
ÁLCOOL NA GESTAÇÃO: NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO PRÉ-NATAL DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Claudemir Santos de Jesus¹

Daniele Ribeiro Dias

Valdecir Herdy Alves

RESUMO: O estudo objetivou identificar a assistência à gestante na perspectiva do consumo de bebidas alcoólicas na ótica dos profissionais da saúde. **Metodologia:** Pesquisa descritivo-exploratória, qualitativa. Foram entrevistados 16 profissionais do ambulatório de pré-natal de um Hospital Universitário. A análise dos dados aconteceu segundo Bardin. **Resultados:** O estudo identificou as estratégias no enfrentamento do consumo de bebidas alcoólicas na gestação. **Conclusões:** O estudo possibilitou a construção do conhecimento frente ao consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes, na ótica dos profissionais, e falha no dimensionamento de profissional e tempo de consulta, o que prejudica o atendimento.

Descritores: Políticas de saúde; Gravidez; Etanol; Promoção da saúde.

ABSTRACT: The objective of this study was to identify the assistance to pregnant women from the perspective of the consumption of alcoholic beverages from the point of view of health professionals. **Methodology:** Descriptive-exploratory, qualitative research, 16 professionals from the prenatal outpatient clinic of a University Hospital were interviewed, according to Bardin. **Results:** The study identified strategies for coping with alcohol consumption during pregnancy. **Conclusions:** The study made it possible to construct knowledge regarding the consumption of alcoholic beverages by pregnant women from the point of view of professionals and the lack of professional sizing and consultation time, which impairs care.

Keywords: Health Policy; Pregnancy; Ethanol; Health Promotion.

¹ Faculdade Duque de Caxias, Faculdade CNEC Rio das Ostras, Faculdades Integradas de Jacarepaguá.

INTRODUÇÃO

O consumo de bebidas alcoólicas é um hábito constante na vida de muitas mulheres, que está caracterizado devido à conquista progressiva ao mercado de trabalho, o que resulta na quebra de paradigma e na reformulação do papel social, na transformação do estigma tradicional feminino (MESQUITA, 2010).

A expressão *efeitos fetais do álcool* é utilizada para designar um grupo de crianças expostas ao álcool intra-útero, mas que não possuíam o quadro clínico completo da Síndrome Alcoólica Fetal (PALADINO, 2013).

Freire (2009) relata os primeiros estudos dos efeitos teratogênicos relacionados ao consumo do álcool por mulheres/gestantes em 1968, mas só em 1973 foi definido um padrão específico de malformações nas crianças nascidas, que foi denominado Síndrome Alcoólica Fetal, que é uma condição irreversível, caracterizada por anomalias craniofaciais típicas, deficiência de crescimento, disfunções do sistema nervoso central e várias más-formações associadas.

Nessa afirmativa, o estudo **objetivou** identificar a assistência à gestante na perspectiva do consumo de bebidas alcoólicas na ótica dos profissionais da saúde.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa descritivo-exploratória com abordagem qualitativa, realizada em um Ambulatório de Pré-Natal de uma Unidade Hospitalar do estado do Rio de Janeiro, que foi autorizado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro, sob protocolo **CAAE**: 26396014.2.0000.5243, Número do Parecer: 741654, no período de novembro 2014 a maio de 2015. Este estudo atendeu as exigências da Resolução 466/12 da CNS.

Os participantes foram 16 profissionais da saúde que atuam no Pré-Natal, que assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo entregue uma via, assim, responderam um questionário semiestruturado, em que foram identificados com a sigla PS (Profissionais da Saúde). A análise foi realizada a partir da técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin (2010), que se divide em três etapas.

Na primeira etapa foi realizada a leitura de todos os artigos, para a impregnação do conteúdo permitindo a constituição do corpus, o que valida a abordagem qualitativa.

Assim, foi possível delimitar a compreensão dos textos, para evidenciar as unidades de registros, pois, a partir as partes que se identificam com o estudo do material, se tornou possível a formação das unidades temáticas, em que codificamos e utilizamos os conceitos teóricos levantados para a orientação da análise na etapa.

Na segunda etapa, houve a exploração do material, para encontrar as unidades de registro pelas expressões e palavras significativas, para classificar e agregar os dados no alcance do núcleo de compreensão do texto de forma organizada e sistemática.

Na Terceira Etapa, com os dados da análise, foi possível articular o referencial teórico, o que fez emergir a identificação da unidade temática “assistência à gestante na perspectiva do consumo de bebidas alcoólicas na ótica dos profissionais da saúde”.

A análise dos dados foi realizada, baseada na coleta de dados e estudos selecionados, em que foi possível aglomerar o conhecimento produzido através da temática tendo como produto a síntese dos resultados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; SOARES, 2014).

RESULTADOS

ASSISTÊNCIA À GESTANTE NA PERSPECTIVA DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Ao analisar os discursos dos entrevistados, pode-se refletir que, apesar de relatarem a necessidade de atendimento multidisciplinar, os profissionais focalizaram na educação em saúde um ponto relevante à assistência.

PS6 – Quando consigo manter um diálogo, eu oriento quanto aos malefícios do consumo de bebidas alcoólicas na gestação, tentando fazê-la compreender esses malefícios de forma que essa compreensão gere uma nova consciência. A atuação de uma equipe multiprofissional seria muito importante, pois o tempo de consulta é curto, o que dificulta muito esse processo.

PS9 – Na primeira consulta tento identificar se existe ou não existe consumo, faz parte da anamnese (1ª consulta). Quando identifico o consumo, acho que precisa de exclusividade na orientação, pois educar essa gestante quanto ao consumo é muito importante, mas isso leva tempo. Só na primeira consulta é inviável. Uma equipe teria efeito positivo, pois acredito que, quando são informadas, mudariam tais hábitos.

Verifica-se que os familiares representam papel primordial nessa atenção, pois todos devem estar envolvidos para uma promoção e prevenção de qualidade.

PS4- É difícil fazer a gestante assumir o consumo de bebidas alcoólicas, *principalmente maconha ou cocaína* (sic). Quando ela vem com seu esposo ou sua mãe facilita muito, pois eles confessam por ela, aí eu tento associar com outras variáveis e oriento quanto às intercorrências e complicações para ela e para seu filho. Esse trabalho em equipe deve ser considerado.

Nessa ótica, o profissional ou a equipe de saúde não são os únicos responsáveis pelo processo de buscas para as saídas das dificuldades; a construção do novo passa pelo encontro e a criatividade das diversas subjetividades envolvidas.

PS11 - É muito importante orientar a gestante quanto aos malefícios do consumo de bebidas alcoólicas. Eu tento fazê-la compreender que o consumo de álcool não é seguro, tento mostrar as repercussões que podem ocorrer utilizando fotos de livros, etc. Independente dela informar que consome ou não, eu já oriento logo.

Assim, todo sujeito se encontra inserido em uma rede de produção de subjetividade, na qual pode se considerar um ser em conexão com outros seres e outras vidas (BRASIL, 2009).

PS10 – Eu costumo perguntar diretamente. Só assim consigo atrair a atenção da gestante, pois, ao perguntar, eu já falo logo das consequências. Daí ela se interessa pelo assunto e eu pergunto novamente se consome ou consumiu bebidas alcoólicas. Mas coletar essas informações, fazê-la assumir com essa estrutura que temos, com esse tempo de consulta, nem sempre tenho sucesso. E o pior é que às vezes eu percebo que já consumiu bebida alcoólica em alguma festa, às vezes elas deixam transparecer. Se esse trabalho fosse realizado em equipe, sem dúvida teria sucesso.

Esse contexto sugere um fortalecimento institucional em nível de infraestrutura técnica e financeira, aspectos difíceis de serem supridos pelos escassos recursos por ora apontados na fala de alguns profissionais.

PS8 – Eu considero o pré-natal falho bem falho. Ainda não existe um trabalho de educação em saúde amplo no pré-natal, direcionado para as gestantes que consomem bebidas alcoólicas ou consomem drogas ilícitas.

Para Paulo Freire, o diálogo gera um pensamento crítico e estimula a participação da mulher/gestante, o que promove a autoconfiança.

PS2 - Muitas realizam essa prática, em festas com seus maridos ou em comemorações de fim de ano. Em minha opinião, importante é não se embriagar. Eu desaconselho, eu pergunto e elas respondem. Não sei se é verdade, mas a própria gestação as deixa com mais cautela. Muitas até param de beber, assim, o próprio estado gestacional as fazem parar.

A premissa básica de quem realiza o processo educativo com essa abordagem deve ser para encorajar o fortalecimento pessoal, esclarecer dúvidas e informar o processo gravídico, focado no desenvolvimento de uma prática diária saudável.

PS3- Fazer uma gestante admitir que consumia ou consome bebidas alcoólicas ou alguma outra droga ilícita é difícil. Isso demanda tempo, não dá para fazer em uma consulta. No caso das drogas ilícitas, são mais difíceis por serem ilícitas. Uma equipe faria diferença para as questões de educação em saúde.

O importante é orientar o ser humano a ajudar-se, para tornar-se responsável e agente de recuperação, ao viabilizar a construção de uma postura crítica e reflexiva acerca dos problemas de saúde. Por muitas vezes, é denunciado pelo marido ou familiar o consumo de álcool.

PS1 - A partir do momento que se consegue estabelecer uma relação profissional paciente positivo, aí sim viabiliza essa gestante confessar o consumo de álcool ou drogas ilícitas. Mais isso demanda tempo. Em muitos casos, quando ela vem à consulta com o marido ou algum familiar, ele informa o consumo alcoólico ou ilícito da gestante.

No contexto da análise dos entrevistados, o gerenciamento do cuidado está relacionado ao dimensionamento das consultas, o que caracteriza um *déficit*, pois criação de vínculo demanda tempo.

PS8 – Eu considero o pré-natal falho, bem falho. Ainda não existe um trabalho de educação em saúde amplo no pré-natal, direcionado para as gestantes que consomem bebidas alcoólicas ou consomem drogas ilícitas.

Neste contexto, uma das grandes dificuldades do país é a garantia da assistência pré-natal.

PS10 – E por outro lado, o Ministério as Saúde trata tanto o recém-nascido quanto a mulher como cidadãos de segunda classe, esquecendo que a saúde é dela, o parto é dela e o filho é dela e suas queixas devem ser ouvidas e sanadas. De forma que a estrutura física, laboratorial, o número de consultas demandam um determinado quantitativo de profissionais.

Os programas implementados propõem meios para reversão da dificuldade no acesso, da precária cobertura e melhora da qualidade do cuidado oferecido, que impacta na melhoria dos indicadores de morbimortalidade (BRASIL, 2000).

PS11 – Sempre tem furo. Fazemos o melhor possível, mas depende do número de pacientes, pois o tempo é curto para conquistar a confiança. Para atingir uma qualidade na assistência depende das instâncias superiores.

Para um pré-natal de qualidade, é necessário que haja humanização no atendimento, fator essencial para a assistência prestada à gestante; captação e aderência precoce da gestante para o acompanhamento pré-natal; estabelecimento de vínculo entre profissional e gestante; excelência nas técnicas para um atendimento qualificado e capacitado; acompanhamento periódico e contínuo da mulher classificada com risco gestacional na primeira consulta e nas subsequentes, para garantir as orientações e esclarecimentos necessários mediante a realização das ações educativas.

PS7 – Orientar essa gestante quanto aos malefícios para ela, para seu filho, durante a consulta, é muito difícil e demanda tempo e infraestrutura. A gestante que não conhece as consequências vai continuar bebendo, a que conhece, com certeza vai tentar mudar, mas o povo não tem informação mesmo. Muita coisa poderia ser evitada só com a informação. Um trabalho pedagógico bem elaborado, não só para o consumo de bebidas alcoólicas, mas para drogas ilícitas também, teria seu efeito valorativo. E não podemos esquecer-nos da participação das esferas do governo promovendo campanhas educativas.

Portanto, o pré-natal é o momento ideal para que o profissional dissipe mitos e visões através do desenvolvimento da educação em saúde.

PS10 – Eu compreendendo que o Ministério da Saúde vê o pré-natal como um importante indicador de atuação, porém é restrito. Você não vê propaganda dizendo que a mulher não deve consumir bebida alcoólica e ou drogas ilícita.

Tal perspectiva está vinculada às informações de que um cálice de vinho por dia perpetua por anos os benefícios à saúde, mas tal prática não está indicada à gestante, pois um copo de bebida alcoólica, bem como o consumo de drogas ilícitas, pode trazer repercussões graves à díade mãe/bebê.

DISCUSSÃO

Dentre as complicações provocadas pelo consumo de álcool, destacam-se anomalias físicas e disformismo no primeiro trimestre, aumento de duas a quatro vezes as chances de abortamento espontâneo no segundo trimestre, fatores comprometedores durante o parto, como risco de infecções, descolamento prematuro de placenta, hipertonia uterina, trabalho de parto prematuro e líquido amniótico meconial (CHANG, 2001)

Dentre as consequências decorrentes do consumo de álcool por mulheres/gestantes, a mais conhecida é a Síndrome Alcoólica Fetal, caracterizada por baixo peso do recém-nascido ao nascer, hipotonia, irritabilidade, retardo do desenvolvimento, anormalidades craniofaciais e cardiovasculares, retardo mental leve e moderado, hiperatividade e baixo rendimento escolar (DIAS, 2015)

O consumo de álcool durante a gravidez deve ser motivo de grande preocupação, por apresentar grandes chances de lesar o feto. Dias *et al.* (2013) reforçam que esse ato deve ser investigado e desestimulado, por se tratar de um sério problema de saúde pública, por trazer consequências não só para a saúde materna mais também para o concepto, com o agravante de que entre 40 e 60 minutos após o consumo do álcool pela gestante, o mesmo teor alcoólico do organismo materno é encontrado no sangue fetal, o que gera intoxicação.

Isto ocorre porque a exposição é maior para o feto, já que o metabolismo e a eliminação são mais lentos. Assim, dentre outras questões, contribui para o aumento do tempo de hospitalização do recém-nascido (DIAS, 2015; FREIRE, 2005).

A exposição a bebidas alcoólicas na gestação aumenta a possibilidade de morbimortalidade e incidência de diferentes agravos à saúde da mulher e do recém-nascido, o que remete à conceituação de gravidez de risco por colocar a saúde e/ou a vida da mãe e do concepto em perigo (BRASIL, 2012).

Vale ressaltar, que a mortalidade perinatal indica a qualidade da assistência obstétrica e neonatal e dos programas de intervenção, pelo impacto que a assistência prestada à mulher/gestante e ao recém-nascido pode causar na redução desses índices.

O Brasil possui características que geram impacto na mortalidade neonatal, que é mais elevada nos grupos sociais de baixa renda, o que reflete na falta de acesso à assistência qualificada (DIAS, 2015; CITINO, 2001; CAMPOS, 2013).

Os índices de mortalidade materna de nível alto também apontam para necessidade de ações por parte do setor de saúde, que estima que 34% das mulheres consomem e bebidas alcoólicas. Ao emergir nesse contexto, o cuidado/assistência à gestante tem-se revelado uma prioridade na redução da morbimortalidade, como em outros benefícios à saúde materno-infantil (DIAS, 2015; DIAS, 2014).

O Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde elabora as diretrizes políticas e técnicas para a atenção integral à saúde da criança de zero a dez anos de idade, cujas linhas de ação prioritárias estão relacionadas com o compromisso do Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial os de números 4 - reduzir a mortalidade infantil, e 5 - melhorar a saúde das gestantes; com o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; com o Pacto pela Saúde e, mais recentemente, com o Programa de Aceleração e Crescimento na Saúde.

Cabe à Área Técnica discutir, propor e apoiar a implementação de estratégias nos Estados e Municípios que reduzam a mortalidade de crianças, em especial a infantil e a neonatal, e promovam a saúde integral, sempre focada nas prioridades de saúde população, com os princípios norteadores à universalidade, equidade, assistência integral, controle social, intersetorialidade, monitoramento/avaliação, entre outros (DIAS, 2015).

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou a construção de um conhecimento clínico e gerencial do dimensionamento de profissional e de consultas para a qualidade da assistência materno-infantil.

As interfaces desse manejo foram elucidadas ao longo das entrevistas com os profissionais. Foram compreendidas quando levantada a perspectiva da atuação transdisciplinar na educação em saúde na perspectiva do consumo de bebidas alcoólicas na gestação.

Foi possível evidenciar, num primeiro momento, que o manejo gerencial construcionista da instituição de referência ocorre, essencialmente, baseado em três aspectos: identificação das características e de variáveis facilitadoras na identificação do consumo de bebidas alcoólica na gestação; avaliação da paciente, principalmente baseada no relato verbal; e, finalmente, implementação do cuidado baseado em evidências, em que se priorizam a prevenção e promoção da saúde.

A ênfase na educação em saúde como abordagem preventiva foi declarada por unanimidade nos relatos dos profissionais. Reflete uma assistência transdisciplinar, que vai muito além do modelo predominante, do modelo biomédico e tecnologicista de cuidado.

A estrutura do serviço para o manejo foi identificada com aspectos favoráveis e desfavoráveis. Percebeu-se que a instituição, apesar de ser considerada de referência, mostrou um atendimento fragilizado, em que os profissionais até conseguem visualizar as facilidades e dificuldades encontradas no cotidiano, para atender gestantes que consomem bebidas alcoólicas e/ou drogas ilícitas. No entanto, realizam um cuidado informal, baseado em percepções individuais, sem fazer o uso de modelos preconizados, como as escalas ou instrumentos destinados à avaliação mais acurada.

Constataram-se, como principais fatores impeditivos ao adequado manejo: a demanda elevada de pacientes, a inexistência de um atendimento específico/protocolos para gerenciar as gestantes que consomem bebidas alcoólicas e ou drogas ilícitas, bem como as frequentes falhas interinstitucionais quanto à referência e contra referência, pois, na maioria das vezes, as gestantes são resistentes em assumir o consumo.

REFERÊNCIA

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2010.

BERTOLOZZI, M. R. *et al.* Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 43, pp. 1326-1330, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Justiça Normas Para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. **Resolução 466/12**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº. 427/GM, de 18 de março de 2004. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Decreto nº 6.117 de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL, Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP. Brasília: SENAD, 2009.

CHANG, G. Alcohol-screening instruments for pregnant women. *Alcohol Res Health*. v. 25, n. 5, pp. 204-9, 2001.

CITINO, R. **Alcoolismo**. São Paulo, Martin Claret, 2001.

CAMPOS, E. A. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, pp. 1379-1387, Out. 2004.

DIAS, D. R. *et al.* O consumo de álcool e outras drogas na gestação: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, v. 7, pp. 7188-7199, 2013.

DIAS, D. R.; ALVES, V. H. O pré-natal um indicador de qualidade a assistência materno infantil: na perspectiva do consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação a ótica dos profissionais da saúde de um hospital universitário. IX Congresso Brasileiro e Internacional de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. 2015

DIAS, D. R. *et al.* Promover saúde: A educação em saúde: uma análise do panorama brasileiro. 5º Encontro de Enfermagem Ginecológica do Estado do Rio de Janeiro. 2015

FREIRE, T. M. *et al.* Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, pp. 376-381, jul, 2005.

KHOURY, M. J. *et al.* The interface between dysmorphology and epidemiology in the diagnosis and surveillance for fetal alcohol effects. **Pediatrics**. V. 98, n. 2 Pt 1, pp. 315-6. 1996.

MAY, P. A. A multiple-level, comprehensive approach to the prevention of fetal alcohol syndrome (FAS) and other alcohol-related birth defects (ARBD). **Int J Addict**. V. 30, pp. 1549-602. 1995.

MESQUITA, M. A. Efeitos do álcool no Recém-nascido. **Rev. Einstein**. V. 8, n. 3 Pt 1, pp. 368-375, nov, 2010.

PALADINO, S. F. Alterações hematológicas ligadas ao alcoolismo. **Rev. psiquiatr. clín.** V. 27, n. 1, pp. 36-42, jan-fev. 2000.

Submetido em: 03 de janeiro de 2019

Aceito em: 25 de junho de 2019