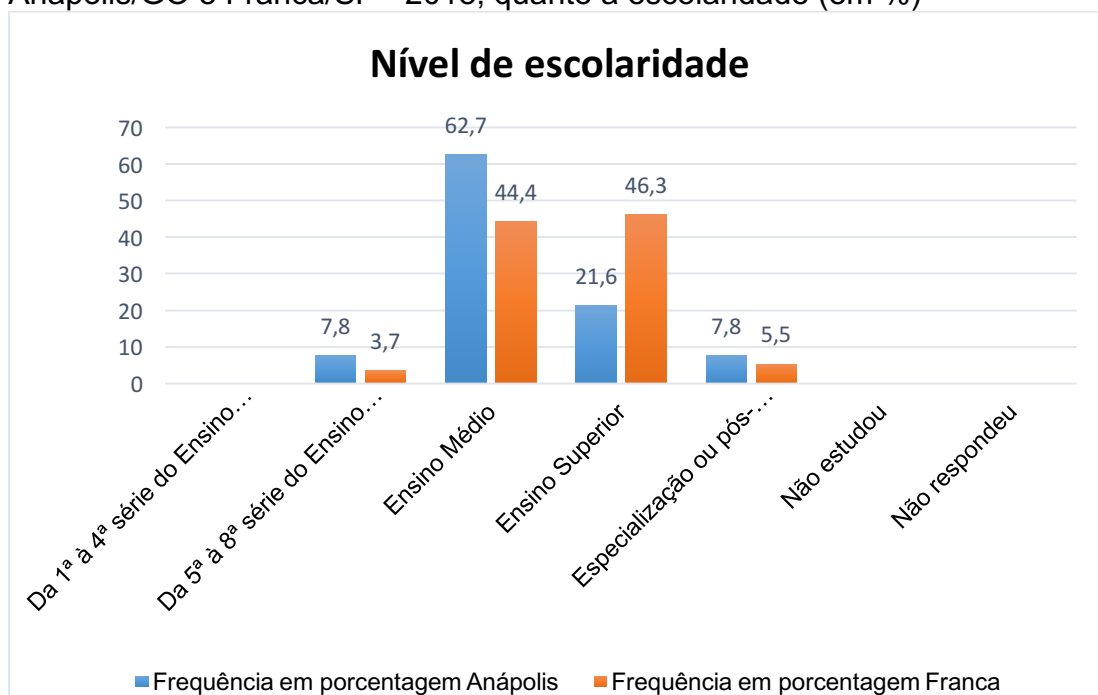
CAPÍTULO 3 RESULTADOS

3.1 Caracterização da amostra

A amostra total foi composta por 105 mulheres, 51 delas entrevistadas em Anápolis/GO e 54 em Franca/SP. A idade das mulheres variou de 18 a 50 anos. A média de idade das participantes residentes em Anápolis foi de 33 anos, 57% delas têm filhos, com uma média de 2 filhos. A média de idade da amostra residente em Franca foi de 30 anos, e a maioria, 55,5% informou não terem filhos. Considerando o grupo de mães consultadas em Franca a média de filhos por mães também foi de 2.

No que diz respeito à escolaridade, observou-se que os grupos amostrais apresentaram uma considerável diferença quanto ao nível. A maior parte das mulheres consultadas em Anápolis, representando 62,7%, concluíram o Ensino Médio. Já 46,3% das mulheres entrevistadas em Franca informaram ter concluído ou estar cursando o Ensino Superior. Os demais dados relacionados à escolaridade, podem ser verificados no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Distribuição das 105 entrevistadas, dos dois municípios estudados Anápolis/GO e Franca/SP - 2018, quanto a escolaridade (em %)



Fonte: Dados elaborados pelos pesquisadores.

Na Tabela 2, pode-se observar a distribuição das entrevistadas, conforme a situação empregatícia indicada por elas. A amostra, em geral, apresentou o nítido predomínio de emprego em tempo integral, com uma significativa diferença quanto ao grupo das estudantes, 2,0% para 29,6% em Anápolis/GO e Franca/SP, respectivamente.

Tabela 2 - Distribuição das mulheres consultadas de acordo com a situação empregatícia – 2018 (em %)

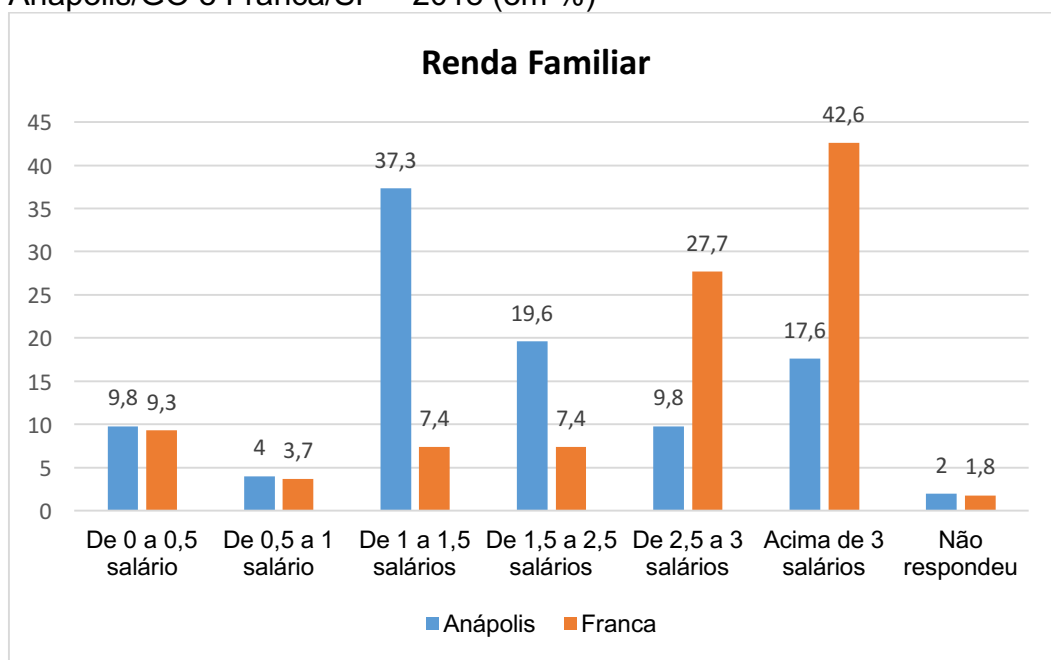
		SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA				TOTAL	
		ANÁPOLIS		FRANCA			
		N	%	N	%	N	%
Empregada em tempo integral	em	41	80,2	21	38,9	62	59,0
Empregada meio expediente	em	2	4,0	2	3,7	6	5,7
Desempregada		2	4,0	3	5,5	5	4,7
Dona de casa		3	5,8	9	16,6	12	11,4
Estudante		1	2,0	16	29,6	17	16,1
Outros		2	4,0	2	3,7	4	3,8
Não respondeu		*	*	1	1,9	1	*
TOTAL		51	100,0	54	100,0	105	100,0

* Quando resultados inferiores a 0,9.

Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

O Gráfico 3 apresenta a renda familiar das entrevistadas, que foram distribuídas em seis agrupamentos expressos em salários mínimos. A renda familiar predominante para as mulheres entrevistadas em Anápolis/GO, 37,3%, foi a faixa de 1-1,5 salários mínimos, enquanto 42,6% do grupo de Franca, informou que sua renda familiar é superior a 3 salários mínimos. Aproximadamente 10% de ambos os grupos informou ter uma renda familiar inferior a meio salário mínimo.

Gráfico 3 - Distribuição das mulheres entrevistadas de acordo com a renda familiar, Anápolis/GO e Franca/SP – 2018 (em %)

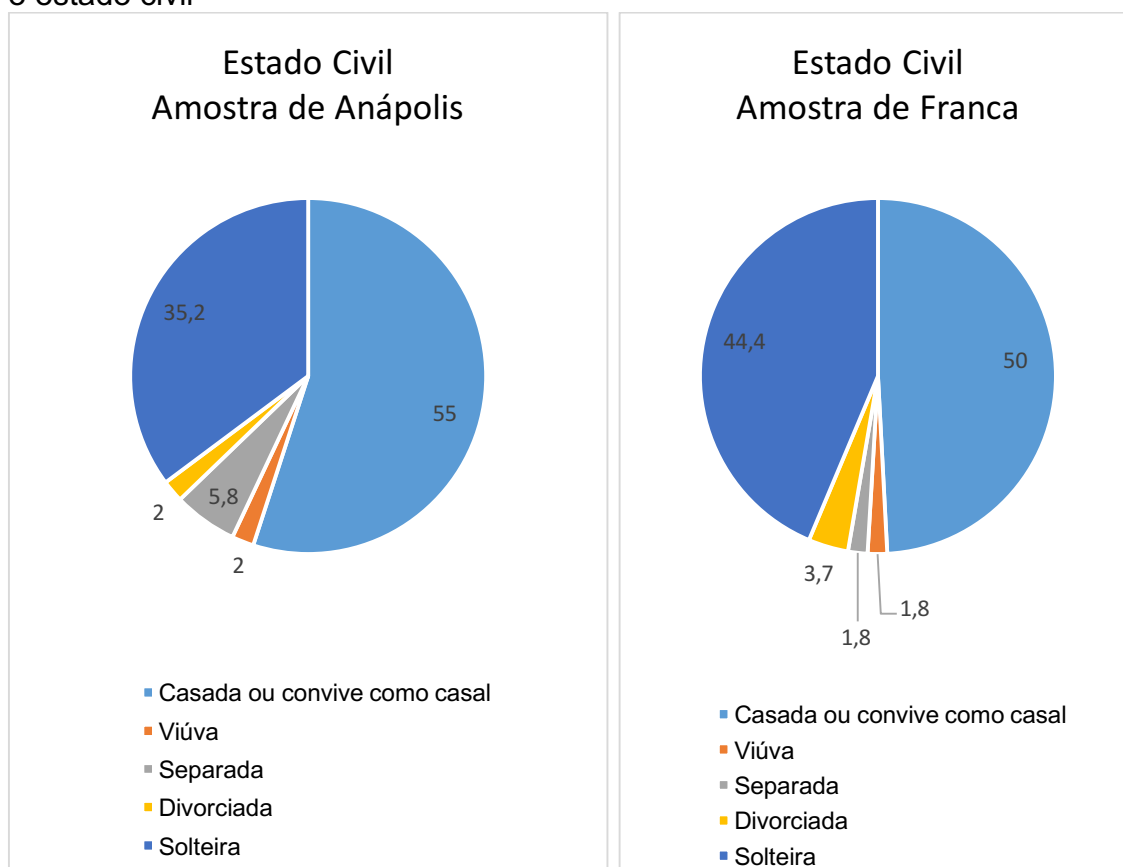


Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

Os dados do Gráfico 4 demonstraram haver, nesta amostra, uma maior predominância de mulheres que indicaram viver em uma relação estável, 55% e 50%, em Anápolis e Franca, respectivamente. Destas, 28,6% do grupo de Anápolis e 16,7% do grupo de Franca indicaram como tempo dessa união a opção de 5 anos e menos que 10 anos.

Na sequência, encontrou-se como segunda maior frequência, quanto ao estado civil, as que informaram serem ou estarem solteiras, 35,2% para o primeiro grupo e 44,4% para o segundo. As demais mulheres indicaram as outras três possibilidades do questionário: viúva, separada ou divorciada.

Gráfico 4 - Distribuição das mulheres de ambos os grupos amostrais de acordo com o estado civil



Dados em porcentagem.

Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisadores.

3.2 Descrição das informações prestadas no questionário

Reafirma-se que a intenção do instrumental não foi dicotomizar as informações prestadas como certas ou erradas, mas sim avaliar o quanto as mulheres dos dois municípios brasileiros estudados sabem sobre os possíveis prejuízos provocados pelo uso de álcool durante a gestação. Portanto, apresentam-se, a seguir, as informações coletadas nas 18 questões do questionário.

As questões 1 e 2 investigaram a percepção das participantes quanto as possíveis ações, das gestantes, para aumentar a probabilidade de que o bebê, recém-nascido, nasça saudável. Elas puderam elencar três opções dentro das 17 alternativas disponíveis, classificando-as em: 1º, 2º e 3º lugar.

O desfecho alcançado na primeira pergunta é retratado, a seguir, na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos resultados obtidos através da primeira pergunta do questionário (em %)

	ANÁPOLIS			FRANCA			TOTAL		
	1 ^a opção	2 ^a opção	3 ^a opção	1 ^a opção	2 ^a opção	3 ^a opção	1 ^a	2 ^a	3 ^a
Visita ao médico	39,3	1,9	5,8	26,0	13,0	9,3	32,4	7,7	9,5
Comer bem (boa nutrição)	5,9	31,5	11,8	7,4	33,3	20,6	6,8	32,4	16,2
Aumentar atividade física	*	3,9	7,8	*	*	3,7	*	1,9	5,7
Diminuir atividade física	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Diminuir ou parar de fumar	3,9	3,9	9,8	7,4	5,5	5,5	5,7	4,8	7,6
Diminuir ou parar com o uso de álcool	*	19,6	9,8	1,8	14,8	5,5	0,9	17,2	7,6
Diminuir o consumo de drogas	9,8	7,9	16,0	7,3	11,1	5,5	8,6	9,5	10,5
Evitar o estresse	1,9	1,9	*	*	1,8	20,6	0,9	1,9	10,5
Evitar a poluição ambiental	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Evitar o fumo passivo	*	*	*	*	1,8	1,8	*	0,9	0,9
Ter pensamentos positivos	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Saber sobre cuidados com o bebê	*	1,9	7,8	11,1	3,7	5,5	5,7	2,8	6,7
Fazer o pré-natal	37,3	17,7	15,7	33,4	9,3	11,1	35,3	13,3	13,3
Falar com amigos e família	*	*	*	1,8	1,8	*	0,9	0,9	*
Dormir bem	*	*	1,9	*	*	5,5	*	*	3,8
Outras	*	*	1,9	*	*	*	*	*	0,9
Não sei ou não respondeu	1,9	9,8	11,7	3,7	3,7	5,5	2,8	6,7	8,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Para resultados inferiores a 0,9.

Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

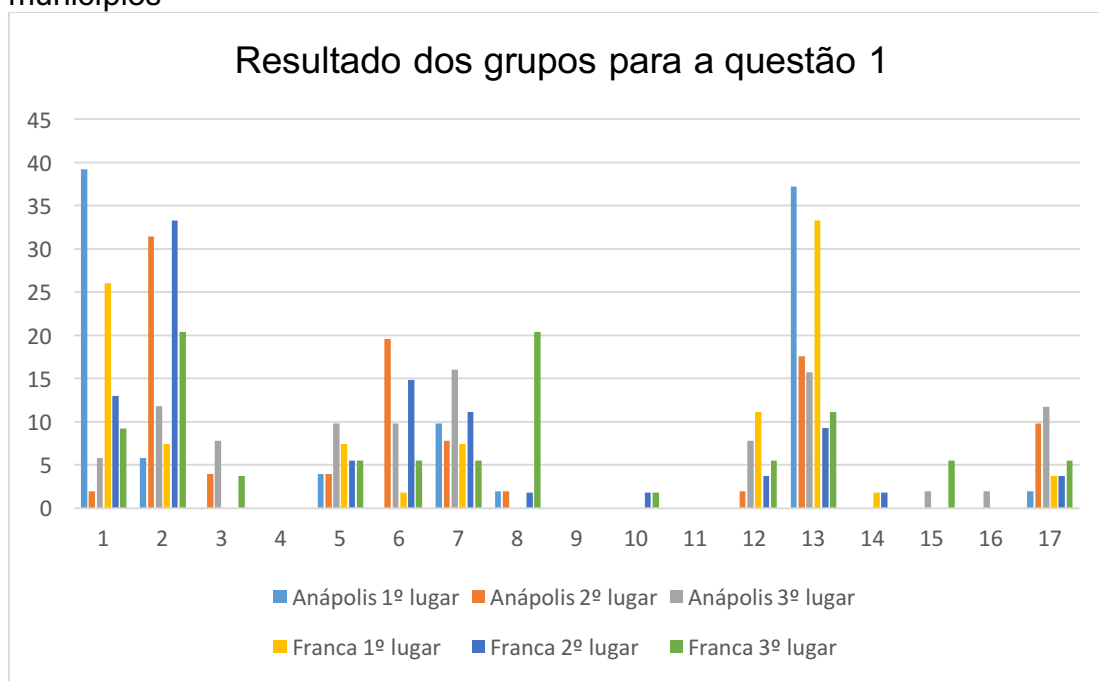
A maioria das mulheres entrevistadas em Anápolis (39,3%) classificaram a 1ª opção como uma ação das gestantes para aumentar as chances de se ter filhos mais saudáveis, a visita ao médico ou a algum profissional de saúde. Em Franca para 33,4% da amostra desse grupo, a primeira opção seria o fato de as gestantes fazerem o pré-natal.

A segunda opção mais votada em Anápolis, representando 31,5% dessa amostra, foi a de que as gestantes deveriam se alimentar adequadamente, resguardando uma boa nutrição. A mesma opção foi identificada na amostra de Franca, a qual correspondeu a 33,3%.

Com relação à terceira opção mais votada, houve uma considerável dispersão entre os dados encontrados em ambos os grupos. Em Anápolis a maioria das mulheres (16%) considera que as gestantes deveriam diminuir o consumo de drogas (maconha, cocaína, crack, dentre outras), ou seja, as drogas ilícitas. A maioria do grupo de mulheres de Franca (20,6%) considerou que as grávidas devem manter uma alimentação equilibrada, assim como, evitar situações que as levassem ao estresse.

Com vistas a uma melhor visualização dos dados apresentados anteriormente em forma de tabela, apresenta-se os Gráficos 5 e 6.

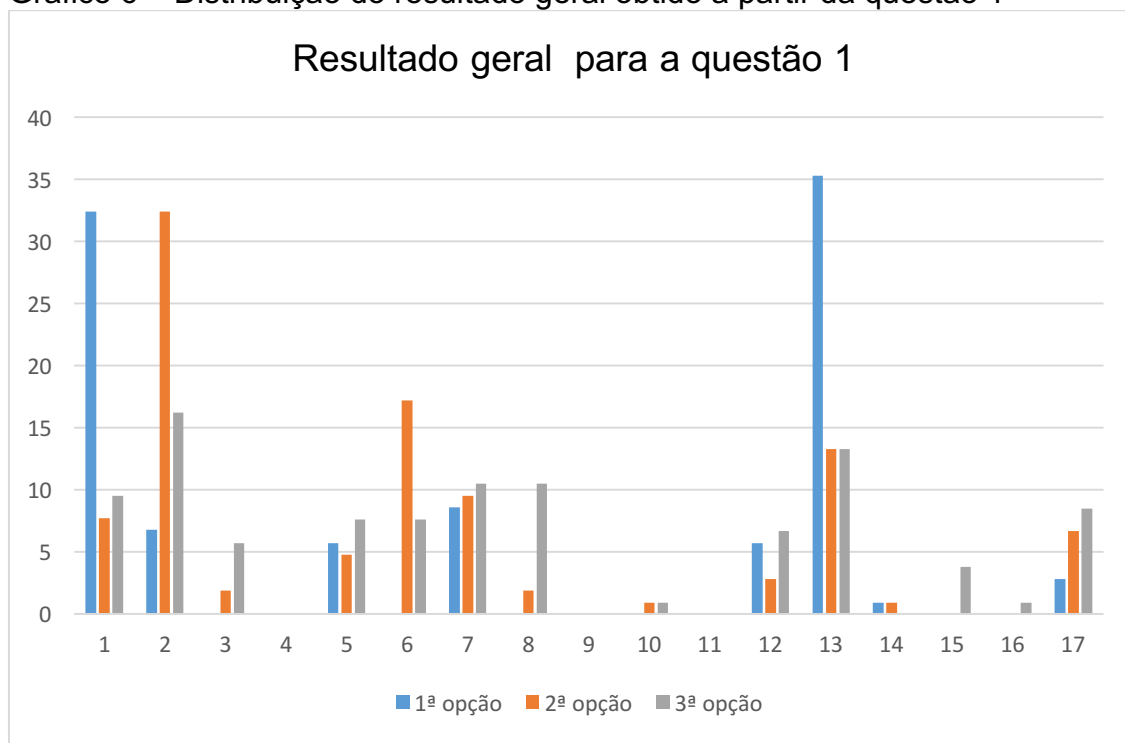
Gráfico 5 – Distribuição dos resultados obtidos a partir da questão 1 em ambos os municípios



Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisadores.

Os dados apresentados no Gráfico 6 referem-se ao resultado geral obtido com as 105 mulheres entrevistadas.

Gráfico 6 – Distribuição do resultado geral obtido a partir da questão 1



Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

Como primeira opção as mulheres, em geral, indicaram que as gestantes deveriam realizar o pré-natal e, em segundo e terceiro lugar, elas acreditam que as grávidas teriam que manter uma alimentação saudável, a fim de aumentar as chances de que seus filhos nasçam saudáveis.

Como já descrito anteriormente, a questão 2 também pretendia avaliar a percepção dessas mulheres quanto as ações das gestantes, no entanto, o diferencial dessa pergunta é que se tratam de sugestões e elas deveriam opinar se essas sugestões eram: uma das coisas mais importantes a fazer; uma coisa muito importante a fazer; uma coisa menos importante a fazer; não é importante ou, não souberam responder.

Os resultados encontrados, conforme a maioria da amostra de cada município, são apresentados no Quadro 4 como pode-se verificar a seguir.

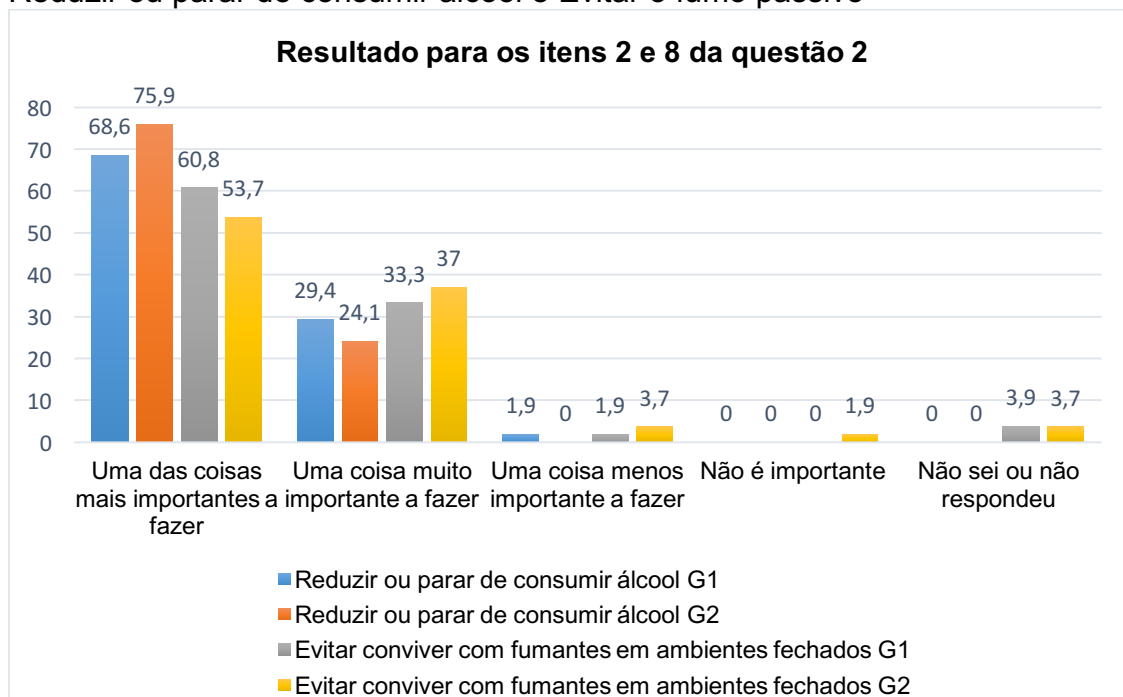
Quadro 4 – Descrição dos resultados majoritários da pergunta número 2 do questionário

SÚMULA DOS RESULTADOS OBTIDOS NA QUESTÃO 2	
ANÁPOLIS	FRANCA
88,2% acredita que reduzir ou parar de fumar seja uma das coisas mais importantes a fazer durante a gestação.	74,1% acredita que reduzir ou parar de fumar seja uma das coisas mais importantes a fazer durante a gestação.
47% acredita que evitar situações estressantes seja algo muito importante a fazer durante a gestação.	53,7% acredita que evitar situações estressantes seja algo muito importante a fazer durante a gestação.
72,5% acredita que comer alimentos saudáveis e nutritivos seja uma das coisas mais importantes a fazer durante a gestação.	57,4% acredita que comer alimentos saudáveis e nutritivos seja uma das coisas mais importantes a fazer durante a gestação.
82,4% acredita que visitar um médico ou profissional de saúde com regularidade seja uma das coisas mais importantes a fazer durante a gestação.	85,2% acredita que visitar um médico ou profissional de saúde com regularidade seja uma das coisas mais importantes a fazer durante a gestação.
Para 53% reduzir atividade física intensa é algo muito importante a fazer durante a gestação.	Para 57,4% reduzir atividade física intensa é algo muito importante a fazer durante a gestação.
Para 49% evitar a poluição ambiental é algo muito importante a fazer durante a gestação.	Para 61,1% evitar a poluição ambiental é algo muito importante a fazer durante a gestação.

Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

Para os itens reduzir ou parar de consumir álcool e evitar conviver com fumantes em ambientes fechados, elaborou-se o Gráfico 7, e, por meio dele se percebe, assim como nos dados apresentados anteriormente, um comportamento semelhante nos grupos amostrais. Configurando assim, escolhas equivalentes quanto à opinião da amostra em geral, quanto à importância das sugestões propostas na pergunta de número 2. Este gráfico é apresentado logo a seguir.

Gráfico 7 – Distribuição dos resultados obtidos, em ambos grupos, para as sugestões Reduzir ou parar de consumir álcool e Evitar o fumo passivo



Observação: G1 (Grupo 1 – Anápolis/GO); G2 (Grupo 2 - Franca); Dados em porcentagem.
 Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisadores.

A partir da questão 3 foi consultado o conhecimento das 105 mulheres sobre os possíveis efeitos fetais relacionados ao consumo de álcool durante a gestação. Elas puderam responder “verdadeiro ou falso” para as sete subdivisões.

A primeira avaliação, a qual indagava se uma pequena quantidade de álcool consumido durante a gravidez geralmente poderia ser considerada como segura, teve o predomínio da opção FALSO para a maioria da amostra em Anápolis/GO, 70,6%, e, em Franca/SP, esse resultado foi de 59,3%.

Houve prevalência em ambos os grupos da opção VERDADEIRO para a afirmativa de que quanto mais álcool uma grávida bebe, mais provável será que o seu bebê seja prejudicado. Os percentuais obtidos foram 90,2% e 96,2% em Anápolis/GO e Franca/SP, respectivamente.

Quando se questionou se quanto maior o consumo de álcool pela gestante, maiores seriam os possíveis danos ao bebê, a maioria das participantes (90,2% em Anápolis e 90,7% em Franca) declararam como VERDADEIRO.

Em se tratando da segurança de se consumir uma quantidade moderada de álcool durante a gestação, a maioria das mulheres consultadas (60,8% e 64,8% em Anápolis/GO e Franca/SP, respectivamente) indicaram que seria FALSO.

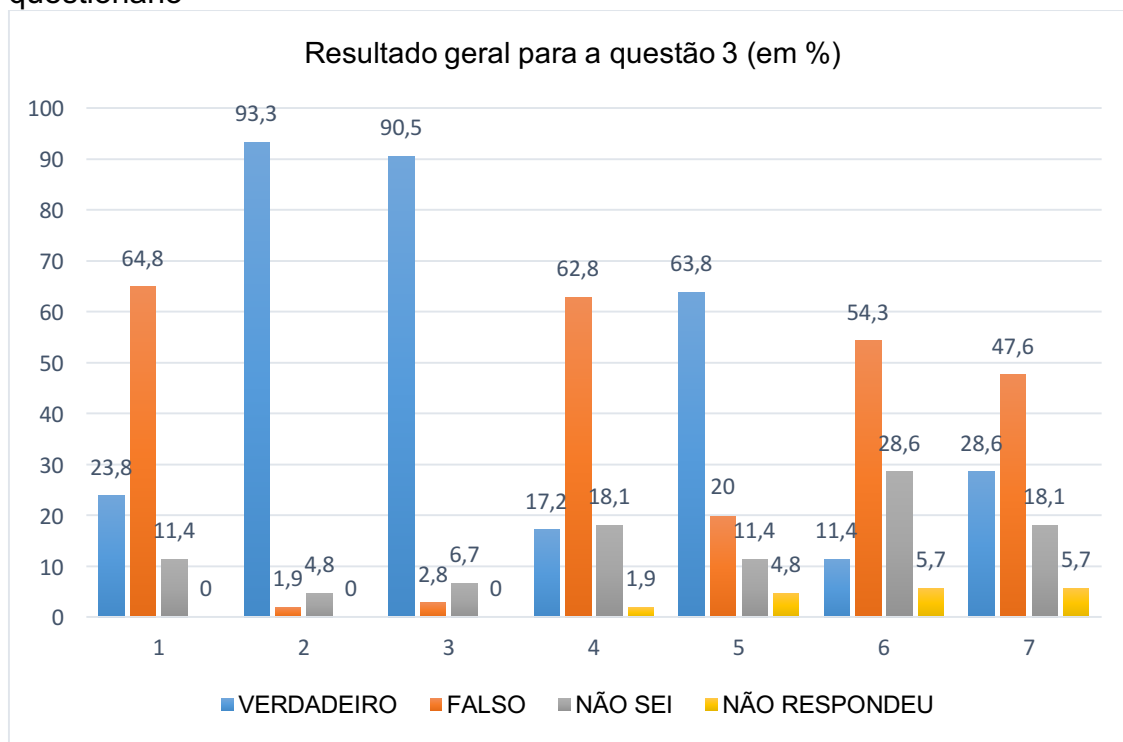
Ao serem consultadas se qualquer quantidade de álcool consumido durante a gravidez poderia prejudicar o desenvolvimento do bebê, 58,6% da amostra em Anápolis e 59,3% em Franca consideraram como VERDADEIRO.

O sexto ponto avaliava o que as mulheres presumem sobre o uso de álcool antes de uma gravidez começar, se este consumo poderia prejudicar o bebê, mesmo se a mulher parar de consumir álcool durante a gestação. Os resultados obtidos foram 43,1% e 64,8% em Anápolis/GO e em Franca/SP, respectivamente.

Verificou-se no 7º item, se uma pequena quantidade de álcool consumida durante a gravidez poderia levar a sérios danos ao bebê e a maioria das entrevistadas, em ambos os municípios, declararam que essa afirmação é FALSA. Ou seja, 56,8% das residentes em Anápolis e 38,9% das residentes em Franca entrevistadas acreditam que uma pequena quantidade de álcool consumido durante a gestação não causaria danos ao bebê.

O Gráfico 8 traz uma síntese do resultado geral obtido para a questão de número 3. Nele verifica-se a prevalência de respostas positivas para as subdivisões: (2) Quanto mais álcool uma grávida bebe, mais provável que o bebê seja prejudicado; (3) Quanto maior o consumo de álcool pela gestante, maiores são os danos que podem ocorrer ao bebê; (5) Qualquer quantidade de álcool consumida durante a gravidez pode prejudicar o bebê. Enquanto, as demais foram identificadas, pela maioria geral, como sendo FALSAS: (1) Uma pequena quantidade de álcool consumido durante a gravidez geralmente pode ser considerada segura; (4) Uma quantidade moderada de álcool consumida durante a gestação geralmente pode ser considerada segura; (6) O uso de álcool antes de uma gravidez começar pode prejudicar o bebê, mesmo se a mulher parar de consumir álcool durante a gestação; (7) Uma pequena quantidade de álcool consumida durante a gravidez não levaria a sérios danos ao bebê.

Gráfico 8 – Distribuição do resultado geral obtido através da codificação de VERDADEIRO ou FALSO para as 7 subdivisões da pergunta de número 3 do questionário



Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

Utilizando esse mesmo critério de VERDADEIRO ou FALSO, a 4ª sessão avaliou as seguintes categorias: os efeitos do consumo de álcool sobre a formação do feto ainda não são claros; a maioria dos efeitos do consumo de álcool, durante a gestação, em uma criança geralmente desaparecem quando a criança cresce; o uso de álcool durante a gravidez pode levar a deficiências ao longo da vida de uma criança.

Os resultados obtidos pela maioria das entrevistas de ambos os grupos foram:

- 41,2% da amostra de Anápolis/GO não acredita que os efeitos do consumo de álcool sobre a formação do feto ainda não sejam claros. Em Franca o resultado foi de 51,8%.
- 56,8% do grupo 1 acredita que seja falso que a maioria dos efeitos do consumo de álcool, durante a gestação, geralmente desaparecem quando a criança cresce. Para o grupo 2 esse percentual foi de 64,8%.
- 58,8% da amostra de Anápolis/GO acredita que o uso de álcool durante a gravidez pode levar a deficiências ao longo da vida de uma criança. Em Franca/SP o resultado foi de 70,4%.

As demais resultâncias, para a questão 4, são descritas a seguir na Tabela 4.

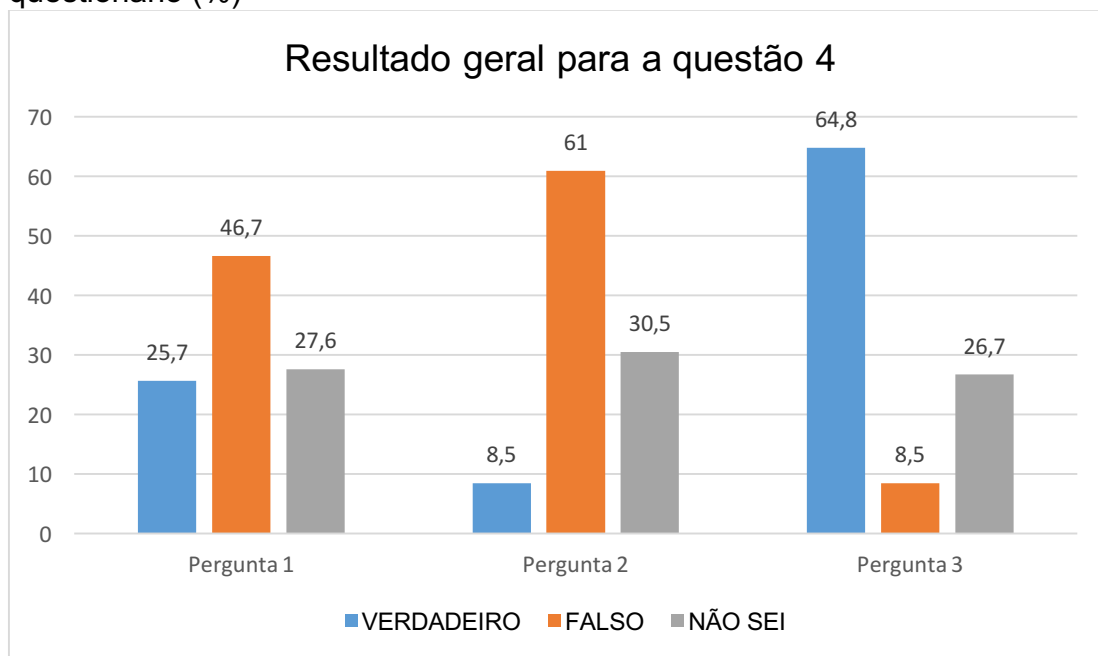
Tabela 4 – Comparativo dos resultados obtidos para a 4ª pergunta

	PERGUNTA 1		PERGUNTA 2		PERGUNTA 3	
	Anápolis	Franca	Anápolis	Franca	Anápolis	Franca
Verdadeiro	31,4	20,4	9,8	7,4	58,8	70,4
Falso	41,2	51,8	56,8	64,8	11,7	5,5
Não sei	27,4	27,8	33,3	27,8	29,4	24,1

Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

O Gráfico 9, demonstrado a seguir apresenta as conclusões gerais para a 4ª sessão do instrumento.

Gráfico 9 – Distribuição dos resultados gerais obtidos para a pergunta 4 do questionário (%)



Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

Nele identifica-se que a maioria das 105 mulheres entrevistadas (46,7%) afirmaram que os efeitos do consumo de álcool sobre a formação do feto ainda são claros, portanto a frase seria falsa. 61% declarou que também é falso que a maioria dos efeitos do consumo de álcool, durante a gestação, geralmente desaparecem quando a criança cresce. E 64,8% considerou que o uso de álcool durante a gravidez pode levar a deficiências ao longo da vida de uma criança.

Na Questão 5 as participantes puderam avaliar algumas quantidades de álcool ingeridas durante o período gestacional, elas tinham as seguintes opções a serem consideradas: muito seguro; um pouco seguro; não é muito seguro; não é seguro; não sei.

As quantidades avaliadas foram:

- Uma dose-padrão de álcool por dia durante a gravidez,
- Duas doses-padrão de álcool em duas ou três ocasiões diferentes durante a gravidez,
- Três ou quatro doses-padrão de álcool a cada fim de semana durante a gravidez,
- Uma ou duas doses-padrão de álcool durante a gravidez.

Mais de 60% da amostra de Anápolis/GO, respondeu que não era seguro ingerir qualquer das quantidades questionadas. Em Franca, a maioria também considerou como não sendo seguro o consumo de nenhuma quantidade de álcool durante a gestação, porém com percentuais inferiores, conforme se verifica nas Tabelas 5 e 6.

Tabela 5 – Distribuição dos resultados obtidos na questão 5, considerando o grupo de Anápolis

	Pergunta A	Pergunta B	Pergunta C	Pergunta D
Muito seguro	1,9	1,9	3,9	5,8
Um pouco seguro	7,8	5,8	3,9	13,7
Não é muito seguro	21,5	21,5	21,5	11,7
Não é seguro	60,7	64,7	66,6	60,7
Não sei	7,8	5,8	3,9	7,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

Tabela 6 – Distribuição dos resultados obtidos na questão 5, considerando o grupo de Franca

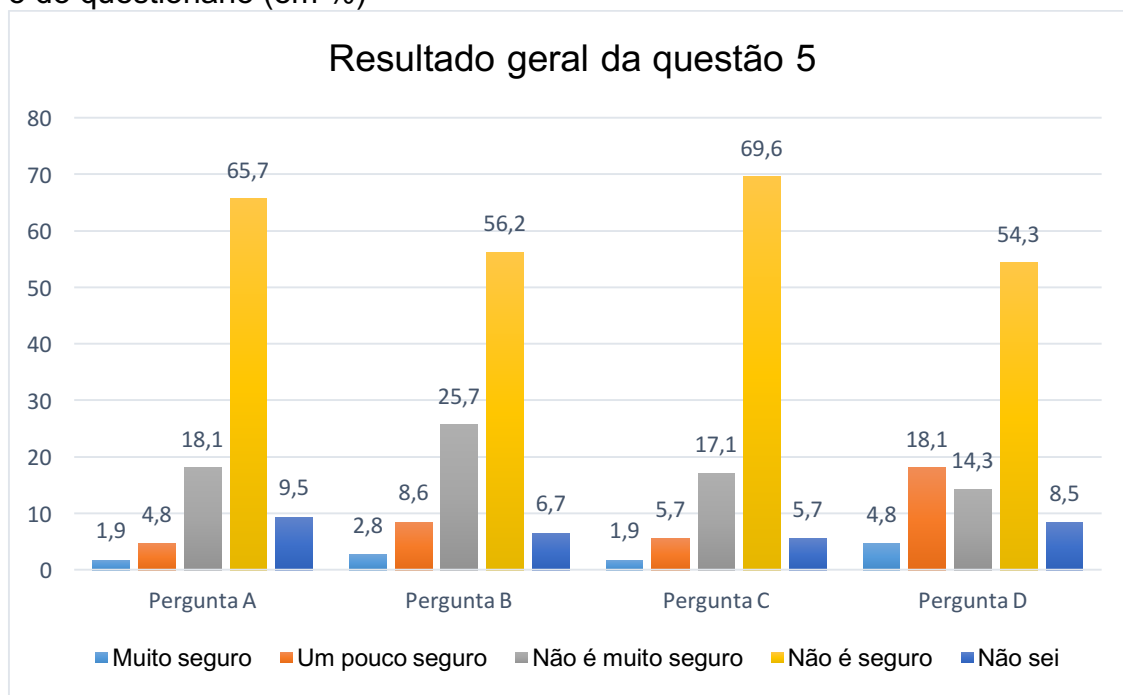
	Pergunta A	Pergunta B	Pergunta C	Pergunta D
Muito seguro	1,9	3,7	-	3,7
Um pouco seguro	1,9	11,1	7,5	22,2
Não é muito seguro	14,8	29,6	12,9	16,7
Não é seguro	70,3	48,1	72,1	48,1
Não sei	11,1	7,5	7,5	9,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

Os resultados gerais, para esta questão, são descritos, a seguir, no Gráfico 10. Nele percebe-se que a maioria, superior a 54%, ou seja, grande parte das 105 participantes, consideraram que as 4 quantidades de álcool, sugeridas no

questionário, ingeridas durante a gestação não são seguras para o desenvolvimento do feto.

Gráfico 10 – Distribuição dos resultados gerais obtidos em cada subseção da sessão 5 do questionário (em %)



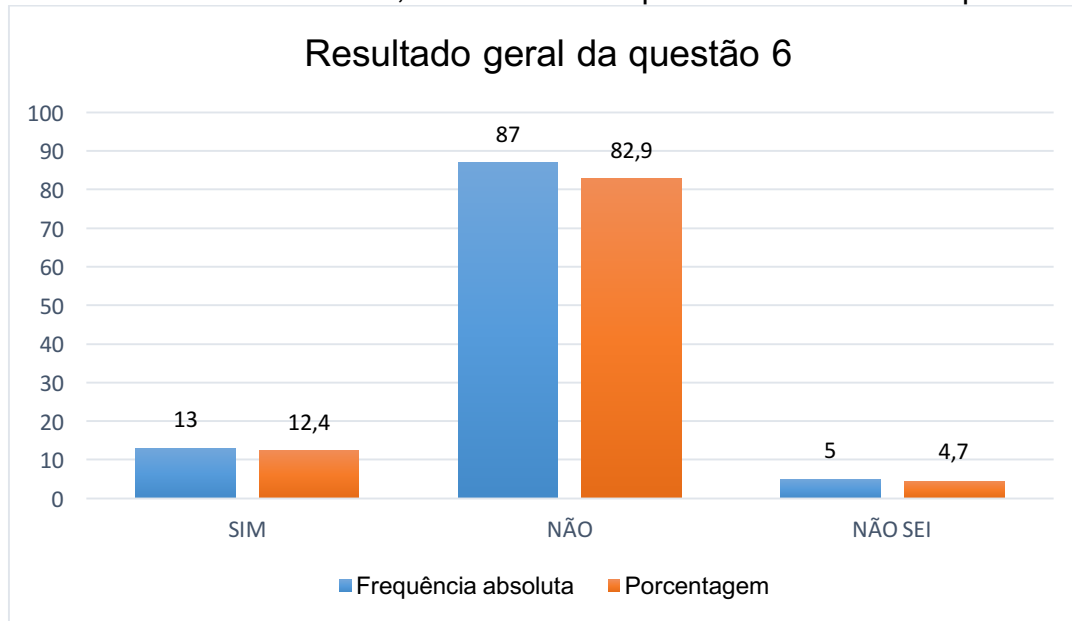
Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

Somando o número de mulheres que acreditam que as quantidades indicadas, nas subseções, são seguras ou pouco seguras encontrou-se os percentuais de 11,4% e 37,1% respectivamente.

Constatou-se, na pergunta de número 6, o alcance da terminologia “Síndrome Fetal do Álcool” e de seu conceito básico da mesma. A maior parte das mulheres entrevistadas em ambos os grupos afirmaram que não ouviram falar sobre a síndrome. Os percentuais alcançados foram: 88,2% em Anápolis/GO e 77,8% em Franca/SP.

Os resultados gerais obtidos com base nas informações prestadas pelas 105 participantes para a questão 6 são apresentados no Gráfico 11.

Gráfico 11 – Distribuição do resultado geral para a questão “Você já ouviu falar da Síndrome Fetal do Álcool?”, na forma de frequência absoluta e em porcentagem



Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

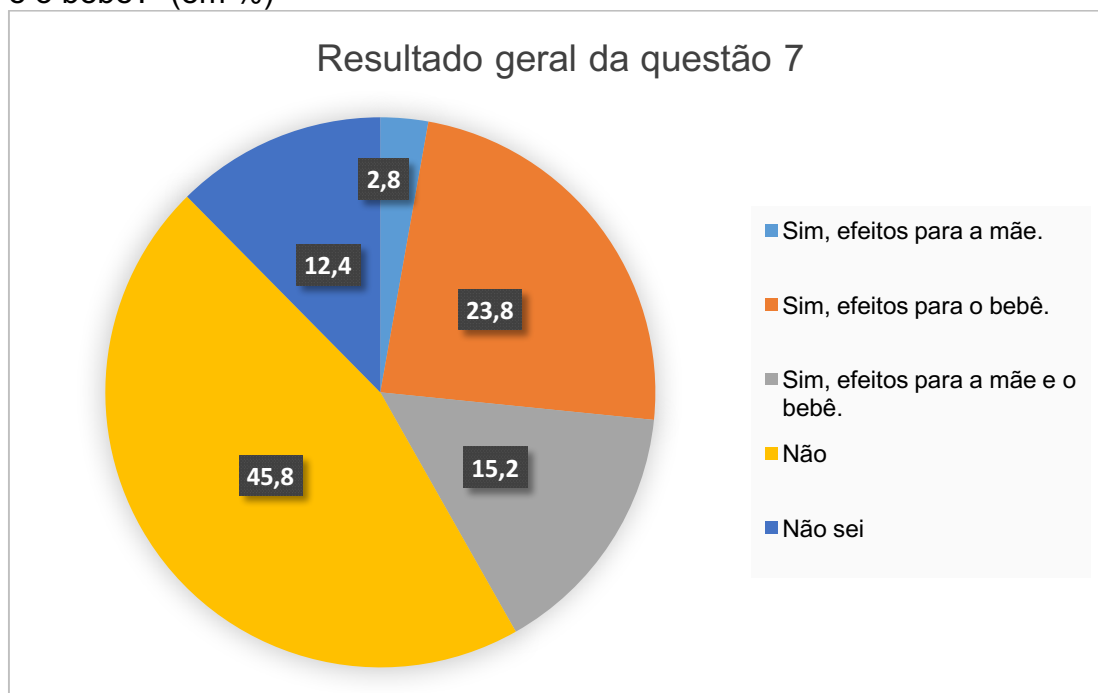
Nesta pergunta as participantes que responderam que já ouviram falar da SFA puderam descrever abertamente, caso quisessem, o que recordavam terem ouvido a respeito. Alguns desses comentários serão exibidos em seguida.

São deficiências causadas pela falta de oxigenação devido a ingestão de álcool (PARTICIPANTE 19 – ANÁPOLIS/GO).
 Má formação do feto (PARTICIPANTE 32 – ANÁPOLIS/GO).
 Danos físicos e mentais na criança causado pelo consumo de álcool durante a gestação (PARTICIPANTE 49 – ANÁPOLIS/GO).
 São os danos físicos, mentais devido ao consumo de álcool por mulheres durante a gestação (PARTICIPANTE 15 – FRANCA/SP).
 É quando a criança nasce de uma mãe alcoólatra e a criança já nasce com o vício (PARTICIPANTE 47 – FRANCA/SP).
 É a ingestão de álcool em grandes quantidades pela mãe durante a gestação (PARTICIPANTE 27 – FRANCA/SP).

Verifica-se, com as respostas abertas de algumas das participantes, mesmo tendo informando que já ouviram falar sobre a SFA ainda assim cometeram alguns equívocos, principalmente ao relacionar a síndrome com os sinais de abstinência. Outra informação imprecisa relatada por algumas participantes foi em relação à quantidade álcool ingerida, acreditando que para a ocorrência da síndrome seria necessário o consumo de grandes quantidades de álcool durante a gestação.

Subsequentemente as participantes foram avaliadas se já teriam ouvido falar dos possíveis efeitos relacionados à exposição ao álcool durante a gestação para a mãe e o bebê. Esse quesito trata do Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal, e das ações diretas do consumo de álcool, ao organismo feminino no período gestacional.

Gráfico 12 – Distribuição do resultado geral para a pergunta “Você já ouviu falar dos possíveis efeitos relacionados à exposição ao álcool durante a gestação para a mãe e o bebê?” (em %)



Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

Considerando o total de 105 mulheres entrevistadas, a maioria composta por 45,8% não ouviu falar dos danos a mãe e ao feto provocados pelo uso de álcool durante a gestação.

Assim como na pergunta de número 6, elas puderam especificar oportunamente de quais os efeitos tinham conhecimento. Algumas de suas devolutivas serão exibidas a seguir.

Quadro 5 – Resultado geral provenientes da pergunta aberta “Você poderia dizer quais são os possíveis efeitos relacionados à exposição ao álcool durante a gestação para a mãe e o bebê?”

EFEITOS PARA A MÃE	EFEITOS PARA O BEBÊ	EFEITOS PARA A MÃE E O BEBÊ
Tontura e mal estar (PARTICIPANTE 15, ANÁPOLIS)	Pode comprometer os órgãos do bebê como cérebro, o coração e os rins (PARTICIPANTE 12 - ANÁPOLIS)	Efeitos mentais para mãe e emocionais e problemas de saúde ao bebê, tais como problema de pulmão (PARTICIPANTE 7 - ANÁPOLIS)
	Deficiências mentais e físicas (PARTICIPANTE 19 - ANÁPOLIS).	Para a mãe: depressão, aumento da pressão, risco de um parto prematuro. Para o bebê, perda de peso (PARTICIPANTE 26 - ANÁPOLIS)
	Má formação, pré-disposição ao alcoolismo (PARTICIPANTE 45 - ANÁPOLIS)	Má formação do feto, risco de morte, dificuldades para amamentar (PARTICIPANTE 36 - ANÁPOLIS)
	Má formação, atraso no desenvolvimento ou baixo desenvolvimento (PARTICIPANTE 51 - ANÁPOLIS)	Parto prematuro, aborto, morte fetal, e uma série de deficiências físicas no bebê (PARTICIPANTE 25 - FRANCA/SP)
	A prematuridade, nasce com problemas respiratórios (PARTICIPANTE 35 - FRANCA/SP)	Para a mãe, já ouvi dizer que os efeitos do álcool ficam acentuados, inclusive enjoo. Para o bebê apenas ouço dizer que faz mal (PARTICIPANTE 50 - FRANCA/SP)

Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

De forma geral as respostas derivadas das 105 mulheres entrevistadas indicam que algumas conseguem definir visivelmente os possíveis efeitos do uso de álcool, durante a gestação, às mães e aos fetos.

No entanto, algumas respostas não são condizentes às reais repercussões, dentre essas respostas destacam-se:

Bebês surdos, má formação (PARTICIPANTE 32 – ANÁPOLIS/GO, 2018)

Cegueira e problemas de rins, relacionados ao consumo de grande quantidade de álcool, durante a gestação (PARTICIPANTE 48 – ANÁPOLIS/GO, 2018)

Para a mãe a crise de abstinência é grande ao ficar sem o álcool, já a criança sofre da mesma maneira quando a mãe tem o vício (PARTICIPANTE 48 - FRANCA/SP, 2018)

Para o bebê: má formação, pois o fígado do bebê não está preparado para receber qualquer quantidade de álcool, pois a placenta não protege o bebe do álcool (PARTICIPANTE 51 FRANCA/SP, 2018)

Os resultados da questão 8 vão ao encontro daqueles apresentados nas duas perguntas anteriores, que mostrava que a maioria das amostras de ambos os grupos informaram que não tinham ouvido falar dos possíveis danos relacionados ao consumo de álcool durante a gestação. Obteve-se a porcentagem de 79% em Anápolis/GO e 77,8% em Franca/SP.

Gráfico 13 – Resultado geral para a pergunta “Você já ouviu falar de prejuízos no parto relacionados ao álcool?” (%)



Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

Dentre as mulheres que indicaram já terem ouvido falar (13%) dos prejuízos do consumo de álcool durante a gestação para o parto, e que quiseram relatar, buscou-se descrever algumas dessas falas, as quais são evidenciadas em seguida.

Em especial a uma cesariana, o excesso de álcool pode prejudicar o efeito da anestesia (PARTICIPANTE 7 – ANÁPOLIS, 2018)

Aumenta o risco de infecção e parto prematuro (PARTICIPANTE 12 – ANÁPOLIS, 2018)

Falta de força, falta de ar durante o parto (PARTICIPANTE 32 – ANÁPOLIS, 2018)

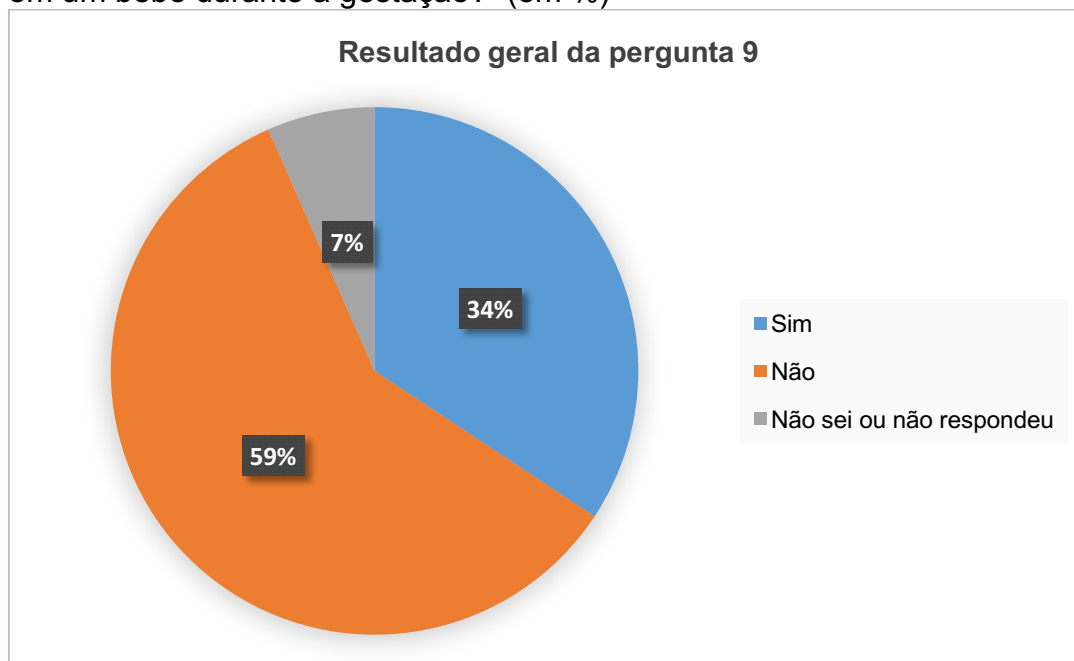
Prematuridade no parto (PARTICIPANTE 49 – ANÁPOLIS, 2018)

Aumento de pressão (PARTICIPANTE 46 – FRANCA, 2018)

Quando questionadas se lembravam de terem visto ou ouvido qualquer informação a respeito dos efeitos fetais do uso de álcool durante a gestação, 68,6% do grupo de mulheres entrevistadas em Anápolis/GO e 50% das participantes de Franca/SP disseram que não se lembravam.

O Gráfico 14 retrata a resultância das respostas atribuídas pelas 105 entrevistadas para a nona pergunta. Nela verifica-se que o percentual para aquelas que não se recordavam de ter visto ou ouvido falar sobre os efeitos fetais do uso do álcool durante a gestação.

Gráfico 14 – Distribuição do resultado geral obtido para a pergunta “Você se lembra de ter ouvido visto ou ouvido qualquer informação sobre os efeitos do uso de álcool em um bebê durante a gestação?” (em %)



Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisadores.

Através da Questão 10 foi possível mensurar se elas haviam tido contato com qualquer tipo de anúncio, em qualquer tipo de mídia (anúncios na televisão, *outdoors*, cartazes, rádio, jornais, revistas ou internet), sobre a Síndrome Fetal Alcoólica, ou dos danos congênitos relacionados ao álcool considerando o período dos últimos meses. A maioria, em ambos os grupos, informou que não viu nenhum tipo anúncio. Os percentuais foram de 74,5% e 77,8% para Anápolis/GO e Franca/SP, respectivamente. Estes dados e os demais são explanados na Tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição dos resultados encontrados em cada município para a pergunta “Você se lembra de ver ou ouvir qualquer anúncio sobre o uso de álcool durante a gravidez, Síndrome Fetal Alcoólica, ou dos danos congênitos relacionados ao álcool nos últimos meses?” (em %)

POSSÍVEIS RESPOSTAS	MUNICÍPIOS	
	ANÁPOLIS	FRANCA
Sim	15,7	14,8
Não	74,5	77,8
Não sei	9,8	7,4
TOTAL	100,0	100,0

Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

Agrupando-se as respostas da amostra total (105 participantes) tem-se que 77,8% das mulheres consultadas não tiveram nenhum contato com anúncios informativos sobre os riscos da exposição fetal ao álcool.

Ainda considerando este agrupamento de dados, obteve-se um percentual de 14,8% que afirmou ter observado algum tipo de informação nas mídias. Com base nisso, elas puderam, então, descrever: o que se recordavam; quem patrocinava este anúncio; e, onde foi apreciado.

Deste grupo de 14,8%, algumas não informaram ou não se lembraram das informações contidas nos anúncios vistos. daquelas que se recordaram e quiseram descrevê-los, destacaram-se algumas de suas considerações sobre o(os) anúncio(s) a respeito dos riscos da exposição fetal ao álcool.

Geralmente mostra a mãe embriagada, em coma alcoólico e o recém-nascido na UTI (PARTICIPANTE 26 – ANÁPOLIS, 2018).
 Que bebida alcoólica traz má formação ao feto (PARTICIPANTE 32).
 Não lembro detalhes, mas alertava sobre os riscos para ambos os envolvidos (PARTICIPANTE 36 – ANÁPOLIS, 2018).
 Que o álcool é prejudicial a vida do bebê, e provoca má formação nos órgãos (PARTICIPANTE 39 – ANÁPOLIS, 2018).
 Na televisão sempre advertem que é prejudicial (PARTICIPANTE 45 – ANÁPOLIS, 2018).
 Que o bebê pode nascer com sérios problemas de saúde (PARTICIPANTE 16 – FRANCA, 2018).
 De que pode estimular o nascimento precoce (PARTICIPANTE 46 – FRANCA, 2018).

Ao serem arguidas se recordavam de quem patrocinava estes anúncios, as 14 participantes (6 de Anápolis e 8 de Franca) que haviam informado terem visto esses materiais, responderam, em sua maioria, que não se recordavam ou, ainda, deixaram a alternativa em branco, e 4 delas (3,8%) afirmaram que os patrocinadores eram ONG's, como pode ser verificado, a seguir, na Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição dos resultados obtidos na sessão “C” da questão 10 (frequência absoluta)

POSSÍVEIS RESPOSTAS	ANÁPOLIS	FRANCA	TOTAL
01. Governo Federal	1	*	1
02. Governo do Estado	*	1	1
03. Governo Municipal	*	0	
04. Organização de saúde / ONG	3	1	4
05. Fabricante de álcool/empresa de cerveja	*	1	1
06. Outras	*	1	1
07. Não sei ou não respondeu	2	4	6
TOTAL	6	8	14

Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

A sessão “d” da pergunta 10 questionava se as mulheres se recordavam do local onde tiveram contato com este anúncio informativo, a maioria delas informou que havia sido através da televisão. Os demais dados coletados a partir desta pergunta são apresentados em seguida na Tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição dos resultados obtidos na sessão “D” da questão 10 (frequência absoluta)

POSSÍVEIS RESPOSTAS	ANÁPOLIS	FRANCA	TOTAL
01. Televisão	4	2	6
02. Rádio	0	0	*
03. Jornal	1	0	1
04. Revista	0	1	1
05. Restaurante / Bar	0	0	*
06. Transporte público	0	0	*
07. Folheto	0	1	1
08. Sites da internet	0	0	*
09. Hospital	2	1	3
10. Loja de bebidas	0	0	*
11. Outros	0	0	*
12. Não sei ou não respondeu	1	1	2
TOTAL	8	6	14

Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

Na questão 11 foi sondada a avaliação das participantes sobre possíveis formas de alertas e anúncios sobre os possíveis efeitos fetais e maternos ao serem expostos ao álcool durante o período gestacional. Essas ponderações particulares são apresentadas a seguir, na Tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição dos resultados obtidos para a sessão número 11

PERGUNTAS	FREQUÊNCIA (%)	
	ANÁPOLIS 2018	FRANCA 2018
<i>Mensagem de advertência nos produtos alcoólicos</i>		
Aprovo fortemente	88,2	90,7
Aprovo um pouco	1,9	7,4
Desaprovo um pouco	1,9	*
Desaprovo fortemente	1,9	*
Não sei	3,9	1,9
Não respondeu	1,9	*
<i>Mensagens de aviso em restaurantes</i>		
Aprovo fortemente	84,3	68,5
Aprovo um pouco	5,8	22,2
Desaprovo um pouco	3,9	1,9
Desaprovo fortemente	*	1,9
Não sei	3,9	5,5
Não respondeu	1,9	*
<i>Publicidade patrocinada pelo Governo</i>		
Aprovo fortemente	84,3	94,4
Aprovo um pouco	3,9	3,7
Desaprovo um pouco	3,9	*
Desaprovo fortemente	1,9	*
Não sei	1,9	1,9
Não respondeu	3,9	*
<i>Advertência em publicidade de bebidas alcoólicas.</i>		
Aprovo fortemente	86,2	83,3
Aprovo um pouco	3,9	13,0
Desaprovo um pouco	3,9	*
Desaprovo fortemente	3,9	*
Não sei	*	3,7
Não respondeu	1,9	*
<i>Sinais de aviso necessários em bares e clubes.</i>		
Aprovo fortemente	84,3	64,8
Aprovo um pouco	7,8	22,2
Desaprovo um pouco	1,9	5,5
Desaprovo fortemente	1,9	1,9
Não sei	1,9	5,6
Não respondeu	1,9	*

Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

As 5 subseções completas da questão 11 do instrumento foram:

- Exigir que nos rótulos dos produtos alcoólicos conste o aviso sobre os riscos do consumo de álcool durante a gravidez;
- Exigir que conste avisos em restaurantes sobre os riscos do consumo de álcool durante a gravidez;

- Publicidade patrocinada pelo Governo descrevendo os efeitos e alertando sobre os riscos do uso de álcool durante a gravidez;
- Exigir mensagem de advertência sobre os riscos do uso de álcool durante a gravidez em publicidade de bebidas alcoólicas;
- Exigir que conste avisos em bares e clubes alertando sobre os riscos do consumo de álcool durante a gravidez

Os resultados gerais, ou seja, considerando a amostra total de 105 mulheres, apontam forte aprovação para cada uma das propostas sugeridas. Este e as demais informações para esta sessão são retratadas na Tabela 11.

Tabela 11 – Distribuição dos resultados obtidos na questão 11, em cada uma das 5 sugestões (em %)

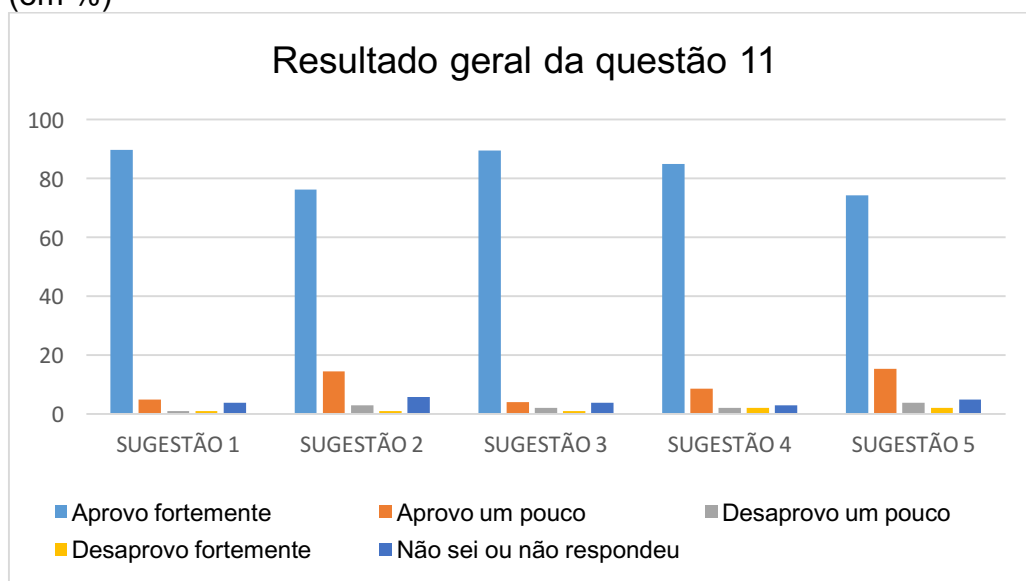
	S1	S2	S3	S4	S5
Aprovo fortemente	89,6	76,2	89,5	84,8	74,3
Aprovo um pouco	4,8	14,3	3,9	8,6	15,3
Desaprovo um pouco	0,9	2,9	1,9	1,9	3,8
Desaprovo fortemente	0,9	0,9	0,9	1,9	1,9
Não sei ou não respondeu	3,8	5,7	3,8	2,8	4,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Observação: Sugestão (S)

Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

Estes dados também são apresentados em forma de gráfico, a fim de garantir melhor visualização dos resultados gerais obtidos, o qual é retratado a seguir.

Gráfico 15 – Distribuição do resultado alcançado com a sessão 11 do questionário (em %)



Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

Em seguida as participantes foram consultadas sobre qual seria a melhor fonte de informação sobre os efeitos do consumo de álcool durante a gestação. A maioria das entrevistadas de Anápolis/GO (49%) indicou que seria através da divulgação pela televisão. A maioria em Franca/SP (35,2%) considera que o meio de divulgação mais eficiente é a internet e das redes sociais. Os demais dados alcançados nesta pergunta são pormenorizados na Tabela 12.

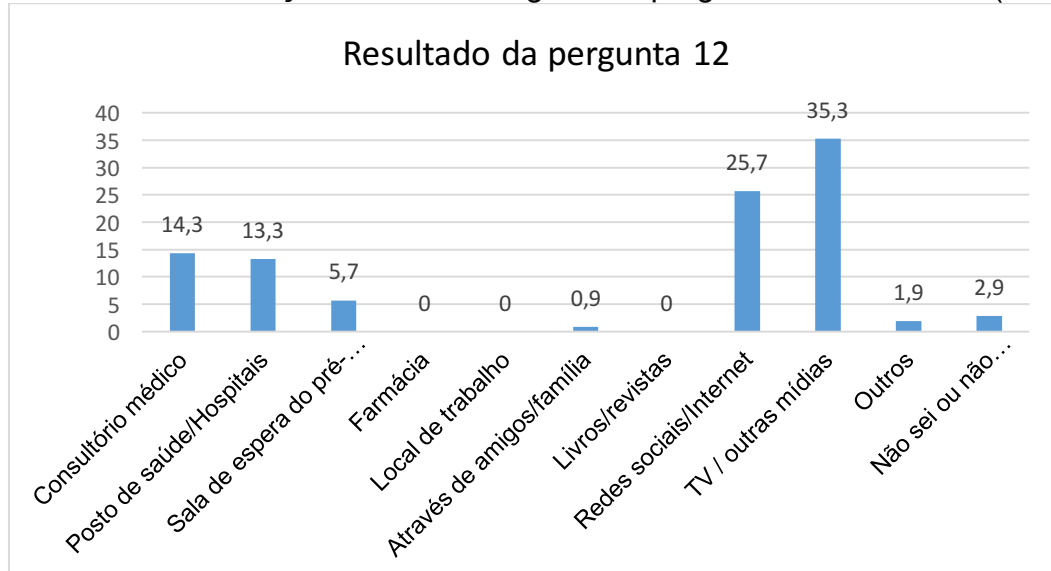
Tabela 12 – Distribuição dos resultados da questão 12 “Na sua opinião, qual seria a melhor fonte de informação sobre os efeitos do consumo de álcool durante a gestação?” (em %)

	ANÁPOLIS	FRANCA
Consultório médico	13,7	14,8
Posto de saúde/Hospitais	13,7	13
Sala de espera do pré-natal	3,9	7,4
Farmácia	-	-
Local de trabalho	-	-
Através de amigos/família	1,9	-
Livros/revistas	-	-
Redes sociais/Internet	15,8	35,2
TV / outras mídias	49	22,2
Outros	-	3,7
Não sei ou não respondeu	1,9	3,7
TOTAL	100,0	100,0

Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

Após esta exposição comparativa os dados coletados foram agrupados e, examinando a amostra total, obteve-se os resultados detalhados no Gráfico 16.

Gráfico 16 Distribuição do resultado geral da pergunta de número 12 (em %)



Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

Portanto, após o agrupamento dos dados a maioria da amostra (35,3%) acreditam que a forma com maior efetividade de propagação de alertas seria através da televisão.

Findado este quesito, iniciou-se uma sequência de perguntas ligadas a temática da reprodução. A questão número 13 indagava se as participantes já haviam dado à luz. A partir dela obteve-se, conforme a Tabela 13, os seguintes dados.

Tabela 13 – Distribuição dos resultados obtidos na pergunta 13 “Você já deu à luz?”

	ANÁPOLIS		FRANCA	
	Frequência absoluta	Frequência em porcentagem	Frequência absoluta	Frequência em porcentagem
Sim	30	58,8	24	44,4
Não	21	41,2	30	55,6
TOTAL	51	100,0	54	100,0

Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

A maioria das participantes de Anápolis (58,8%) já havia dado à luz, enquanto em Franca ocorreu a situação inversa, a maioria (55,6%) ainda não havia vivenciado esse momento.

Após o agrupamento dos dados obtidos em cada um dos grupos, obteve-se uma maioria de 51,4% que já havia dado à luz.

Gráfico 17 – Distribuição do resultado geral obtido na pergunta 13 sessão “A”



Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

A parte “b” da questão 13 avaliou se esse parto se deu nos últimos 5 anos. Os resultados mostraram que em Anápolis/GO o percentual encontrado dentro grupo que informou que já havia dado à luz foi de 50%, em Franca o resultado foi de 58,3%. Quando se reuniu os dados de ambas as cidades observou-se que 29 mulheres dentro do grupo das 54 que indicaram já terem dados a luz, ou seja, a maioria, 53,7%, havia dado à luz nos últimos 5 anos.

O desejo de uma gravidez a curto ou longo prazo foi suscitado na décima quarta questão. Através da Tabela 14 é possível verificar os dados obtidos em cada um dos grupos entrevistados. Dentre eles, destaca-se que 25,5% da amostra de Anápolis desejam e podem engravidar nos próximos 2 anos e em Franca o percentual foi de 13,0%. Quando questionadas se haveria a intencionalidade de uma possível gravidez no futuro a maioria de cada grupo respondeu que sim, os percentuais encontrados foram 49% e 46,3%, em Anápolis/GO e Franca/SP, respectivamente.

Tabela 14 – Distribuição dos resultados obtidos para a sessão número 14

PERGUNTAS	OPÇÕES	FREQUÊNCIA (%)	
		ANÁPOLIS	FRANCA
Você deseja engravidar nos próximos dois anos?	Sim	25,5	13,0
	Não	66,7	75,9
	Não sei ou não respondeu	7,8	11,1
Você deseja engravidar em algum momento futuro?	Sim	49,0	46,3
	Não	37,3	35,2
	Não sei ou não respondeu	13,7	18,5

Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

A questão 15 avaliou qual seria a atitude das participantes caso estivessem grávidas, e as opções de respostas foram: não alteraria o consumo de álcool; reduziria o consumo de álcool; pararia o uso de álcool; não uso álcool agora; não sei. A maioria delas (56,7% e 50,9%) em ambos os grupos, afirmou que não faz uso de álcool no momento, e, portanto, caso engravidassem não precisariam parar ou reduzir o consumo.

Tabela 15 – Distribuição dos resultados obtidos para a pergunta “Se você fosse ficar grávida, você ...”

	FREQUÊNCIA (%)	
	ANÁPOLIS	FRANCA
Não alteraria o consumo de álcool	1,9	1,9
Reduziria o consumo de álcool	5,8	5,6
Pararia o uso de álcool	31,7	42,5
Não uso álcool agora	56,7	50,9
Não sei	3,9	-
Total	100,0	100,0

Obs.: * Dados inferiores a 0,9%

Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

A intencionalidade explícita de verificar o quanto a classe médica está comprometida na difusão de informações relacionadas ao uso de álcool durante a gestação é questionada na pergunta 16. Nesta, as mulheres puderam responder: sim, não ou não sei. Caso respondesse que “sim” elas poderiam descrever, com suas palavras, o que se recordavam dessa orientação.

Os resultados obtidos através desta pergunta foram detalhados na Tabela 16, e nela percebe-se que em ambos os grupos houve a prevalência da falta de orientação

médica. Ressalta-se que a amostra considerada para obtenção dos resultados foi a do grupo que relatou já ter dados à luz.

Tabela 16 – Distribuição dos resultados obtidos para a pergunta “Que conselho, se houve, o seu médico lhe deu sobre o consumo de álcool durante a sua gravidez?”

		ANÁPOLIS		FRANCA	
		Frequência (N)	Frequência (%)	Frequência (N)	Frequência (%)
Que conselho, se houve, o seu médico lhe deu sobre o consumo de álcool durante a sua gravidez?	Sim	4	13,3	4	16,7
	Não	24	80,0	19	79,2
	Não sei ou NR	2	6,7	1	4,1
	TOTAL	30	100,0	24	100,0

Obs.: Não respondeu (NR)

Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

Para uma visualização integral dos resultados alcançados para a questão 16, tem-se o Gráfico 18, e nele se verifica que, considerando a amostra total de 54 mulheres que informaram já terem dado à luz, a maioria (80%) afirmou que seu médico não lhe aconselhou sobre os riscos do consumo de álcool durante a gestação.

Gráfico 18 - Distribuição do resultado geral para a pergunta 16 (em %)



Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

Refletindo na porção amostral de 15% as quais comunicaram terem sido aconselhadas por seus médicos a respeito dos riscos do consumo de qualquer tipo de bebida alcoólica durante o período gestacional, obteve-se, através da questão

aberta, o teor dessas orientações e aconselhamentos. Algumas falas são apresentadas a seguir.

Que o álcool traz danos irreversíveis ao bebê (PARTICIPANTE 7 – ANÁPOLIS, 2018).

Parar o consumo de álcool (PARTICIPANTE 24 – ANÁPOLIS, 2018).

Aconselhou a não consumir bebida alcoólica (PARTICIPANTE 32 – ANÁPOLIS, 2018).

Parar o consumo de álcool (PARTICIPANTE 49 – ANÁPOLIS, 2018).

Apenas houve o questionamento do consumo e no meu caso não uso álcool (PARTICIPANTE 44 – FRANCA, 2018).

Conforme já abordado anteriormente no capítulo sobre o método, foram incluídas 2 questões abertas ao questionário utilizado neste levantamento, diferenciando-se do original aplicado no Canadá. Na questão 17 elas puderam relatar qualquer informação ou comentário desejado. Estes comentários adicionais foram compilados no Quadro 6.

A maioria das observações se referiam a uma conscientização pública ampliada, através de ações e campanhas apoiadas pelo governo, e outras acreditam no papel essencial dos médicos no processo de descortinamento da informação.

Um grupo reforça a responsabilização unicamente voltada à mulher que engravida e concebem que esta deveria automaticamente saber dos riscos de uma possível exposição fetal a qualquer tipo de substância psicoativa, incluindo o álcool.

A relevância da pesquisa foi expressa por algumas participantes, pois acreditam que, a partir desta, poderá ocorrer ações públicas mais efetivas quanto à divulgação do tema, ou até mesmo o ato do preenchimento do questionário as levaram a buscar maiores informações sobre o assunto, uma vez que consideraram desconhecer a temática e antes deste primeiro contato não viam motivação para conhecer.

A questão 18 cujo o foco era conhecer a forma mais propícia de receber as informações da pesquisa concluída, a maioria delas desejou que fosse através de mensagem de texto no celular e por e-mail.

Quadro 6 - Há algo que você gostaria de acrescentar?

ANÁPOLIS	FRANCA
O governo deveria investir em propagandas falando do risco da ação do álcool na gravidez e o tanto que é arriscado (PARTICIPANTE 1)	Que as mulheres sejam mais informadas sobre o risco do consumo de álcool na gravidez (PARTICIPANTE 2)
Sim. A grávida por obrigação deveria estudar mais e saber dos riscos de sua gravidez (PARTICIPANTE 8)	Na minha opinião é necessário aumentar a conscientização se existir risco deve ser retirado o álcool (PARTICIPANTE 3)
Que todos nós deveríamos atentar sobre os riscos do consumo de álcool na gestação (PARTICIPANTE 24)	Deveria ter mais anúncios sobre o caso (PARTICIPANTE 9)
As vezes achamos que as drogas é um vício que vai nos destruir, o vício maior é o álcool que é legalizado ele mata muito + que as drogas (PARTICIPANTE 26)	Sim, todas as mulheres tem que ter a consciência que bebida alcoólica não pode na gravidez (PARTICIPANTE 13)
A partir do momento em que uma mulher engravida já devia ser mais que claras as medidas a serem tomadas (PARTICIPANTE 35)	Que os médicos deveriam falar mais sobre este assunto no pré-natal com as pacientes (PARTICIPANTE 16)
Ele [o médico] não me orientou, porque já tinha essa consciência sobre o álcool no organismo iria [sic] afetar o bebê (PARTICIPANTE 39)	Quanto aos riscos do uso de álcool na gravidez deveria ser mais publicados (PARTICIPANTE 21)
Sim, uma ótima pesquisa pois ainda tem muitas mulheres não informadas sobre o mal que o álcool faz na gestação (PARTICIPANTE 47)	Na minha opinião a partir do momento que você está grávida tem que parar com qualquer risco que teve o bebê e a mãe e prejudicarem (PARTICIPANTE 26)
Deveria existir uma campanha sobre o assunto da mesma forma como é feito com álcool e direção. Pois o risco de morte é claro nas duas situações (PARTICIPANTE 50)	Acho que deveria ser mais divulgado os prejuízos as crianças nascidas de alcoólatras (PARTICIPANTE 27)
	Para mim foi um pouco difícil responder pois nunca me interessei muito em saber sobre o assunto, mas depois dessa pesquisa vi a importância que tem (PARTICIPANTE 51)

Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

CAPÍTULO 4 DISCUSSÃO DOS DADOS

O TEAF é um termo genérico usado para descrever uma série de deficiências associadas à exposição pré-natal ao álcool. O transtorno não possui cura, mas pode ser prevenido. Um fator importante nesta prevenção é um público bem instruído e, em particular, pais ou responsáveis legais potencialmente bem orientados.

Essa pesquisa foi realizada junto ao segmento populacional de mulheres com idades entre 18 a 50 anos de duas cidades brasileiras, uma no Estado de Goiás e a outra no Estado de São Paulo, para medir o conhecimento sobre os efeitos do consumo de álcool durante a gravidez e a consciência da Síndrome do Fetal Alcoólica e do Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal, grupo essencial para um processo de conscientização nacional.

Na significância da amostra total alcançada ($n = 105$), no entanto, não há pretensão de considerá-la como um perfeito reflexo das populações reais locais e ou nacionais. Para tal, seria necessária uma maior abrangência.

Os resultados deste estudo apontaram, de acordo com as participantes os comportamentos mais importantes que as mulheres grávidas podem fazer para aumentar a probabilidade de ter um bebê saudável englobam: 1º Fazer o pré-natal (35,3%); 2º e 3º Ter boa nutrição (32,4% e 16,2%, respectivamente).

A intenção principal da assistência pré-natal é atenuar as taxas de morbidade e de mortalidade materna e do bebê antes e depois do parto, de acordo com a OMS, e este recurso engloba cuidados sociais, nutricionais, psicológicos e médicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Ainda, segundo as orientações da OMS (2016), a Organização Pan-americana da Saúde no Brasil apresentou em um artigo *online* em que as principais recomendações deste tipo de atendimento, dentre outras, são:

Modelo de atenção pré-natal com o mínimo de oito contatos recomendados para reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência de atendimento às mulheres.

Aconselhamento sobre alimentação saudável e manutenção de atividades físicas durante a gravidez.

Suplementação diária por via oral de ferro e ácido fólico com 30 mg para 60 mg de ferro elementar e 400 µg (0.4 mg) de ácido fólico para as gestantes evitarem anemia materna, sepsis puerperal, baixo peso do bebê e nascimento pré-termo.

A vacinação contra tétano é recomendada para todas as gestantes, dependendo da exposição anterior à vacinação, para evitar a mortalidade neonatal por tétano.

Uma ultrassonografia antes das 24 semanas da gestação é recomendada às mulheres grávidas para estimar a idade gestacional, melhorar a detecção de anomalias fetais e gravidezes múltiplas, reduzir a indução do parto em uma gravidez pré-termo e melhorar a experiência da gestação para mulheres.

Os profissionais de saúde devem perguntar a todas as mulheres grávidas se fazem uso de álcool e outras substâncias (passado e presente) o mais cedo possível durante a gravidez e em cada visita pré-natal (grifo nosso) (OPAS, 2016, online).

Ademais, cada município deve garantir a cada gestante as condições necessárias para a realização dos atendimentos durante este período (BRASIL, 2000), e isso, portanto, não se trata apenas de uma obrigatoriedade das mulheres. Sobre esta exigência, a a

Apesar de ser assegurada às gestantes usufruírem dos “benefícios” que o pré-natal lhes proporciona, compreendemos que o que as leva a procurarem o pré-natal não é a busca dos direitos, mas uma certa obrigatoriedade que a família, amigos e parceiros lhes impõem, mostrando que ainda é predominante a reprodução de um conceito elaborado no senso comum (COSTA; SOUSA, 2002, p. 25).

No estudo de caso-controle, realizado no município de Pelotas, com a coleta de dados em 2009 e 2010, que incluiu 179 participantes no grupo caso (74 de 2009 e 105 de 2010), e 537 participantes do grupo controle (222 de 2009 e 315 de 2010), observou-se que grávidas solteiras demonstraram um risco três vezes maior para o não cumprimento do pré-natal quando emparelhadas às casadas. O distanciamento do pai do bebê e a baixa escolaridade materna, também foram fatores recorrentes nos casos da não procura por atendimento e também nos casos de menor número de consultas (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

No caso do presente estudo, diminuir o uso de álcool durante o período gestacional foi considerado como o primeiro comportamento a ser posto em prática por menos de 1% da amostra total. A sua menção em segundo lugar foi feita por 17,2% das participantes (n=18) e a menor idade entre as participantes desse grupo foi de 18 anos e a maior 44. A média das idades foi de 29,5 anos. 10 delas residiam em Anápolis/GO e 8 em Franca/SP, 10 (55,5%) com filhos.

No levantamento realizado no Canadá, projetado para incluir aproximadamente um número de 360 entrevistados em cada um dos dez Estados do país com uma

amostra mista composta por 75% de mulheres e 25% de parceiros masculinos, a *Environics* realizou o inquérito nacional de 3.633 entrevistados, incluindo 2.724 mulheres e 909 homens, entre 1 de março e 30 de abril de 2006. A maioria dos entrevistados mencionou, em primeiro lugar, uma boa nutrição (86%) e, como segunda opção, o ato de reduzir ou interromper o uso de álcool (52%) e, por fim reduzir ou parar de fumar (51%) (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2006).

Um estudo, realizado em 2006 no ambulatório de pré-natal de um hospital universitário no Estado do Rio de Janeiro, baseado em uma abordagem quantitativa do tipo exploratório, contou com a participação de 40 gestantes que realizaram o acompanhamento de pré-natal nesta instituição. Após a aplicação dos instrumentos constatou-se que 10% delas faziam o consumo de bebida alcólica durante a gestação (OLIVEIRA; SIMÕES, 2007).

Em outro estudo, também de caráter exploratório, foi realizado junto à população de 20 gestantes que faziam acompanhamento pré-natal em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto/SP. Os resultados demonstraram que 35% das gestantes faziam uso de álcool e tabaco, concomitantemente (FIORENTIN; VARGAS, 2006). Nesta reportada pesquisa uma das entrevistas considerou que o consumo de álcool durante a gravidez não prejudica em nada o desenvolvimento de uma criança, pois a mesma havia consumido no decurso da primeira gestação e seu primeiro filho não parece, segundo a sua percepção não ter nenhum prejuízo. Diante disso as autoras refletiram que:

[...] o fato de essa gestante acreditar que o álcool não causa problemas ao feto, tendo como referência a gestação anterior, na qual revela ter feito uso de álcool, parece revelar falta de conhecimento sobre a questão, este fato denuncia a pouca atenção dos profissionais de saúde, na detecção do uso ainda na primeira gestação, bem como na orientação e esclarecimento da mesma sobre a periculosidade e as consequências acarretadas pelo uso do álcool durante a gravidez (FIORENTIN; VARGAS, 2006, p. 10).

Em um levantamento realizado em 1999, em uma maternidade filantrópica de São Paulo que atendia mulheres pelo SUS, contou com uma amostra foram de 445 puérperas. Nesta pesquisa constatou-se que, das gestantes entrevistadas, 66,3% não consumiram bebida alcoólica, 17,8% consumiram durante toda a gravidez e 15,9% consumiram até a confirmação da gravidez que ocorreu em média com 9,6 semanas;

além disso, 98,7% das gestantes consumiram nos finais de semana e/ou em festas e 1,3% diariamente (KAUP; MERIGHI; TSUNECHIRO, 2001).

Outra investigação com o mesmo objetivo, que pretendia investigar o consumo de álcool entre gestantes, perscrutou mulheres cadastradas no SisPreNatal em regiões da cidade de Londrina. Foram entrevistadas 202 gestantes em 2007. Entre as participantes, 19,3% tiveram o consumo de álcool positivo no primeiro trimestre gestacional; 3,9% afirmaram consumir mais de 56g de álcool/mês e 2,5% afirmaram consumir mais de 29g álcool/semana (GOUVEA et al. 2010). De acordo com os autores,

[...] pesquisas sobre consumo de bebida alcoólica durante a gravidez também observaram que a confirmação do consumo de etílicos durante a gestação não é fácil de ser obtida, relacionando isto ao provável constrangimento da mulher em informar seu real consumo, ou ainda o despreparo do profissional para investigar ou valorizar queixas que poderiam estar ligadas ao hábito de beber. Isto novamente questiona a confiabilidade das respostas das gestantes e sugere a pergunta de quais seriam as estratégias e meios mais adequados para conseguir respostas com maior confiabilidade. (GOUVEA et al. 2010, p. 628-629).

Quando perguntadas especificamente sobre a importância de uma série de comportamentos, a maioria, em geral, aponta que todos os comportamentos pesquisados são muito importantes para as mulheres grávidas realizarem.

Mais uma vez a necessidade de visitas regulares ao médico, durante a gestação, foi apontada pela maioria (83,8%) como sendo uma das atitudes mais importantes a serem tomadas (82,4% em Anápolis e 85,2% em Franca). No Canadá, a visita a um médico ou profissional de saúde regularmente foi ressaltada por 40% da amostra.

No item “Reduzir ou parar de consumir álcool” foi considerado como uma das coisas mais importantes a fazer por 75,9% do grupo de Franca e por 68,6% da amostra de Anápolis. Considerando a amostra total, o percentual foi de 72,5%.

No Canadá aqueles com uma educação universitária foram muito mais propensos do que os outros a dizer que reduzir ou parar de usar o álcool é uma das coisas mais importantes a fazer, por mulheres grávidas, para aumentar a probabilidade de seu bebê nascer saudável (PUBLIC HEALTH AGENCY OF

CANADA, 2006). No entanto, isso não se repetiu nesta pesquisa, pois a maioria (54,7%) possuía o Ensino Médio como nível de escolaridade mais alto.

Houve, na presente pesquisa, uma crença unânime de que quanto mais álcool uma mulher grávida ingere, mais danos isso poderá causar ao bebê (93,3%), e que o uso de álcool durante a gravidez leva a deficiências ao longo da vida em uma criança (90,5%). Houve uma menor crença, embora ainda em nível majoritário do impacto de pequenas quantidades de uso de álcool (47,6%), assim como para qualquer quantidade de álcool consumida durante a gravidez (63,8%).

Em comparação com a pesquisa realizada no Canadá, os percentuais encontrados para os mesmos itens foram, de certa forma, semelhantes, uma vez que a maioria das participantes, 98%, declarou que quanto mais álcool uma gestante ingere, maior será a probabilidade de o bebê ser prejudicado. Para a questão “quanto mais álcool uma mulher grávida bebe, mais danos podem ser causados ao bebê” o percentual encontrado foi de 97%. E a porcentagem encontrada para aqueles que acreditam que qualquer consumo de álcool durante a gestação poderia prejudicar o bebê foi de 76% (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2006).

Observando especificamente as 25 mulheres que foram mais propensas a pensar que pequenas quantidades de consumo de álcool durante a gravidez geralmente podem ser consideradas seguras, descobriu-se, nesse grupo, uma média de idade de 27,4 anos, mediana de 25 anos e moda de 20, a mais nova com 19 anos e a com maior idade 48 anos. A maioria (56%) possui o Ensino Médio, tem uma renda superior a 3 salários mínimos (32%), e são solteiras (52%).

As que acreditam que pequenas quantidades de álcool consumidas durante a gestação nunca causariam sérios danos ao bebê, somaram-se 30 participantes (28,6% da amostra total), com uma média de idade de 28,5 anos, mediana de 26 anos e moda de 21 anos, com idade que variou de 18 a 48 anos. A maior parte delas (30%) com renda superior a 3 salários mínimos.

Na pesquisa organizada pela Agência de Saúde Pública do Canadá (2006) identificou-se que o grupo de mulheres que considera que pequenas quantidades de consumo de álcool durante a gravidez não podem ser consideradas seguras, e que são capazes de causar sérios danos ao bebê, tem idades entre 18 e 24 anos e não são mães (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2006).

Para a pesquisa atual as mães foram mais propensas a acreditar que qualquer consumo de álcool durante a gravidez pode prejudicar o bebê, e que o uso de álcool

antes do início da gravidez poderia prejudicar o bebê, mesmo que a mulher parasse de usar álcool durante a gravidez.

A maioria não unânime foi recorrente nas três subseções da quarta questão do questionário. A sugestão de que o efeito do uso de álcool no desenvolvimento de um feto não está claro foi rejeitada por 46,7%; para 61% das participantes a maioria dos efeitos do uso de álcool em uma criança geralmente não desaparece à medida que a criança cresce; e, para 64,8% o uso de álcool durante a gravidez poderia levar a incapacidades ao longo da vida em uma criança. Os resultados encontrados na pesquisa no Canadá foram: 59%; 91% e 95%, respectivamente (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2006).

Dentro do grupo de 46,7% que rejeitou a sugestão de que o efeito do uso de álcool no desenvolvimento de um feto não está claro, a média de idade foi de 29,4 anos, a idade mínima de 18 e máxima de 49 anos, maioria mínima (51%) com Ensino superior ou com pós-graduação, e, a respeito da renda, pois 53% possui renda de 2,5 a 3 salários mínimos ou acima de 3 salários mínimos.

Quando perguntadas sobre as quantidades específicas de consumo de álcool em termos de seu efeito em um bebê recém-nascido, seis em cada dez entrevistadas acreditam que uma dose-padrão de álcool por dia durante a gravidez não é seguro. Considerando a opção de três ou quatro doses-padrão de álcool a cada fim de semana durante a gravidez, não é seguro para 7 a cada 10 entrevistadas.

Dentre as participantes que consideraram muito ou pouco seguro o consumo de uma dose diária de álcool durante o período gestacional, as características semelhantes entre elas foi o fato de já terem filhos e possuírem o Ensino Médio concluído.

A opinião é levemente dividida quanto ao efeito de beber duas doses-padrão de álcool em duas ou três ocasiões diferentes durante a gravidez e, um total de uma ou duas doses-padrão de álcool durante a gravidez (56,2% e 54,3%, respectivamente).

A população Canadense, quando questionada sobre quantidades específicas de consumo de álcool, teve uma alta conscientização sobre o efeito negativo de grandes quantidades de álcool no bebê, e também têm uma maior consciência dos efeitos negativos sobre o fato de beber ocasionalmente, mas dividem-se quanto a existência dos efeitos nocivos de quantidades muito pequenas de álcool (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2006).

O grupo de mulheres que informaram ter ouvido falar da SFA no presente estudo (n=13; 12,4%), era composto, em sua maioria por mães com Ensino Superior. 39% da amostra total relatou ter consciência dos possíveis efeitos relacionados à exposição ao álcool durante a gestação para a mãe e o bebê, porém, quando solicitado que expusessem o que sabiam a respeito, observou-se que este conhecimento era restrito, ou, ainda, não foi feita nenhuma descrição. O perfil sociodemográfico das participantes pode ser caracterizado como mulheres com a média de idade de 33,7 anos e, em sua maioria (61,5%), com Ensino Superior concluído ou Pós-graduação e, renda familiar acima de 2,5 salários mínimos.

Comparado aos dados obtidos na pesquisa no Canadá esse nível de conhecimento fica muito abaixo, pois no referido país quase nove em cada dez entrevistados (86%) disseram ter ouvido falar da Síndrome Alcoólica Fetal ou Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal. Este alto índice de conhecimento foi aumentando gradualmente, uma vez que o primeiro e segundo levantamentos ocorreram em 1999 e 2002 (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2006). A semelhança entre os estudos é quanto a limitação na descrição do conhecimento detalhado dos termos.

Três quartos dos entrevistados (76%) relataram conhecer os defeitos congênitos relacionados ao álcool. Destas, as descrições mais comuns foram relacionadas aos distúrbios cerebrais/desenvolvimento/retardo mental ou deficiências, e SFA/ TEAF/EFA. Consequentemente, um quarto (24%) desconhece esses efeitos. Entre os que relataram ter ciência, as descrições mais comuns foram distúrbios cerebrais/distúrbios do desenvolvimento/danos cerebrais/retardo mental ou deficiências (22%) e SAF/TEAF/EFA (20%). Um menor número descreveu deformidades físicas, deficiências ou defeitos congênitos (15%), problemas de compreensão lenta/déficits de memória/baixo QI/falta de julgamento, tomada de decisão ou controle de impulso (14%), ingestão de bebidas alcoólicas durante a gestação/ exposição fetal ao álcool (10%), problemas de desenvolvimento/déficits no crescimento/genes/genética (10%), microcefalia/baixo peso ao nascer (8%), várias características faciais (7%), incapacidade, danos ou deformidades em geral (6%), dano ou falha de alguns órgãos, pele fundida, icterícia, eczema (6%), déficit de atenção (4%), problemas com o bebê/danos/insalubre/efeitos em geral (4%) e viciado em drogas ou álcool/sintomas de abstinência (4%), dentre outras (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2006).

As mulheres que disseram conhecer os prejuízos para o parto relacionados ao uso de álcool durante a gestação foram as mães com uma média de idade de 34,3 anos que tem emprego em tempo integral.

O trabalho realizado no Rio de Janeiro contou com a participação de 123 homens, 488 mulheres e 40 profissionais da enfermagem. O questionário utilizado para com a população era composto por três questões, as quais são apresentadas no Quadro.

Quadro 7 – Lista de perguntas utilizadas no levantamento realizado no Rio de Janeiro em 1996.

PERGUNTAS	OPÇÕES DE RESPOSTA
Durante a gravidez a bebida alcoólica pode afetar o bebê?	Sim ()
	Não ()
Qual a quantidade de bebida que poderia afetar o bebê, durante a gravidez?	Até 1 copo ()
	2 copos até uma garrafa ()
	Mais de duas garrafas ()
	Não sabe ()
Que efeitos o álcool poderia trazer ao ser em desenvolvimento?	Problemas neurológicos ()
	Prematuridade ()
	Malformações ()
	Dependência ()
	Não sabe ()

Fonte: SOUZA; RODRIGUES; CIAVAGLIA, 1996, p. 297.

O desfecho deste levantamento resultou em uma maioria que afirmou que a bebida alcoólica pode afetar o bebê. 47,5% dos homens e 48,31% das mulheres relataram que 1 copo diário de bebida alcóica poderá prejudicar o desenvolvimento do feto. As autoras acreditam que, mesmo a população não tendo esclarecimento científico, quando ao fator teratogênico do álcool, percebeu-se que 41,01% dos homens e 34,08% das mulheres apontaram os problemas neurológicos como resultantes da toxicidade do álcool sobre o ser em desenvolvimento (SOUZA; RODRIGUES; CIAVAGLIA, 1996).

As participantes da atual pesquisa que se lembraram terem visto ou ouvido qualquer informação sobre os efeitos do uso de álcool em um bebê durante a gestação, somaram-se 32,4%, como uma média de idade de 27 anos e 55,8% deste grupo possuíam nível de escolaridade igual ou maior ao Ensino Superior de educação. Quanto ao questionamento sobre anúncios com informações relacionadas aos possíveis danos provocados pelo uso do álcool durante a gravidez, 15,2% informou já

ter visto este tipo de publicidade. As características sociodemográficas dessas participantes são apresentadas a seguir no Quadro 8.

Quadro 8 – Perfil sociodemográfico das que afirmaram terem visto algum anúncio contendo qualquer tipo de informação sobre os efeitos da EFA

CIDADE	IDADE	FILHO	NÍVEL ESCOLAR	SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA	ESTADO CIVIL
Anápolis	32	Sim	Ensino Fundamental	Emprego em tempo integral	Solteira
Anápolis	31	Sim	Ensino Médio	Emprego em tempo integral	Casada
Anápolis	41	Sim	Ensino Médio	Emprego em tempo integral	Separada
Anápolis	22	Não	Ensino Superior	Emprego em tempo integral	Solteira
Anápolis	33	Sim	Ensino Superior	Emprego em tempo integral	Casada
Anápolis	40	Sim	Especialização ou pós-graduação	Emprego em tempo integral	Casada
Anápolis	27	Não	Ensino Médio	Emprego em tempo integral	Casada
Anápolis	37	Sim	Ensino Superior	Emprego em tempo integral	Casada
Franca	43	Sim	Ensino Médio	Dona de casa	Casada
Franca	35	Sim	Ensino Médio	Dona de casa	Casada
Franca	38	Sim	Especialização ou pós-graduação	Dona de casa	Casada
Franca	25	Não	Ensino Superior	Emprego em tempo integral	Casada
Franca	32	Sim	Ensino Médio	Emprego em tempo integral	Casada
Franca	37	Sim	Ensino Médio	Emprego em tempo integral	Casada
Franca	49	Sim	Ensino Superior	Desempregada	Casada
Franca	30	Sim	Ensino Médio	Dona de casa	Casada

Fonte: Elaborado pelos próprios pesquisados.

Dentro desse grupo de mulheres que relataram terem ouvido ou visto os anúncios, 10 delas descreveram o que se recordaram. Nesses relatos as maiores recorrências foram relacionadas à má formação fetal e aos problemas de saúde, as demais descrições foram pontuais.

No levantamento canadense, metade dos entrevistados (49%) lembra-se de ver ou ouvir anúncios sobre uso de álcool durante a gravidez, SFA, TEAF ou prejuízos congênitos relacionados ao álcool nos últimos meses. A maioria absoluta de 51% não se lembra de tal publicidade. Entre os que relataram ter visto ou ouvido estes

anúncios, a maior proporção relembra anúncios que dizem para a gestante não beber, fumar ou usar drogas durante a gravidez (38%) (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2006).

Entre aqueles que lembraram de ver ou ouvir tal publicidade, mais de seis em dez (63%) não se lembram do patrocinador. Mais de um em cada dez (13%) dizem que a publicidade foi patrocinada pelo Governo Federal ou pela Agência de Saúde do Canadá. Menores proporções mencionaram o Governo de cada Estado (8%), organização de saúde/ONG (5%), conselho estadual de álcool/agência (4%), e 12% mencionaram outros patrocinadores (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2006).

Na presente pesquisa, dentro do grupo de participantes (n=14) que informou ter tido algum contato com esses anúncios, 42,9% não se recordou dos patrocinadores. A maior parte, 28,6%, informou que o patrocinador era uma ONG, e os demais foram distribuídos nos itens Governo Federal (7,1%); Governo do Estado (7,1%); fabricante de bebida alcoólica (7,1%); e, outros (7,1%). A maioria das participantes informou que viram o anúncio na televisão (42,9%), no hospital (21,4%), em jornal (7,1%), em revista (7,1%), em folheto (7,1%), e os demais não souberam ou não responderam.

Entre a população do Canadá que se lembrava de publicidade, as maiores proporções notaram essa publicidade na televisão (55%). Menores números mencionam médico, hospital ou clínica (23%), revistas (18%), restaurante ou bar (9%), um cartaz (7%), brochura ou panfleto (7%), rádio (7%), jornais (6%), *outdoors* (5%), transporte público (4%) e loja de bebidas ou cerveja (4%). Dezesete por cento mencionam outros locais. Televisão ou outros meios de comunicação e um médico ou consultório médico são vistos como as melhores fontes de informação sobre os efeitos do álcool durante a gravidez (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2006).

Quanto à análise das formas de alertas e anúncios publicitários sobre os possíveis efeitos fetais e maternos ao serem expostos ao álcool durante o período gestacional, uma prevalência não hegemônica de forte aprovação foi percebida nas cinco sugestões: advertências em produtos alcoólicos (89,6%), que essas mensagens deveriam ser custeadas pelo Governo (89,5%), e que nas propagandas de bebidas alcoólicas deveria também constar a advertência de consumo por grávidas (84,8%). Percentuais menores, porém, ainda majoritários, foram denotados para os itens:

mensagens de advertência em restaurantes (76,2%) e, em bares e clubes (74,3%) (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2006).

Houve uma ampla aprovação, em geral, da mesma série de iniciativas para fornecer informações sobre os riscos de uso de álcool durante a gravidez no Canadá. Forte aprovação para publicidade patrocinada pelos governos (78%) e mensagens de alerta sobre publicidade de produtos alcoólicos (71%), a menor parcela aprova a exigência de sinais de alerta em restaurantes (45%). As mulheres são mais propensas do que os homens a aprovar fortemente todas as iniciativas testadas (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2006).

Quando essa amostra composta por homens e mulheres residentes no Canadá foi questionada sobre o nível de efetividade das formas de divulgação das informações relacionadas aos riscos do uso de álcool durante a gestação, eles puderam optar por: muito eficaz, algo efetivo, não muito efetivo e não sei. A maioria declarou que acreditam na elevada eficácia quanto ao envio de material informativo para médicos e profissionais de saúde para informar os seus pacientes (72%), anúncios de televisão (69%) e cartazes em salas de espera e clínicas (67%) seria uma forma muito eficaz de alcançá-los. Quatro em cada dez ou menos dos entrevistados pensam que cartazes ou folhetos em farmácias ou drogarias (43%), anúncios em ônibus, metrô ou em pontos de ônibus (39%), anúncios em rádio (39%), inserções e anúncios em revistas ou jornais (38%), panfletos, folhetos ou outras publicações (35%) ou um site (29%) seriam formas muito eficazes de alcançá-los sobre este assunto (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2006).

No atual levantamento não foi avaliada essa eficácia, mas sim o que as participantes acreditavam ser o mecanismo mais eficiente para a divulgação. Os maiores percentuais encontrados foram para os itens televisão e outras mídias (35,3%) e internet (25,7%), enquanto as demais possibilidades receberam escolhas aleatórias.

Há, no Brasil, desde 2011, a tramitação do Projeto de Lei nº. 2.512 de 2011, elaborado por Alessandro Molon, Deputado Federal do Partido dos Trabalhadores do Rio de Janeiro. Este Projeto de Lei (PL) foi anexado ao também Projeto de Lei 4549/2004, proposto por Carlos Nader do Partido Liberal/RJ, sendo o último despacho do mesmo foi realizado em 24/02/2015. Ambos os projetos compartilham do interesse de incluir advertência nos rótulos e/ou embalagens e nas campanhas publicitárias de

bebidas alcoólicas sobre os possíveis riscos de consumo de álcool durante a gravidez.

A proposta deste PL propõe:

Art. 2º - As advertências [...], se darão por intermédio das seguintes frases e de outras a serem definidas na regulamentação, usadas sequencialmente (sic), à afirmação “ o Ministério da Saúde adverte”:

I - "O Consumo de Álcool durante a gravidez causa má formação do Feto";

II - “O Consumo de Álcool durante a gravidez causa retardo no crescimento do Feto”;

III - "O Consumo de Álcool durante a gravidez causa atraso mental no Feto";

IV - "O Consumo de Álcool durante a gravidez causa mau funcionamento do sistema nervoso do Feto”;

V - "O Consumo de Álcool durante a gravidez causa anomalias cranianas no Feto". (PROJETO DE LEI Nº. 2.512, DE 2011)

Apesar do tempo de tramitação, o Projeto de lei ainda não saiu do âmbito do plenário e, enquanto isso, a população carece e experimenta na pele a ausência ou mínima oferta de informação relacionada ao tema. Essa dificuldade na aprovação de leis, que exijam, das indústrias de bebidas alcoólicas, mudanças vistas como necessárias para a prevenção de problemas de saúde diretamente relacionados ao consumo dessa substância, são retratadas na dissertação de Elias-Cymrot (2006).

Outras medidas preventivas, além da inclusão de advertência em publicidade de bebidas alcoólicas são apresentadas por Segre e colaboradores (2017). As estratégias primárias compreendem ações educativas do público-alvo (mulheres em idade fértil), que podem variar de cartazes a campanhas midiáticas; já as estratégias de prevenção secundária e terciária, destinam-se as gestantes que fizeram uso de álcool durante esse período, para estas a autora sugere as intervenções curtas, dentre outras (SEGRE et al., 2017).

Para os casos já confirmados do TEAF, a mesma autora sugere que ocorram intervenções juntos aos responsáveis legais das crianças diagnosticadas no âmbito escolar e, no que tange as intervenções pertinentes ao âmbito das autoridades e equipes de saúde, acredita-se em:

[...]promover o dimensionamento do problema; a educação dos profissionais de saúde; a elaboração de legislação pró-ativa pertinente (intervenções em preços e impostos de bebidas alcoólicas, regulação do marketing de bebidas); a divulgação dos efeitos lesivos do álcool nas comunidades e oferecer suporte às famílias de crianças e

adolescentes afetados por meio da atuação das equipes de saúde (GIESBRECHT et al. apud SEGRE et al., 2017, p. 99).

A respeito da educação dos profissionais de saúde, na dissertação de Bakargi & Brunoni (2018) foi desenvolvida uma breve capacitação para os Agentes Comunitários de Saúde do município de Franca/SP. O curso foi de caráter presencial e teve a duração de três horas e trinta minutos. Houve participação maciça destes profissionais e constatou-se, através de análises estatísticas, um significativo aprimoramento do conhecimento sobre a temática. A média inicial alcançada no questionário antes da intervenção foi de 6,7 e a final 8,5.

A presente pesquisa contou com maioria mínima de 51,4% de mães e, analisando especificamente este grupo, identificou-se uma composição majoritária (53,7%) de mães que deram à luz nos últimos cinco anos. A partir disso, concluiu-se que a maior parte das mulheres mães (80%) não recebeu nenhum tipo de orientação médica sobre o uso de álcool durante a gestação e sobre os possíveis riscos maternos e fetais relacionados a esta exposição.

Na pesquisa canadense metade das mulheres (50%) relataram não receber nenhum conselho de seu médico sobre o consumo de álcool durante a gravidez, incluindo 38% das mulheres grávidas que dizem não ter recebido aconselhamento, pois este levantamento também foi realizado com gestantes, como já referido neste trabalho. Das que receberam conselhos do seu médico, relataram, mais comumente, que este profissional lhes indicou que não deveriam ingerir bebidas alcoólicas neste período (30%). Proporções muito menores mencionaram o aconselhamento da redução de consumo ou para beber com moderação (8%), que poderia prejudicar o bebê ou não seria bom para o bebê (4%), que um copo de vinho é bom (2%), deu panfletos (2%) ou informou sobre os efeitos do álcool no feto ou na SAF (1%). Dois por cento mencionaram outros conselhos e sete por cento não opinaram (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2006).

A respeito do questionamento de uma recente descoberta de gravidez, 2 mulheres (1,9%) disseram que não alterariam o consumo de bebida alcoólica, uma em cada município estudado, com idades de 25 e 33 anos. Dessas, uma delas era mãe, uma com ensino superior, e a outra com ensino médio concluído, ambas com emprego em tempo integral, uma com renda de meio salário mínimo e a outra com renda familiar maior que três salários e, por fim, uma solteira e a outra casada. Os

demais resultados gerais foram: reduziria o consumo de bebida alcoólica (5,7%); pararia (37,1%); abstinência (53,3%); não sabem (1,9%). Entre as mulheres que disseram parar o consumo de álcool durante o período gestacional, o perfil identificado foi: média de idade de 29,8 anos, maioria não mães (61,5%), 56,4% com Ensino Médio ou Fundamental e 51,3% eram casadas.

Doravante, o cerne se volta à grande parcela que expressou não fazer uso de álcool no momento. A literatura evidencia os altos índices de mulheres que apesar do consumo esporádico ou abusivo mantêm essa informação, o que lhe é um direito, em sigilo, possivelmente para evitar possíveis retaliações. As principais pesquisas que abordam os estigmas das mulheres que fazem o uso de álcool são para os casos mais graves, e, portanto, abordam os estigmas em mulheres alcoolistas.

Em suma, elas afirmam que muitas ainda realizam o consumo no âmbito privado. Cesar (2006) apresenta este ato como o beber “escondido”, atributo particular da alcoolização da mulher. O mesmo autor compreende que esse mecanismo é utilizado para garantir a preservação da auto-imagem, devido as cobranças sociais de gênero já apresentados neste trabalho.

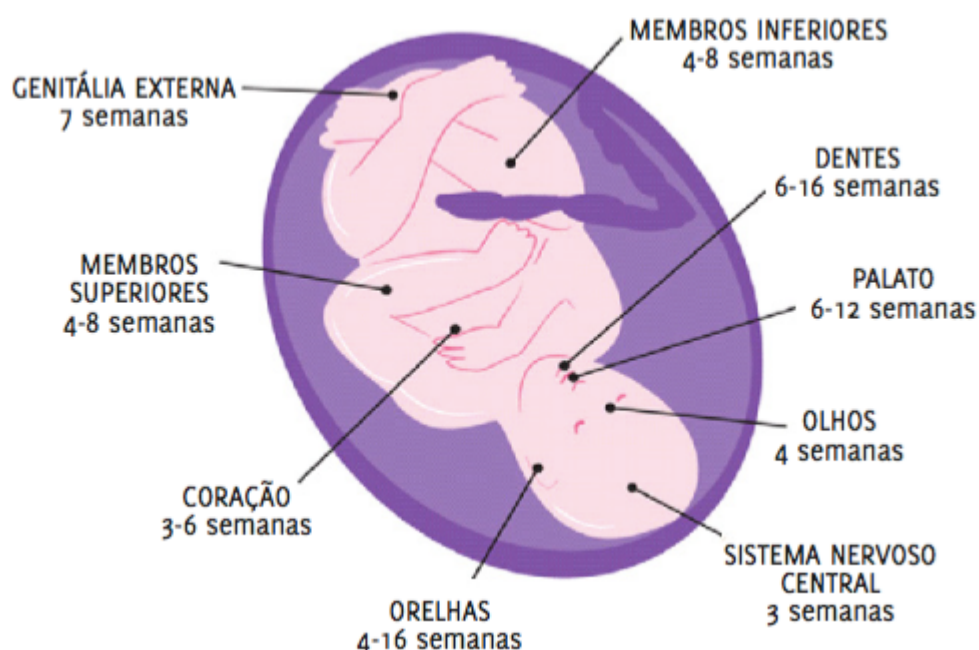
Outra sinalização dessa problemática é abordada por Nóbrega (2003), que observou que, em geral, as mulheres, quando compareciam aos serviços de atendimento especializados, o faziam desacompanhadas e evitavam conversar com seus familiares e amigos sobre o processo de tratamento para esquivar-se de julgamentos opressores. Isso por que, conforme Velho (1985), há um padrão comportamental sociocultural e aquela que rompe com esse molde move-se em direção contrária. Portanto, para Fonseca (2009, p. 59) “o consumo do álcool está dividido socialmente entre o tolerável e o intolerável, marcado por uma linha tênue”. E acredita-se que esta linha ganha contornos evidentemente distintos ao analisar a pessoa que faz o consumo de álcool, abusivo ou não, pelo sexo.

Em contrapartida aos dados percebidos neste levantamento, a maioria das mulheres canadenses entrevistadas (72%) disse que pararia o consumo de álcool se estivessem grávidas. Apenas dois por cento disseram que não mudariam o uso de álcool, mesmo percentual encontrado na atual pesquisa (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2006).

Destacam-se os resultados obtidos com a questão aberta (17), que permitia a escrita livre de qualquer informação adicional pertinente, de acordo com a visão de cada uma delas. Entre outras considerações feitas, destaca-se o reforço à

responsabilização da mulher grávida a qual, segundo algumas participantes, deveria saber dos riscos de uma possível exposição fetal a qualquer tipo de substância psicoativa, incluindo o álcool, no momento em que pensassem em engravidar. No entanto, essa percepção entra em choque com a informação de que 50% das gestações não são planejadas, e que, portanto, essas mulheres não teriam a ciência de sua gravidez e, concomitantemente, não teriam o cuidado quanto a ingestão do álcool (O'LEARY-MOORE et al., 2013; HALLIDAY, 2013 apud SEGRE, 2017). Além disso, é preciso levar em consideração que, segundo pesquisas, 40% das gestações não são reconhecidas antes da quinta semana e, conforme verifica-se na Figura 4, este período já é o suficiente para afetar o desenvolvimento do Sistema Nervoso Central do feto (O'LEARY-MOORE et al., 2013; HALLIDAY, 2013 apud SEGRE, 2017).

Figura 4 – Períodos de desenvolvimento fetal



Fonte: Segre et al., 2018, p. 56.

O estudo, portanto, apresenta evidências de que é preciso a realização de uma conscientização, a nível nacional, das possíveis repercussões do uso de álcool, durante o período gestacional, tanto para a mãe quanto para o feto. A maioria das participantes se diz interessadas na difusão desse conhecimento e acreditam na relevância deste estudo não apenas para por questões pessoais, mas pelo senso de comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SAF constitui uma entidade clínica curiosa, de certa maneira há muito tempo conhecida, mas ao mesmo tempo, pouco reconhecida por grande parte dos profissionais da saúde pública e do público em geral, ainda nos dias de hoje (LIMA, 2008, p. 4).

A Síndrome Fetal Alcoólica ou, como o autor referenciado acima cita Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), ainda é, apesar da decorrência de 10 anos deste texto, desconhecida por muitas mulheres e homens das mais diversas idades, níveis sociais e de escolarização.

Deve-se salientar que, apesar de muitas vezes, a criança, ao nascer, aparentemente, não apresente os danos físicos relacionados ao uso de álcool durante a gestação, poderão apresentar os danos neurológicos aos poucos, impactando diretamente o desenvolvimento do indivíduo, e ganhando maior destaque principalmente em idade escolar, quando ele poderá apresentar dificuldades de relacionamento devido a sua irritabilidade, falta de atenção, agressividade e/ou dificuldades na área do aprendizado.

Em meio aos paradoxos, residente na mais profunda ambivalência cultural sobre as obrigações das mulheres como mães, sobre o *status* do feto, sobre a responsabilidade pessoal e sobre o alcoolismo, cientes de que não há uma resposta pronta ou imediata para resolução dessa problemática, porém conscientes do dever e dos direitos particulares a cada um, cidadãos, cidadãos e Estado, é que se encerra este trabalho.

Neste sentindo justifica-se olhar para o TEAF como uma expressão da questão social que está no cotidiano da atuação profissional, na sociedade, na família e no indivíduo principalmente ao considerar a amplitude dos índices de sua ocorrência, não apenas no Brasil, mas no mundo.

A definição atribuída, por Iamamoto, ao objeto do Serviço Social é descrita nos seguintes termos:

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência,

que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. [...] ... a questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social (IAMAMOTO, 1997, p. 14).

Portanto, essa expressão da questão social, o TEAF, requer reflexões aprofundadas para que se assegure o direito desses indivíduos de sobreviver com dignidade no contexto social que recorrentemente é excludente e segregador.

Além disso, é justamente dentro do contexto das relações humanas que o Serviço Social pode ser acionado a intervir, pois tem o conhecimento e atributos necessários para compreender e minimizar as expressões sociais a partir de um olhar crítico dessa problemática específica, a partir da compreensão do sujeito como biopsicossocial.

Outras contradições são suscitadas, como, por exemplo, se as mulheres forem vistas como legalmente obrigadas a proteger os fetos, então o consumo de álcool realizado por elas poderá ser policiado de uma maneira que o consumo por homens não poderá ser. Se os fetos forem vistos como potenciais futuros cidadãos, eles serão vistos como tendo direitos e reivindicações sobre o Estado que poderá entrar em conflito com os direitos das mulheres grávidas. Se o consumo abusivo crônico for visto como uma falha de caráter pessoal, representando de certa forma, uma perda de vontade de viver, então será tratado como algo que o indivíduo deve reconhecer e superar sozinho, sem o suporte social e cuidados para com esses indivíduos. E enquanto estes “ses” permanecerem, os diagnósticos do TEAF e da SFA, continuarão a ser negligenciados, sem uma completa e total resolução (GOLDEN, 2005).

Não se pode ignorar a popularidade e os benefícios, relacionados à vida social e a economia envolta na sua produção e comercialização do álcool e, por isso, nenhuma política pública, de regulação de consumo abusivo de álcool, terá o impacto e alcance necessários se desconsiderar tais fatos.

Os resultados deste estudo, como verificou-se, apontaram que apesar das diferenças regionais, de escolaridade e demais aspectos sociodemográficos consultados as participantes de forma geral demonstraram ter conhecimento e respostas similares para os riscos quanto à exposição fetal ao álcool.

Por isso, os esforços de prevenção do TEAF, para serem efetivos, devem ser pautados pela compreensão da experiência de trauma das mulheres – em sua

essência, um compromisso de gerar menos conflitos e ao mesmo tempo ser mais perceptível e sensível a estes fatos nos serviços disponibilizados a elas.

Há um longo caminho a seguir para efetuar a mudança de paradigmas, para uma resposta que ressalte e esteja orientada à saúde de mulheres grávidas e mães que tenham problemas com o consumo abusivo de álcool, em políticas de saúde e demais serviços.

Da mesma forma, o desenvolvimento de projetos, a implementação e estudos de melhores práticas em respostas holísticas e centradas nas mulheres é substancial. Com base em suas contribuições até o momento, o envolvimento de especialistas em promoção da saúde das mulheres, cuidados de maternidade e uso de substâncias da mulher trará uma importante perspectiva de saúde da mulher para o trabalho essencial de prevenção do TEAF.

Os benefícios da prevenção primária do TEAF incluem proporcionar às mulheres informações de saúde baseadas em evidências e conectar membros da comunidade para criar redes de serviços para enfrentar os impactos de uso de substâncias em toda a comunidade (POOLE, 2008).

E este trabalho possibilita o olhar e o desenvolvimento de ações que englobam:

- Promoção de saúde das mulheres;
- Promoção de saúde das gestantes;
- Promoção de saúde das crianças;
- Cuidado integral (biopsicossocial) com esta população
- Medidas de controle de álcool;
- Abordagens de conscientização multifacetária;
- Outros esforços de educação.

E competente ao Serviço Social, dentre outras profissões, orientar as políticas públicas, elaborar programas e projetos que venham ao encontro das necessidades reais da demanda dos sujeitos, quer seja no âmbito particular e/ou coletivo.

E entende-se a necessidade de que outras pesquisas sejam desenvolvidas para que haja o aprimoramento dessas ações e para ampliação da distribuição desse conhecimento.

REFERÊNCIAS

I LEVANTAMENTO Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. LARANJEIRA, R. et al. (Elab. Red. e Coord.). Brasília (DF): Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2016.

II LEVANTAMENTO Nacional de Álcool e Drogas. LARANJEIRA, R. (Org.). **O consumo de álcool no Brasil: Tendências entre 2006 e 2012**. II LENAD -

Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. Unifesp, 2013. Disponível em: <http://inpad.org.br/wpcontent/uploads/2013/04/LENAD_PressRelease_Alcohol_RVW.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2016.

II LEVANTAMENTO Nacional de Álcool e Drogas (LENAD): Relatório 2012.

LARANJEIRA, R. et al. (Supervisão). São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014. Disponível em: <<https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2016.

ACADEMIA Americana de Pediatria (AAP). **Joint Call to Action on Alcohol and Pregnancy: eliminating the risk for fetal alcohol spectrum disorders**. Disponível em: <[https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/fetal-alcohol-](https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/fetal-alcohol-spectrumdisorderstoolkit/Pages/JointCalltoActiononAlcoholandPregnancy.aspx?nfstatus=401&nftoken=00000000000000000000000000000000&nfstatusdescription=ERROR%3a+No+local+token)

[spectrumdisorderstoolkit/Pages/JointCalltoActiononAlcoholandPregnancy.aspx?nfstatus=401&nftoken=00000000000000000000000000000000&nfstatusdescription=ERROR%3a+No+local+token](https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/fetal-alcohol-spectrumdisorderstoolkit/Pages/JointCalltoActiononAlcoholandPregnancy.aspx?nfstatus=401&nftoken=00000000000000000000000000000000&nfstatusdescription=ERROR%3a+No+local+token)>. Acesso em: 12 mar. 2016.

AGUIAR, D. O. **Narrativas de vida de mulheres alcoolistas: contribuições para a prática da enfermeira no CAPS ad**. 2014. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. 2014. Disponível em:

<http://www.btdt.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=6767>. Acesso em: 10 abr. 2017.

AGUIAR, Z. N.; SANTOS, R. da S. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

ALCÂNTARA, L. I. **Consumo de álcool na gestação e sua relação com o desenvolvimento cognitivo dos filhos na idade escolar**. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Mental) -Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. D. B. Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 11, n. 2. Whashington. 2002. p. 109 - 120. Disponível em:

<<https://scielosp.org/pdf/rpsp/v11n2/8381.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

ALMEIDA, J. F. et al. Uso de álcool entre estudantes de escolas da rede pública de ensino. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 7, n. 2, p. 397-406, 2013. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10248/10859>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

ALVARENGA, K. F. et al. Proposta para capacitação de agentes comunitários de saúde em saúde auditiva. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 20, n. 3, p. 171-176, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pfono/v20n3/06.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

ALVES, T. M.; ROSA, L. C. dos S. Usos de substâncias psicoativas por mulheres: a importância de uma perspectiva de gênero. **Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 24 n.2, 2016.

AMORIN, C. **TDH e Funções Executivas**: Onde tudo começa. (On-line). São Paulo. Disponível em: <<https://dda-deficitdeatencao.com.br/tdh/funcoes-executivas.html>>. Acesso em: 10 de abr. 2017.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro** – vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. 1a ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASTLEY, S J. et al. Application of the fetal alcohol syndrome facial photographic screening tool in a foster care population. **The Journal of Pediatrics**, v. 141, n. 5, p. 712-717, 2002. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.602.9787&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 10 de ago. 2017.

AZEVEDO, V. A. P. de; BRAGA, T. M. S. Relatos dos familiares sobre aluno com exposição ao álcool durante a gestação. In: **VII Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial**. 2011, Londrina, 2011. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/congressomultidisciplinar/pages/arquivos/anais/2011/CO NTEXTO_HOSPITALAR/171-2011.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2018.

AUAD, D. **Feminismo que história é essa?** Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

BADINTER, E. Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno. Tradução: WALTENSIR DUTRA. 1985. Editora: Nova Fronteira. Título original: **L'amour en Plus**. Flammarion, Paris, 1980. Disponível em: <[http://www.redeblh.fiocruz.br/media/livrodigital%20\(pdf\)%20\(rev\).pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/livrodigital%20(pdf)%20(rev).pdf)>. Acesso em: 02 fev. 2018.

BAKARGI, G.M.L; OLIVEIRA, N. H. D. Por trás dos muros: análise do livro “Holocausto Brasileiro” sob a perspectiva do Serviço Social. In: **CIC UNESP**, 2015. Disponível em: <http://prope.unesp.br/cic_isbn/busca.php>. Acesso em: 02 fev. 2017.

BAKARGI, G. M. L. Repercussões cognitivas e comportamentais pela exposição ao álcool durante a gestação. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 53-61, 2017.

BAKARGI, G. M. L. **Desenvolvimento e avaliação de um curso para agentes comunitários de saúde sobre o Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal**. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2018. 97 f.

BARR, H. M.; STREISSGUTH, A. P. Identifying maternal self-reported alcohol use associated with fetal alcohol spectrum disorders. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, vol. 25, n. 2, 2001.

BENETTI, I. C. et al. Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. **Pensando Psicologia**, v. 9, n. 16. Colombia. 2013.

BERNAL, R.; SILVA, N. N. **O uso do EXCEL para análises estatísticas**. Curso de bioestatística. São Paulo. 2012. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/nilza/Apostila_curso_excel_V4.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2017

BERTRAND, J. et al. **Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis**. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2004. Disponível em: < https://https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/documents/fas_guidelines_accessible.pdf >. Acesso em: 5 de fev. 2016.

BERTRAND, J.; FLOYD, L. L.; WEBER, M. K. Guidelines for identifying and referring persons with fetal alcohol syndrome. **MMWR Recomm Rep**, v. 54, p. 1-14. Atlanta. 2005. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5411a1.htm>>. Acesso em: 5 de fev. 2016.

BNDES. **O setor de bebidas no Brasil**. Biblioteca digital do BNDES, v. 40, p.93-130. 2014. Disponível em: <https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/3462/1/BS%2040%20O%20setor%20de%20bebidas%20no%20Brasil_P.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2016.

BOLZAN, L. M.; BELLINI, I. B. **Onde estão as mulheres? A homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), PUCRS. Rio Grande do Sul. 2015. Disponível em:<<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/7196/1/000467579Texto%2bCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2016.

BONTHIUS, D. J. et al. Importance of genetics in fetal alcohol effects: null mutation of the nNOS gene worsens alcohol-induced cerebellar neuronal losses and behavioral deficits. **Neurotoxicology**. v. 46. 2015. p. 60-72.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Publicada no DOU nº 182, Seção I, pág. 18055. Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 13 mar. 2016.

_____. CONSELHO Nacional de Saúde. Resolução n.º 218, de 6 de março de 1997. Regulamentação das profissões de Saúde. **Diário Oficial da União**. Publicada no DOU nº 83, Seção I, págs. 8932-33, Brasília, DF, 5 maio 1997. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_97.htm>. Acesso em: 14 mar. 2016.

_____. MINISTÉRIO da Saúde. **Assistência Pré-Natal**. Secretaria de Políticas de Saúde, Manual Técnico, 3ª edição. Brasília, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2018.

_____. SISTEMA Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

_____. MINISTÉRIO da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/A-Pol--tica-do-Minist--rio-da-Sa--de-para-Aten----o-Integral-ao-Usu--rio-de---lcool-e-Outras-Drogas--2003-.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

_____. MINISTÉRIO da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2017

_____. MINISTÉRIO da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2005parte1.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2017.

_____. Decreto do Executivo 6.117/2007 de 22/05/2007. Aprova a Política Nacional sobre o Alcool. Dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Publicada no DOU de 23/05/2007, p. 5. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm>. Acesso em: 14 mar. 2017.

_____. MINISTÉRIO da Saúde. **Vigitel Brasil 2006**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, Brasília, 2007.

_____. MINISTÉRIO da Saúde. **Relatório de gestão 2003 a 2006**: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_2003a2006_politica_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2016.

_____. MINISTÉRIO da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Cadernos de Atenção Básica nº 33.

Brasília: Ministério da Saúde. 2012. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2017.

_____. MINISTÉRIO da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Talidomida: orientação para o uso controlado**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/talidomida_orientacao_para_uso_controlado.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2018.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. Projeto Ético - Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 197- 217.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas Sociais e Práticas Profissionais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BROWN, R. T. et al. Effects of prenatal alcohol exposure at school age. II. Attention and behavior. **Neurotoxicology and Teratology**, v.13, n.4, 1991.

BURD, L. et al. Fetal alcohol syndrome in the Canadian corrections system. **J FAS Int**. Toronto. 2003. Disponível em:
<http://www.motherisk.ca/JFAS_documents/FAS_Corrections_REV.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2016.

BURD, L. et al. Fetal alcohol syndrome in the United States corrections system. **Addict Biol**. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15223545>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

CAMPBELL, D. T.; STANLEY, J. C. **Delineamentos Experimentais e Quase-Experimentais de Pesquisa**. Tradução de Renato Alberto T. Di Dio. São Paulo: EPU – EDUSP. 1979.

CARVALHO, P. R. M. CARDOSO, M. S. **Política Pública, Segurança e Violência: a violência das drogas e vitimização no Distrito Federal**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências Políticas). Centro Universitário UNIEURO. Brasília, 2017. 98f.

CARVALHO, D. B. B. de. et al. Legislações e políticas de saúde relacionadas às diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. In: BRASIL. SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas: curso de capacitação para conselheiros municipais**. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2008. p.183-191

CARRÊLO, M. M. D. **A Inclusão do Aluno com Síndrome Alcoólica Fetal: da teoria a prática**. Braga, f. 101, 2014. TCC. Portugal, 2014 Disponível em:
<<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18426/1/MCarrelo-VF.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

CARVALHO, A. E. B. **Bebidas alcoólicas: estimativa de consumo e conhecimento do álcool como fator de risco gestacional em uma amostra de**

estudantes do sexo feminino do município de Penápolis-SP. 2005. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2005.

CASARIN, T. **Competências socioemocionais.** After school. 2017. Disponível em: <<https://www.afterschool.net.br/single-post/2017/8/18/competencias-socioemocionais>>. Acesso em: 05 set. 2017.

CESAR, Beatriz Aceti Lenz. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. **J. Bras. Psiquiatr.** Rio de Janeiro, 2006, vol.55, n.3, pp. 208-211. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n3/v55n3a06.pdf>>. Acesso em 10 abr. 2018.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço.** 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CONSELHO Federal de Serviço Social (CFESS). **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010.

COSTA, A.; AQUINO, E. L. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: COSTA, A. M.; MERCHAN-HAMANN, E.; TAJER, D. (Orgs.). **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas.** Brasília: Ed. UnB: Alames: Abrasco, 2000.

COSTA, M. L.; SOUSA, T. O. **Adesão ao pré-natal: a reprodução de um conceito.** 2002. Monografia (Graduação em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem da Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2002.

CHUDLEY, A. E. et al. Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Canadian guidelines for diagnosis. **CMAJ**, v.172, Canadá, 2005.

CHUDLEY, A. E. Fetal alcohol spectrum disorder: counting the invisible - mission impossible? **Arch Dis Child**, v. 93, n. 9. Londres, 2008. p. 721-722.

CLARREN, S. K. et al. Screening for fetal alcohol syndrome in primary schools: a feasibility study. **Teratology**, v. 63, n. 1. 2001. p. 3-10.

CRUZ, D. L. da. **Família, deficiência e proteção social: Mães Cuidadoras e os serviços do Sistema Único da Assistência Social (SUAS).** 2011. Monografia (Especialização em Gestão de Políticas Públicas de Proteção e Desenvolvimento Social). Escola Nacional de Administração Pública – ENAP. Brasília, 2011.

D'ANTINO, E.F.; BRUNONI, D., SCHWARTZMAN, J.S. **Contribuições para inclusão escolar de alunos com necessidades especiais:** estudos interdisciplinares em educação e saúde no município de Barueri. São Paulo: Memnon, 2012.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.

DEFELIPPE, R. C. **Tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa do Brasil do Sensory Perception Quotient (SPQ)**. 2016. 93 f. Dissertação (Distúrbios do Desenvolvimento) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo.

DOYAL, L. **What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health**. New Jersey, Rutgers University Press, 1995. 220 f.

DORRIS, Michael, **The Broken Cord: a family's ongoing struggle with Fetal Alcohol Syndrome**. New York: Harper, 1989, p 165.

DUARTE, P. do C. A. V. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas no Brasil. In: BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 1. ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2008, p. 174-181. Disponível em: <http://www.conselhodacrianca.al.gov.br/sala-de-imprensa/publicacoes/Livro_senasp.pdf>. Acesso em: 01 set. 2016.

ELIAS-CYMROT, R. S. F. **Ingestão abusiva de álcool e possibilidades de intervenção**. 2006. Dissertação (Mestrado Saúde Pública). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. 2006.

EQUIPO de Investigación Sociológica (EDIS). BOTELHO, J. N. (Dir. e Coord.). **Factores de riesgo social y su relación con los consumos de drogas**. Ayuntamiento de Madrid. Madrid. 2000.

ERTEL, L. 70 maiores bilionários do Brasil em 2016. **Revista Forbes**. 29 ago. 2016. Disponível em: <<http://www.forbes.com.br/listas/2016/08/70-maiores-bilionarios-do-brasil-em-2016/>>. Acesso em: 01 set. 2016.

FALEIROS, V. P. **Estratégias em serviço social**. 2. ed. São Paulo: Cortez; 1999.

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

FASD forever. **What is FASD?**. Estados Unidos da América. Disponível em: <<http://fasdforever.com/what-is-fasd/>>. Acesso em: 20 set. 2017.

FAST, D. K; CONRY. J. The challenge of fetal alcohol syndrome in the criminal legal system. **Addict Biol.**, v. 9 n. 2, p.161-167. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15223543>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

FERREIRA, A. M. **SPSS – Manual de utilização**. Escola Superior Agrária de Castelo Branco, Rio Grande do Sul, 1999. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/gpat/wp-content/uploads/2012/05/Manual-de-Spss-pt.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

FERNÁNDEZ. F. A. Didáctica y optimización del proceso de enseñanza-aprendizaje. **Instituto Pedagógico Latinoamericano y Caribeño**. La Havana – Cuba, 1998.

FIORENTIN, C. F.; VARGAS, D. O uso do álcool entre gestantes e os seus conhecimentos sobre os efeitos do álcool no feto. **Revista Eletrônica de Saúde Mental, álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, 2006.

FLOYD, R. L. et al. Prevention of fetal alcohol spectrum disorders. **Dev Disabil Res Rev.**, v. 15, n. 3, p. 193-202, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19731392>>. Acesso em: 03 abr. 2016.

FONSECA, L. A. **O estigma sobre as mulheres alcoolistas em tratamento no Serviço de Estudo e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas do Hospital Universitário de Brasília.** 2009. TCC (Graduação em Serviço Social). Departamento de Serviço Social. Universidade de Brasília. 2009.

FREIRE, K.; PADILHA, P. C.; SAUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Rev. Brasil. Ginecol. Obst.** Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 335-41, 2009.

G1. **Petrobras volta a ser a segunda maior empresa de capital aberto por valor de mercado.** São Paulo. Disponível em: <<https://economica.com/estudos/data/20161010a.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2016.

GARDNER, H. **Inteligências múltiplas: a teoria na prática.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

GARRIDO, M. V.; AZEVEDO, C.; PALMA, T. Cognição social: Fundamentos, formulações actuais e perspectivas futuras. **Psicologia**, v. 25. Lisboa, 2011.

GRINFELD, H. Consumo nocivo de álcool durante a gravidez. In: ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J. C.; SILVEIRA, C. M. **Álcool e suas consequências:** uma abordagem multiconceitual. Barueri, SP: Minha Editora, 2009.

GOUVEA et al. Avaliação do consumo de álcool entre gestantes cadastradas no SisPreNatal em Londrina/PR. **Cogitare Enferm.** v. 15, n. 4. Curitiba, 2010. p. 624-654.

HOCHGRAF, P. B.; ANDRADE, A. G. de. **Alcoolismo feminino: comparação de características sócio-demográficas e padrão de evolução entre homens e mulheres alcoolistas.** 1995. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade:** dimensões históricas, teóricas e ético-políticas. Fortaleza, CRESS –CE, Debate n. 6, 1997

IBGE. **Estimativa da população 2017.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/franca/pesquisa/37/30255>>. Acesso em: 02 jan. 2018.

IDEC. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde.** 2. ed. Brasília: IDEC, 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/sus_plano_saude.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

INSTITUTE of medicine. **Fetal Alcohol Syndrome:** diagnosis, epidemiology, prevention, and treatment. Institute of Medicine National Academy Press, Washington, 1996.

JOMAR, R. T.; ABREU, A. M. M.; GRIEP, R. H. Caracterização do consumo de álcool de uma população adscrita à estratégia Saúde da Família. **Escola Ana Nery de Enfermagem**, v.18, n.1, p.96-100. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000100096&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 20 mar. 2017.

JACOBSON, J. L. et al. Relation of maternal age and pattern of pregnancy drinking to functionally significant cognitive deficit in infancy. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v.22, n.2, p.345-396, 1998. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9581639>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

JONES, K. L.; SMITH, D. W. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. **Lancet**, v.302, n.7836, p. 999-1001, Reino Unido, 1973. Disponível em:

<[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(73\)91092-1](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(73)91092-1)>. Acesso em: 10 mar. 2016.

JUNQUEIRA, M.A.B. **Intervenção breve para os problemas relacionados ao uso do álcool**: avaliação de atitudes entre estudantes de enfermagem. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2010.

KANDALL, S. R. **Substance and shadow: women and addiction in the United States**. Publisher Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1996.

KATRANDJIAN, O. **Betty Ford**: A Pioneer Who Redefined the Role of First Lady. 2011. Disponível em: <<http://abcnews.go.com/Health/betty-ford-pioneer-redefined-role-lady-put-face/story?id=14036838>>. Acesso em: 20 set. 2017.

KAUP, Z. O. L.; MERIGHI, M. A. B.; TSUNECHIRO, M. A. Avaliação do Consumo de Bebida Alcoólica Durante a Gravidez. **RBGO**. v. 23, n. 9. São Paulo, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n9/11280.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

KERNS, K. A., et al. Cognitive deficits in nonretarded adults with fetal alcohol syndrome. **Journal of Learning Disabilities**, v.30, n.6, p.685-778, 1997. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9364906>>. Acesso em: 11 mar. 2017.

KODITUWAKKU, P. W. Defining the behavioral phenotype in children with fetal alcohol spectrum disorders: a review. **Neurosci Biobehav Rev.**, v. 31, n.2, p.92–201, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16930704>>. Acesso em: 05 jun. 2016.

KODITUWAKKU, P. W. Neurocognitive Profile In Children With Fetal Alcohol Spectrum Disorders. **Dev. Disabil. Res. Rev.**, v.15, n.3, p.218-224, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3104937/>>. Acesso em: 05 jun. 2016.

KOKRDA, D. A. de R; PEREIRA, L. P. L. S. **O trabalho do/a assistente social na saúde pública em Goiânia e o projeto ético-político do Serviço Social**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2014. 115f.

LÉMOINE, P. et al. **Les enfants de parents alcooliques: Anomalies observées, a propos de 127 cas**. Ouest Med. França, 1968.

LIMA, C. S; ALMEIDA, M. A. Características da linguagem receptiva e expressiva de indivíduos deficientes mentais. In: Congresso Brasileiro Multidisciplinar de educação Especial, IV, 2012, Londrina. **Anais IV Congresso Brasileiro Multidisciplinar de educação Especial**. Londrina, Universidade Estadual de Londrina, 2007. Disponível em: <<http://www.psiquriatriainfantil.com.br/congressos/uel2007/187.htm>>. Acesso em: 05 out. 2017.

LIMA, J. M. B. **Álcool e Gravidez – Síndrome Alcoólica Fetal – SAF: Tabaco e outras drogas**. Rio de Janeiro: Medbook. Editora Científica. 2008.

LIRA, S. A. **Análise de correlação**: abordagem teórica e de construção dos coeficientes com aplicações. 2014. Dissertação (Mestrado em Métodos Numéricos em Engenharia dos Setores de Ciências Exatas e Tecnologia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

LOPES, L.F.D. **Apostila de estatística**. UFSM, 2003. Disponível em: <<http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/LIVROS/LIVROS/Luis%20Felipe%20Dias%20Lopes.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2017.

LOWENTHAL, R. **Saúde mental na infância**: proposta de capacitação para Atenção Primária. São Paulo: Editora Mackenzie. 2013.

LUCCAS, V. N. B. **A delicadeza dos meus sentimentos: a dependência alcoólica feminina representada por homens e mulheres em processo de recuperação alcoólica** [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-11042016-151504/en.php>>. Acesso em: 03 abr. 2016.

LYMAN, R. Michael Dorris Dies at 52; Wrote of His Son's Suffering. **The New York Times**, Nova York, 1997. Disponível em: <<http://www.nytimes.com/1997/04/15/books/michael-dorris-dies-at-52-wrote-of-his-son-s-suffering.html>>. Acesso em: 01 mar. 2018.

MAIA, J. A.; PEREIRA, L. A.; MENEZES, F. A. Consequências do uso de drogas durante a gravidez. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 2. Bahia, 2015. p. 121-128.

MARQUES, A. C. P. R.; FURTADO, E. F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500008>. Acesso em: 03 mar. 2016.

MARQUARDT, K.; BRIGMAN, J. L. The impact of prenatal alcohol exposure on social, cognitive and affective behavioral domains: Insights from rodent models. **Alcohol**. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26992695?tool=MedlinePlus>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

MAY, P. A. et al. Epidemiology of fetal alcohol syndrome among American Indians of the Southwest. **Social Biology**, v. 30, n.4, p. 373-387, 1983.

MAY, P. A; GOSSAGE, J. P. Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome: a summary. **Alcohol Res. Health**, v.25, n.3, p.159-226. Bethesda, MD, 2001.

Disponível em: <<https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh25-3/159-167.htm>>. Acesso em: 04 fev. 2016.

MAY, P. A. et al. The epidemiology of fetal alcohol syndrome and partial FAS in a South African community. **Drug Alcohol Depend**, v. 88, p. 259-330, 2007.

_____. Prevalence of Children with Severe Fetal Alcohol Spectrum Disorders in Communities Near Rome, Italy: new estimated rates are higher than previous estimates. **Int. J. Environ Res. Public Health**, v.8, n.6, p. 2331- 2382. Basel, 2011.

MAY P. A. e tal. Prevalence and characteristics of fetal alcohol syndrome and partial fetal alcohol syndrome in a Rocky Mountain Region City. **Drug Alcohol Depend.**, vol. 155, p. 118-127. 2015.

_____. Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorders in 4 US Communities. **JAMA**, vol. 319, n. 5. p. 474-482. Chigago, 2018.

MATTSON, S. N.; RILEY, E. P. Brain anomalies in fetal alcohol syndrome. In: ABEL, E.L. (Ed.) **Fetal Alcohol Syndrome: from mechanism to prevention**. Boca Raton, FL: CRC Press. 1996.

MATTSON, S. N.; RILEY, E. P. A review of the neurobehavioral deficits in children with fetal alcohol syndrome or prenatal exposure to alcohol. **Alcoholism: Clinical & Experimental Research**, v.22, n.2, p.279-733, 1998.

MELO, T.M. **Educação a distância na Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde na área de saúde auditiva infantil**. 2008. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo. Bauru, 2008

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

MESQUITA, M. A. Efeitos do álcool no recém-nascido. **Einstein**, v.8, n.3, p.368-443. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n3/pt_1679-4508-eins-8-3-0368.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2016.

MINOZZO, F. et al. Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde e Integralidade. In: FORMIGONI, M. L. O. de S. (Coord.) **Atenção integral na rede de saúde**: módulo 5. 9. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016. 110 p. SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. p.14-32

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.5, p.695-703, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000500002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 maio 2017.

MORETTI-PIRES, R. O., et al. Family health nurse in the Amazon: concepts and mangement of themes regarding alcohol use. **Revista Escola de Enfermagem**,

v.45, n.4. Universidades de São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400019>. Acesso em: 03 mar. 2017.

MONTAGU, A. **Life before Birth**: a renowned authority genetics offers all the latest medical research to help every mother ensure the well being of her child from conception through birth. New American Library, New York, 1964. 244p.

NAYAK, R. B.; MURTHY, P. Fetal Alcohol Spectrum Disorder. **Indian Pediatrics**, v.45. Nova Delhi, 2008. Disponível em: <<http://medind.nic.in/ibv/t08/i12/ibvt08i12p977.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. v.1. São Paulo: Cortez, 2006.

NOBREGA, Maria do Perpétuo S S; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. Dando voz às mulheres usuárias de álcool. **Act. Paul Enf.** São Paulo, v. 16, n. 3. 2003. p. 71-80. Disponível em: <http://abordabrasil.org/biblioteca/Producao%20Academica/nobrega_oliveira.pdf>. Acesso em 02 out. 2009

O'CONNOR, M. J.; PALEY, B. Psychiatric conditions associated with prenatal alcohol exposure. **Dev. Disabil Res. Rev.** v. 15, n. 3. Baltimore, 2009. p. 225-259.

OLIVEIRA, A. C. **Síndrome alcoólica fetal: conhecimento dos profissionais da área da saúde que trabalham na comunidade de Paraisópolis na cidade de São Paulo**. 2006. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, T. R.; SIMÕES, S. M. F. O consumo de bebida alcoólica pelas gestantes: um estudo exploratório. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v. 11, n. 4. Rio de Janeiro, 2007. p. 632 - 640.

OLIVEIRA, S. N.; SILVA, S. H. G.; LUNARDELO, S. R. O programa de saúde da família como alternativa de mudança: um relato do município de Franca (SP). **Investigação**, v. 8, n. 1-3, p. 115-120. Franca, 2008.

OLIVEIRA, N. H. D. Recomeçar: família, filhos e desafios. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 236 p.

ONU. **Declaração Universal Dos Direitos Humanos. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris**. 10 dez.1948. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde. OMS – Organização Mundial da Saúde, Brasil. **Mulheres grávidas devem ter acesso aos cuidados adequados no momento certo, afirma OMS**. Online. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5288:mulheres-gravidas-devem-ter-acesso-aos-cuidados-adequados-no-momento-certo-afirma-oms&Itemid=820>. Acesso em: 01 abr. 2018.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. **Global status report on alcohol**. Geneva (SW): World Health Organization. 2004. Disponível em:

<http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/>.
Acesso em: 15 jan. 2016.

PEREIRA, A.; PATRÍCIO, T. **SPSS: guia prático de utilização: análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia**. 8.^a ed. Lisboa: Sílabo, 2013. 256p.

POPOVA, S. et al. Fetal alcohol spectrum disorder prevalence estimates in correctional systems: a systematic literature review. **Canadian Public Health Association**, Canadá, 2011. Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22032097>>. Acesso em: 11 jul.2016.

PORTUGAL, G. **Ecologia do desenvolvimento humano em Bronfenbrenner**. AVEIRO: CIDINE. 1992. 136 p.

PROJETO de Lei. **PL 2.512/2011**. Brasília. Disponível em:
<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=523385>>. Acesso em: 08 abr. 2018.

QUIÑONES, G. Aspectos Psicológicos. In: BELASCUAIN, M. E. et al. **Del Beber al Alcoholismo**. Buenos Aires: DÁIMÓN; 1988.

RAMALHO, J.; SANTOS, Maria R. . Síndrome Alcoólica Fetal: implicações educativas. **Revista Brasileira de Educação Especial**. Marília, v. 21, p. 335-344. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbee/v21n3/1413-6538-rbee-21-03-00335.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2018.

RENNÓ JR, J. et al. Saúde mental da mulher: transtornos psiquiátricos relacionados ao ciclo reprodutivo. **Revista debates em psiquiatria**, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.abp.org.br/download/revista_debates_nov_dez_2012.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2016.

RODRIGUES, A. L. **Bebidas alcoólicas: estimativa do consumo e o conhecimento como fator de risco gestacional em uma amostra de estudantes adolescentes do sexo feminino da cidade de São Paulo**. 2004. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2004.

ROSA, C. Q. da; SILVEIRA, D. S.; COSTA, J. S. D. da. **Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte**. Rev. Saúde Pública, v. 48, n. 6. 2014. p. 977-984.

SAMPIERI, R. H.; FERNÁNDEZ-COLLADO, C. H.; LUCIO, P. B. **Metodología de la investigación**. 4a edición. México: McGraw-Hill, 2006. Disponível em:
<https://competenciashg.files.wordpress.com/2012/10/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006_ocr.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

SANCHES, C. P.; BRUNONI, D. **Intercorrências perinatais em indivíduos com transtornos invasivos do desenvolvimento: uma revisão**. CCBS, v.10, n.1. São Paulo, 2010. Disponível em:
<http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/PosGraduacao/Docs/Cadernos/caderno10/62118_3.pdf>. Acesso em: 02 out. 2015.

SANTOS, F. S.; FURTADO, E. F. **Diagnóstico da exposição fetal ao álcool através de biomarcadores em mecônio**. 2016. Tese (Doutorado em Ciências) –

Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. Cultura Acadêmica.** São Paulo, 2009.

SAVIAN, Z. A. G. O uso da revista ilustração brasileira (1922) para uma análise das elites cariocas. **3º Encontro de Pesquisa em História: historiografia e fontes históricas.** Bauru, 2015. Disponível em: <<https://www.usc.br/custom/2008/uploads/wp-content/uploads/2016/09/13.-ZULEMAR-AUGUSTA-GIOTTO-SAVIAN.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2016.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. **Educação e Realidade.** Porto Alegre, vol. 20, n. 2. 1995.

SENAD. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) E AUDIT-C. Brasília. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201612/20161213-100646-002/pagina-05.html>>. Acesso em: 12 set. 2017.

SEGRE, C. A. M. (Coord.) **Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido.** São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.spsp.org.br/downloads/alcool.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2016.

SEGRE, C. A. M. (Coord.) **Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido.** São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2ª ed. 2017.

SILVA, V. A. et al. Alcohol consumption during pregnancy and newborn outcome: a study in Brasil. **Neurobehav Toxicol Teratol**, v.3, n.2, p. 169-241, 1981.

SIMÕES, C. **Curso de Direito do Serviço Social.** Biblioteca Básica de Serviço Social. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2014.

SOARES, A. C. N. **Mulheres chefes de família: narrativa e percurso ideológico** Franca: UNESP-FHDSS, 2002.

SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 22. 2008. p. 161-182.

SOUZA, G. T.; RODRIGUES, M. C.; CIAVAGLIA, M. C. Análise do grau de conhecimento da população sobre a teratogenia do álcool e a conduta de enfermagem. **R. Bras. Enferm.**, v. 49, n. 2. Brasília, 1996. p. 287-304.

SOUZA, S. C; BRUNONI, D.; SCHWARTZMAN, J. S. **Perfil de mulheres atendidas em um centro de atenção psicossocial de álcool e drogas no município de Barueri/SP.** 2010. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento). Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo. 2010.

STREISSGUTH, Ann P. **Fetal Alcohol Syndrome: A guide for families and communities.** London, f. 340, 1997. Disponível em: <<https://archive.org/details/fetalalcoholsyndr00stre>>. Acesso em: 5 mar. 2018.

TAIT, C. L. et al. **Fetal alcohol syndrome among aboriginal people in Canada: review and analysis of the intergenerational links to residential schools.** The aboriginal healing foundation. Canadá. 2003. Disponível em:

<<http://www.ahf.ca/downloads/fetal-alcohol-syndrome.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2016

TANAKA, O. Y; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.2, p.477-486, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a16v14n2>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

THE NEW YORK TIMES. **Doctors Criticized on Fetal Problem**. Nova York, 1990. Disponível em: <<https://www.nytimes.com/1990/12/11/us/doctors-criticized-on-fetal-problem.html>>. Acesso em: 01 fev. 2018.

UOL. **Um em cada 20 bebês é afetado por mães que bebem na gravidez, diz estudo**. 06 fev. São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2018/02/06/um-a-cada-20-bebes-sao-afetados-por-maes-que-bebem-na-gravidez-diz-estudo.htm>>. Acesso em: 01 fev. 2018.

UOL. **Dono da Ambev perde US\$ 1,8 bi, mas é o mais rico do Brasil pelo 6º ano**. 06 mar. São Paulo, 2018a. Disponível em: <<https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2018/03/06/bilionarios-brasileiros-forbes-jorge-paulo-lemann-ambev.htm>>. Acesso em: 08 mar. 2018.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; ARAÚJO, E. C. Prevalência da dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.8, p. 1711-1720. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000800007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 07 ago. 2016.

VARGAS, C. R. M. de; DYTZ, J. L. G. Mulheres em situação de abuso ou dependência de álcool: explorando semelhanças. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.**, vol. 4, n. 1. Brasília, 2010. P.51-59.

VELHO, Gilberto (Org.). **Desvio e divergência: uma crítica da patologia social**. Ed. 5º. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed., 1985.

VELOSO, L.U.P; MONTEIRO, C.F.S. Prevalência e fatores associados ao uso de álcool em adolescentes grávidas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.21. Ribeirão Preto, 2013.

VILLELA, W. V.; OLIVEIRA, E. M. Gênero, saúde da mulher e integralidade: confluências e desencontros. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. 404 p.

WATERSON, J. **Women and Alcohol in Social Context**. Palgrave, Basingstoke. 2000.

WILLIAMS, J.F. et al. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. American Academy of Pediatrics, **Pediatrics**, v. 136, n.5, 2015. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2015/10/13/peds.2015-3113.full.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2017.

WIZIACK, J.; CARNEIRO, M. **Bancos e bebidas têm os maiores descontos no Refis**: Setores dão uma entrada mais generosa, opção que aumenta o abatimento. Folha de São Paulo. 18 mar. São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2018/03/bancos-e-bebidas-tem-os-maiores-descontos-no-refis.shtml>>. Acesso em: 19 mar. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. **WHO**, 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=BC63D4F7DB0389344377115E11720416?sequence=1>>. Acesso em: 01 abr. 2018.

YAMAGUCHI, E. T. et al. Drogas de abuso e gravidez. **Rev. Psiquiátrica Clín.**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 44-47, 2008.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2ª ed. Porto Alegre: **Bookman**, 2001. Disponível em: <https://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2014/02/yin-metodologia_da_pesquisa_estudo_de_caso_yin.pdf/>. Acesso em: 15 jan. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

NOME DO PARTICIPANTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____. IDADE: ____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: TIPO: _____ Nº _____ SEXO: M () F ()

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____ FONE: _____.

Eu, _____,
declaro, para os devidos fins ter sido informada verbalmente e por escrito, de forma suficiente a respeito da pesquisa: **Conhecimento sobre os possíveis danos associados a exposição fetal ao álcool: uma comparação intermunicipal.** A pesquisa será conduzida por **Giselle Moraes Lima Bakargi**, do Programa de Pós-Graduação em **Serviço Social**, orientada pela Profa. Dra. **Nayara Hakime Dutra Oliveira**, pertencente ao quadro docente da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/UNESP/Campus Franca e coorientada pelo Prof. Dr. **Décio Brunoni**, pertencente ao quadro docente da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Estou ciente de que este material será utilizado para apresentação em Dissertação, observando os princípios éticos da pesquisa científica e seguindo procedimentos de sigilo e descrição. **Esta pesquisa tem a intenção de avaliar o nível atual de conhecimento sobre os possíveis danos relacionados a exposição ao álcool durante a gestação, em uma amostra da população feminina de duas cidades brasileiras.** Fui esclarecida sobre os propósitos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados e riscos e a garantia do anonimato e de esclarecimentos constantes, além de ter o meu direito assegurado de interromper a minha participação no momento que achar necessário.

Franca, de _____ de _____.

Assinatura do participante

(assinatura)

Pesquisadora Responsável/RG: 59.791.032-7

Nome Giselle Moraes Lima Bakargi

Endereço: Rua João Batista de Andrade, 5064. José de Carlos. Franca/SP

Tel.: (16) 98158-2446

E-mail: gisellebakargi@hotmail.com

(assinatura)

Orientadora/RG: 20.468.889-9

Prof.^a Dr.^a Nayara Hakime Dutra de Oliveira

Endereço: Rua Cassiano Ricardo, 521. Residencial Nova Franca. Franca/SP

Tel.: (16) 3701-4214

E-mail: nayarahakime@gmail.com

(assinatura)

Coorientador/RG: 7387336

Prof. Dr. Décio Brunoni

Endereço: Alameda Fernão Cardim 346 apto 101, Jardim Paulista. São Paulo/SP

Tel. (11) 3285-2603

E-mail: debruno46@gmail.com

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

NOME DO PARTICIPANTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____. IDADE: ____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: TIPO: _____ Nº _____ SEXO: M () F ()

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____ FONE: _____

Eu, _____,

declaro, para os devidos fins ter sido informado verbalmente e por escrito, de forma suficiente a respeito da pesquisa: **Conhecimento sobre os possíveis danos associados a exposição fetal ao álcool: uma comparação intermunicipal.** A pesquisa será conduzida por **Giselle Moraes Lima Bakargi**, do Programa de Pós-Graduação em **Serviço Social**, orientada pela Profa. Dra. **Nayara Hakime Dutra Oliveira**, pertencente ao quadro docente da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/UNESP/Campus Franca e coorientada pelo Prof. Dr. **Décio Brunoni**, pertencente ao quadro docente da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Estou ciente de que este material será utilizado para apresentação em Dissertação, observando os princípios éticos da pesquisa científica e seguindo procedimentos de sigilo e discrição. **Esta pesquisa tem a intenção de avaliar o nível atual de conhecimento sobre os possíveis danos relacionados a exposição ao álcool durante a gestação, em uma amostra da população feminina de duas cidades brasileiras.** Fui esclarecido sobre os propósitos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados e riscos e a garantia do anonimato e de esclarecimentos constantes, além de ter o meu direito assegurado de interromper a minha participação no momento que achar necessário.

Anápolis, de de .

Assinatura do participante

(assinatura)

Pesquisadora Responsável/RG: 59.791.032-7

Nome Giselle Moraes Lima Bakargi

Endereço: Rua João Batista de Andrade, 5064. José de Carlos. Franca/SP

Tel: (16) 98158-2446

E-mail: gisellebakargi@hotmail.com

(assinatura)

Orientadora/RG: 20.468.889-9

Prof.^a Dr.^a Nayara Hakime Dutra de Oliveira

Endereço: Rua Cassiano Ricardo, 521. Residencial Nova Franca. Franca/SP

Tel: (16) 3701-4214

E-mail: nayarahakime@gmail.com

(assinatura)

Coorientador/RG: 7387336

Prof. Dr. Décio Brunoni

Endereço: Alameda Fernão Cardim 346 apto 101, Jardim Paulista. São Paulo/SP

Tel. (11) 3285-2603

E-mail: debruno46@gmail.com

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO SOBRE A EXPOSIÇÃO AO
ÁLCOOL DURANTE A GRAVIDEZ

1. PENSANDO EM RECÉM-NASCIDOS E CRIANÇAS SAUDÁVEIS, O QUÊ, NA SUA OPINIÃO É MAIS IMPORTANTE QUE AS MULHERES GRÁVIDAS FAÇAM PARA AUMENTAR AS CHANCES DE QUE SEU BEBÊ NASÇA SAUDÁVEL?
(ESCOLHA E MARQUE TRÊS OPÇÕES E CLASSIFIQUE-AS EM 1^o, 2^o E 3^o LUGAR)

01. Visita ao médico ou a algum profissional de saúde
02. Comer bem (boa nutrição)
03. Aumentar atividade física
04. Diminuir atividade física
05. Diminuir ou parar de fumar
06. Diminuir ou parar com o uso de álcool
07. Diminuir o consumo de drogas (maconha, cocaína, crack, dentre outras)
08. Evitar o estresse
09. Evitar a poluição ambiental
10. Evitar o fumo passivo
11. Ter pensamentos positivos
12. Saber mais sobre cuidados com o bebê
13. Fazer o pré-natal
14. Falar com amigos e família
15. Dormir bem
16. Outras (Especifique): _____
17. Não sei

2. AQUI ESTÃO ALGUMAS SUGESTÕES DO QUE MULHERES GRÁVIDAS PODEM FAZER PARA AUMENTAR AS CHANCES DE QUE SEU BEBÊ NASÇA SAUDÁVEL. RESPONDA DE ACORDO COM SUA OPINIÃO. (Marque uma opção)

a) Reduzir ou parar de fumar. (Marque uma opção)

01. Uma das coisas mais importantes a fazer
02. Uma coisa muito importante a fazer
03. Uma coisa menos importante a fazer
04. Não é importante
05. Não sei

b) Reduzir ou parar de consumir álcool. (Marque uma opção)

01. Uma das coisas mais importantes a fazer
02. Uma coisa muito importante a fazer
03. Uma coisa menos importante a fazer
04. Não é importante
05. Não sei

c) Evitar situações estressantes. (Marque uma opção)

01. Uma das coisas mais importantes a fazer
02. Uma coisa muito importante a fazer
03. Uma coisa menos importante a fazer
04. Não é importante
05. Não sei

d) Comer alimentos nutritivos. (Marque uma opção)

01. Uma das coisas mais importantes a fazer
02. Uma coisa muito importante a fazer
03. Uma coisa menos importante a fazer
04. Não é importante
05. Não sei

e) Visitar um médico ou profissional de saúde regularmente. (Marque uma opção)

01. Uma das coisas mais importantes a fazer
02. Uma coisa muito importante a fazer
03. Uma coisa menos importante a fazer
04. Não é importante
05. Não sei

f) Reduzir atividade física intensa. (Marque uma opção)

01. Uma das coisas mais importantes a fazer
02. Uma coisa muito importante a fazer
03. Uma coisa menos importante a fazer
04. Não é importante
05. Não sei

g) Evitar a poluição ambiental. (Marque uma opção)

01. Uma das coisas mais importantes a fazer
02. Uma coisa muito importante a fazer
03. Uma coisa menos importante a fazer
04. Não é importante
05. Não sei

h) Evitar conviver com fumantes em ambientes fechados. (Marque uma opção)

01. Uma das coisas mais importantes a fazer
02. Uma coisa muito importante a fazer
03. Uma coisa menos importante a fazer
04. Não é importante
05. Não sei

3. AS AFIRMAÇÕES A SEGUIR SÃO VERDADEIRAS OU FALSAS?

a) Uma pequena quantidade de álcool consumido durante a gravidez geralmente pode ser considerada segura. (Marque uma opção)

01. Verdadeiro
02. Falso
03. Não sei

b) Quanto mais álcool uma grávida bebe, mais provável que o bebê seja prejudicado. (Marque uma opção)

01. Verdadeiro
02. Falso
03. Não sei

c) Quanto maior o consumo de álcool pela gestante, maiores são os danos que podem ocorrer ao bebê. (Marque uma opção)

- 01. Verdadeiro
- 02. Falso
- 03. Não sei

d) Uma quantidade moderada de álcool consumida durante a gestação geralmente pode ser considerada segura. (Marque uma opção)

- 01. Verdadeiro
- 02. Falso
- 03. Não sei

e) Qualquer quantidade de álcool consumida durante a gravidez pode prejudicar o bebê. (Marque uma opção)

- 01. Verdadeiro
- 02. Falso
- 03. Não sei

f) O uso de álcool antes de uma gravidez começar pode prejudicar o bebê, mesmo se a mulher parar de consumir álcool durante a gestação. (Marque uma opção)

- 01. Verdadeiro
- 02. Falso
- 03. Não sei

g) Uma pequena quantidade de álcool consumida durante a gravidez não levaria a sérios danos ao bebê. (Marque uma opção)

- 01. Verdadeiro
- 02. Falso
- 03. Não sei

4. AS AFIRMAÇÕES A SEGUIR SÃO VERDADEIRAS OU FALSAS?

a) Os efeitos do consumo de álcool sobre a formação do feto ainda não são claros. (Marque uma opção)

- 01. Verdadeiro
- 02. Falso
- 03. Não sei

b) A maioria dos efeitos do consumo de álcool, durante a gestação, em uma criança geralmente desaparecem quando a criança cresce. (Marque uma opção)

- 01. Verdadeiro
- 02. Falso
- 03. Não sei

c) O uso de álcool durante a gravidez pode levar a deficiências ao longo da vida de uma criança. (Marque uma opção)

- 01. Verdadeiro
- 02. Falso
- 03. Não sei

5. EM TERMOS DE SEU EFEITO SOBRE UM BEBÊ, O QUE VOCÊ ACHA SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL POR UMA GESTANTE DE ACORDO COM AS QUANTIDADES DESCRITAS ABAIXO?

Observação: Figura apenas para consulta.



a) Uma dose-padrão de álcool por dia durante a gravidez? (Marque uma opção)

- 01. Muito seguro
- 02. Um pouco seguro
- 03. Não é muito seguro
- 04. Não é seguro
- 05. Não sei

b) Duas doses-padrão de álcool em duas ou três ocasiões diferentes durante a gravidez? (Marque uma opção)

- 01. Muito seguro
- 02. Um pouco seguro
- 03. Não é muito seguro
- 04. Não é seguro
- 05. Não sei

c) Três ou quatro doses-padrão de álcool a cada fim de semana durante a gravidez? (Marque uma opção)

- 01. Muito seguro
- 02. Um pouco seguro
- 03. Não é muito seguro
- 04. Não é seguro
- 05. Não sei

d) Um total de uma ou duas doses-padrão de álcool durante a gravidez? (Marque uma opção)

- 01. Muito seguro
- 02. Um pouco seguro
- 03. Não é muito seguro
- 04. Não é seguro
- 05. Não sei

6. a) Você já ouviu falar da Síndrome Fetal do Álcool? (Marque uma opção)

- 01. Sim (Caso esta seja sua alternativa responda a letra b)
- 02. Não
- 03. Não sei

b) Caso positivo, você pode dizer o que é a Síndrome Fetal do Álcool?

7. a) Você já ouviu falar dos possíveis efeitos relacionados à exposição ao álcool durante a gestação para a mãe e o bebê?

- 01. Sim, efeitos para a mãe. (Caso esta seja sua alternativa responda a letra b)
- 02. Sim, efeitos para o bebê. (Caso esta seja sua alternativa responda a letra b)
- 03. Sim, efeitos para a mãe e o bebê. (Caso esta seja sua alternativa responda a letra b)
- 04. Não
- 05. Não sei

b) Caso positivo, você poderia dizer quais são esses possíveis efeitos?

8. a) Você já ouviu falar de prejuízos no parto relacionados ao consumo de álcool durante a gestação? (Marque uma opção)

- 01. Sim (Caso esta seja sua alternativa responda a letra b)
- 02. Não
- 03. Não sei

b) Caso positivo, você pode dizer o que são, ou quais são os prejuízos no parto relacionados ao álcool?

9. VOCÊ SE LEMBRA DE VER OU OUVIR QUALQUER INFORMAÇÃO SOBRE OS EFEITOS DO USO DE ÁLCOOL EM UM BEBÊ DURANTE A GESTAÇÃO?
(Marque uma opção)

- 01. Sim
- 02. Não
- 03. Não sei

10. a) Você se lembra ter visto ou ouvido qualquer anúncio sobre o uso de álcool durante a gravidez, Síndrome Fetal Alcoólica, ou dos danos congênitos relacionados ao álcool nos últimos meses? (Isso inclui anúncios na televisão, outdoors, cartazes, rádio, jornais, revistas ou internet) (Marque uma opção)

- 01. Sim (Caso esta seja sua alternativa responda as letras b, c e d)
- 02. Não (Caso esta seja sua alternativa vá para pergunta 11)
- 03. Não sei (Caso esta seja sua alternativa vá para pergunta 11)

b) Caso positivo, por favor, diga-me o que você se lembra sobre este anúncio ou anúncios.

01. _____

02. Não sei ou não me lembro.

c) Caso positivo, você se lembra quem produziu ou patrocinou essa publicidade? (Marque uma opção)

- 01. Governo Federal
- 02. Governo do Estado
- 03. Governo Municipal
- 04. Organização de saúde / ONG
- 05. Fabricante de álcool/empresa de cerveja
- 06. Outras (especifique) _____
- 07. Não sei

d) Caso positivo, onde você viu este anúncio? (Marque uma opção)

- 01. Televisão
- 02. Rádio
- 03. Jornal
- 04. Revista
- 05. Restaurante / Bar
- 06. Transporte público
- 07. Folheto
- 08. Sites da internet
- 09. Hospital
- 10. Loja de bebidas
- 11. Outros (especifique) _____
- 12. Não sei

11. QUAL A SUA AVALIAÇÃO SOBRE OS SEGUINTE ITENS:

a) Exigir que nos rótulos dos produtos alcoólicos conste o aviso sobre os riscos do consumo de álcool durante a gravidez. (Marque uma opção)

- 01. Aprovo fortemente
- 02. Aprovo um pouco
- 03. Desaprovo um pouco
- 04. Desaprovo fortemente
- 05. Não sei

b) Exigir que conste avisos em restaurantes sobre os riscos do consumo de álcool durante a gravidez. (Marque uma opção)

- 01. Aprovo fortemente
- 02. Aprovo um pouco
- 03. Desaprovo um pouco
- 04. Desaprovo fortemente
- 05. Não sei

c) Publicidade patrocinada pelo Governo descrevendo os efeitos e alertando sobre os riscos do uso de álcool durante a gravidez. (Marque uma opção)

01. Aprovo fortemente
02. Aprovo um pouco
03. Desaprovo um pouco
04. Desaprovo fortemente
05. Não sei

d) Exigir mensagem de advertência sobre os riscos do uso de álcool durante a gravidez em publicidade de bebidas alcoólicas. (Marque uma opção)

01. Aprovo fortemente
02. Aprovo um pouco
03. Desaprovo um pouco
04. Desaprovo fortemente
05. Não sei

e) Exigir que conste avisos em bares e clubes alertando sobre os riscos do consumo de álcool durante a gravidez. (Marque uma opção)

01. Aprovo fortemente
02. Aprovo um pouco
03. Desaprovo um pouco
04. Desaprovo fortemente
05. Não sei

12. NA SUA OPINIÃO, QUAL SERIA A MELHOR FONTE DE INFORMAÇÃO SOBRE OS EFEITOS DO CONSUMO DE ÁLCOOL DURANTE A GESTAÇÃO?
(Marque uma opção)

01. Consultório médico
02. Posto de saúde / Hospitais
03. Sala de espera do pré-natal
04. Farmácia
05. Local de trabalho
06. Através de amigos / família
07. Livros / revistas
08. Redes sociais / Internet
09. TV / outras mídias
10. Outros (especifique) _____
11. Não sei

13. a) Você já deu à luz? (Marque uma opção)

01. Sim (Caso esta seja sua alternativa responda a letra b)
02. Não
03. Não sei

1 Caso positivo, você deu à luz dentro dos últimos cinco anos? (Marque uma opção)

01. Sim

- 02. Não
- 03. Não sei

14. a) Você deseja engravidar nos próximos dois anos? (Marque uma opção)

- 01. Sim, posso ficar grávida
- 02. Não
- 03. Não sei

b) Você deseja engravidar em algum momento futuro? (Marque uma opção)

- 01. Sim
- 02. Não
- 03. Não sei

15. SE VOCÊ FOSSE FICAR GRÁVIDA, VOCÊ ... (Marque uma opção)

- 01. Não alteraria o consumo de álcool
- 02. Reduziria o consumo de álcool
- 03. Pararia o uso de álcool
- 04. Não uso álcool agora
- 05. Não sei

16. QUE CONSELHO, SE HOUVE, O SEU MÉDICO LHE DEU SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL DURANTE A SUA GRAVIDEZ? (Marque uma opção)

- 01. _____
- 02. Meu médico não deu nenhum conselho sobre o consumo de álcool
- 03. Não sei

QUESTÕES COMPLEMENTARES

Há algo que você gostaria de acrescentar?

Você gostaria de receber informações desta pesquisa finalizada? Se sim, como? Se não, por quê?

ANEXOS

ANEXO A - FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nome (Apenas as iniciais): _____
2. Ano do seu nascimento: _____
3. Cidade em que reside: _____
4. Filhos () Sim Quantos: _____ () Não
5. Qual é o seu mais alto nível de educação?
 01. Da 1ª à 4ª série do Ensino Fundamental (antigo primário)
 02. Da 5ª à 8ª série do Ensino Fundamental (antigo ginásio)
 03. Ensino Médio (antigo 2º grau)
 04. Ensino Superior
 05. Especialização ou pós-graduação
 06. Não estudou
 07. Não sei
6. Qual dos seguintes itens melhor corresponde à sua situação atual? Você está:
 01. Empregada em tempo integral
 02. Empregada em meio expediente
 03. Desempregada
 04. Dona de casa
 05. Estudante
 06. Outros
7. Qual a renda mensal da sua família? (Considere a renda de todos os integrantes, inclusive você)
 01. De 0 a 0,5 salários mínimos
 02. De 0,5 a 1 salário mínimo
 03. De 1 a 1,5 salários mínimos
 04. De 1,5 a 2,5 salários mínimos
 05. De 2,5 a 3 salários mínimos
 06. Acima de 3 salários mínimos
8. a) Você está atualmente:
 01. Casada ou convive como casal (Caso esta seja sua alternativa responda a letra b)
 02. Viúva
 03. Separada
 04. Divorciada
 05. Solteira
 06. Não sei

b) Caso positivo, há quanto tempo está casada ou vive com seu/sua parceiro(a)?

 01. Menos de um ano
 02. 1 ano e menos que 2 anos
 03. 2 anos e menos que 3 anos
 04. 3 anos e menos que 4 anos
 05. 4 anos e menos que 5 anos
 06. 5 anos e menos que 10 anos
 07. 10 anos e menos que 15 anos
 08. Mais de 15 anos
 09. Não sei

ANEXO B. Quadro – Avaliação da equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural entre o Questionário original, a tradução e versão final para aplicação

ORIGINAL	TRADUÇÃO	RETROTRADUÇÃO	VERSÃO PARA APLICAÇÃO
1. Thinking about healthy infants and children, what, in your opinion are the most important things that pregnant women can do to increase the likelihood that their baby will be born healthy? What things come to mind as important? Do not read. Code all that. Apply. First mention, second mention, third mention. Are there any others? 01 Visit doctor/health professional 02.Eat well/good nutrition/vitamins 03.Increase exercise /physical activity 04.Reduce exercise/physical activity 05.Cut down/stop smoking 06.Cut down/stop alcohol use 07.Cut down/stop drug use (marijuana, crack, heroin, etc.) 08.Avoid stress 09.Avoid environmental pollution 10.Avoid second hand smoke 11.Positive mental attitude 12.Learn about infant care 13.Take pre-natal class 14.Talk to friends/family/social support 15.Get rest/sleep 16.Other (SPECIFY) 17.DK/NA	1. Pensando em bebês e crianças saudáveis, o que, na sua opinião, são as coisas mais importantes que as mulheres grávidas podem fazer para aumentar a probabilidade de o bebê nascer saudável? O que me parece importante? Não leia. Codifique tudo isso. Aplique. Primeira menção, segunda menção, terceira menção. Há outros? 01. Visitar médico / profissional de saúde 02. Comer bem/ boa nutrição / vitaminas 03. Aumento do exercício/atividade física 04. Reduzir exercício / atividade física 05. Reduzir/ parar de fumar 06. Interromper/ parar o consumo de álcool 07. Reduzir/parar o uso de drogas (maconha, crack, heroína, etc.) 08. Evitar o estresse 09. Evitar poluição ambiental 10. Evitar fumo de segunda mão 11. Atitude mental positiva 12. Aprenda sobre cuidados infantis 13. Fazer aula de pré-natal 14. Falar para amigos/família/apoio social 15. Reserve o sono/ sono 16. Outros (especificar) 17. Não sei	1 Thinking about healthy babies and children, what do you think are the most important things pregnant women can do to increase the likelihood of their baby being born healthy? What do I think is important? Do not read. Code it all. Apply. First mention, second mention, third mention. Are there others? 01 Visit doctor/health professional 02.Eat well/good nutrition/vitamins 03.Increase exercise/physical activity 04.Reduce exercise /physical activity 05.Cut down/stop smoking 06.Cut down/stop alcohol use 07.Cut down/stop drug use (marijuana, crack, heroin, etc.) 08.Avoid stress 09.Avoid environmental pollution 10.Avoid second hand smoke 11.Positive mental attitude 12.Learn about infant care 13.Take pre-natal class 14.Talk to friends/family/social support 15.Get rest/sleep 16.Other (SPECIFY) 17.DK/NA	1 Pensando em recém-nascidos e crianças saudáveis, o quê, na sua opinião é mais importante que as mulheres grávidas façam para aumentar as chances de que seu bebê nasça saudável? (Escolha e marque três opções e classifique-as em 1º, 2º e 3º lugar) 01. Visita ao médico ou a algum profissional de saúde 02. Comer bem (boa nutrição) 03. Aumentar atividade física 04. Diminuir atividade física 05. Diminuir ou parar de fumar 06. Diminuir ou parar com o uso de álcool 07. Diminuir o consumo de drogas (maconha, cocaína, crack, dentre outras) 08. Evitar o estresse 09. Evitar a poluição ambiental 10. Evitar o fumo passivo 11. Ter pensamentos positivos 12. Saber mais sobre cuidados com o bebê 13. Fazer o pré-natal 14. Falar com amigos e família 15. Dormir bem

ORIGINAL	TRADUÇÃO	RETROTRADUÇÃO	VERSÃO PARA APLICAÇÃO
			16.Outras (Especifique): 17. Não sei
2. Here are some things that pregnant women might do to increase the likelihood that their baby will be born healthy. In your opinion, is each of the following: one of the most important things to do, a very important thing to do, a less important thing to do or not at all important to do? READ AND ROTATE a) Cut down or stop smoking? 1 One of the most important things to do 2 A very important thing to do 3 A less important thing to do 4 Not at all important to do 5 DK/NA b) Cut down or stop using alcohol c) Avoid stressful situations d) Eat nutritious food e) Visit a doctor or health professional on a regular basis f) Reduce strenuous physical activity g) Avoid environmental pollution h) Avoid second-hand smoke	2. Aqui estão algumas coisas que as mulheres grávidas podem fazer para aumentar a probabilidade de seu bebê nascerá de forma saudável. Na sua opinião, é um dos seguintes: uma das mais importantes coisas para fazer, uma coisa muito importante a fazer, uma coisa menos importante a fazer ou nada importante a fazer? LER E ANOTAR a) Reduzir ou parar de fumar? 1. Uma das coisas mais importantes a fazer 2. Uma coisa muito importante a fazer 3. Uma coisa menos importante a fazer 4. Nada importante de fazer 5. Não sei b) Reduza ou pare de usar álcool c) Evitar situações estressantes d) Coma alimentos nutritivos e) Visitar regularmente um médico ou profissional de saúde f) Reduzir a atividade física extenuante g) Evitar a poluição ambiental h) Evitar o fumo passivo	2. Here are some things that pregnant women can do to increase the likelihood your baby will be born in a healthy way. In your opinion, it is one of the following: one of the most important things to do, a very important thing to do, one less important thing to do or nothing important to do? a) Reduce or stop smoking? 1. One of the most important things to do 2. A very important thing to do 3. One less important thing to do 4. Nothing important to do 5. I do not know b) Reduce or stop using alcohol c) Avoid stressful situations d) Eat nutritious food e) Visit a doctor or health professional regularly f) Reducing strenuous physical activity g) Avoiding environmental pollution h) Avoid secondhand smoke	2. Aqui estão algumas sugestões do que mulheres grávidas podem fazer para aumentar as chances de que seu bebê nasça saudável. Responda de acordo com sua opinião. (Marque uma opção) a. Reduzir ou parar de fumar. 01.Uma das coisas mais importantes a fazer 02. Uma coisa muito importante a fazer 03.Uma coisa menos importante a fazer 04. Não é importante 05.Não sei b. Reduzir ou parar de consumir álcool. c. Evitar situações estressantes. d. Comer alimentos nutritivos e. Visitar um médico ou profissional de saúde regularmente f. Reduzir atividade física intensa g. Evitar a poluição ambiental h. Evitar conviver com fumantes em ambientes fechados
3. Are each of the following statements true or not true?	3. Cada uma das seguintes afirmações	3. Are each of the following statements true or not true?	3.As afirmações a seguir são

ORIGINAL	TRADUÇÃO	RETROTRADUÇÃO	VERSÃO PARA APLICAÇÃO
a) A small amount of alcohol use during pregnancy can usually be considered safe. 1 – True 2 – Not true 3 – DK/NA b) The more alcohol a pregnant woman drinks, the more likely that the baby will be harmed. c) The more alcohol a pregnant woman drinks, the more harm that may be done to the baby. d) A moderate amount of alcohol consumption during pregnancy can usually be considered safe. e) Any alcohol consumption during pregnancy can harm the baby. f) Alcohol use before a pregnancy begins can harm a baby, even if a woman stops alcohol use during the pregnancy. g) A small amount of alcohol consumption during pregnancy would never lead to serious harm to the baby.	é verdadeira ou não verdadeira? a) Uma pequena quantidade de álcool consumido durante a gravidez geralmente ser considerado seguro. 1 - Verdadeiro 2 - Não é verdade 3 - Não sei b) Quanto mais álcool uma mulher grávida bebe, mais provável que o bebê seja prejudicado. c) Quanto mais álcool uma mulher grávida bebe, mais danos podem ser feitos para o bebê. d) Uma quantidade moderada de consumo de álcool durante a gravidez geralmente ser considerado seguro. e) Qualquer consumo de álcool durante a gravidez pode prejudicar o bebê. f) Uso de álcool antes de uma gravidez começar pode prejudicar um bebê, mesmo se uma mulher parar o álcool uso durante a gravidez. g) Uma pequena quantidade de consumo de álcool durante a gravidez nunca levaria a sérios danos ao bebê.	a) A small amount of alcohol consumed during pregnancy will generally be considered safe. 1 - True 2 - Not true 3 - I do not know b) The more alcohol a pregnant woman drinks, the more likely the baby will be harmed. c) The more alcohol a pregnant woman drinks, the more damage can be done to the baby. d) A moderate amount of alcohol consumption during pregnancy is generally considered safe. e) Any consumption of alcohol during pregnancy can harm the baby. f) Using alcohol before a pregnancy starts can harm a baby even if a woman stops the alcohol use during pregnancy. g) A small amount of alcohol consumption during pregnancy would never lead to serious damage to baby	verdadeiras ou falsas? a) Uma pequena quantidade de álcool consumido durante a gravidez geralmente pode ser considerada segura. (Marque uma opção) 01. Verdadeiro 02. Falso 03. Não sei b) Quanto mais álcool uma grávida bebe, mais provável que o bebê seja prejudicado. c) Quanto maior o consumo de álcool pela gestante, maiores são os danos que podem ocorrer ao bebê. d) Uma quantidade moderada de álcool consumida durante a gestação geralmente pode ser considerada segura. e) Qualquer quantidade de álcool consumida durante a gravidez pode prejudicar o bebê. f) O uso de álcool antes de uma gravidez começar pode prejudicar o bebê, mesmo se a mulher parar de consumir álcool durante a gestação. g) Uma pequena quantidade de álcool consumida durante a gravidez não levaria a sérios danos ao bebê.

ORIGINAL	TRADUÇÃO	RETROTRADUÇÃO	VERSÃO PARA APLICAÇÃO
4.And are each of the following statements true or not true: READ a) The effect of alcohol use on the development of an unborn fetus is nuclear. 1 - True 2 - Not true 3 - DK/NA b) Alcohol use during pregnancy can lead to life-long disabilities in a child. c) Most of the effects of alcohol use on a child usually disappear as the child grows older.	4.E cada uma das seguintes afirmações é verdadeira ou não verdadeira: LER a) O efeito do consumo de álcool no desenvolvimento do feto não nascido não está claro. 1 - Verdadeiro 2 - Não é verdade 3 - Não sei b) O uso de álcool durante a gravidez pode levar a deficiências ao longo da vida em uma criança. c) A maioria dos efeitos do consumo de álcool em uma criança geralmente desaparecem à medida que a criança envelhece.	4.And each of the following statements is true or not true: READ a) The effect of alcohol consumption on the development of the unborn fetus is not clear. 1 - True 2 - Not true 3 - I do not know b) The use of alcohol during pregnancy can lead to life-long disabilities in a child. c) Most of the effects of alcohol consumption on a child usually disappear as the child ages.	4.As afirmações a seguir são verdadeiras ou falsas? a)Os efeitos do consumo de álcool sobre a formação do feto ainda não são claros. (Marque uma opção) 01. Verdadeiro 02. Falso 03. Não sei b)A maioria dos efeitos do consumo de álcool, durante a gestação, em uma criança geralmente desaparecem quando a criança cresce. c)O uso de álcool durante a gravidez pode levar a deficiências ao longo da vida de uma criança.
5. In terms of its effect on a baby that is born, do you think it would be very safe, somewhat safe, not very safe or not at all safe for a pregnant woman to drink each of the following amounts of alcohol? READ AND ROTATE a) One alcoholic drink each day during the pregnancy? 1 – Very safe 2 – Somewhat safe 3 – Not very safe 4 – Not at all safe 5 – DK/NA b)Three or four alcoholic drinks each weekend during the pregnancy? c)Two alcoholic drinks on two or three different occasions during the pregnancy? d)A total of one or two alcoholic drinks during the pregnancy?	5. Em termos de seu efeito sobre um bebê, você acha que seria muito seguro, um pouco seguro, não é muito seguro ou não é seguro para uma grávida beber cada uma das seguintes quantidades de álcool? a)Uma bebida alcoólica por dia durante a gravidez? 1 - Muito seguro 2 - Um pouco seguro 3 - Não é muito seguro 4 - Nada seguro 5 - Não sei b)Três ou quatro bebidas alcoólicas por semana durante a gravidez? c)Duas bebidas alcoólicas em duas ou três ocasiões diferentes durante a gravidez? d) Um total de uma ou duas bebidas	5. In terms of its effect on a baby that was born, do you think it would be very safe, a bit safe, is not very safe or is not safe for a pregnant woman to drink each of the following amount of alcohol? a) An alcoholic beverage per day during pregnancy? 1 - Very safe 2 - A little secure 3 - Not very safe 4 - Not sure 5 - I do not know b) Three or four alcoholic drinks per week during pregnancy? c) Two alcoholic drinks on two or three different occasions during pregnancy? d) A total of one or two alcoholic beverages during pregnancy?	5.Em termos de seu efeito sobre um bebê, o que você acha sobre o consumo de álcool por uma gestante de acordo com as quantidades descritas abaixo? a)Uma dose-padrão de álcool por dia durante a gravidez? (Marque uma opção) 01.Muito seguro 02.Um pouco seguro 03.Não é muito seguro 04.Não é seguro 05.Não sei b)Três ou quatro doses-padrão de álcool a cada fim de semana durante a gravidez? c)Duas doses-padrão de álcool em duas ou três ocasiões diferentes durante a gravidez?

ORIGINAL	TRADUÇÃO	RETROTRADUÇÃO	VERSÃO PARA APLICAÇÃO
	alcoólicas durante a gravidez?		d)Um total de uma ou duas doses-padrão de álcool durante a gravidez?
6. a) Have you ever heard of fetal alcohol syndrome or fetal alcohol spectrum disorder? 1 – Yes ASK (b) 2 – No 3 – DK/NA b) Can you tell me what fetal alcohol syndrome or fetal alcohol spectrum disorder is? PROBE FOR COMPLETE RESPONSE. What happens with fetal alcohol syndrome or fetal alcohol spectrum disorder?	6. a) Você já ouviu falar sobre síndrome do alcoolismo fetal ou distúrbio do espectro do álcool fetal? 1 – Sim Pergunta (b) 2 - Não 3 -Não sei b) Você pode me dizer o que é a síndrome do alcoolismo fetal ou o distúrbio do espectro do álcool fetal? PROBLEMA PARA RESPOSTA COMPLETA. O que acontece na síndrome de alcoolismo fetal ou distúrbio do espectro do álcool fetal?	6. a) Have you ever heard of fetal alcohol syndrome or fetal alcohol spectrum disorder? 1 - Yes Question (b) 2 - No 3-I do not know b) Can you tell me what the fetal alcohol syndrome is or the fetal alcohol spectrum disorder? PROBLEM FOR COMPLETE RESPONSE. What Happens in Fetal Alcohol Syndrome or fetal alcohol spectrum disorder?	6. a) Você já ouviu falar da Síndrome Fetal do Álcool? (Marque uma opção) 01. Sim (Caso esta seja sua alternativa responda a letra b) 02. Não 03. Não sei b) Caso positivo, você pode dizer o que é a Síndrome Fetal do Álcool? 7. a) Você já ouviu falar dos possíveis efeitos relacionados à exposição ao álcool durante a gestação para a mãe e o bebê? 01. Sim, efeitos para a mãe. (Caso esta seja sua alternativa responda a letra b) 02. Sim, efeitos para o bebê. (Caso esta seja sua alternativa responda a letra b) 03. Sim, efeitos para a mãe e o bebê. (Caso esta seja sua alternativa responda a letra b) 04. Não 05. Não sei b) Caso positivo, você poderia dizer quais são esses possíveis efeitos?

ORIGINAL	TRADUÇÃO	RETROTRADUÇÃO	VERSÃO PARA APLICAÇÃO
7. a) Have you ever heard of alcohol-related birth defects? 1 - Yes ASK (b) 2 - No 3 - DK/NA b) Can you tell me what alcohol-related birth defects are? PROBE	7. a) Você já ouviu falar de defeitos de nascimento relacionados ao álcool? 1 - Sim PERGUNTA (b) 2 - Não 3 - Não sei SONDAR b) Você pode me dizer quais são os defeitos de nascimento relacionados ao álcool?	7. a) Have you ever heard of alcohol-related birth defects? 1 - Yes QUESTION (b) 2 - No 3 - I do not know To test b) Can you tell me about alcohol-related birth defects?	8.a) Você já ouviu falar de prejuízos no parto relacionados ao álcool? Marque uma opção) 04. Sim (Caso esta seja sua alternativa responda a letra b) 05. Não 06. Não sei b) Caso positivo, você pode dizer o que são, ou quais são os prejuízos.
8. Do you recall seeing any information about the effects of alcohol use on a baby during pregnancy? 1 - Yes 2 - No 3 - DK/NA	8. Você lembra de ver qualquer informação sobre os efeitos do consumo de álcool em um bebê durante gravidez? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sei	8. Do you remember seeing any information about the effects of alcohol consumption on a baby during pregnancy? 1 - Yes 2 - No 3 - I do not know	9. Você se lembra de ter ouvido visto ou ouvido qualquer informação sobre os efeitos do uso de álcool em um bebê durante a gestação? (Marque uma opção) 01. Sim 02. Não 03. Não sei
9.a) Do you recall seeing or hearing any ads about alcohol use during pregnancy, fetal alcohol syndrome, fetal alcohol spectrum disorder, or alcohol-related birth defects over the past several months? This would include ads on television, billboards, posters, radio, newspapers or magazines. 1 - Yes ASK (b) TO (d) 2 - No GO TO Q.10 3 - DK/NA GO TO Q.10 IF YES, ASK: b) Please tell me everything you can remember about this ad (these ads) 1. DK/NA c) Do you recall who sponsored this advertising?	9.a) Você se lembra de ver ou ouvir anúncios sobre o consumo de álcool durante a gravidez, Síndrome Fetal Alcoólica, Transtorno do Espectro do Alcolóico Fetal ou defeitos congênitos relacionados ao álcool ao longo dos meses passados? Isso inclui anúncios na televisão, outdoors, cartazes, rádio, jornais ou revistas. 1 - Sim PERGUNTE (b) PARA (d) 2 - Não 3 VÁ PARA Q.10 3 - Não sei VÁ PARA Q.10 SE SIM, RESPONDA: b) Por favor, me diga tudo o que você pode lembrar sobre este anúncio (esses anúncios)	9.a) Do you remember to see or hear ads about alcohol consumption during pregnancy, Fetal Alcohol Syndrome, Fetal Alcohol Spectrum Disorder, or alcohol-related birth defects over the past few months? This includes advertisements on television, billboards, posters, radio, newspapers or magazines. 1 - Yes QUESTION (b) FOR (d) 2 - DO NOT GO TO Q.10 3 - I do not know GO TO Q.10 IF YES, ANSWER: b) Please tell me everything you can remember about this ad (these ads) 2. I do not know or do not remember c) Do you remember who sponsored this publicity?	10. a) Você se lembra de ver ou ouvir qualquer anúncio sobre o uso de álcool durante a gravidez, Síndrome Fetal Alcoólica, ou dos danos congênitos relacionados ao álcool nos últimos meses? (Isso inclui anúncios na televisão, outdoors, cartazes, rádio, jornais, revistas ou internet) (Marque uma opção) 01. Sim (Caso esta seja sua alternativa responda as letras b, c e d) 02. Não (Caso esta seja sua alternativa vá para pergunta 11) 03. Não sei (Caso esta seja sua

ORIGINAL	TRADUÇÃO	RETROTRADUÇÃO	VERSÃO PARA APLICAÇÃO
DO NOT READ. CODE ALL THAT APPLY. 1.Federal Government/ Health Canada 2.Provincial Government 3.Other government /municipal government 4.Health organization /NGO 5.Alcohol manufacturer/beer company 6.Provincial liquor board/agency 7 - Other (SPECIFY) 8.DK/NA d) Where did you notice this (these) advertisement(s)? DO NOT READ Did you notice it (them) anywhere else? CODE ALL THAT APPLY. First Mention. Other Mentions 01 - Television 02 - Radio 03 - Newspapers 04 - Magazines 05 - Restaurant/bar 06 - Pamphlet/brochure 07 - Poster 08 - Public transit 09 - Internet/web site banner ad 10 - Doctor/hospital clinic 11- Liquor store/beer store (NEW) 11- Others (specify) 12- DK/NA	2. Não sei ou não me lembro c) Você lembra quem patrocinou essa publicidade? NÃO LEIA. CÓDIFIQUE TODOS OS QUE SE APLICAM. 1 - Governo Federal/ Saúde Canadá 2 - Governo provincial 3 - Outro governo /Governo municipal 4 - Organização de saúde / ONG 5 - Fabricante de álcool / empresa de cerveja 6 - Conselho provincial de bebidas alcoólicas / agência 7-Outro (especifique) 8- Não sei ou não me lembro d) Onde você notou este (s) anúncio (s)? NÃO LEIA Você percebeu este (s) em qual outro lugar? CÓDIFICAR TODOS OS QUE SE APLICAM. Primeira menção. Outras Menções 01 - Televisão 02 - Rádio 03 - Jornais 04 - Revistas 05 - Restaurante / bar 06 - Folheto 07 - Pôster 08 - Transporte público 09 - Anúncio de internet / site web 10 - Médico / clínica hospitalar 12- Loja de licor / loja de cerveja 13-Outros (especifique)	DO NOT READ. CODE ALL THAT APPLY. 1 .Federal Government / Health Canada 2.Provincial Government 3.Other Government / Municipal Government 4.Health organization / NGO 5.Alcohol manufacturer / brewer 6. Provincial Council of Alcoholic Beverages / Agency 7.Other (SPECIFY) 8. I do not know or do not remember d) Where did you notice this(these)? DO NOT READ Did you notice this (these) in which other place? CODE ALL THAT APPLY. First mention. Other Mentions 01 - Television 02 - Radio 03 - Newspapers 04 - Magazines 05 - Restaurant / bar 06 - Brochure 07 - Poster 08 - Public transport 09 - Internet advertisement/ website 10 - Medical/hospital clinic 12- Liquor Store / Brewery 13-Other (please specify) 14- I do not know or do not remember	alternativa vá para pergunta 11) b) Caso positivo, por favor, diga-me o que você se lembra sobre este anúncio ou anúncios. 02. Não sei ou não me lembro. c) Caso positivo, você se lembra quem produziu ou patrocinou essa publicidade? (Marque uma opção) 1.Governo Federal 2.Governo do Estado 3.Governo Municipal 4.Organização de saúde / ONG 5.Fabricante de álcool/empresa de cerveja 6.Outras (especifique) 7.Não sei b) Caso positivo, onde você viu este anúncio? (Marque uma opção) 1,Televisão 2.Rádio 3.Jornal 4.Revista 5.Restaurante / Bar 6.Transportes público 7.Folheto 8.Sites da internet 9.Hospital 10.Loja de bebidas 11.Outros (especifique) ____ 12.Não sei

ORIGINAL	TRADUÇÃO	RETROTRADUÇÃO	VERSÃO PARA APLICAÇÃO
	14- Não sei ou não me lembro		
10. Do you strongly approve, somewhat approve, somewhat disapprove or strongly disapprove of each of the following: READ AND ROTATE a) Requiring labels on alcohol products warning about the risks of alcohol use during pregnancy. 1 – Strongly approve 2 – Somewhat approve 3 – Somewhat disapprove 4- Strongly disapprove 5 – DK/NA b) Requiring signs in restaurants warning about the risks of alcohol use during pregnancy. c) Requiring signs in bars and clubs warning about the risks of alcohol use during pregnancy. d) Government-sponsored advertising describing the effects and warning about the risks of alcohol use during pregnancy. e) Requiring messages on alcohol advertising that would warn about the risks of alcohol use during pregnancy.	10. Você aprova fortemente, aprova um pouco, desaprova um pouco ou desaprova fortemente cada um dos seguintes: LER E REGISTRAR a) Exigir rótulos em produtos de álcool advertindo sobre os riscos de uso de álcool durante a gravidez. 1 - Aprovação forte 2 - Aprova um pouco 3 - Desaprova um pouco 4- Desaprova fortemente 5 – Não sei b) Exigir sinais em restaurantes avisando sobre os riscos de uso de álcool durante a gravidez. c) Exigir sinais em bares e clubes sobre os riscos de uso de álcool durante a gravidez. d) Publicidade patrocinada pelo governo com os efeitos e advertências sobre os riscos de uso de álcool durante a gravidez. e) Exigir mensagens sobre publicidade de álcool advertindo sobre os riscos de uso de álcool durante a gravidez.	a) Require labels on alcohol products warning about the risks of alcohol use during pregnancy. 1 - Strong approval 2 - Approve a little 3 - Disapprove a little 4- Strongly disapprove 5 - I do not know b) Require signs in restaurants warning about the risks of alcohol use during pregnancy. c) Require signs in bars and clubs about the risks of alcohol use during pregnancy. d) Government-sponsored advertising with the effects and warnings about the risks of alcohol use during pregnancy. e) Require messages on alcohol advertising warning about the risks of alcohol use during pregnancy.	11. Qual a sua avaliação sobre os seguintes itens: a) Exigir que nos rótulos dos produtos alcoólicos conste o aviso sobre os riscos do consumo de álcool durante a gravidez. (Marque uma opção) 01. Aprovo fortemente 02. Aprovo um pouco 03. Desaprovo um pouco 04. Desaprovo fortemente 05. Não sei b) Exigir que conste avisos em restaurantes sobre os riscos do consumo de álcool durante a gravidez. c) Exigir que conste avisos em bares e clubes alertando sobre os riscos do consumo de álcool durante a gravidez. d) Publicidade patrocinada pelo Governo descrevendo os efeitos e alertando sobre os riscos do uso de álcool durante a gravidez. e) Exigir mensagem de advertência sobre os riscos do uso de álcool durante a gravidez em publicidade de bebidas alcoólicas.

ORIGINAL	TRADUÇÃO	RETROTRADUÇÃO	VERSÃO PARA APLICAÇÃO
11. What, for you, would be the best source of information about the effects of alcohol use during pregnancy? DO NOT READ. CODE ONE ONLY 01 - Doctor/doctor's office 02 - Health clinic/hospital 03 - Pre-natal class 04 - Pharmacy/drug store 05 - Workplace 06 - Through friends/family 07 - Books/magazines 08 - Internet sources 09 - TV/other media 10 - Others (SPECIFY) 11 - DK/NA	11. O que, para você, seria a melhor fonte de informações sobre os efeitos do consumo de álcool durante a gravidez? NÃO LEIA. CÓDIGO UM SOMENTE 01 - Médico / consultório médico 02 - Clínica de saúde / hospital 03 - Aula pré-natal 04 - Farmácia 05 - Local de trabalho 06 - Através de amigos / família 07 - Livros / revistas 08 - Fontes da Internet 09 - TV / outros meios de comunicação 10 - Outros (ESPECIFIQUE) 11 Não sei	11. What, for you, would be the best source of information about the effects of alcohol consumption during pregnancy? DO NOT READ. CODE ONE ONLY 01 - Doctor / doctor's office 02 - Health clinic / hospital 03 - Prenatal class 04 - Pharmacy 05 - Place of work 06 - Through friends / family 07 - Books / magazines 08 - Internet sources 09 - TV / other media 10 - Other (SPECIFY) 11. I do not know	12. Na sua opinião, qual seria a melhor fonte de informação sobre os efeitos do consumo de álcool durante a gestação? <u>(Marque uma opção)</u> 1, Consultório médico 2. Posto de saúde / Hospitais 3. Sala de espera do pré-natal 4. Farmácia 5. Local de trabalho 6. Através de amigos / família 7. Livros / revistas 8. Redes sociais / Internet 9. TV / outras mídias 10. Outros (especifique) 11. Não sei
12			Cancelada
13. a) Have you ever given birth to a child? 1 – Yes ASK (b) 2 – No 3 – DK/NA b) Did you give birth to a child within the past five years? 1 – Yes 2 – No 3 – DK/NA	13.a) Você já deu à luz uma criança? 1 - Sim PERGUNTA (b) 2 - Não 3 - Não sei b) Você deu à luz uma criança nos últimos cinco anos? 1 - Sim 2 - Não 3 - DK / NA	13.a) Have you ever given birth to a child? 1 - Yes QUESTION (b) 2 - No 3 - DK / NA b) Did you give birth to a child in the last five years? 1 - Yes 2 - No 3 - DK / NA	13. a) Você já deu à luz? <u>(Marque uma opção)</u> 01. Sim <u>(Caso esta seja sua alternativa responda a letra b)</u> 02. Não 03. Não sei b) Caso positivo, você deu à luz dentro dos últimos cinco anos? <u>(Marque uma opção)</u> 01. Sim 02. Não Não sei
14.a) Are you currently pregnant or wishing to become pregnant within the next two years? 1. Yes, currently pregnan 2. Yes, may become pregnant 3. No ASK (b) 4. DK/NA ASK (b)	14.a) Você está grávida ou deseja engravidar nos próximos dois anos? 1. Sim, atualmente pregnan 2. Sim, pode ficar grávida 3. NÃO PERGUNTAR (b)	14.a) Are you currently pregnant or wishing to become pregnant within the next two years? 1. Yes, currently pregnan 2. Yes, may become pregnant 3. No ASK (b) 4. DK/NA ASK (b)	14. a) Você deseja engravidar nos próximos dois anos? <u>(Marque uma opção)</u> 01. Sim, posso ficar grávida 02. Não 03. Não sei b) Você deseja engravidar em algum momento

ORIGINAL	TRADUÇÃO	RETROTRADUÇÃO	VERSÃO PARA APLICAÇÃO
b) Do you think or wish you might become pregnant at some point in the future? 1.Yes 2.No 3.DK/NA	4.DK/NA PERGUNTAR (b) b) Você pensa ou deseja engravidar em algum momento no futuro? 1. sim 2.Não 3.DK /NA	b) Do you think or wish you might become pregnant at some point in the future? 1.Yes 2.No 3.DK/NA	futuro? <u>(Marque uma opção)</u> 04. Sim 05. Não 06. Não sei
15. If you were to become pregnant, would you ... [If Pregnant: Since you became pregnant, have you... 1. not change your alcohol use 2.cut back on your alcohol use, or 3.stop alcohol use VOLUNTEERED 4.don't use alcohol now 5.DK/NA	15.Se você fosse para engravidar, você...[Se grávida: desde que você engravidou, você.. 1 - não alterar seu uso de álcool 2 - reduzir o consumo de álcool ou 3 - parar o uso de álcool VOLUNTARIOU-SE 4 - não uso álcool agora 5 - DK / NA	15.If you were to get pregnant, you ... [Be Pregnant: since you got pregnant, you ...] 1. not change your alcohol use 2.cut back on your alcohol use, or 3.stop alcohol use VOLUNTEERED 4.don't use alcohol now 5.DK/NA	15.Se você fosse ficar grávida, você ... <u>(marque uma opção)</u> 01.Não alteraria o consumo de álcool 02.Reduziria o consumo de álcool 03.Pararia o uso de álcool 04.Não uso álcool agora 05.Não sei
16			Cancelada
17.What advice, if any, has your doctor given you regarding alcohol consumption during pregnancy?	17.Que conselho, se houver, o seu médico lhe deu respeito ao consumo de álcool durante gravidez?	17. What advice, if any, does your doctor give you regarding alcohol during pregnancy?	16.Que conselho, se houve, o seu médico lhe deu sobre o consumo de álcool durante a sua gravidez?