

HELENA PLADEVALL MOREIRA

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,  
Santos, SP, Brasil.*

CAMILA LOPES IANNI

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,  
Santos, SP, Brasil.*

CAROLINA BITTENCOURT

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,  
Santos, SP, Brasil.*

ISABELLA SARTORI

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,  
Santos, SP, Brasil.*

WANEISSA SASSE

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,  
Santos, SP, Brasil.*

ROGÉRIO GUIDONI

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,  
Santos, SP, Brasil.*

*Recebido em março de 2019.*

*Aprovado em maio de 2019.*

## PADRÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL EM PUÉRPERAS INTERNADAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA BAIXADA SANTISTA E REPERCUSSÕES NEONATAIS

### RESUMO

**Objetivo:** Verificar o padrão do consumo alcoólico de puéperas internadas e analisar as suas respectivas repercussões neonatais. **Método:** Trata-se de um estudo transversal realizado em 2018. Aplicou-se um questionário destinado às puéperas internadas no Hospital Guilherme Álvaro. O questionário utilizado foi o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) e também foram analisados os prontuários dos neonatos. **Resultado:** Segundo o AUDIT, 94,2% das puéperas foram classificadas como consumidoras de baixo risco, 4,7% como uso de risco, 1,2% como uso nocivo e nenhuma foi classificada como provável dependência. O valor descritivo para associação de perímetro cefálico com uso de álcool pela paciente foi estatisticamente significativo. **Conclusão:** A maioria das puéperas entrevistadas foram classificadas como consumidoras de baixo risco. Além disso, foi possível indicar associação entre consumo alcoólico e o perímetro cefálico reduzido.

**Palavras-Chave:** audit; puéperas; repercussões neonatais.

## STANDARD OF ALCOHOL CONSUMPTION IN HOSPITALIZED PUERPERAE IN A "BAIXADA SANTISTA" REFERENCE HOSPITAL AND NEWBORN REPERCUSSIONS

### ABSTRACT

**Objective:** to verify the profile of alcohol consumption of puerperae hospitalized and analysis newborn's repercussions. **Method:** This is a cross-sectional study that was made in 2018. A questionnaire was sent to the postpartum women hospitalized at the Guilherme Álvaro Hospital during this period. The questionnaire used was the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). In addition, the charts of the newborns were analyzed. **Results:** Based on the AUDIT questionnaire, 94.2% of the puerperae were classified as low risk consumers, 4.7% as risk use, 1.2% as harmful use and none classified as a probable dependence. The descriptive value of cephalic perimeter association with the patient's alcohol use was statistically significant. **Conclusion:** Most of the puerperae interviewed were classified by the AUDIT questionnaire as low-risk consumers. In addition, it was possible to indicate an association between alcohol consumption and reduced cephalic perimeter.

**Keywords:** audit; puerperae; newborn repercussion.

## INTRODUÇÃO

O consumo de álcool durante a gravidez configura um grave problema de saúde pública mesmo que totalmente evitável pela simples abstinência<sup>1</sup>. Na gestação tal consumo ganha maior importância, pois a ingestão alcoólica pode levar ao comprometimento tanto da saúde materna quanto do feto<sup>2</sup>.

O primeiro relato sobre os efeitos da exposição pré-natal ao álcool foi feito em 1968, na França, por Lemoine et al<sup>3</sup> e foram batizados em 1973 por Jones & Smith<sup>4</sup>. O álcool pode levar ao abortamento, descolamento prematuro da placenta, hipertonia uterina, trabalho de parto prematuro e aumento do risco de infecções<sup>2</sup>; além de ser considerado o agente teratogênico fetal mais comum e principal causa não genética de retardo mental nos recém-nascidos<sup>5-9</sup>.

O consumo de bebidas alcoólicas por uma gestante pode causar no feto numerosos efeitos deletérios colaterais<sup>5-13</sup>, constituindo um quadro clínico grave como a síndrome alcoólica fetal (FAS), ou um grupo de mais sutil de disfunções cognitivas e / ou comportamentais<sup>8,14</sup>. A SAF, os defeitos congênitos relacionados ao álcool (ARBD - alcohol-related birth defects) e as desordens de neurodesenvolvimento relacionadas ao álcool (ARND - alcohol-related neurodevelopmental disorders) são abrangidos pelo FASD (fetal alcohol spectrum disorders), sendo o mais grave representado pela SAF<sup>5-17</sup>.

A SAF, segundo o CDC (Centers for disease control and prevention), está atrelada ao déficit de crescimento pré e pós-natal, características faciais e a anormalidades do sistema nervoso central<sup>1,18-21</sup>. A sua prevalência mundial é de 0,5-2/1000 nascidos vivos<sup>10,11</sup>. Foi relatado pela literatura que além das características faciais típicas (implantação baixa dos pavilhões e nariz antevertido) e da restrição do crescimento intrauterino, foram também diversas mal formações relacionadas ao sistema nervoso central (SNC) (agenesia do corpo caloso), osteoarticular (sinostose radioulnar proximal, fêmur valgo e mal formações complexas das vertebrais cervicais e ossos metacarpiãos) e genitúrias (hipoplasia dos pequenos e grandes lábios, aumento do pênis ou clitoris ou hipospádia)<sup>4,18,22</sup>. As características faciais típicas da ação do álcool no conceito podem associar-se a fronte estreita, hipoplasia hemifacial, hipotelorismo, hipotelorismo, hipoplasia maxilar e mandibular, prega epicanthal, ponte nasal larga e rebaixada, palato em ogiva, aplasia de úvula, hipoplasia de esmalte, dentes pequenos, mal oclusões dentárias, fenda labial e/ou palatina, micrognatia e orelhas em abano mal posicionadas e mal formadas<sup>15,16,23</sup>.

O álcool cruza a placenta, via sangue materno, vai para o líquido amniótico e para o feto. Em cerca de uma hora, os níveis de etanol no sangue fetal e no líquido amniótico são equivalentes aos do sangue da grávida. A placenta humana tem capacidade metabólica limitada para metabolização do álcool e o fígado fetal também não possui um sistema eficaz para metabolizá-lo, de tal forma que a redução dos níveis de álcool se dá primordialmente pela sua reentrada na circulação materna<sup>24</sup>. Quando a mulher grávidaingere álcool, ela e o bebê ficam expostos ao álcool, o que significa que durante toda a gestação qualquer dose de álcool consumido pode causar alterações no desenvolvimento<sup>14</sup>.

O consumo de álcool é influenciado por variações farmacocinéticas, principalmente dos genes envolvidos no seu metabolismo. A enzima álcool desidrogenase, que contém as subunidades beta2 e beta3, em relação à que possui a beta1, leva a um acúmulo maior de acetaldeído<sup>16</sup>. A baixa atividade da enzima acetaldeído desidrogenase leva a acúmulo de acetaldeído e baixa conversão para ácido acético<sup>16</sup>. O acetaldeído, por sua vez, cruza a placenta, atingindo o feto, sendo sua concentração variável<sup>24</sup>.

Sabe-se que o álcool passa pela barreira fetal entre o sangue e o cérebro, e seus efeitos no desenvolvimento cerebral são extremamente complexos<sup>11,25</sup>. Em certos grupos de células cerebrais, pode levar à morte e, em outros, interferir nas funções<sup>11</sup>.

Uma revisão da literatura baseada em 24 estudos, relatou que, no Brasil, a prevalência estimada foi de 15,2% enquanto no México, por exemplo, foi de 1,2% (ambos com intervalo de confiança de 95%)<sup>14</sup>. Nella, há constatação que as estimativas de consumo alcoólico durante o período gestacional variam de acordo com cada país, devido às condições socioeconômicas de cada local e devido ao seu marketing de divulgação de bebidas alcoólicas<sup>14</sup>.

Todos os trimestres da gestação são críticos, não há dose ou período seguro para o consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez<sup>26,27</sup>. Estudos prévios confirmam a associação do padrão do consumo de álcool e a falta de informação sobre os malefícios da exposição fetal ao álcool com repercussões nos neonatos filhos de gestantes etilistas<sup>28</sup>.

## OBJETIVO GERAL

Traçar o perfil de consumo alcoólico de puérperas internadas em Hospital de referência na Baixada Santista e realizar uma análise das repercussões desse consumo nos respectivos neonatos.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal que foi iniciado em abril de 2018, com duração de 3 meses. Após a aprovação do trabalho pelo comitê de ética do hospital (anexo1), aplicou-se um questionário às puérperas internadas no Hospital Guilherme Álvaro localizado na cidade de Santos no estado de São Paulo, Brasil, durante este período. O questionário foi respondido no leito, individualmente por cada puerpera e foi aplicado por 1 (um) entrevistador acadêmico do quinto ano do curso de medicina, que elucidou as dúvidas que apareceram. Além disso, as pacientes assinaram um termo de consentimento para a participação na pesquisa.

A ferramenta utilizada foi o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Trata-se de um questionário breve elaborado pela OMS para o rastreamento e intervenção no consumo de risco ou nocivo de álcool<sup>2</sup>.

O questionário denominado AUDIT que foi aplicado nas puérperas tem caráter preventivo, que avalia diversos níveis de uso de álcool, desde o uso sem risco até a provável dependência. Pode ser utilizado por toda a equipe de saúde em forma de entrevista ou pode ser auto aplicado em poucos minutos.

Respondido o questionário somam-se os pontos marcados pela entrevistada em cada questão. Esta soma classifica a gestante em um dos quatro níveis de risco possíveis estabelecidos pelo AUDIT, são estes: consumo de baixo risco, uso de risco, uso nocivo, provável dependência. A pontuação correspondente é: 0 a 7= consumo de baixo risco; 8 a 15= uso de risco; 16 a 19= uso nocivo; 20 ou mais= provável dependência. Após a classificação, possíveis intervenções devem ser consideradas. O questionário foi desenvolvido pela OMS em 1989, e traduzido e validado por Figliet al. (1997) para o Brasil.

Foram analisados também os prontuários dos neonatos dessas puérperas para a identificação dos desfechos da gravidez e as consequências imediatas para os recém-nascidos.

Para obtenção dos valores estatísticos, em uma primeira etapa, realizou-se uma descrição geral dos dados, para a qual foram construídas tabelas de frequências e calculadas medidas descritivas.

Do ponto de vista inferencial, para estudar associação entre Consumo alcoólico e Placenta (variável numérica), empregou-se o modelo de análise de variância com um fator fixo. Em se tratando de variáveis categóricas, aplicou-se o Teste exato de Fisher.

## RESULTADOS

### SOBRE A ANÁLISE DOS DADOS

Tendo em vista o espaço amostral de 87 pacientes, do ponto de vista inferencial, para estudar associação entre Consumo alcoólico e Placenta (variável numérica), empregou-se o modelo de análise de variância com um fator fixo. Obteve-se nível descritivo de 0,676; o que não permite afirmar haver associação entre essas variáveis. Em se tratando de variáveis categóricas, aplicou-se o Teste exato de Fisher. Os resultados indicam associação entre Consumo alcoólico e Perímetro cefálico. Em todo caso, dada a irregularidade da distribuição amostral quanto ao consumo alcoólico, é preciso ter cautela na interpretação dos dados, visto que a precisão dos cálculos é algo comprometida.

Tabela 1: Distribuição da variável Idade materna na amostra estudada.

Idade Materna	Frequência	Porcentagem
Até 19	9	10,7
20 a 34	64	76,2
35 ou mais	11	13,1
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Tabela 2: Distribuição da variável Risco na amostra estudada.

Risco	Frequência	Porcentagem
Risco habitual	34	48,6
Alto risco	36	51,4
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Tabela 3: Distribuição da variável Questionário na amostra estudada.

Questionário	Frequência	Porcentagem
Consumo de baixo risco	81	94,2
Uso de risco	4	4,7
Uso nocivo	1	1,2
Provável dependência	0	0
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

Tabela 4: Distribuição da variável Uso na gestação na amostra estudada.

Uso na gestação	Frequência	Porcentagem
Não	4	40
Sim	6	60
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Tabela 5: Distribuição da variável Período de uso na amostra estudada.

Período de Uso	Frequência	Porcentagem
Primeiro trimestre	4	66,7
Segundo trimestre	1	16,7
Todos	1	16,7
Total	6	100

Tabela 6: Distribuição da variável Sexo do RN na amostra estudada.

Sexo do RN	Frequência	Porcentagem
Feminino	32	44,4
Masculino	40	55,6
Total	72	100

Tabela 7: Distribuição da variável Peso do nascimento na amostra estudada.

Peso de Nascimento	Frequência	Porcentagem
PIG	11	15,1
AIG	55	75,3
GIG	7	9,6
Total	73	100

\* Sendo PIG pequeno para idade gestacional; AIG adequado para idade gestacional; e GIG grande para idade gestacional.

Tabela 8: Distribuição da variável Idade gestacional na amostra estudada.

Idade Gestacional	Frequência	Porcentagem
Pré-termo	12	19,4
Termo	41	66,1
Pós-data	9	14,5
Total	62	100

Tabela 9: Distribuição da variável Apgar 1' na amostra estudada.

Apgar 1'	Frequência	Porcentagem
Dificuldade grave	1	1,4
Dificuldade moderada	6	8,3
Dificuldade leve	7	9,7
Ótimas condições	58	80,6
Total	72	100

\*Considerando Dificuldade grave Apgar entre 0 e 3; Dificuldade moderada Apgar entre 4 e 6; Dificuldade leve Apgar igual a 7; Ótimas condições Apgar entre 8 e 10.

Tabela 10: Distribuição da variável Apgar 5' na amostra estudada.

Apgar 5'	Frequência	Porcentagem
Dificuldade grave	2	2,8
Dificuldade moderada	0	0
Dificuldade leve	2	2,8
Ótimas condições	68	94,4
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100</b>

\*Considerando Dificuldade grave Apgar entre 0 e 3; Dificuldade moderada Apgar entre 4 e 6; Dificuldade leve Apgar igual a 7; Ótimas condições Apgar entre 8 e 10.

Tabela 11: Distribuição da variável Estatura na amostra estudada.

Estatura	Frequência	Porcentagem
Abaixo de P10	5	25
Acima de P10	15	75
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Tabela 12: Distribuição da variável Perímetro cefálico na amostra estudada.

Perímetro Cefálico	Frequência	Porcentagem
Acima de P10	16	76,2
Abaixo de P10	5	23,8
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Tabela 13: Distribuição da variável Tipo de parto na amostra estudada.

Tipo de Parto	Frequência	Porcentagem
Normal	31	43,7
Cesárea	40	56,3
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

Tabela 14: Medidas descritivas da variável Placenta, na amostra estudada.

Placenta	Frequência	Porcentagem
Peso < p10	29	50
Peso normal	25	43,1
Peso > p90	4	6,9
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

Tabela 15: Distribuição da variável Idade Materna, segundo Consumo alcoólico, na amostra estudada.

Idade Materna	Consumo de baixo risco	Uso de risco	Uso nocivo	Total
Até 19	9	0	0	9
20 a 34	60	3	1	64
35 ou mais	10	1	0	11
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>84</b>

Tabela 16: Distribuição da variável Risco, segundo Consumo alcoólico, na amostra estudada.

Risco	Consumo de baixo risco	Uso de risco	Uso nocivo	Total
Risco Habitual	33	1	0	34
Alto risco	33	2	1	36
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>70</b>

Tabela 17: Distribuição da variável Uso na gestação, segundo Consumo alcoólico, na amostra estudada.

Uso na gestação	Consumo de baixo risco	Uso de risco	Uso nocivo	Total
Sim	4	0	0	4
Não	4	1	1	6
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>10</b>

Tabela 18: Distribuição da variável Período de Uso, segundo Consumo alcoólico, na amostra estudada.

Trimestre	Consumo de baixo risco	Uso de risco	Uso nocivo	Total
Primeiro trimestre	2	1	1	4
Segundo trimestre	1	0	0	1
Todos	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>

Tabela 19: Distribuição da variável Sexo do RN, segundo Consumo alcoólico, na amostra estudada.

Sexo do RN	Consumo de baixo risco	Uso de risco	Uso nocivo	Total
Feminino	31	1	0	32
Masculino	36	3	1	40
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>72</b>

Tabela 20: Distribuição da variável Peso de Nascimento, segundo Consumo alcoólico, na amostra estudada.

Peso de nascimento	Consumo de baixo risco	Uso de risco	Uso nocivo	Total
PIG	9	2	0	11
AIG	52	2	1	55
GIG	7	0	0	7
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>73</b>

\* Sendo PIG pequeno para idade gestacional; AIG adequado para idade gestacional; e GIG grande para idade gestacional.

Tabela 21: Distribuição da variável Idade Gestacional, segundo Consumo alcoólico, na amostra estudada.

Idade gestacional	Consumo de baixo risco	Uso de risco	Uso nocivo	Total
Pré-termo	10	1	1	12
Termo	39	2	0	41
Pós-data	9	0	0	9
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>62</b>

Tabela 22: Distribuição da variável Apgar 1', segundo Consumo alcoólico, na amostra estudada.

Apgar 1'	Consumo de baixo risco	Uso de risco	Uso nocivo	Total
Dificuldade grave	1	0	0	1
Dificuldade moderada	5	1	0	6
Dificuldade leve	6	1	0	7
Ótimas condições	55	2	1	58
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>72</b>

\*Considerando Dificuldade grave Apgar entre 0 e 3; Dificuldade moderada Apgar entre 4 e 6; Dificuldade leve Apgar igual a 7; Ótimas condições Apgar entre 8 e 10.

Tabela 23: Distribuição da variável Apgar 5', segundo Consumo alcoólico, na amostra estudada.

Apgar 5'	Consumo de baixo risco	Uso de risco	Uso nocivo	Total
Dificuldade grave	2	0	0	2
Dificuldade leve	1	1	0	2
Ótimas condições	64	3	1	68
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>72</b>

\*Considerando Dificuldade grave Apgar entre 0 e 3; Dificuldade moderada Apgar entre 4 e 6; Dificuldade leve Apgar igual a 7; Ótimas condições Apgar entre 8 e 10.

Tabela 24: Distribuição da variável Estatura, segundo Consumo alcoólico, na amostra estudada.

Estatura	Consumo de baixo risco	Uso de risco	Uso nocivo	Total
Acima de P10	15	0	0	15
Abaixo de P10	4	1	0	5
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>20</b>

Tabela 25: Distribuição da variável Perímetro Cefálico, segundo Consumo alcoólico, na amostra estudada.

Perímetro cefálico	Consumo de baixo risco	Uso de risco	Uso nocivo	Total
Acima de P10	16	0	0	16
Abaixo de P10	3	2	0	5
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>21</b>

Tabela 26: Distribuição da variável Tipo de Parto, segundo Consumo alcoólico, na amostra estudada.

Tipo de parto	Consumo de baixo risco	Uso de risco	Uso nocivo	Total
Normal	30	1	0	31
Cesárea	36	3	1	40
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>71</b>

Tabela 27: Medidas descritivas da variável Placenta, segundo Consumo alcoólico, na amostra estudada.

Placenta	Consumo de baixo risco	Uso de risco	Uso nocivo	Total
Peso < p10	26	3	0	29
Peso normal	23	1	1	25
Peso > p90	4	0	0	4
Total	53	4	1	58

## ANÁLISE INFERENCIAL

Tabela 28: Resultados do estudo de associação entre Consumo alcoólico e cada uma das variáveis categóricas de interesse na pesquisa.

Variável	Nível descritivo
Idade Materna	0,753
Risco	0,999
Uso na gestação	0,999
Período de Uso	0,999
Sexo do RN	0,787
Peso de Nascimento	0,364
Idade Gestacional	0,388
Apgar 1'	0,355
Apgar 5'	0,999
Estatura	0,999
Perímetro Cefálico	0,048
Tipo de Parto	0,785

## DISCUSSÃO

No presente estudo, a avaliação do consumo alcoólico pelo questionário AUDIT, mostrou que 94,2% das pacientes apresentavam consumo de baixo risco, 4,7% uso de risco e 1,2% uso nocivo. Uma pesquisa realizada em um hospital de referência localizado no Sudeste Brasileiro, evidenciou que de um total de 493 puérperas, antes da gravidez, 47,3% apresentavam consumo de baixo risco, 14,8% uso de risco e 5% uso nocivo. Durante a gravidez esses valores foram de: 14,8% consumo de baixo risco, 5,5% uso de risco e 2,8% uso nocivo. Concluindo que, apesar da discrepância em relação a amostra total, a maioria das pacientes apresentavam consumo de baixo risco<sup>29</sup>; estando, portanto, em concordância com o nosso estudo. Além disso, a frequência de consumidoras de baixo risco encontrada foi maior do que aquela encontrada em mulheres não grávidas nas cidades de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG) (12,7%)<sup>30</sup>.

De acordo com um trabalho realizado nos EUA em 2014, de uma amostra total de 409 mulheres entrevistadas, foi constatado que 25% consumiram álcool durante a gravidez. Nossa pesquisa revelou que, esse número, foi estatisticamente menor: apenas 1,45% das pacientes fizeram uso de bebidas alcoólicas durante a gestação e dessas, 66,7% consumiram preferencialmente no primeiro trimestre da gravidez. O que difere os estudos é que o realizado nos EUA as pacientes relataram beber apesar de estarem cientes de que estavam grávidas, enquanto o nosso, não houve essa preferência<sup>31</sup>. Estatisticamente esse valor também foi menor do que o estudo brasileiro supracitado, que para o período gestacional, 23% das gestantes fizeram algum consumo de álcool<sup>30</sup>. Em outros estudos realizados no

Brasil, observou-se que as frequências de uso de álcool durante a gravidez variam de 7,4 a 40%<sup>32-35</sup>.

Um estudo realizado nas universidades americanas, University of British Columbia, University of Alberta, University of Manitoba and Queens University, fez uma relação entre perímetro cefálico, volume cerebral e cognição dos recém-nascidos filhos de mães que fizeram consumo de álcool durante a gravidez. Este estudo fornece evidências para apoiar as afirmações prévias de redução do perímetro cefálico em crianças e adolescentes com exposição pré-natal ao álcool<sup>36-40</sup>, demonstrando: (i) uma lacuna de 29 pontos no percentil mediano de HC, (ii) um aumento de 2 vezes o número de indivíduos com HC mais de 1 SD abaixo da média populacional e (iii) um aumento de quase 5 vezes no número de indivíduos com HC  $\leq$  percentil 3 no grupo caso comparado aos controles<sup>41</sup>. O perímetro cefálico ideal para bebês de cada fase é relativo ao tempo de gravidez. O desenvolvimento se dá lentamente e as medidas mudam conforme as semanas de gestação que a mulher está. Porém após o nascimento, sabe-se que o parâmetro para ser considerado “normal” é um perímetro cefálico de valores acima do percentil 10, sendo abaixo desse valor considerado como microcefalia (redução do cérebro)<sup>42</sup>. As pacientes classificadas como uso de risco, em relação ao perímetro cefálico, tiveram 100% de associação com perímetros cefálicos menores que o percentil 10. Demonstrando uma possível associação entre consumo de álcool materno e menores valores de perímetro cefálico. Porém, devido à amostra reduzida do trabalho, esse valor pode ter sido superestimado. Discordando desses dados, um estudo retrospectivo de 2010, de Hannigan e Chiodo, concluiu que o uso de álcool durante a gestação não tem relação com o perímetro cefálico<sup>43</sup>. Isso prova que este assunto ainda precisa ser mais aprofundado e pesquisado, para que se chegue a resultados mais precisos.

Em virtude do consumo de álcool ainda ser considerado um Tabu, principalmente na gravidez, algumas puérperas não aceitaram participar do trabalho, limitando o espaço amostral.

## Conclusão

A maioria das puérperas entrevistadas foram classificadas pelo questionário AUDIT como consumidoras de baixo risco. Além disso, foi possível indicar associação entre consumo alcoólico e reduzido perímetro cefálico. Em todo caso, dada a irregularidade da distribuição amostral quanto ao consumo alcoólico, é preciso ter cautela na interpretação dos dados.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Mesquita M A. The effects of alcohol in newborns. Einstein (Sao Paulo). 2010; 8(3): 368-75. Portuguese.
- 2 - Site da Associação Brasileira da Indústria da Cerveja disponível em <[http://cervbrasil.org.br/novo\\_site/arquivos/biblioteca/downloads/Questionario\\_Audit\\_FINAL.pdf](http://cervbrasil.org.br/novo_site/arquivos/biblioteca/downloads/Questionario_Audit_FINAL.pdf)>. Acesso em 05 de abril de 2018.
- 3 - Lemoine P, Harousseau H, Borteyru JP, Menuet JC. [Children of alcoholic parents: observed abnormalities]. A propos de 127 cas. Ouest Med. 1968; 21: 476-82. French.
- 4 - Jones KL, Smith DW. [Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy]. Lancet. 1973; 2: 999-1001.
- 5 - Bertrand J, Floyd RL, Weber MK, Fetal Alcohol Syndrome Prevention Team, Division of Birth Defects and Developmental Disabilities, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for identifying and referring persons with fetal alcohol syndrome. MMWR Recomm Rep. 2005; 54(RR-11): 1-14.

- 6 - Eustace LW, Kang DH, Coombs D. Fetal alcohol syndrome: a growing concern for health care professionals. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2003; 32(2): 215- 21. Review. *Einstein.* 2010; 8(4 Pt 1): 461-6 466.
- 7 - National Organization of Fetal Alcohol Syndrome. What is fetal alcohol syndrome? [Internet]. 2010 [cited 2010 Apr 11]. Available from: <http://www.nofas.org/faqs.aspx?id=16>.
- 8 - Mattson SN, Schoenfeld AM, Riley EP. [Teratogenic effects of alcohol on brain and behavior. *Alcohol Res Health.* 2001; 25(3): 185-91.
- 9 - Núcleo Einstein de álcool e drogas (NEAD). Síndrome alcoólica fetal [Internet]. 2003 [acesso em 2010 Fev. 4]. Disponível em: [http://apps.einstein.br/alcooldrogas/novosite/compliacoes\\_gravidez\\_sindrome.htm](http://apps.einstein.br/alcooldrogas/novosite/compliacoes_gravidez_sindrome.htm)
- 10 - National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities. Centers for Control and Prevention. Department of Health and Human Services. National Task Force on Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effect. Fetal alcohol syndrome: guidelines for referral and diagnosis. [Internet]. 2004 [cited 2008 Mar 8]. Available from: [http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/documents/FAS\\_guidelines\\_accessible.pdf](http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/documents/FAS_guidelines_accessible.pdf)
- 11 - May PA, Gossage JP. [Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome. A summary]. *Alcohol Res Health.* 2001; 25(3): 159-67.
- 12 - Hoyme HE, May PA, Kalberg WO, Koditwakku P, Gossage JP, Trujillo PM, et al. [A practical clinical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: clarification of the 1996 institute of medicine criteria]. *Pediatrics.* 2005; 115(1): 39-47.
- 13 - Chudley AE, Conry J, Cook JL, Looock C, Rosales T, LeBlanc N; [Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis]. *CMAJ.* 2005; 172(5 Suppl): S1-w21.
- 14 - Grinfeld H, Segre CAM, Chadi G, Goldenberg S. O alcoolismo na gravidez e os efeitos na prole. *Rev Paul Pediatr.* 2000; 18(1): 41-9.
- 15 - Riley EP, Guerri C, Calhoun F, Charness ME, Foroud TM, Li TK, et al. [Prenatal alcohol exposure: advancing knowledge through international collaborations]. *Alcohol Clin Exp Res.* 2003; 27(1): 118-35.
- 16 - Fetal alcohol syndrome: guidelines for referral and diagnosis. National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, Centers for Control and Prevention, Department of Health and Human Services in coordination with National Task Force on Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effect [Internet]. 2004 [cited 2009 Mar 9]. Available from: [http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/documents/FAS\\_guidelines\\_accessible.pdf](http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/documents/FAS_guidelines_accessible.pdf)
- 17 - Jones KL. [Fetal alcohol syndrome. In: Jones KL, editor. *Smith's Recognizable patterns of human malformation*]. Philadelphia: WB Saunders Company; 1997. p. 555-8.
- 18 - Mesquita Mdos A, Segre CA. [Congenital malformations in newborns of alcoholic mothers]. *Einstein (Sao Paulo).* 2010; 8(4): 461-6. Portuguese.
- 19 - Wattendorf DJ, Muenke M. [Fetal alcohol spectrum disorders]. *Am Fam Physician.* 2005; 72(2): 279-82, 285.
- 20 - Abdelrahman A, Conn R. [Eye abnormalities in fetal alcohol syndrome]. *Ulster Med J.* 2009; 78(3): 164-5.
- 21 - Roebuck-Spencer TM, Mattson SN, Mari on SD, Brown WS, Riley EP. [Bimanual coordination in alcohol-exposed children: role of the corpus callosum]. *J Int Neuropsychol Soc.* 2004; 10(4): 536-48.

- 22 - Riley EP, Guerri C, Calhoun F, Charness ME, Foroud TM, Li TK, et al. [Prenatal alcohol exposure: advancing knowledge through international collaborations]. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003; 27(1): 118-35.
- 23 - Segre CA, CostaHP, Lippi U. Recém-nascido de mãe alcoólista. *Perinatologia. Fundamentos e prática*. 2a ed. São Paulo: Sarvier; 2009. p. 556-60.
- 24 - Lange S, Probst C, Heer N, Roerecke M, Rehm J, Monteiro MG, Shield K, et al. [Actual and predicted prevalence of alcohol consumption during pregnancy in Latin America and the Caribbean: systematic literature review and meta-analysis]. *Rev Panam Salud Pública*. 2017 Jun 8; 41: e89.
- 25 - Jones MW, Bass WT. [Fetal alcohol syndrome]. *Neonatal Netw*. 2003; 22(3): 63-70.
- 26 - Koren G, Caprara D, Jacobson S, Chan D, Porter K. [Is it all right to drink a little during pregnancy?] *Can Fam Physician*. 2004 Dec; 50: 1643-4.
- 27 - Streissguth, Ann P. [A Long-Term Perspective of FAS]. *Alcohol Health and Research World*. 1994; 18: 74-81.
- 28 - Onwuka CI, Ugwu EO, Dim CC, Menuba IE, Iloghalu EI, Onwuka CI. [Prevalence and Predictors of Alcohol Consumption during Pregnancy in South-Eastern Nigeria]. *J Clin Diagn Res*. 2016 Sep; 10(9): OC10-OC13.
- 29 - De Souza L, dos Santos M, de Oliveira L. [Alcohol use pattern in pregnant women cared for in a public university hospital and associated risk factors]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012 Jul; 34(7): 296-303. Portuguese.
- 30 - Magnabosco MB, Formigoni MLOS, Ronzani TM. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(4): 637-47.
- 31 - Smith L, Savory J, Couves J, Burns E. [Alcohol consumption during pregnancy: cross-sectional survey]. *Midwifery*. 2014 Dec; 30(12): 1173-8.
- 32 - Kaup ZOL, Merighi MAB, Tsunehiro MA. [Evaluation of alcohol consumption during pregnancy]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001; 23(9): 575-80.
- 33 - Moraes CL, Reichheim ME. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(5): 695-703.
- 34 - Freire K, Padilha PC, Saunders C. [Factors associated to alcohol and smoking use in pregnancy]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(7): 335-41. Portuguese.
- 35 - Santos EMF, Amorim LP, Costa OLN, Oliveira N, Guimarães AC. [Profile of gestational and metabolic risk in the prenatal care service of a public maternity in the Brazilian Northeast]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(3): 102-6. Portuguese.
- 36 - Russell M, Czarnecki DM, Cowan R, McPherson E, Mudar PJ. [Measures of Maternal Alcohol-Use as Predictors of Development in Early-Childhood]. *Alcoholism*. 1991; 15(6): 991-1000.
- 37 - Smith IE, Coles CD, Lancaster J, Fernhoff PM, Falck A. [The Effect of Volume and Duration of Prenatal Ethanol Exposure on Neonatal Physical and Behavioral - Development]. *Neurobehavioral Toxicology and Teratology*. 1986; 8(4): 375-81.
- 38 - Day NL, Leech SL, Richardson GA, Cornelius MD, Robles N, Larkby C. [Prenatal alcohol exposure predicts continued deficits in offspring size at 14 years of age]. *Alcoholism*. 2002; 26(10): 1584-91.
- 39 - Sampson PD, Bookstein FL, Barr HM, Streissguth AP. [Prenatal Alcohol Exposure, Birth-Weight, and Measures of Child Size from Birth to Age 14 Years]. *American Journal of Public Health*. 1994; 84(9): 1421-8.

40 - Coles CD, Brown RT, Smith IE, Platzman KA, Erickson S, Falck A. [Effects of Prenatal Alcohol Exposure at School Age .1. Physical and Cognitive-Development]. *Neurotoxicology and Teratology*. 1991; 13(4): 357-67.

41 - Treit S, Zhou D, Chudley A, Andrew G, Rasmussen C, Nikkel S, et al. [Relationships between Head Circumference, Brain Volume and Cognition in Children with Prenatal Alcohol Exposure]. *PLoS One*. 2016; 11(2): e0150370.

42 - Margotto PR. [Intrauterine Growth Curves: study of 4413 single live births of normal pregnancies]. *J Pediatr (Rio J)*. 1995 Jan-Feb; 71(1): 11-21. Portuguese.

43 - Hannigan JH, Chiodo LM, Sokol RJ, JAnisse J, Ager JW, Greenwald MK, Delaney-Black V. [A 14-year retrospective maternal report of alcohol consumption in pregnancy predicts pregnancy and teen outcomes]. *Alcohol*. 2010; 44 (7-8): 583-94.