

A COMUNICAÇÃO E A ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTOS*

Miguel Ricou**¹, João Salgado², Cristiana Alves³, Ivone Duarte¹,
Zélia Teixeira⁴, José Barrias⁵, & Rui Nunes¹

¹Unidade de Ética e Psicologia do Serviço de Bioética e Ética Médica
da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal

²Instituto Superior da Maia, Portugal

³Hospital da Trofa, Portugal

⁴Centro Regional de Alcoologia do Norte, Porto, Portugal

⁵Instituto de Alcoologia, Porto, Portugal

RESUMO: O objectivo deste estudo é tentar aprender um pouco mais sobre os processos de mudança de comportamentos. Sabemos que para prevenir é necessário informar mas, paradoxalmente, sabemos que o mero conhecimento da realidade não é suficiente para a alteração de comportamentos. Então, e no âmbito dos cuidados de saúde primários, área de intervenção onde a prevenção assume um papel fundamental, qual a melhor forma de promover a adopção de comportamentos saudáveis? A propósito do consumo de álcool na gravidez, fomos tentar avaliar o nível de informação de 295 mulheres grávidas, acompanhadas na consulta materno-infantil de vários centros de saúde do norte do país, sobre os efeitos do álcool no período de gestação, bem como sobre os seus hábitos de consumo. Partindo do princípio que ninguém nasce ensinado, fomos aferir sobre as fontes em que essas mulheres foram “beber” a informação, no pressuposto que o médico assistente deveria assumir o seu papel de autoridade no sentido de melhor informar as suas utentes. Se tal facto se confirmou, estranhamente essa realidade não contribuiu, de uma forma decisiva, para a mudança de comportamentos desejada: deixar de consumir bebidas alcoólicas. Aliado às características aditivas do álcool, a ausência do estabelecimento de uma relação de confiança que possibilite discutir com a pessoa sobre os seus próprios hábitos e sobre as suas dificuldades em alterá-los poderá ser a grande causa para a resistência na mudança de comportamentos. O investimento em profissionais especialistas nesta área, como serão os psicólogos da saúde, é uma das soluções proposta pelos autores.

Palavras chave: Comportamentos aditivos, Comunicação, Consumo de álcool, Cuidados primários, Gravidez, Prevenção, Psicologia da Saúde.

COMMUNICATION AND BEHAVIOUR CHANGE

ABSTRACT: The aim of this study it's to try to learn more about the behaviour changing processes. We know that for prevention we need to inform people. On the other hand, knowing the facts is not enough to change behaviours. So, in primary health care, an important prevention field, what are the best ways to promote the adoption of healthy behaviours? Using as example the alcohol consumption during pregnancy, we've tried to access the knowledge of 295 pregnant women, followed in several primary health care centres in the north of Portugal, about the effects of alcohol during pregnancy, as well as about their drinking habits. We also asked about

* Trabalho realizado com o apoio da Fundação GlaxoSmithKline das Ciências da Saúde.

** Contactar para E-mail: mricou@med.up.pt

the sources of the information, assuming that the GP should be the best person to inform these women on how to improve their knowledge. Although this seems to be true, we didn't find a desirable change of the drinking patterns. We believe that, beside the addictive nature of alcohol, the lack of a trust relationship to discuss with people about their habits and their difficulties to change them is one of the major causes that explain the changing behaviour resistance. The promotion of specialists to work in the primary health practices, like health psychologists, it's one of the solutions proposed by the authors.

Key words: Addictive behaviours, Communication, Drinking habits, Health Psychology, Pregnancy, Prevention, Primary health care.

As actividades profissionais ligadas à assistência na saúde são empreendimentos orientados para determinados objectivos: a cura e a prevenção de doenças, o cuidado para com as preocupações, as dores e as ansiedades dos pacientes.

O essencial da relação destes técnicos com os doentes é, pois, o ser sempre um contacto entre pessoas e o dever ser uma ligação profundamente humana (Melo, 1999). Daí que esta relação assuma uma dimensão ética, em que ambas as pessoas saem dignificadas e valorizadas. É, desejavelmente, uma relação de confiança, de respeito, de abertura e de responsabilidade, tendo, como é óbvio, objectivos diferentes, diversificados. O doente tem direitos, expressos na Carta dos Direitos e Deveres do Doente (DGS, 1998), bem como na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Desde o direito à vida, o artigo 3.º dos direitos humanos, ao direito à qualidade de vida em todas as suas vertentes, passando pelo direito à informação, ou pelo direito à privacidade (Pinto, 1995).

Neste sentido, a educação para a saúde constitui, nos dias de hoje, um veículo primordial na intervenção ao nível dos cuidados de saúde. O grande sucesso actual da medicina não está apenas relacionado com o desenvolvimento da tecnologia, que permite milagres é certo, mas também, e em grande parte, com a aquisição de noções tão simples como por exemplo os hábitos de higiene. Desta forma, se hoje quase erradicamos uma série de doenças, outrora mortais, não terá sido apenas pelo aparecimento das vacinas, mas sim, e em grande parte, pelo conhecimento das formas de contágio e da forma de as evitar ou reduzir ao mínimo.

A prevenção não é, contudo, uma ideia totalmente nova. Já na antiga Grécia, Hygeia, a Deusa da Saúde e da Prevenção, irmã de Panacea, Deusa da Medicina, ensinou aos Gregos que seria mais saudável se fossem moderados em todas as formas de comportamento. Ora, para adoptarmos um comportamento que vá contra a obtenção de um prazer imediato, teremos que saber prever que esse prazer poderá constituir uma fonte de desprazer no futuro. No que diz respeito à saúde, e sobretudo em situações novas para a pessoa (como será o caso de uma primeira gravidez) tal só será possível se alguém, preferencialmente uma autoridade na matéria, prestar a informação à pessoa. E quem melhor do que um profissional de saúde para o fazer, num contexto que,

necessariamente, deve implicar a construção de uma relação com características muito próprias, é certo, mas que poderá catalisar a formação de um construto comunicacional?

Comunicar é muito diferente de informar. A comunicação é baseada em transações que, se podem assumir os mais diferentes formatos, baseiam-se num sistema de trocas efectivas, no qual existe necessariamente a possibilidade de avaliar o impacto do seu efeito nos seus participantes. Podendo o profissional de saúde, no caso o médico de família, constituir uma autoridade do tipo racional-legal – recorrendo à tipologia de Max Weber – pode tornar-se num meio privilegiado de prevenção de comportamentos.

Não parece existirem dúvidas de que a relação entre o profissional de saúde e o paciente é assimétrica, uma vez que é baseada numa procura de ajuda, baseada nessa mesma autoridade racional-legal (Ricou, 2004). O médico assistente, sob pena de não corresponder às necessidades da pessoa, fica, pois, sujeito à obrigação de possuir competências que lhe permitam ajudar o doente na sua procura de informação indispensável ao exercício da sua autonomia.

Se a percepção da vulnerabilidade pessoal constitui um iniciador importante dos comportamentos preventivos (Bennett & Murphy, 1999), será fundamental aumentar a consciência individual de cada um sobre os riscos para a saúde associados a determinados comportamentos.

Cada um de nós funciona através de um conjunto de crenças racionais e irracionais. Estas últimas provêm da necessidade que os indivíduos sentem em conferir algum tipo de justificação em relação aos seus comportamentos, sobretudo aqueles que estejam isentos de um objectivo específico, bem determinado e aprovado socialmente. São processos que permitem ao indivíduo desenvolver comportamentos que incluam alguma dose de risco. O consumo de álcool, sobretudo em doses excessivas, será um deles. Um exemplo típico poderá ser: “preciso de relaxar durante o fim de semana...”. A condução a 200 km por hora poderá ser outro.

As novas informações referentes aos riscos de determinado comportamento tendem, pois, a ser simplificadas através da sua comparação com ideias mais familiares. Desta forma, mesmo quando a informação é adequada, os riscos percebidos poderão ser desvalorizados por estas crenças irracionais.

Temos pois, que a confrontação do indivíduo poderá ser um processo de contrariar esta minimização dos riscos, promovendo a adopção de comportamentos mais adequados, uma vez que os outros se tornam de mais difícil racionalização. Quando a informação nos surge de uma fonte que não nos confronta com os nossos comportamentos – como serão exemplos os *mass media* – ainda que esta seja adequada e completa, a sua aplicabilidade no sentido de uma mudança real, será menos provável. Uma relação interpessoal que permita o estabelecimento de um processo comunicacional, parece-nos motivador de um melhor cumprimento daquilo que será desejável: uma efectiva adopção de comportamentos mais saudáveis. Neste sentido, a consulta

com a equipa de saúde familiar, que forma uma autoridade informada em questões de saúde, poderá constituir o espaço ideal de discussão das questões envolvidas.

Ainda que a comunicação social tenha potencialidades enormes pelo acesso e impacto produzido junto da população em geral, não substitui, nem poderia, a nossa necessidade, como pessoas, de entrarmos em relação com o outro; de informações e dados relevantes se associarem a pessoas e a interacções significativas.

Claro que nesta perspectiva, a família poderá também ser um meio privilegiado de prevenção. No entanto, se a estas interacções somarmos uma justificação racional clara, os resultados serão, necessariamente, melhores. Não pretendemos com isto dizer que a equipa de saúde poderá substituir-se ao papel da família. Bem pelo contrário. Contudo, e no que ao consumo de álcool diz respeito, este está muitas vezes associado a falsos conceitos sobre as suas propriedades, o que poderá levar à adopção, como que inconsciente, de comportamentos nocivos.

Ficam, é claro, as interrogações relacionadas com as questões da disponibilidade dos médicos de família para este tipo de intervenção que, inevitavelmente, exige um maior consumo de tempo, já de si reduzido. No entanto, e avaliando o problema de uma forma global, teremos que questionar se não ficará mais dispendioso tratar as consequências dos comportamentos irresponsáveis, decorrentes de deficiente sensibilização das pessoas no sentido de uma vivência saudável e responsável.

Este estudo pretendeu, na sua essência, avaliar a importância da influência dos profissionais de saúde, sobretudo o médico de família, no controlo de comportamentos de consumo de álcool nas mulheres grávidas, considerando que se torna fundamental a prevenção a este nível com vista ao futuro da criança em gestação.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por 295 mulheres grávidas, utentes de vários Centros de Saúde do norte do país. Trata-se de uma amostra de mulheres que recorreram à consulta materno-infantil do seu centro de saúde, quer se trate da sua primeira gestação, quer já tenham sido mães anteriormente. A média de idades da amostra é de cerca de 28 anos, sendo de salientar que a mulher mais jovem apresentava 16 anos de idade, tendo a mais velha 47 anos. Parece-nos digno de realce o facto de 10,5% das mulheres da amostra terem entre 16 e 20 anos, dado poderem ser consideradas como mães adolescentes, ou pelo menos como muito jovens. A grande maioria das mulheres é casada (75% do total da amostra), sendo que 50% espera o primeiro filho. Aliás, o número de famílias

numerosas (com 3 filhos ou mais) é de apenas 1,7%. No que se refere ao nível sócio-económico, obtido a partir da escala de Graffar adaptada, predomina a classe média (49,2%), seguindo-se a classe média baixa com 35,3%. As classes média alta e alta caracterizam apenas cerca de 14% de mulheres no total da nossa amostra, sendo que a classe classificada como baixa pertencem apenas cerca de 2% das mulheres. No que se refere ao tempo de gestação, a mediana obtida é de 21 semanas, para uma moda de 14 semanas. De realçar o facto da maioria das mulheres da nossa amostra recorrer à consulta do Centro de Saúde sensivelmente a meio da gravidez e próximo do seu final.

Material

Os instrumentos utilizados na recolha da informação foram uma entrevista semi-estruturada e a escala de *Graffar* adaptada, destinada à avaliação da classe social.

A entrevista consiste numa adaptação de uma outra realizada no âmbito de um estudo piloto (Riçou, Teixeira, Figueiredo, Duarte, & Barbosa, 2001), o que permitiu fazer as adaptações consideradas necessárias. É constituída por 55 itens e visa recolher informação sócio-demográfica básica dos elementos da amostra, avaliar o número de filhos e os cuidados de saúde providenciados ou não durante as gravidezes prévias. Além disso, obtém-se informação sobre o conhecimento apresentado pelas utentes acerca dos efeitos do consumo de álcool durante a gravidez, qual a fonte dessa informação, bem como, um levantamento dos consumos da grávida e familiares no que respeita ao álcool, bem como as mudanças nesses padrões aquando da gravidez. O mesmo levantamento foi realizado para o consumo de tabaco e de café, antes e durante a gestação.

Procedimento

O processo de avaliação iniciou-se pelo contacto com o director de cada Centro de Saúde, no sentido de obter a autorização necessária à realização do estudo na respectiva instituição. Posteriormente, existiu uma primeira abordagem com os médicos de família, responsáveis pela consulta materno-infantil, a quem solicitamos a colaboração no sentido de saber da disponibilidade das suas utentes em participar no estudo. Finalmente, e já em contacto directo com a mulher grávida, foi pedido o consentimento livre e esclarecido da mesma. Ainda, foi assegurado que os resultados do estudo estariam, no futuro, disponíveis no respectivo Centro de Saúde. Depois de esclarecidas todas as possíveis dúvidas existentes, prosseguia-se a entrevista.

A amostra foi então recolhida em vários Centros de Saúde da zona norte do país, com maior incidência nos distritos do Porto e de Braga. Os instrumentos foram administrados por licenciados em psicologia, recrutados para o efeito, sendo que todos eles receberam o mesmo tipo de formação.

RESULTADOS

No que respeita aos consumos de álcool, verifica-se que cerca de 58% das participantes consomem habitualmente bebidas alcoólicas (Quadro 1), usando predominantemente o vinho como bebida de eleição. Já no que respeita ao período da gravidez, constata-se que cerca de 20% das mulheres mantêm o consumo de álcool.

Verifica-se, tal como seria de esperar, uma associação estatisticamente significativa entre o consumo de álcool anterior à gravidez e durante a mesma (*Qui-Quadrado*=47,44, $p<0,001$). Ou seja, as mulheres que consomem habitualmente álcool têm uma maior probabilidade de o consumir durante a gravidez. Isto verifica-se apesar das mulheres que consumiam apresentarem uma diminuição significativa do consumo, o que evidencia que a gravidez está associada a uma moderação do consumo (*Qui-Quadrado*=19,55, $p<0,001$).

Quadro 1

Consumo habitual de bebidas alcoólicas em função do consumo durante a gravidez

		E durante a gravidez, consome bebidas alcoólicas?		Total
		Sim	Não	
Habitualmente, consome bebidas alcoólicas?	Sim	57 (19,3%)	115 (39,0%)	172 (58,3%)
	Não	1 (0,3%)	122 (41,4%)	123 (41,7%)
	Total	58 (19,7%)	237 (80,3%)	295 (100%)

Mais importante será o comportamento das mulheres com relatos de consumo excessivo no que diz respeito à sua capacidade em se absterem de consumir álcool no período de gravidez (Quadro 2). Se analisarmos o seu comportamento verifica-se que em 22, apenas 8 se abstém enquanto 14 mantêm o consumo. Como tal, neste grupo, em termos estatísticos (*Qui-Quadrado*=1,63, $p=0,20$), verifica-se uma distribuição quase aleatória entre a abstinência e o consumo, o que indica que a gravidez, neste caso, não está associada à abstinência, apenas a uma diminuição de consumos.

Quadro 2

Tipo de consumo de álcool antes da gravidez em função do consumo ou abstinência durante a gravidez

		Durante a gravidez, consome bebidas alcoólicas?		Total
		Sim	Não	
Antes da gravidez mantinha consumos excessivos?	Sim	14 (63,6%)	8 (36,4%)	22 (7,5%)
	Não	44 (14,9%)	229 (77,6%)	273 (92,5%)
	Total	58 (19,7%)	237 (80,3%)	295 (100%)

Já no que diz respeito às fontes de informação (FI) indicadas pelas mulheres da nossa amostra, será importante registar que, apesar de acompanhadas por um médico, apenas 38,3% das grávidas o aponta como FI sobre os efeitos do

álcool na gravidez, ocupando este o terceiro lugar na hierarquia de FI mais citadas (Quadro 3). Será ainda de notar que foi dada a oportunidade de identificar múltiplas FI.

Quadro 3

Fontes de informação indicadas

Fonte de informação	Frequência
Médico	113 (38,3%)
Meios de Comunicação	132 (44,7%)
Escola	39 (13,2%)
Outros	145 (49,2%)
Não consegue identificar	10 (3,4%)

No que se refere à percepção geral que as grávidas da nossa amostra evidenciam sobre os efeitos do álcool, ressalta o facto de 17 delas acreditarem que o consumo de álcool durante a gravidez não tem qualquer efeito, sendo que 1 aponta que o consumo é positivo. Desta forma, temos que um total de 18 grávidas (6,1%) apresenta uma percepção global errada sobre o consumo de álcool.

Quando analisámos a relação entre a percepção geral sobre os efeitos de álcool na gravidez e a FI indicada, encontramos uma associação moderada¹ (V de Cramer=0,28, $p<0,05$) entre as duas variáveis. Será importante referir que, a fim de tornarmos exequível esta análise, seleccionamos os sujeitos que indicaram apenas uma FI, eliminando aqueles que apontaram várias, pelo que a amostra ficou reduzida a 150 sujeitos. Deste modo, estando as duas variáveis moderadamente associadas, pode construir-se uma estrutura hierárquica a partir da eficácia das diferentes FI na criação de uma percepção geral adequada.

É possível, então, verificar que o *médico* surge em primeiro lugar com 100% de eficácia, seguindo-se os *meios de comunicação social* com 92,9%, a *família ou amigos* com 90,0%, e finalmente, com apenas 73,9% de mulheres com uma percepção geral adequada sobre os efeitos do álcool, surgem todas aquelas que não foram capazes de identificar *nenhuma FI*. Não consideramos nesta análise a *escola* dado que por existirem apenas 5 mulheres que a indicam como FI, julgamos ser um universo muito reduzido para poder tirar qualquer tipo de conclusão.

Já no que diz respeito à percepção sobre os efeitos específicos do álcool, verifica-se a existência de uma importante percentagem (26,8%) de mulheres na nossa amostra que desconhece os efeitos específicos que o consumo de álcool pode ter na gravidez. Este dado é importante, na medida em que estas mulheres estão a ser alvo de acompanhamento médico.

Analisando a relação entre a FI e a percepção sobre os efeitos específicos do consumo de álcool durante a gravidez, verifica-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis ($Qui\text{-}quadrado=23,10$,

¹ A análise de qui-quadrado não é exequível visto que existem 50% das células com frequências esperadas abaixo de 5, sendo que esta só é possível com um máximo de 20%.

$p < 0,001$), no que respeita aos seguintes pontos: mais uma vez o médico surge como a FI mais eficaz, já que 82,4% das grávidas por ele informadas revelam conhecimentos específicos dos potenciais prejuízos causados pelo consumo de álcool durante a gravidez. Constata-se ainda que as mulheres que são incapazes de identificar uma FI possuem uma percepção mais difusa sobre os efeitos desse mesmo consumo durante a gravidez.

Será importante referir que, mais uma vez, a fim de tornarmos possível esta análise, seleccionamos os sujeitos que indicaram apenas uma FI, eliminando aqueles que apontaram várias, pelo que a amostra ficou reduzida aos mesmos 150 sujeitos. Obtivemos uma associação moderada entre estas duas variáveis (V de Cramer=0,39, $p < 0,001$), pelo que pudemos construir uma estrutura hierárquica a partir da eficácia das diferentes FI na criação de uma percepção adequada sobre os efeitos específicos do álcool na gravidez.

É possível, então, verificar que o médico surge em primeiro lugar com 82,4% de eficácia, aliás, praticamente ao mesmo nível dos meios de comunicação social (82,1%). A família ou amigos atingem uma eficácia de 71,7%, e finalmente, com apenas 30,4% de mulheres com uma percepção adequada sobre os efeitos específicos do álcool, surgem todas aquelas que não foram capazes de identificar nenhuma fonte. Mais uma vez, não consideramos nesta análise a escola pelos motivos anteriormente apresentados.

Em seguida fomos verificar se existiria alguma relação entre a FI indicada pelos sujeitos da amostra e o consumo de álcool durante a gravidez (Quadro 4). Também aqui recorreremos apenas ao universo de mulheres que indicou uma fonte única de informação ($N=150$). Verificámos que o consumo de álcool durante a gravidez é independente da FI a que se teve acesso (Qui -quadrado=2,89, $p=0,57$).

Quadro 4

Fonte de informação em função do consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez

		Consumo de álcool durante a gravidez		Total
		Sim	Não	
Onde obteve a informação?	Médico	6 (17,6%)	28 (82,4%)	34 (22,7%)
	Meios de Comunicação	7 (25,0%)	21 (75,0%)	28 (18,7%)
	Escola	0 (0%)	5 (100%)	5 (3,3%)
	Outras	13 (21,7%)	47 (78,3%)	60 (40,0%)
	Sem fonte identificada	7 (30,4%)	16 (69,6%)	23 (15,3%)
	Total	33 (22,0%)	117 (78,0%)	150 (100%)

No que diz respeito à possível existência de uma relação entre a percepção geral dos efeitos do álcool e o consumo do mesmo durante a gravidez, encontramos um valor moderado de associação (V de Cramer=0,24, $p < 0,001$)¹. Desta forma, podemos afirmar que existirá uma relação entre a percepção de que o álcool é negativo para a gravidez e a abstinência ao seu consumo.

¹ A análise de qui-quadrado não é exequível visto que existem 25% das células com frequências esperadas abaixo de 5, sendo que esta só é possível com um máximo de 20%.

Curiosamente, no que diz respeito à relação entre o conhecimento dos efeitos específicos do álcool na gravidez e o consumo durante a mesma, esta não se apresenta, ainda que esteja próxima, como estatisticamente significativa ($Qui\text{-}quadrado=3,27, p=0,07$). Contudo, a percentagem de mulheres que conhece os efeitos negativos do álcool a manter-se abstinente do consumo durante a gravidez é superior ao verificado no grupo de mulheres que revela desconhecimento (17,1% contra 26,6%).

DISCUSSÃO

A recolha dos dados decorreu num período de aproximadamente 6 meses, pelo que foi possível, recorrendo a vários Centros de Saúde do norte do país, obter uma amostra de 295 mulheres grávidas o que nos parece um número aceitável. Claro que todas as mulheres são provenientes da zona norte do país, dos distritos do Porto e de Braga, pelo que não podemos considerar a amostra como representativa da realidade nacional, dado sabermos existir diferentes prevalências de consumo de bebidas alcoólicas consoante as áreas geográficas e demográficas de Portugal (Gameiro, 1998). Ainda, sendo a nossa amostra constituída, exclusivamente, por mulheres que recorrem à consulta materno-infantil de um Centro de Saúde, estamos conscientes do desvio que tal procedimento representa para a amostra. Para além de, tradicionalmente, as pessoas de nível económico superior recorrerem à medicina privada, pelo que não vão ao Centro de Saúde, existem, seguramente, mulheres que vivem processos de gravidez não vigiados, pelo que também a essas não tivemos acesso.

No entanto, o objectivo central deste trabalho não foi o de aferir sobre a realidade portuguesa no que diz respeito aos hábitos de consumo de álcool ou de outras substâncias durante a gravidez, nem tão pouco avaliar o nível de informação das mulheres nacionais sobre os malefícios do álcool na gravidez. O nosso objectivo foi avaliar o resultado da informação, e sobretudo o modo como ela é transmitida, na modificação dos padrões de consumo de álcool nas mulheres grávidas, pelo que a metodologia utilizada na recolha da amostra nos parece apropriada.

Não será então de estranhar, pelo atrás discutido, que a grande maioria das mulheres faça parte de uma classe média e média-baixa, pelo que se deduz serem as pessoas deste nível socio-económico aquelas que mais recorrem ao Centro de Saúde, pelo menos no que diz respeito à consulta materno-infantil. Curiosamente, verificámos que as mulheres recorrem à consulta sobretudo a meio e na parte final da gravidez, sendo a fase inicial da mesma o período de menor incidência no que respeita à nossa amostra, o que poderá ser justificado pela descoberta tardia da gravidez.

No que respeita aos resultados do estudo propriamente dito obtivemos uma percentagem de 58,3% de mulheres que consome normalmente álcool, o que se

não deixa de ser uma percentagem elevada, dadas as características culturais do nosso país, acaba por não surpreender. Muito mais grave é a constatação que 33% dessas mulheres mantêm o consumo de álcool durante a gravidez, o que dado o efeito potencialmente nocivo do mesmo para o feto se assume como muito preocupante. Aliás, se a tolerância para o consumo de álcool na gravidez é igual a zero, poderemos afirmar que esta elevada percentagem de mulheres que bebe durante a gravidez se constituem como bebedoras excessivas, pelo que o panorama se torna assustador.

Se, tal como se mostrou, existe uma tendência para a alteração dos hábitos de consumo de álcool com o surgimento da gravidez, tal deverá ficar a dever-se, seguramente, à informação existente sobre os malefícios do álcool para o feto. Contudo, se ainda assim existe uma grande percentagem de mulheres que continua a beber, isso poderá significar que, ou a informação não é suficientemente específica por forma a chegar a todas as mulheres ou, dado o álcool ser uma substância potencialmente geradora de dependência, algumas mulheres não são capazes de controlar o seu consumo. Claro que partimos do princípio que todas estas mulheres desejam ter uma gravidez a mais bem sucedida possível, gerando um filho saudável, pelo que excluimos a hipótese, por a considerarmos demasiado insólita em mães que recorrem a uma consulta materno-infantil, de uma parte delas beber para prejudicar o seu futuro filho propositadamente, ou mesmo através de um mecanismo de negação da gravidez.

Como era difícil, no âmbito de um estudo deste tipo, avaliar a existência ou não de dependência ao álcool, optámos por investigar as mulheres que apresentassem padrões de consumo excessivo, pelo que encontramos 7,5%. Verificámos que, no caso destas, a gravidez não contribui para a abstinência ao consumo de álcool, sendo que, ainda assim, contribui para a diminuição do mesmo. Logo, nestas mulheres, ainda que a noção de nocividade do álcool tenha algum efeito, fica evidente a sua maior dificuldade para deixarem de consumir, o que poderá ficar a dever-se às características aditivas do álcool. No entanto, continuam por explicar os motivos que levam cerca de 25% das mulheres da nossa amostra que, apesar de não apresentarem padrões de consumo em excesso, optam por continuar a beber durante a gravidez.

Fomos então analisar as fontes de informação (FI) indicadas pelos sujeitos da amostra. Verificou-se que, ao contrário do que, na nossa opinião, seria desejável, o médico não é a FI mais citada. Consideramos este facto negativo; se o médico, idealmente, é possuidor de uma autoridade racional-legal, então ele constitui-se como um meio teoricamente mais efectivo para difundir informação sobre a saúde em geral e, neste caso, sobre os perigos do consumo de álcool durante a gravidez. A comunicação social, e a família e os amigos, ainda que sejam meios de grande difusão ou com grande impacto emocional, respectivamente, não constituem as fontes ideais para promover a mudança de comportamentos.

Tem-se muitas vezes afirmado que para o exercício da medicina se torna fundamental o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança, cujo objectivo é, essencialmente, o de aumentar a confiança da pessoa no médico de forma a promover a melhor adesão possível ao tratamento o que, muitas vezes, inclui a mudança de comportamentos habituais.

Aliás, o nosso estudo veio também colocar em evidência o que acabamos de afirmar. O médico surge, invariavelmente, como o principal contribuinte para uma percepção correcta, geral ou específica, sobre os efeitos do álcool, ainda que os meios de comunicação social desempenhem aqui um papel também muito importante. Já os familiares ou amigos constituem uma fonte bem mais duvidosa quanto à sua eficácia, provavelmente pelo conjunto de falsos conceitos que surgem associados ao consumo do álcool.

Por estes motivos, somos da opinião que a existência de 62% de mulheres que, apesar de frequentarem a consulta com o médico, não o indicam como fonte de informação, constitui um número demasiado elevado, pelo menos em função daquilo que seria desejável. Mais, dos 38% que indicam o médico como fonte de informação, apenas 33% o apontam como fonte única de informação, pelo que, em todas as outras, não existe a garantia de que o médico seja a fonte de informação privilegiada.

Ainda assim, cerca de 93% das mulheres afirma saber que o álcool tem um efeito negativo na gravidez, o que caso se reflectisse directamente nos hábitos de consumo seria um resultado bem mais positivo. Logo, não sendo essa a realidade, somos levados a concluir que o simples conhecimento de que poderão decorrer efeitos negativos do consumo de álcool não é suficiente para alterar os comportamentos.

Mais, também a qualidade da informação não é determinante na alteração dos hábitos de consumo. Então, parece ser verdade que o simples conhecimento da realidade não será suficiente para a alteração dos comportamentos. Será necessário personalizar a informação, contextualizando-a com os hábitos da própria pessoa. Ou seja, mais importante do que a mulher grávida obter informação sobre os efeitos do álcool, é ser confrontada com os seus próprios comportamentos potencialmente nocivos e com as suas dificuldades em alterá-los, único processo, na nossa opinião, de promover as mudanças de atitude. Só quando ganhamos consciência clara dos nossos erros e limitações, poderemos, com maior probabilidade de sucesso, minimizá-los. Até lá, a negação do problema ou mesmo das dificuldades é mais provável, pelo que a mudança mais dificilmente se fará. Aliás, este facto constitui o nosso argumento central de que deverá ser o médico, ou outro profissional de saúde¹, o agente mais indicado para cumprir com esse papel, devido aos argumentos já esgrimidos.

¹ O papel central dos psicólogos da saúde centra-se na promoção de comportamentos saudáveis, pelo que, poderia ser benéfico o recurso a estes profissionais por parte das grávidas com dificuldade em alterar comportamentos nocivos. No entanto, e em primeira instância, um correcto diagnóstico da situação assume-se como fundamental.

Contudo, e apesar de as mulheres que indicam o médico como principal fonte de informação serem percentualmente aquelas que menos consomem álcool durante a gravidez, os resultados que obtivemos não são estatisticamente significativos, pelo que não poderemos afirmar que, ao contrário do que seria de esperar, exista uma relação directa entre a fonte de informação e a alteração de hábitos de consumo. Acreditamos, por tudo o que temos defendido, que esta realidade poderá justificar o elevado número de mulheres encontradas que consomem álcool durante a gravidez.

Os motivos que poderão justificar esta situação são múltiplos e complexos. Todos sabemos das limitações existentes no Serviço Nacional de Saúde, dado o grande afluxo de pessoas e a dificuldade em gerir os recursos. Nesse sentido, não são poucas as vezes que os profissionais de saúde se vêm confrontados com o dilema de atenderem melhor mas menos pessoas, ou pior mas mais pessoas.

No entanto, sabemos que o problema central não reside na falta de recursos, já que estes estão em consonância com a realidade europeia (Nunes, 2003), mas sim na optimização dos mesmos¹. Consideramos pois, que neste caso, não se estará a contribuir nesse sentido tendo em consideração que o trabalho com estas mulheres deveria ser prioritário, sabendo-se que as consequências para os seus futuros filhos poderão ser humanamente irreparáveis e financeiramente desastrosas. Os médicos de Medicina Geral e Familiar são, seguramente, profissionais preparados para, na maioria dos casos, conseguirem obter a motivação suficiente por parte destas futuras mães para uma mudança de comportamentos. Se tal não acontece, como parece demonstrar este estudo, deverá ficar a dever-se a factores que ultrapassam os próprios profissionais, forçados a lidar com uma pressão demasiado intensa que, necessariamente, afecta o seu desempenho e disponibilidade. Não se devem entender estas palavras como uma crítica aos profissionais, seguramente inexcedíveis em esforço e dedicação, mas sim à política de saúde que visa muito mais vezes o curto prazo em detrimento de investimentos mais rentáveis a médio ou longo prazo. Política essa que, invariavelmente, salvo honrosas excepções, deixa de fora do Serviço Nacional de Saúde os psicólogos da saúde, profissionais cujo principal papel reside, precisamente, na promoção de comportamentos saudáveis, e que seriam os mais indicados para trabalhar com as mulheres cuja resistência à alteração dos comportamentos fosse maior.

Tal como já o afirmamos, consideramos que qualquer consumo de álcool na gravidez é consumo excessivo, pelo que um padrão de consumo excessivo de qualquer substância é problemático. Desta forma, e ainda que os mecanismos que estão na base do abuso de substâncias sejam idênticos e que o desconforto que os indivíduos experienciam se privados do objecto aditivo seja semelhante,

¹ Um exemplo evidente disso mesmo será o Centro de Saúde S. João no Porto que, tendo uma gestão financeira autónoma, consegue ter a trabalhar uma equipa de 3 psicólogos, que acabam por ser remunerados com verbas decorrentes da optimização do funcionamento do próprio Centro de Saúde.

(Esteves, Brito, Antunes, Bragança, e Palha, *in press*), cada pessoa tem uma substância de eleição, com a qual desenvolve uma relação, por isso mesmo, mais problemática, pelo que se torna importante uma abordagem individual e dinamicamente compreensiva.

Somos então da opinião, que nos casos onde um padrão de abuso seja uma realidade, e em que a pessoa se disponha a querer deixar de consumir determinada substância, uma intervenção específica que vise auxiliar a pessoa a caminhar em direcção à abstinência, é prioritária no trabalho com mulheres grávidas.

CONCLUSÃO

Este trabalho surgiu na sequência lógica de um estudo previamente efectuado (Ricou et al., 2001) em que se concluiu que a educação para a saúde, para além de se constituir como uma prioridade no âmbito da política de promoção da saúde, acaba por ser um veículo importante na prossecução de um viver ético por parte dos profissionais, pelo que se constitui como um processo fundamental para que se vejam respeitados os princípios éticos fundamentais, tendo em conta a teoria proposta por Beauchamp e Childress (2002).

De outra forma será muito difícil argumentar que perseguimos o melhor para todas as pessoas, respeitando a sua autonomia e rentabilizando os recursos disponíveis, prestando mais e melhores serviços.

A utilização de uma amostra mais dilatada permitiu-nos tirar ilações mais fidedignas em relação à importância da informação e sobretudo da comunicação na educação para a saúde, tomando então como exemplo o consumo de álcool na gravidez. Aliás, não duvidando nem um só momento das boas intenções de todos aqueles que, directa ou indirectamente, trabalham na área da saúde, procurou este estudo contribuir para uma melhor compreensão dos processos envolvidos nas dinâmicas de mudança comportamental, no sentido de tornar mais eficazes os esforços de todos na promoção de comportamentos mais saudáveis.

Em termos específicos, o nosso objectivo foi o de avaliar o resultado da informação, e sobretudo o modo como ela é transmitida, na modificação dos padrões de consumo de álcool nas mulheres grávidas.

Quanto mais adiarmos a resolução deste problema, negando a importância da prevenção nos cuidados de saúde, mais estaremos a comprometer a saúde pública no futuro, aumentando inapelavelmente os recursos necessários para uma boa prestação dos mesmos. Nesse sentido, julgamos que este estudo cumpriu com o seu objectivo principal de sensibilização dos profissionais e das entidades responsáveis no sentido da promoção de mais e melhores cuidados primários.

REFERÊNCIAS

- Beauchamp, T., & Childress, J. (2002). *Princípios de ética biomédica*. Barcelona: Masson, S.A. (do original: Principles of Biomedical Ethics, 1994, 4th Ed.).
- Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi editores (do original: Psychology and Health Promotion, 1997).
- Direcção-Geral de Saúde (1998). *Carta dos Direitos e Deveres do Doente*. Lisboa.
- Esteves, M.F., Brito, M., Antunes, A., Bragança, M., & Palha, A.P. (no prelo). Quando mais é demais: Uma breve revisão de algumas dependências não químicas. *Arquivos de Medicina*.
- Gameiro, A. (1998). *Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas em Portugal*. Lisboa: Ed. Hospitalidade.
- Melo, H. (1999). Os aspectos jurídicos dos direitos do doente. In *Aspectos éticos das pessoas em situação de doença* (pp. 95-116). Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda.
- Nunes, R. (2003). Repensar a política de saúde. In Rui Nunes (Coord.), *Política de saúde* (pp. 13-45). Porto: Universidade Portucalense e Faculdade de Medicina do Porto.
- Pinto, V.F. (1995). Ética na relação médico-doente. In *O consentimento informado – Actas do I seminário promovido pelo conselho nacional de ética para as ciências da vida* (pp. 33-41). Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda.
- Ricou, M., Teixeira, Z., Figueiredo, C., Duarte, I., & Barbosa, J. (2001). Álcool, gravidez e informação. Uma perspectiva ética. In R. Nunes & H. Melo (Eds.), *A ética e o direito no início da vida humana* (pp. 221-244). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Ricou, M. (2004). *Ética e Psicologia: Uma prática integrada*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.