

# Consumo de álcool durante a gestação

Alcohol consumption during pregnancy

Renato Passini Júnior

O trabalho de Freire et al., publicado nesta Revista, aborda o uso de bebidas alcoólicas durante a gestação, um problema importante para a saúde materno-fetal e que deve ser de conhecimento e domínio dos especialistas em Obstetrícia e Ginecologia. Os autores abordam duas questões principais, que são a necessidade de identificar o consumo de álcool pelas gestantes e as repercussões observáveis deste consumo nos recém-nascidos. Para o diagnóstico, propõem a utilização de um questionário de rastreamento, denominado T-ACE<sup>1</sup>, desenvolvido para aplicação em gestantes e já validado em vários países, inclusive no Brasil<sup>2</sup>. Com a aplicação deste questionário em 150 puérperas, encontraram em torno de 20% de mulheres que utilizaram álcool durante a gestação. Os autores concluem que este é um método sensível de rastreamento. Encontraram, também, em mães detectadas como consumidoras de álcool, redução significativa no comprimento dos recém-nascidos (1,5 cm), o que demonstraria o efeito teratogênico desta substância no grupo estudado, com tendência a causar maior redução nos conceitos do sexo feminino.

O estudo não ter controlou variáveis reconhecidamente importantes na determinação do crescimento fetal, como o estado nutricional materno, tabagismo e afecções maternas (ex., hipertensão arterial). Além destes aspectos, a média de idade gestacional dos recém-nascidos foi inferior a 39 semanas, indicando que a maioria das gestações não atingiu as 40 semanas, não se completando o tempo necessário para todo o crescimento fetal. Apesar destas restrições, os achados apontam para a necessidade de maior atenção no pré-natal para a questão da utilização do álcool pelas gestantes.

Os efeitos específicos do uso de álcool durante a gravidez têm sido amplamente estudados, mostrando os riscos tanto para a saúde materna, quanto para a fetal. Apesar disso, admite-se que em torno de 20% das mulheres façam uso de álcool durante a gravidez, como relatado no artigo de Freire et al. O consumo varia em forma e intensidade, mas o uso freqüente (sete ou mais drinques por semana ou cinco ou mais drinques por ocasião) tem aumentado significativamente nos últimos anos<sup>3-9</sup>. Cronologicamente, este aumento coincide com o aumento da evidência dos efeitos negativos do chamado consumo “baixo a moderado” durante a gestação<sup>10</sup>.

Em geral, o consumo de álcool tende a diminuir quando a mulher engravida. Porém, com o aumento do consumo pela população feminina<sup>8</sup>, grande proporção de mulheres e seus fetos são expostos a doses variáveis deste agente. Estima-se que o uso freqüente seja inferior a 4% ao final da gravidez<sup>11</sup>, embora isto indique, em números absolutos, que deve haver um grande número de mulheres utilizando álcool até o final da gestação. As bebedoras moderadas têm maior chance de parar ou reduzir seu consumo durante a gravidez, mas entre as bebedoras mais severas, 2/3 diminuem o consumo e 1/3 continuam a abusar do álcool durante toda gestação<sup>12</sup>. Bebedoras severas seriam aquelas que consomem 5 a 6 drinques de cada vez e uma média mínima de 1 a 3 drinques por dia<sup>13</sup>.

A determinação de “doses seguras” na gestação não pode ser feita experimentalmente, pois seria obviamente antiético expor gestantes a doses variadas de álcool para testar seus efeitos. As informações disponíveis surgem de estudos com animais, nem sempre aplicáveis a humanos. Vários estudos admitem, entretanto, que baixos níveis de exposição pré-natal podem afetar negativamente o desenvolvimento fetal<sup>14-17</sup>. Isto é particularmente importante hoje, porque, com a divulgação de possíveis efeitos benéficos do uso de pequenas doses de algumas bebidas alcoólicas (ex., vinho) sobre o metabolismo lipídico e prevenção de doenças cardiovasculares, esta recomendação poderia ser adotada inadvertidamente também por gestantes. Não há, até este momento, qualquer recomendação neste sentido e todas as gestantes devem se abster do uso do álcool durante toda a gravidez, incluindo o período periconcepcional, como se verá adiante.

Uma das grandes dificuldades em saber sobre o consumo de álcool pelas gestantes deve-se ao fato de este hábito não ser pesquisado de maneira sistemática nas consultas pré-natais. É particularmente difícil avaliar se uma paciente é ou não usuária de álcool, seja pela dificuldade em caracterizar um valor limite que seja nocivo, seja pela omissão ou negação da informação. Uma mistura de medo, embaraço e culpa podem subdimensionar as estatísticas de consumo, mesmo utilizando formas mais criteriosas para detecção do uso. Para melhorar a identificação existem questionários

consagrados como o CAGE<sup>18</sup>, MAST<sup>19</sup> (*Michigan Alcoholism Screening Test*), SMAST<sup>20</sup> (*Short-Michigan Alcoholism Screening Test*) e AUDIT<sup>21</sup> (*Alcohol Use Disorders Identification Test*). Estes instrumentos são menos efetivos para identificar o uso do álcool em mulheres, porque foram desenvolvidos para medir a dependência entre homens<sup>10,22</sup>. Diferenças biológicas entre homens e mulheres fazem com que a mesma quantidade de álcool consumida num período produza maiores níveis na mulher<sup>23</sup>, implicando que os pontos de corte para consideração de risco sejam avaliados de maneira diferente, particularmente na gestante<sup>24</sup>. Um fator importante na utilização e interpretação de qualquer forma de questionário em gestantes é que as mulheres muitas vezes mudam seu hábito de consumo durante a gestação, com tendência à redução, e um questionário aplicado no final da gestação pode não identificar, satisfatoriamente, o consumo no início da gravidez.

Existem vários outros instrumentos de rastreamento. Eles não servem como diagnóstico de alcoolismo, mas ajudam na identificação da gestante usuária, permitindo sua orientação. O T-ACE foi o primeiro teste rastreador validado para uso na prática obstétrica e ginecológica<sup>1</sup>. As perguntas sobre utilização de álcool são indiretas. Ele ganha em sensibilidade em relação a outros testes, mas não em especificidade<sup>10</sup>. Apesar disso, é um instrumento muito útil e rápido para triagem, sendo um recurso disponível e eficiente para identificar uso de álcool em gestantes. Outro instrumento existente é o TWEAK<sup>25</sup>, um questionário com cinco itens, incluindo questões do MAST-CAGE e T-ACE. Apesar de útil para detectar bebedoras de risco, aparentemente não trouxe grandes vantagens em relação ao T-ACE<sup>10</sup>.

Há vários estudos abordando outras formas de detecção de gestantes usuárias de álcool, com a utilização de biomarcadores, da mesma maneira que se faz com drogas ilícitas como a cocaína e anfetaminas<sup>26,27</sup>. Podem ser pesquisados no ar expirado, urina, sangue e até no mecônio<sup>28</sup>. Dentre esses biomarcadores, estão a determinação de etanol ou seus metabólitos no sangue ou ar expirado, as dosagens de gama-glutamil transferase, acetaldeído ligado à hemoglobina, ésteres de ácidos graxos e outros<sup>29,30</sup>. Estes marcadores ainda não foram validados para uso em gestantes e recém-nascidos<sup>11</sup>, sendo, ainda, pouco aplicáveis.

Já que não se pode afirmar se existe um “nível seguro” de álcool para ser consumido durante a gravidez, a Academia Americana de Pediatria e o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia recomendam abstinência não só para as mulheres que estão grávidas, mas também antes da concepção, pois os efeitos parecem ser maiores nas fases iniciais do desenvolvimento embrionário<sup>6</sup>. Como a maioria das gestantes está altamente motivada para mudar seus comportamentos<sup>27</sup>, pequenas intervenções do obstetra (como sessões de aconselhamento) podem ser especialmente efetivas. Por isso, os questionários de rastreamento devem ser aplicados. Identificar essas mulheres pode ajudar na sua orientação e reduzir danos atuais e futuros. Além do alto custo social, relacionado com as conseqüências do uso do álcool durante a gestação, existe o impacto econômico, estimando-se que o gasto anual, nos EUA, varie de 75 milhões a quase 10 bilhões de dólares, para tratamento dos diversos graus de acometimento fetal pelo álcool<sup>11</sup>.

Para o futuro será necessário desenvolver pesquisas abordando vários aspectos do problema, dentre eles<sup>31</sup>: estas pesquisas devem visar a melhora das técnicas para reconhecimento clínico de mulheres de risco para uso do álcool; intervenções mais efetivas para modificar este hábito durante a gestação; o desenvolvimento de abordagens para prevenir ou minimizar os efeitos intra-útero do álcool; determinação de formas mais efetivas para identificar a SAF e os EFA, principalmente ao nascer e durante a infância; e estratégias para medir os problemas de desenvolvimento neurológico e de aprendizagem nos indivíduos afetados, e desenvolver terapias cognitivas e comportamentais, medicações e programas de educação especial.

Concluindo, devemos repetir que não há uma quantidade segura de bebida alcoólica que possa ser consumida durante a gravidez. Os efeitos do álcool sobre o desenvolvimento fetal são de extrema gravidade, podendo repercutir permanentemente sobre os indivíduos afetados. Cabe aos obstetras e ginecologistas atentarem para este problema e instituírem em sua prática diária, pública ou privada, a avaliação rotineira do uso de álcool por suas clientes, orientando-as quanto aos riscos e alertando-as sobre sua responsabilidade para com a saúde de seu futuro filho.

## Referências

1. Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *Am J Obstet Gynecol.* 1989;160(4):863-8.
2. Fabri CE. Desenvolvimento e validação de instrumento para rastreamento do uso nocivo de álcool durante a gravidez (T-ACE) [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2001.

3. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet*. 2005;365(9458):519-30.
4. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*. 2003;98(9):1209-28.
5. Eckardt MJ, File SE, Gessa GL, Grant KA, Guerri C, Hoffman PL, et al. Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998;22(5):998-1040.
6. Cook JD. Biochemical markers of alcohol use in pregnant women. *Clin Biochem*. 2003;36(1):9-19.
7. Pihl RO, Peterson JB, Lau MA. A biosocial model of the alcohol-aggression relationship. *J Stud Alcohol Suppl*. 1993;11:128-39.
8. Alcohol consumption among pregnant and childbearing-aged women-United States, 1991 and 1995. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1997;46(16):346-50.
9. Ebrahim SH, Luman ET, Floyd RL, Murphy CC, Bennett EM, Boyle CA. Alcohol consumption by pregnant women in the United States during 1988-1995. *Obstet Gynecol*. 1998;92(2):187-92.
10. Chang G. Alcohol-screening instruments for pregnant women. *Alcohol Res Health*. 2001;25(3):204-9.
11. Bearer CF. Markers to detect drinking during pregnancy. *Alcohol Res Health*. 2001;25(3):210-8.
12. Erja H. Drug abuse and pregnancy: background. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2003;47 Suppl 116:83.
13. Chiriboga CA. Fetal alcohol and drug effects. *Neurologist*. 2003;9(6):267-79.
14. Charness ME, Safran RM, Perides G. Ethanol inhibits neural cell-cell adhesion. *J Biol Chem*. 1994;269(12):9304-9.
15. Jacobson JL, Jacobson SE. Prenatal alcohol exposure and neurobehavioral development. *Alcohol Health Res World*. 1994;18(1):30-6.
16. Wong EV, Kenwrick S, Willems P, Lemmon V. Mutations in cell adhesion molecule L1 cause mental retardation. *Trends Neurosci*. 1995;18(4):168-72.
17. Ikonomidou C, Bittigau P, Ishimaru MJ, Wozniak DF, Koch C, Genz K, et al. Ethanol-induced apoptotic neurodegeneration and fetal alcohol syndrome. *Science*. 2000;287(5455):1056-60.
18. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*. 1984;252(14):1905-7.
19. Selzer ML. The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry*. 1971;127(12):1653-8.
20. Selzer ML, Vinokur A, van Rooijen L. A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). *J Stud Alcohol*. 1975;36(1):117-26.
21. Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J, Grant M. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organization; 1992.
22. Russell M, Martier SS, Sokol RJ, Mudar P, Jacobson S, Jacobson J. Detecting risk drinking during pregnancy: a comparison of four screening questionnaires. *Am J Public Health*. 1996;86(10):1435-9.
23. Graham K, Wilsnack R, Dawson D, Vogeltanz N. Should alcohol consumption measures be adjusted for gender differences? *Addiction*. 1998;93(8):1137-47.
24. Bradley KA, Boyd-Wickizer J, Powell SH, Burman ML. Alcohol screening questionnaires in women: a critical review. *JAMA*. 1998;280(2):166-71.
25. Russell M. New assessment tools for risk drinking during pregnancy. *Alcohol Health Res World*. 1994;18(1):55-61.
26. Ursitti F, Klein J, Koren G. Clinical utilization of the neonatal hair test for cocaine: a four-year experience in Toronto. *Biol Neonate*. 1997;72(6):345-51.
27. Pragst F, Rothe M, Spiegel K, Sporkert F. Illegal and therapeutic drug concentrations in hair segments - a timetable of drug exposure. *Forensic Sci Rev*. 1998;10:81-111.
28. Chan D, Caprara D, Blanchette P, Klein J, Koren G. Recent developments in meconium and hair testing methods for the confirmation of gestational exposures to alcohol and tobacco smoke. *Clin Biochem*. 2004;37(6):429-38.
29. Christmas JT, Knisely JS, Dawson KS, Dinsmoor MJ, Weber SE, Schnoll SH. Comparison of questionnaire screening and urine toxicology for detection of pregnancy complicated by substance use. *Obstet Gynecol*. 1992;80(5):750-4.
30. Best CA, Laposata M. Fatty acid ethyl esters: toxic non-oxidative metabolites of ethanol and markers of ethanol intake. *Front Biosci*. 2003;8:e202-17.
31. Hankin J, McCaul ME, Heussner J. Pregnant, alcohol-abusing women. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000;24(8):1276-86.