



ARTIGO ORIGINAL

USO DE ÁLCOOL E TABACO POR GESTANTES EM MATERNIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**ALCOHOL AND TOBACCO USE BY PREGNANT WOMEN IN A MATERNITY FROM THE SOUTH SANTA CATARINA**

Fernanda Nunes Maria¹
Luciano Kurtz Jornada²
Thiago Mamôru Sakae³
Omar J Cassol-Jr⁴
Diana Yae Sakae⁵
João Luciano Quevedo⁶

RESUMO

Objetivo: Estimar perfil epidemiológico do consumo de álcool e tabaco durante a gravidez entre mulheres atendidas em maternidade de Santa Catarina.

Métodos: Entrevistaram-se 157 mulheres, foram coletados dados sócio-demográficos e gestacionais, bem como informações sobre uso de álcool (incluindo questionário T-ACE) e tabaco (incluindo Questionário de Tolerância de Fagerström-QTF). Empregaram-se os testes qui-quadrado de Pearson ou Fisher (quando pertinente) e U de Mann-Whitney com nível de significância 95%, seguido de análise multivariada através de regressão logística.

Resultados: O consumo alcoólico foi 36,9%. Na avaliação do T-ACE 22,9% foram positivas. A prática religiosa foi fator protetor para o álcool, as demais variáveis não. Não associaram-se fatores com resultado T-ACE. O hábito tabagístico foi de 14% e no QTF, 41,1% apresentaram dependência leve, 29,4% moderada ou grave. Menor escolaridade e ausência de prática religiosa associaram-se ao tabagismo. Houve consumo simultâneo das duas drogas.

Conclusões: O consumo de álcool e tabaco no período gestacional não se caracterizou como evento incomum neste estudo. Praticar religião foi fator protetor para consumo de ambos, porém o tabagismo também esteve relacionado a menor escolaridade. Havendo, portanto indicativo de disseminação do álcool de forma mais homogênea e democrática nas diferentes classes sociais.

Descritores: Gravidez. Alcoolismo. Tabagismo. Questionários. Epidemiologia.

¹ Médica formada pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)

² Professor de Psiquiatria da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Doutor em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense, 88806-000 Criciúma, SC, Brasil

³ Doutor em Ciências Médicas – UFSC. Mestre em Saúde Pública – UFSC. Professor de Epidemiologia da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)

⁴ Laboratório de Neurociências e Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Translacional em Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense, 88806-000 Criciúma, SC, Brasil.

⁵ Doutora em Neurociências – Université Pierre et Marie Curie – Paris/France.

⁶ Laboratório de Neurociências e Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Translacional em Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense, 88806-000 Criciúma, SC, Brasil.



ABSTRACT

Objective: Estimate the epidemic profile of the consumption of alcohol and tobacco during the pregnancy period among women assisted at a maternity in Santa Catarina.

Methods: Social-demographic and pregnancy data were collected from 157 women, as well as information on use of alcohol (including questionnaire T-ACE) and tobacco (including Questionnaire of Tolerance of Fagerström-QTF). The tests Chi-square of Pearson or Fisher were used (as pertinent) and U of Mann-Whitney with significance level of 95%, following by multi-sorted analysis through the regression logistics.

Results: The alcoholic consumption was 36,9%. In T-ACE the evaluation of 22,9% was positive. The religious practice went protecting factor to alcohol, the other variables not. They didn't associate factors with resulted T-ACE. The habit of tabagism was of 14% and in QTF, 41,1% demonstrated light dependence, 29,4% moderate or serious. Low education level and absence of religious practicing were associated to the tabagism. There was simultaneous consumption of the two drugs.

Conclusions: The consumption of the alcohol and the tobacco in the pregnancy period was not characterized as uncommon event in this study. To have a religion went protecting factor to consumption of both, however the tabagism was also related to the lowest education, therefore being an indicative of spread of the alcohol in a more homogeneous and democratic way in the different social classes.

Keywords: Pregnancy. Alcoholism. Smoking. Questionnaires. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, o consumo de álcool, fumo e outras drogas ainda persistem acarretando em um grande problema de saúde pública da sociedade que vivemos. A mulher tem um momento privilegiado durante sua vida, a gravidez, e neste instante nos preocupamos ainda mais sobre o abuso de drogas, já que o uso destas pode comprometer a integridade tanto da mãe quanto do feto^{1,2}.

A exposição ao álcool durante a gestação está associada, de maneira dose-dependente, a diversos comprometimentos fetais, sendo assim está relacionado à toxicidade embriológica e à formação de fetos teratogênicos^{3,4,5,6}.

O tabagismo, durante a gestação, tem implicações que vão além dos prejuízos à saúde materna, sendo o período gestacional especial para incentivo de sua cessação⁷.

Várias pesquisas, nos últimos anos, têm alertado para o aumento progressivo do consumo de drogas durante a gestação, não se observando mudanças significativas no comportamento das gestantes^{1,8,9}. Caso não sejam iniciadas campanhas de triagem para a identificação dos casos de risco teremos um grande prejuízo social^{10,11,12}.



Durante a gravidez, o etanol ingerido atravessa a barreira placentária expondo o feto a concentrações sanguíneas maiores que as maternas, devido ao seu metabolismo e eliminação serem mais lentos^{13,14}. Isso forma radicais livres de oxigênio, aumentando a apoptose e prejudicando a organogênese^{14,15}. Portanto o álcool causa efeitos fetais variáveis, estando no extremo mais grave as crianças com síndrome fetal alcoólica e as menos graves com manifestações leves a moderadas de déficit mental e crescimento¹⁶.

Em relação à composição do cigarro e suas repercussões fetais, podemos destacar que ele é composto de quase cinco mil substâncias químicas, entre elas a nicotina e alguns gases como o monóxido de carbono (CO). Todas, prejudiciais a qualquer indivíduo¹⁷. A nicotina é vasoconstrictora causando insuficiência útero-placentária que é responsável pela redução do crescimento intra uterino⁷. Além disso, os compostos do tabaco comprometem o crescimento pulmonar alterando funções respiratórias na infância¹⁸.

O monóxido de carbono liga-se à hemoglobina materna e fetal produzindo a carboxihemoglobina e seus níveis elevados nessa circulação provocam hipóxia tecidual que aumenta o risco de infarto cerebral no neonato e insuficiência placentária^{7,18}.

O tabagismo compromete também o sistema imunológico da mãe e reduz óxido nítrico placentário, explicando maior risco de abortamento. A ruptura prematura das membranas é secundária a infecções locais pela toxicidade do fumo. Por fim o tabaco reduz a inativação do fator de ativação de plaquetas podendo provocar parto prematuro⁷.

Desta maneira pode-se dizer que o uso do álcool e tabaco durante a gestação é uma problemática evitável, devendo ser motivo de acurada investigação durante o pré-natal. No Brasil, vários estudos avaliam esse consumo na população estudantil e geral, mas são raros os que se concentram em gestantes^{5,6,19,20}.

Como em outros estudos brasileiros obteve-se positividade para o rastreamento de consumo alcoólico e tabágico durante a gestação torna-se indispensável divulgar a problemática e realizar a pesquisa com gestantes usuárias de outros serviços de saúde^{4,17,20,21,22}. Sendo assim, visando contribuir para o conhecimento relacionado ao tema, o presente estudo teve por objetivo estimar o perfil epidemiológico do consumo de etanol e tabaco durante a gravidez entre mulheres atendidas em maternidade catarinense, identificando fatores sócio-demográficos e reprodutivos associados ao maior risco de utilizar tais substâncias de forma inadequada.



MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, incluindo mulheres gestantes ou puérperas internadas na maternidade do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) na cidade de Tubarão, Estado de Santa Catarina. A coleta de dados foi realizada no centro materno infantil do referido hospital-escola que atende gestantes de todas as regiões da cidade e municípios próximos, no período diurno de segunda a sexta feira, entre 10 de março e 23 de abril de 2009, sendo que foi critério de inclusão a entrevistada ser gestantes no último trimestre de gestação (ponto de corte 28 semanas) ou puerpério inferior a 48 horas, internadas no HNSC pelo Sistema Único de Saúde e de exclusão mulheres com idade inferiores a 18 anos, analfabetas e aquelas sem condições clínicas de responder aos questionamentos.

No período selecionado foram atendidas 243 gestantes ou puérperas no HNSC. A amostra necessária foi de 120, considerando a menor das duas prevalência esperadas que é a de tabaco, em 19% durante algum período da gravidez e erro de 5%. Foram excluídas segundo critério de exclusão 48 que eram do sistema privado e 15 que eram menores de 18 anos, nenhuma das entrevistadas recusou a participar da pesquisa e todas eram alfabetizadas e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. Por fim, chegou-se ao n de 157 entrevistadas, portanto uma amostra com tamanho significativa para o estudo.

A detecção do uso inadequado do álcool foi realizada por meio do instrumento T-ACE adaptado e validado para uso no Brasil¹⁰. Já a detecção do uso do fumo foi realizada mediante questionário padronizado e as gestantes fumantes serão questionadas quanto à dependência de nicotina através do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF), validado para uso no Brasil²³.

As entrevistas foram realizadas individualmente com as mulheres em seus leitos, levantando informações sobre dados sócio-demográficos (idade, estado civil, escolaridade, situação de emprego, renda familiar e religião) e dados gestacionais (nº de consultas pré-natal, nº filhos, idade da primeira gestação, nº de gestações anteriores, nº de abortos, idade gestacional). O instrumento para rastreamento do consumo de risco de álcool durante a gravidez foi o questionário T-ACE, complementado com uma abordagem que possibilitou a descontração da gestante ao passar de uma questão para outra, a fim de reduzir as influencias de seus mecanismos psicológicos de defesa, que poderiam induzi-la diante do impacto da



questão, a não fornecer uma resposta confiável durante aplicação deste. As quatro questões principais integrantes do questionário procuram levantar informações sobre a tolerância (*Tolerance* – T); investigar a existência de aborrecimento com relação às críticas de familiares e terceiros sobre o modo de beber da gestante (*Annoyed* – A); avaliar a percepção da necessidade de redução do consumo (*Cut Down* – C); e conseguir informações sobre a persistência do consumo e dependência, por meio de forte desejo e compulsão para beber durante a manhã (*Eye-opener* – E). Cada uma das quatro questões possui uma pontuação que varia de zero a dois pontos, para a primeira questão, e de zero a um ponto da segunda à quarta questão¹. O consumo ocasional de 28 gramas ou mais de álcool absoluto corresponde ao modelo norte-americano de dois drinques-padrão, conforme o *National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse*. Esse valor é usado como parâmetro de risco de desenvolvimento de problemas relacionados com a Síndrome Fetal do Álcool^{3,4}. Já para o uso de tabaco as mulheres foram questionadas se gostam de fumar, se fumam atualmente ou se fumaram durante a gestação, sendo considerada fumante toda mulher que informou ter fumado durante a gravidez, independente do número de cigarros e ex-fumante toda aquela que relatou ter fumado durante a gestação e ter cessado o fumo. As ex-fumantes foram questionadas quanto ao tempo que fumaram durante a gestação e quantos cigarros por dia utilizavam e as fumantes tiveram questionamentos quanto à dependência de nicotina através do QTF. Este serve para avaliar a gravidade da dependência de nicotina e é um instrumento amplamente utilizado que consiste em seis questões, duas pontuadas de 0 a 3 e as demais de 0 a 1. Para cada alternativa das questões do teste, existe uma pontuação. A soma dos pontos permitirá a avaliação do seu grau de dependência de nicotina. Os pontos de corte deste instrumento são: leve: 0-4; moderado: 5-7; alto: 8-10²⁴.

Após a coleta das informações os dados foram tabulados e analisados com programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 16.0. A análise estatística se deu primeiro de maneira bivariada, sendo que as variáveis qualitativas comparadas através do teste qui-quadrado de Pearson ou Teste exato de Fisher (quando pertinente) e as variáveis quantitativas testadas quanto a sua adequação a distribuição normal através do Teste de Kolmogorov-Sminov, na ausência da distribuição gaussiana empregado teste de Mann-Whitney e sendo que algumas variáveis quantitativas quando pertinentes foram comparadas pelo uso médias e desvios-padrão e outras pelo teste U de Mann-Whitney,



adotando nível de significância 95%. Posteriormente, na vigência de mais de uma variável significativa, os dados foram transformados em dicotômicos e realizado análise multivariada através da regressão logística para controle dos fatores associados ao tabagismo e etilismo.

O projeto foi planejado de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, sob número de registro 08.351.4.01.III. Após a apresentação e identificação do pesquisador, cada gestante ou puérpera recebeu informações quanto à finalidade do estudo, sobre a sua liberdade de participar ou não do mesmo, sendo informada quanto à garantia do anonimato de sua participação no estudo.

RESULTADOS

a) Dados da amostra

A amostra foi composta de 157 mulheres, em sua maioria, eram brancas (90,4%) e apresentaram idade entre 18 e 46 anos, com média de 25,7 e desvio padrão (DP) de 5,98. Cento e quarenta e oito destas eram casadas ou amasiadas (94,3%) e as outras nove (5,7%) se declararam como solteiras ou separadas. Quanto a escolaridade a mediana foi 8 anos de estudo.

A maioria possuía baixa renda familiar, sendo que 65,6% declararam renda menor que 2 salários-mínimos e apenas 34,4% era igual ou superior a este valor. Em relação a atividade laboral 57,3% das entrevistadas não contribuía com a renda familiar, sendo 49% do lar, 4,5% desempregadas e 3,8% estudantes. Em relação as praticas religiosas 98,1% referiram ter religião, sendo que 53,5 % das mulheres religiosas praticavam suas crenças em contraste a 46,5% que não a praticavam.

Em relação aos dados gestacionais, 42% (66) eram primigestas, a idade mediana da 1ª gestação foi 20 anos e em relação ao aborto, 84,7% (133) negaram perda fetal prévia. Considerando-se o número mínimo de consultas em pré-natal de 6, apregoado pela diretrizes de assistência pré-natal²⁵, sendo assim 40,8% (64) gestantes ou puérperas fizeram menos que 6 consultas pré-natal e as demais, 49,2% (93) realizaram 6 ou mais consultas.

b) Uso de álcool

O uso de bebida durante algum período da gestação foi reportado por 36,9% (58) das gestantes ou puérperas entrevistadas. As bebidas mais consumidas foram a cerveja



60,35% (35) e o vinho 29,31% (17), as demais (licor, batida, samba, outras) representaram 10,34% (6) do consumo. Cabe mencionar que as quantidades de cervejas variaram de 1 copo de 250 ml a 10 latas, o vinho de 1 taça de 80 ml a 1 garrafa de 2 litros e as demais de 1 copo de 40 ml a 10 copos de 350 ml. Com isso, podemos destacar que o consumo variou de 10,4 gramas a 260 gramas de álcool absoluto por ocasião.

Na tabela 1 e 2 observa-se a associação entre as variáveis estudadas e o uso de álcool, onde destaca-se o menor consumo entre aquelas que referiram praticar alguma religião ($p=0,008$). Já com as demais variáveis não se verificou relação estatisticamente significativa quanto ao uso de álcool (estado civil, atividade laboral, paridade, aborto e mínimo de 6 consultas pré-natal, idade, escolaridade, idade da 1ª gestação e renda familiar declarada).

Verificou-se uma relação significativamente estatística entre o consumo de álcool antes da gestação e a persistência de seu uso na gravidez ($p < 0,001$). Visualizamos que das 157 gestantes ou puérperas 85 (54,1%) faziam uso de bebida alcoólica antes da gestação, sendo que somente 27 (31,8%) destas fizeram abstinência alcoólica durante o período gestacional.

Do total da amostra, 121 gestantes ou puérperas (77,1%) foram classificadas como T-ACE negativo e 36 (22,9%) T-ACE positivo. Das mães T-ACE positivo, 26 (16,6%) atingiram o escore mínimo igual a 2 pontos, 7 (4,5%) alcançaram 3 pontos, 3 (1,9%) obtiveram 4 pontos e nenhuma recebeu a pontuação máxima do T-ACE, 5 pontos. Vale a pena ressaltar que 20 (12,7%) das T-ACE negativo obtiveram 1 ponto neste questionário.

Não houve associação significativa entre o questionário T-ACE e as variáveis estado civil, atividade laboral, prática religiosa, paridade, aborto e nº de consultas pré-natal como visualizado nas Tabelas 3, segundo teste χ^2 . Sendo que, também não visualizamos associação estatisticamente significativa comparando o T-ACE e as variáveis idade ($p=0,702$), escolaridade ($p=0,917$), idade da 1ª gestação ($p=0,538$) e renda familiar em salários mínimos ($p=0,913$), segundo o teste não paramétrico de Mann-Whitney U.

c) Uso de tabaco

A prevalência de consumo de tabaco durante a gestação foi de 14% (22), destas 3,2% (5) fumaram menos ou até 3 meses de gestação e 10,8% (17) continuaram o hábito tabagístico até o fim da gravidez. Das fumantes, 35,3% (6) referiram fumar 10 ou menos cigarros/dia, 41,2% (7) de 11 a 20 e 23,5% mais de 20. Na classificação QTF, 41,1%



apresentaram dependência leve, 29,4% moderada e 29,4% grave. O tabagismo esteve significativamente associado às mães com menores escolaridades e renda familiar, bem como as com menor idade da primeira gestação, como abordado na tabela 4.

Já nas variáveis qualitativas obtivemos dois dados significativos, sendo um as mulheres que não praticam religião apresentam risco quase 4 vezes maior para o tabagismo materno e o outro é que as multíparas apresentaram um risco de aproximadamente 4,6 vezes maior que as primíparas para esse hábito, as demais variáveis (estado civil, atividade laboral, prática religiosa, paridade, aborto e nº de consultas pré-natal) não revelaram relação estatisticamente significativa quanto ao consumo de tabaco durante a gravidez como pode ser visualizado na tabela 5.

Como o tabagismo materno apresentou vários fatores associados foi realizado a análise multivariada, onde os fatores que persistiram fortemente associados ao tabagismo materno foram escolaridade ($OR_{aj}=4,70$) e praticar religião ($OR_{aj}= 6,01$). As demais variáveis perderam o efeito significativo em relação à análise bivariada conforme a tabela 6.

Na análise bivariada foi estudo uso de álcool e fumo concomitantemente na gestação, sendo analisados que 68,2% das gestantes que fumaram, simultaneamente utilizaram álcool durante a gravidez, sendo um dado associado de maneira estatisticamente significativa ($p<0,001$).

Sendo assim foi feito a análise multivariada para esta variável e verificou-se que a relação entre o hábito tabagístico e o consumo de bebida alcoólica na gestação persistiu fortemente significativo ($p = 0,008$) como visualizado também na tabela 6, reforçando que o ato da gestante consumir álcool é fator de risco 4,5 vezes para a utilização do tabaco.

DISCUSSÃO

Entre os autores pesquisados, houve consenso de que o uso de bebidas alcoólicas durante a gestação traz repercussões fetais e estas são dependentes não apenas da quantidade ingerida, mas também da época gestacional em que houve o consumo^{8,13,26,27,28}. O consumo alcoólico na gravidez e seus riscos é um tema amplamente estudado. Apesar disso, como visualizamos neste estudo, encontramos alta prevalência de gestantes reportando o uso de bebida durante a gestação, dado que converge com os achados na literatura^{4,5,6,21}.



Hoje a prevalência de alcoolismo feminino é maior que no passado devido a melhor aceitação e liberdade do consumo social, no entanto o alcoolismo feminino possui menos publicações científicas que o masculino. Além disso, a sociedade sofre influências publicitárias altamente sedutoras que incentivam e praticamente induzem ao uso de álcool¹⁰. Esses dados nos ajudam a entender o resultado encontrado neste estudo onde houve relação estatisticamente significativa entre o consumo de álcool antes da gestação e a persistência de seu uso na gravidez.

O uso da bebida durante algum período da gestação foi reportado neste estudo por 36,9% das gestantes ou puérperas entrevistadas, entrando em concordância com os 33,7% encontrados em maternidade de São Paulo⁶, 35% em unidade básica de saúde de Ribeirão Preto⁵ e com os 40% do Rio de Janeiro²¹. Esses percentuais encontrados nos três estudos nos permitem ressaltar que esse hábito parece não ser pesquisado de maneira sistemática nas consultas pré-natais, sendo assim subdiagnosticado passando a não repercutir em campanhas e medidas preventivas²⁷. Podemos firmar essa justificativa através do estudo realizado em uma maternidade filantrópica da capital de São Paulo com 445 puérperas que comprovou que 71,5% das mulheres têm algum conhecimento sobre os malefícios do álcool ao feto e que 84,5% considera abstinência alcoólica durante a gravidez. Apesar disto, entre estas mulheres, apenas 48,8% afirmaram que foram orientadas a não consumir álcool pelo profissionais que as assistiam durante o pré-natal^{6,14}.

Na amostra estudada, o T-ACE encontrou uma taxa de casos positivos de 22,9%, semelhante à taxa de 22,1% em Ribeirão Preto⁴ e de 24,1% na cidade do Rio de Janeiro²¹. Como revisado em literatura, o nível mínimo de etanol que resulta efeitos do uso de álcool ainda não foi estabelecido, sendo que o grau em que as crianças são afetadas não depende apenas da quantidade do álcool ingerida, mas também da época da gestação em que houve o consumo materno¹⁷. Sendo assim, como a quantidade de álcool que uma gestante pode consumir não está documentada na literatura, recomenda-se abstinência total durante a gravidez^{10,11,14,27}. Essas taxas apresentadas anteriormente nos revelam que além de não fazerem abstinência alcoólica, essas mulheres são suspeitas de consumo alcoólico de risco durante o período gestacional.

No presente estudo, 77,1% das gestantes ou puérperas foram classificadas como T-ACE negativo e 22,9% T-ACE positivo. Das mães T-ACE positivo, 26 (16,6%) atingiram o



escore mínimo igual a 2 pontos, 7 (4,5%) alcançaram 3 pontos, 3 (1,9%) obtiveram 4 pontos e nenhuma recebeu a pontuação máxima do T-ACE, 5 pontos. Esses dados indicam que além de vários casos terem sido positivos devido a atingir 2 pontos no primeiro item de avaliação do instrumento T-ACE que avaliava a tolerância, mulheres receberam também 1 ponto ou mais por manifestarem respostas positivas a alguns dos outros itens do rastreamento, relativos ao aborrecimento, que identifica a existência de críticas familiares e terceiros sobre o consumo alcoólico, por apresentarem o item corte de consumo, caracterizado pela terceira pergunta que analisa a autopercepção da necessidade de redução do consumo ou o quesito da quarta questão que consegue informações sobre a persistência do consumo e dependência, por meio de forte desejo e compulsão para beber durante a manhã.

Vale a pena ressaltar que 20 (12,7%) das T-ACE negativo obtiveram 1 ponto neste questionário, reforçando a não abstinência do consumo alcoólico neste período. Além disso, é importante relatar que nenhuma entrevistada recebeu pontuação máxima, mas que todas as questões do instrumento T-ACE em algum momento foram pontuadas. Uma gestante só não recebeu pontuação máxima, pois na questão 2 que avalia o aborrecimento, respondeu não ao questionamento mas explicou que seus familiares e terceiros não a criticavam pois estavam acostumados com seus hábitos alcoólicos e que por ter outros filhos seria bom o consumo para interromper esta gestação.

Quanto ao consumo considera-se que em um drinque contenha, em média, 14 gramas (g) de álcool absoluto⁴ e o teor de álcool das principais bebidas consumidas pela população da amostra é: cerveja, 3%; vinho, 12%; destilados 50%⁶, sendo que o uso ocasional de 28 gramas ou mais de álcool absoluto corresponde ao modelo norte-americano de dois drinques-padrão, conforme o *National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse*. Esse valor é usado como parâmetro de risco de desenvolvimento de problemas relacionados com a Síndrome Fetal do Álcool^{3,4}. A partir disso, cabe mencionar que as quantidades de cervejas ingeridas pelas entrevistadas variaram de 1 copo de 250 ml (12,5 g de álcool absoluto) a 10 latas que correspondem a 3500 ml (175 g de álcool absoluto), o vinho de 1 taça de 80 ml (9,6 g de álcool absoluto) a 1 garrafa de 2 litros (240 g de álcool absoluto) e as demais de 1 copo de 40 ml (20 g de álcool absoluto) a 10 copos de 350 ml (175 g de álcool absoluto), nos revelando o perfil e padrão de consumo da amostra estudada e demonstrando concordância



desta grande variação de perfil e padrão, com outros estudos que fizeram a mesma análise como em maternidade de São Paulo⁶ e em maternidades de Rio de Janeiro²⁷.

O consumo de bebida alcoólica foi associado à ausência de prática religiosa, entrando em concordância com o estudo de Fabbri (2002)¹⁰ que observou o consumo alcoólico mais elevado nas gestantes não praticantes e com um estudo de revisão que referiu a religiosidade como grande associada à saúde mental, bem como fator protetor para diversas situações como suicídio, comportamento delinqüente, satisfação conjugal, bem como uso de drogas e álcool²⁹. Fatos que nos levam a reforçar a idéia de que o credo religioso com seus princípios, rigores, crenças e valores doutrinários acabam sendo um fator protetor ao uso abusivo de álcool na gestação.

Foi reportado no presente estudo o hábito tabágico entre as gestantes entrevistadas, vindo de encontro com outras pesquisas já realizadas nesta população^{12,19,20}. Sendo assim há necessidade de ampliar nosso conhecimento sobre o comportamento detalhado dessa população diante do consumo de tabaco para se planejar ações preventivas mais efetivas, já que persiste o hábito em dias atuais.

A prevalência de consumo de tabaco durante a gestação, na amostra estudada foi de 14%, próximos aos 19,4% encontrados em maternidade de Porto Alegre¹⁹ e com os 11,5% encontrados na população de gestantes de Portugal³⁰, mas entrou em discordância com os 31,9% encontrados em estudo realizados em cinco cidades brasileiras¹⁹, que pode ser explicada devido à limitação deste estudo que obteve uma amostra não representativa da população das gestantes brasileiras, pois o próprio estudo explica que suas prevalências não devem ser generalizadas e novos achados precisam ser interpretados no contexto brasileiro¹⁹.

Das fumantes estudadas, 35,3% referiram fumar 10 ou menos cigarros/dia, 41,2% de 11 a 20 e 23,5% mais de 20. Estes dados nos mostram divergência com o estudo de Correia (2007)¹² que referiu o consumo de cigarros durante a gravidez havia diminuído consideravelmente sendo em média inferior a 10 cigarros/dia. Talvez esta discrepância possa ser explicada por diferença entre níveis de dependência das amostras, já que em nossa amostra o QTF encontrou dependência moderada e grave entre as gestantes e somando os percentuais das duas classificações chegamos a 58,8% de mulheres enquadradas em uma dessas categorias.



A nicotina é considerada uma droga psicotrópica ou psicoativa³¹ de ação no sistema nervoso central mediado por receptores nicotínicos³² e grande número de fumantes, apesar da intenção de abandonar o fumo, não consegue devido em parte, por serem dependentes da nicotina. A partir disso visualizamos que no manejo de pacientes tabagistas, a utilização de um instrumento para avaliar o grau de dependência de nicotina é muito importante³³ por isso salientamos a pertinência em analisar o grau de dependência também na população de gestantes.

Como não é habitualmente feito este tipo de análise nas gestantes tabagistas analisamos que o melhor instrumento para realização desse feito era o QTF, pois é um instrumento para avaliar a gravidade da dependência à nicotina podendo ser usado mundialmente em diferentes amostras populacionais, além de que o mesmo é de aplicação simples, rápida e de baixo custo³³.

Podemos salientar que a literatura tem sido mais profícua em prevalência de complicações obstétricas e fetais relacionada ao tabagismo materno do que traçar o perfil destas mulheres. Essa afirmação nos reforça abordar estudos sobre o tema exposto já que este não só reporta prevalência como também estima as características dessa população e classifica padrão de dependência de nicotina.

Os métodos estatísticos são escolhidos de acordo com os objetivos da pesquisa para mostrar, prever ou otimizar fatores. Quando um fenômeno depende de muitas variáveis, geralmente este tipo de análise falha, pois não basta conhecer informações estatísticas isoladas, mas é necessário também conhecer a totalidade destas informações fornecida pelo conjunto das variáveis. Como o tabagismo materno apresentou vários fatores associados foi realizado a análise multivariada através de regressão logística onde os fatores que persistiram fortemente associados ao tabagismo materno foram escolaridade e praticar religião. As demais variáveis como renda, paridade e idade da primeira gestação perderam o efeito significativo em relação à análise bivariada.

O tabagismo materno esteve significativamente associado às mães com menores escolaridades, estando esse resultado de acordo com os de outras investigações^{19,20}. Outro dado significativo foi a prática religiosa, sendo o tabagismo mais representativo nas mulheres que não a praticavam, característica esta visualizada também quanto ao consumo de álcool na gestação. Como visto anteriormente a religiosidade atua como protetora ao consumo de



drogas entre pessoas que freqüentam a igreja regularmente, praticam os credos da religião professada e crêem na importância dela em suas vidas^{29, 34}.

Como em outras pesquisas o uso de álcool e fumo concomitantemente na gestação^{5,10,21,28} foi abordado e nesta amostra confirmou-se o mesmo achado sendo que 68,2% das gestantes que fumaram, simultaneamente utilizaram álcool durante a gravidez.

Portanto na presente amostra não só observamos o consumo de álcool ou fumo isoladamente durante a gestação como ocorreu consumo concomitante das duas drogas. Quanto aos fatores relacionados, praticar religião foi fator protetor para alcoolismo e as demais variáveis não. O tabagismo também teve a prática religiosa como proteção, mas associou-se também com menor escolaridade. Sendo assim diferente do alcoolismo, o tabagismo teve indicador sócio-cultural influenciando no hábito. Havendo, assim indicativo de disseminação do álcool de forma mais homogênea e democrática nas diferentes classes sociais, ou seja, o tabaco mais consumido em classes menos favorecidas, mulheres com menor escolaridade e renda, maior número de filhos e o álcool utilizado igualmente pelas diversas classes sociais.

Por fim verificamos o quanto ainda há a necessidade de se dar ênfase aos estudos epidemiológicos no Brasil³⁵, não só com a ampliação, como também a replicação e renovação sistemática dessas pesquisas, para ampliar conhecimento não só da prevalência do tema abordado como também traçar o perfil dessas consumidoras para medidas preventivas futuras.

CONCLUSÕES

Perante a análise dos resultados apurados neste estudo que se baseou na inquirição de gestantes ou puérperas em meio hospitalar podem-se registrar as seguintes conclusões:

A prevalência do uso de álcool em algum período gestacional foi de 36,9%, sendo que o consumo alcoólico de risco foi de 22,9% utilizando o instrumento T-ACE para rastreamento. O ato de não praticar religião esteve significativamente relacionado ao consumo de bebida alcoólica durante a gravidez e outras variáveis sociodemográficas e gestacionais não foram fator de risco ou de proteção.

Já o consumo de tabaco durante a gestação foi de 14%, sendo que 41,1% das tabagistas foram classificadas quanto a dependência de nicotina em leve e 29,4% moderada ou grave, segundo classificação do QTF.



Foi encontrado elevada concomitância de cigarro e álcool. Portanto, o consumo de álcool e tabaco no período gestacional não se caracterizou como evento incomum neste estudo. E praticar religião apresentou-se como fator protetor para consumo de ambos, porém o tabagismo também esteve relacionado à menor escolaridade. Havendo, assim indicativo de disseminação do álcool de forma mais homogênea e democrática nas diferentes classes sociais.

REFERÊNCIAS

1. Yamaguchi ET, Cardoso MMSC, Torres, MLA, Andrade, AG. Drug abuse during pregnancy. *Rev Psiq Clín* 2008; 35(1): 44-7.
2. Pinheiro SN, Laprega MR, Furtado EF. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(4): 593-8.
3. 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.
4. Fabbri CE, Furtado EF, Laprega MR. Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. *Rev Saúde Pública* 2007 Dez.; 41(6): 979-84.
5. Fiorentin CF, Vargas D. O uso de álcool entre gestantes e o seus conhecimentos sobre os efeitos do álcool no feto. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)* 2006 Ago.; 2(2): 1-13.
6. Kaup ZOL, Merighi MAB, Tsunehiro MA. Evaluation of alcohol consumption during pregnancy. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2001 out.; 23(9): 575-80.
7. Leopércio W, Gigliotti A, Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. *J Brás Pneumol.* 2004; 30(2): 176-85.
8. Beattie MC, Longabaugh R, Elliott G, et al. Effect of the social environment on alcohol involvement and subjective well-being prior to alcoholism treatment. *J Stud Alcohol* 1993; 54(3) 283-96.
9. Carlini E A, Galduróz JCF, Noto AR, et al. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas no Brasil - 2001. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e Senad – Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República, Gabinete de Segurança Nacional 2002; p. 480.



10. Fabbri CE. Desenvolvimento e validação de instrumento para rastreamento do uso nocivo de álcool durante a gravidez (T-ACE) (Dissertação). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo (USP); 2002. 89 p.
11. Silva L R. Consumo materno de álcool na gestação e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil. (Monografia). Batatais: Centro Universitário Claretiano 2006; 47 p.
12. Correia S, Nascimento C, Gouveia R, Martins S, Ana Rita, et al. Gravidez e Tabagismo - Uma Oportunidade para Mudar Comportamentos. *Acta Med Port* 2007; 20(3):201-7.
13. Chaudhuri JD. Alcohol and developing fetus: a review. *Med Sci Monit.* 2000; 6(5):1031-41.
14. Freire TM, Machado JC, Melo EV, Melo DG. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(7):376-81.
15. Riley EP, Thomas JD, Goodlett CR, Klintsova AY, Greenough WT, Hungund BL, et al. Fetal alcohol effects: mechanisms and treatment. *Alcohol Clin Exp Res.* 2001; 25(5):110-6.
16. Rodrigues SHP, Corradini, HB. Duas síndromes fetais importantes – II. Síndrome fetal alcoólica. *Rev. Pediatria (São Paulo)* 1981; 3: 309-18.
17. Ribeiro ME, Gonzales CH. Síndrome alcoólica fetal: revisão. *Rev. Pediatria (São Paulo)* 1995; 17(1): 47-56.
18. Utagawa CY, Souza RA, Silva COM, Silva MO. Tabagismo e gravidez: repercussões no desenvolvimento fetal. *Cadernos UniFOA (Volta Redonda) – Ano II 2007 Ago.;* 4: 97-103.
19. Kroeff LR, Mengue SS, Schmidt MI, Duncan BB, Favaretto ALF, Nucci LB. Correlates of smoking in pregnant women in six Brazilian cities. *Rev de Saúde Pública* 2004; 38(2): 261-7.
20. Horta BL, Victora CG, Barros FC, Santos ID, Menezes AM. Tabagismo em gestantes de área urbana na região sul do Brasil, 1982 e 1993. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(3):247-53.
21. Moraes CL, Reichenheim ME. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(5): 695 - 793.
22. Possato M, Parada CMGL, Tonete VLP. Representação de gestantes tabagistas sobre o uso do cigarro: estudo realizado em hospital do interior paulista. *Rev Esc Enferm. USP* 2007; 41(3): 434-40.



23. Pietrobon RC, Barbisan JN, Manfroi WC. Utilização do teste à nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência: revisão. Rev HCPA 2007; 27(3): 31-6.
24. Castro MG, Oliveira MS, Moraes JFD, et al. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. Rev. Psiq. Clín. 2007; 34 (2): 61-7.
25. Alencar Jr. CA. Assistência pré-natal. Projeto Diretrizes, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina 2001; 8 p.
26. Disney ER, Lacono W, McGue M, Tully E, Legrand L. Strengthening the Case: Prenatal Alcohol Exposure Is Associated With Increased Risk for Conduct Disorder. Pediatrics 2008 dec.; 122 (6): 1225-30.
27. Passini JR. Alcohol consumption during pregnancy. Rev Bras Ginecol Obstet 2005 Jul; 27(7): 373-5.
28. Costa MTZ, Quintal, VS, Haro FMB, et al. Drogas de abuso na gestação : As orientações no pré-natal são suficientes? Rev Pediatria (São Paulo) 1998; 20(4): 316-22.
29. Rocha NS, Panzini RG, Pangendler JS, Fleck MPA. Desenvolvimento do módulo para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais do WHOQOL (WHOQOL-SRPB). In: Fleck MPA, et al Avaliação da qualidade de vida: Guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 93-101.
30. Fraga S, Souza S, Santos AC, et al. Tabagismo em Portugal. Arq Med 2005 set.; 19 (5-6): 207-29.
31. Marques ACPR, Campana A, Gigliotti AP, Lourenço MTC, Ferreira MP, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. Rev Bras Psiquiatr. 2001; 23(4): 200-14.
32. Halty LS, Hüttner MD, Oliveira No IC, Santos VA, Martins G. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. J Pneumol 2002 jul-ago; 28(4): 180-86.
33. Pietrobon RC, Barbisan JN, Manfroi WC. Utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência: artigo de revisão. Rev HCPA 2007; 27(3): 31-6.
34. Sanchez, ZVM, Nappo, SA. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. Rev Saúde Pública 2008; 42(2): 265-72.
35. Galduroz JF, Caetano R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. Rev Bras Psiquiatr. 2004; 26(1): 3-6.

**Tabela 1** – Distribuição quanto ao uso de álcool materno e estado civil, atividade laboral, prática religiosa, paridade, aborto e nº de consultas pré-natal (teste χ^2)

Variáveis	Uso de álcool na gestação		Razão de prevalência	p	IC 95%
	Não	Sim			
Estado Civil			1,70	0,346	(0,49 - 5,88)
Casada/amasiada	62,2%	37,8%			
Solteira/separada	77,8%	22,2%			
Atividade Laboral			0,92	0,676	(0,61 - 1,38)
Trabalhava fora	61,2%	38,8%			
Não trabalhava fora	64,4%	35,6%			
Religião			1,75	0,008 *	(1,15 - 2,67)
Praticante	72,6%	27,4%			
Não praticante	52,1%	47,9%			
Paridade			1,03	0,898	(0,68 - 1,56)
Primíparas	63,6%	36,4%			
Múltiparas	62,6%	37,4%			
Aborto			1,32	0,391	(0,68 - 2,54)
Sim	70,8%	29,2%			
Não	61,7%	38,3%			
Consultas pré-natal			0,76	0,220	(0,494 - 1,185)
Menos que 6 consultas	68,8%	31,2%			
6 ou mais	59,1%	40,9%			

* p significativo

**Tabela 2** – Comparação entre o uso de álcool materno e idade, escolaridade, idade da 1ª gestação e renda familiar em salários mínimos, segundo o teste não paramétrico U de Mann-Whitney

Variáveis	Mediana	Quartil ₁ – Quartil ₃	p
Idade materna			
Abstinente	25 anos	21-35 anos	
Usou álcool	20 anos	23 – 30 anos	0,585
Escolaridade			
Abstinente	9 anos	6 - 11 anos	
Usou álcool	10 anos	7 – 11 anos	0,617
Idade da 1ª gestação			
Abstinente	20 anos	18 - 23 anos	
Usou álcool	20 anos	17 – 22 anos	0,465
Renda familiar			
Abstinente	2,0 Salários	1,0 – 2,0 Salários	
Usou álcool	2,0 Salários	1,0- 2,25 Salários	0,849

Tabela 3 – Distribuição quanto ao resultado do T-ACE e estado civil, atividade laboral, prática religiosa, paridade, aborto e nº de consultas pré-natal (teste χ^2)

Variáveis	T-ACE positivo		Razão de prevalência	p	IC 95%
	Não	Sim			
Estado Civil			1,03	0,959	(0,29 - 3,63)
Casada/amasiada	77%	23%			
Solteira/separada	77,8%	22,2%			
Atividade Laboral			0,83	0,530	(0,469 - 1,47)



Trabalhava fora	74,6%	25,4%			
Não trabalhava fora	78,9%	21,1%			
Religião			1,44	0,214	(0,807 – 2,56)
Praticante	72,6%	27,4%			
Não praticante	81%	19%			
Paridade			1,28	0,412	(0,70 - 2,34)
Primíparas	80,3%	19,7%			
Múltiparas	74,7%	25,3%			
Aborto			1,44	0,428	(0,56 - 3,77)
Sim	83,3%	16,7%			
Não	75,9%	24,1%			
Consultas pré-natal			2,10	0,900	(0,95 - 4,61)
Menos que 6 consultas	76,6%	77,4%			
6 ou mais	23,4%	22,6%			

* p significativo

Tabela 4 – Comparação entre o uso de fumo materno e idade, escolaridade, idade da 1ª gestação e renda familiar em salários mínimos, segundo o teste não paramétrico de Mann-Whitney U

Variáveis	Mediana	Quartil ₁ – Quartil ₃	p
Idade materna			
Não fumaram	24 anos	21 – 30 anos	
Fumaram	25,5 anos	22 – 33 anos	0,362
Escolaridade			
Não fumaram	10 anos	7 – 11 anos	



Fumaram	7 anos	5 – 9 anos	0,002*
Idade da 1ª gestação			
Não fumaram	20 anos	18 – 23 anos	
Fumaram	16,5 anos	15 – 21 anos	0,001*
Renda familiar			
Não fumaram	2 Salários	1 – 2 Salários	
Fumaram	1 Salário	1 – 2 Salários	0,009*

* p significativo

Tabela 5 – Relação entre o hábito de fumar na gestação e estado civil, atividade laboral, prática religiosa, paridade, aborto e nº de consultas pré-natal (teste χ^2)

Variáveis	Hábito de fumar		Razão de prevalência	p	IC 95%
	na gestação				
	Não	Sim			
Estado Civil			0,38	0,085	(0,14 - 1,06)
Casada/amasiada	87,2%	12,8%			
Solteira/separada	66,7%	33,3%			
Atividade Laboral			1,30	0,519	(0,58 - 2,93)
Trabalhava fora	88,1%	11,9%			
Não trabalhava fora	84,4%	15,6%			
Religião			3,91	0,002 *	(1,52 - 10,08)
Praticante	94,0%	6,0%			
Não praticante	76,7%	23,3%			
Paridade			4,59	0,004 *	(1,42 - 14,88)



Primíparas	95,5%	4,5%			
Múltiparas	79,1%	20,9%			
Aborto			1,14	0,817	(0,37 - 3,56)
Sim	87,5%	12,5%			
Não	85,7%	14,3%			
Consultas pré-natal			2,10	0,059	
Menos que 6 consultas	79,7%	20,3%			
6 ou mais	90,3%	9,7%			(0,95 - 4,62)

* p significativo

Tabela 6 – Análise multivariada de fatores associados ao tabagismo durante a gestação

Variáveis	Razão de prevalência	OR _{aj}	p	IC 95%
Escolaridade (pc 8 anos)	4,33	4,70	0,02*	(1,28 - 17,27)
Renda (pc 2 Salários)	2,36	1,90	0,344	(0,50 - 7,23)
Religião ato de praticar	3,91	6,01	0,004 *	(1,75 – 20,61)
Paridade	4,59	4,04	0,053	(0,98 - 16,58)
Idade 1ª Gest. (pc 20 anos)	2,43	3,67	0,064	(0,93 - 14,51)
Bebeu durante a gestação	4,58	4,55	0,008 *	(1,47 – 14,03)

OR_{aj}= Odds ratio ajustado; Gest.=gestação; pc= ponto de corte; * p significativo