

Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras

Correlates of smoking in pregnant women in six Brazilian cities

Locimara Ramos Kroeff, Sotero Serrate Mengue, Maria Inês Schmidt, Bruce Bartholow Duncan, Ana Lenise Ferreira Favaretto e Luciana Bertoldi Nucci

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande Do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

Descritores

Tabagismo. Epidemiologia. Gravidez. Levantamentos epidemiológicos. Fatores socioeconômicos. Fatores de risco. Estudos transversais. Cuidado pré-natal.

Resumo

Objetivo

Avaliar a correlação dos fatores sociodemográficos e estilo de vida com o hábito de fumar em gestantes atendidas em hospitais.

Métodos

O delineamento foi o de um estudo transversal. A amostra foi composta por 5.539 gestantes atendidas em ambulatórios de pré-natal em hospitais públicos credenciados nas cidades de Manaus, Fortaleza, Salvador, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, entre 1991 e 1995. A seleção foi consecutiva para todas as gestantes com 20 anos ou mais de idade, excetuando-se aquelas com diabetes prévia à gestação. Foram realizadas medidas antropométricas e entrevistas entre a 21ª e a 28ª semanas da gravidez. Por meio de um questionário padronizado, considerou-se como fumante quem informou fumar um ou mais cigarros por dia, como ex-fumante quem informou ter fumado mais de um cigarro por dia e ter cessado, e não fumantes quem informou nunca ter fumado um ou mais cigarros por dia.

Resultados

O hábito de fumar na gestação associou-se à baixa escolaridade (RC=2,13; IC 95%: 1,76-2,57) e paridade (RC=1,84; IC 95%: 1,53-2,21). Para o aumento da idade da gestante e uso de bebidas alcólicas também foram observadas associações positivas com o fumo na gestação. Não foi observada nenhuma associação significativa entre cor da pele e situação ocupacional com fumo na gestação. Um efeito protetor foi observado para mulheres casadas ou com companheiro (RC=0,55; IC 95%: 0,42-0,72). Entre as cidades, tomando Manaus como referência, Porto Alegre apresentou o maior risco para fumo na gestação (RC=5,00; IC 95%: 3,35-7,38), seguida de São Paulo (RC=3,42; IC 95%: 2,25-5,20), Rio de Janeiro (RC=2,53; IC 95%: 1,65-3,88) e Fortaleza (RC=2,56; IC 95%: 1,74-3,78).

Conclusões

Os achados são semelhantes àqueles descritos na literatura com relação à escolaridade, paridade e situação conjugal. Entretanto, nenhuma associação com a cor da pele foi observada na análise multivariada. As ex-fumantes mostraram características sociodemográficas mais próximas das não fumantes do que das fumantes.

Correspondência para/ Correspondence to:
Locimara Ramos Kroeff
Rua José Garibaldi, 1628
94425-000 Viamão, RS, Brasil
E-mail: locirk@ufrgs.br

Baseado em dissertação de mestrado apresentada ao curso de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
Recebido em 14/3/2003. Reapresentado em 25/9/2003. Aprovado em 4/11/2003.

Keywords

Smoking. Epidemiology. Pregnancy. Health surveys. Socioeconomic factors. Risk factors. Prenatal care.

Abstract

Objective

To evaluate sociodemographic and lifestyle correlates of smoking in pregnant women sampled from hospitals.

Methods

A cross-sectional study was conducted in 5,539 pregnant women aged 20 or more who sought medical attention in prenatal clinics of affiliate hospitals of the Brazilian National Health System in the cities of Manaus, Fortaleza, Salvador, Rio de Janeiro, São Paulo, and Porto Alegre from 1991 to 1995. Interviews were conducted using a standardized questionnaire that covered sociodemographics and smoking habits before and during pregnancy. Current smoking was defined as smoking at least one cigarette/day, former smoking as reporting having smoked at least one cigarette/day but having quit, and never smoking as never having smoked one cigarette/day.

Results

Smoking during pregnancy was associated with lower education (OR=2.13; CI 95%: 1.76-2.57) and greater parity (OR=1.84; CI 95%: 1.53-2.21). Positive associations were also found with increased gestational age and alcohol consumption. No significant association was found with skin color or occupation status. A protective effect was observed for women married or living with a partner (OR=0.55 CI 95%: 0.42-0.72). Having Manaus' women as a reference, Porto Alegre's women showed the greatest risk for smoking in pregnancy (OR=5.00; CI 95%: 3.35-7.38), followed by São Paulo's (OR=3.42; CI 95%: 2.25-5.20), Rio de Janeiro (OR=2.53; CI 95%: 1.65-3.88) and Fortaleza's (OR=2.56; CI 95%: 1.74-3.78).

Conclusions

The study findings are similar to those described in the literature regarding education, parity, and marital status. However, no association with skin color was seen in the multivariate analysis. Former smokers had sociodemographic characteristics more similar to non-smokers than former smokers.

INTRODUÇÃO

O hábito de fumar, constituído como uma prática cultural de grupos indígenas, hoje disseminado mundialmente através da indústria do tabaco, configura-se como uma epidemia relacionada a diversas doenças, direta ou indiretamente.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o mapeamento e as diretrizes de enfrentamento da epidemia do fumo são desafiadores. Os problemas do fumo para a saúde são descritos em inúmeros estudos.^{1,8,15} Há uma preocupação especial com relação ao fumo na gestação devido a sua associação com retardo de crescimento intra-uterino e baixo peso do bebê ao nascer.^{12,15,16}

No Brasil, são inúmeros os estudos que avaliam o tabagismo na população e suas conseqüências, mas são raros os que concentram suas análises no hábito de fumar em gestantes.⁶

Sabe-se que o hábito de fumar varia de acordo com gênero, idade, aspectos socioculturais e sociogeográficos. Portanto, há uma necessidade de se conhecer o

comportamento detalhado das populações diante do hábito de fumar, a fim de se planejar ações preventivas mais efetivas. Dada a heterogeneidade da população brasileira, é importante que se conheçam os processos envolvidos no comportamento relacionado ao hábito de fumar nas mulheres brasileiras, permitindo vislumbrar novas diretrizes preventivas para o problema do fumo na gestação.

O presente estudo pretende avaliar o hábito de fumar na gravidez em relação a diversas variáveis: idade, consumo de álcool, cor da pele, situação conjugal, status ocupacional, paridade e escolaridade, entre gestantes amostradas em seis capitais brasileiras, no período de 1991 a 1995.

MÉTODOS

Foram utilizados dados da linha de base do Estudo Brasileiro de Diabetes Gestacional¹⁴ (EBDG). A amostra foi composta por gestantes que procuraram atendimento em ambulatório de pré-natal em hospitais públicos credenciados para o projeto nas cidades de Manaus (AM), Fortaleza (CE), Salvador (BA), Rio de Janeiro (RJ), São Paulo (SP) e Porto Alegre (RS). Essas

gestantes foram alistadas consecutivamente entre 1991 e 1995, iniciando em diferentes datas dentro desse período para cada centro credenciado, totalizando 5.564 gestantes. Os critérios de seleção da amostra foram de que as gestantes tivessem 20 anos ou mais de idade, estivessem entre a 21ª e 28ª semana de gestação e não apresentassem diabetes mellitus fora da gravidez. Das gestantes da amostra, foram excluídas 25 de origem oriental ou indígena por compor uma fração extremamente pequena da amostra. Ao final, foram analisadas as informações de 5.539 gestantes.

O estudo foi considerado de risco mínimo e devidamente aprovado pelos comitês de ética de cada localidade. Após informadas sobre o estudo, as gestantes consentiram em participar.

Com base nos dados da amostra, considerou-se como fumantes as mulheres que informaram estar fumando um ou mais cigarros por dia e como ex-fumantes aquelas que informaram ter fumado mais de um cigarro por dia e que cessaram o fumo. As não fumantes foram aquelas que nunca fumaram um cigarro ou mais por dia. Os estudos realizados ainda não apresentaram um consenso para a definição de um ponto de corte comum, mostrando diferenças para essas classificações.^{1,6,7,9,10} As mulheres que alcançaram até oito anos de escolaridade foram classificadas como de baixa escolaridade. Aquelas que completaram nove anos de estudo ou mais foram classificadas como de alta escolaridade. O status ocupacional foi definido por ocupação fora de casa ou não.

Para o consumo de álcool, foi aferida a frequência (por dia, semana ou mês) e a quantidade de consumo de cerveja, vinho, pinga e outras bebidas alcoólicas (em garrafas, copos, cálices ou doses). Posteriormente, esses dados foram convertidos em consumo médio de álcool por dia. Os pontos de corte para consumo de álcool foram de zero e 0,8 gramas, corresponden-

do do segundo à mediana do consumo de álcool entre as gestantes que beberam. Frente a possíveis divergências na aferição da cor, optou-se por agrupar negras e pardas em uma única categoria, sendo realizadas comparações entre brancas e não brancas.

Para as análises descritivas e bivariadas, foi utilizado o programa Epi Info V 6.04b. Para as estimativas de razão de chance (RC), por regressão logística, foi utilizado o programa SPSS V 8. As variáveis incluídas na análise foram aquelas relacionadas ao fumo nesse estudo e em outros trabalhos.^{1,11,12} Uma vez entradas com as variáveis nos modelos finais, foram definidas pela significância estatística ($p=0,05$) de cada variável.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra que a maior parte das gestantes tinha 30 anos ou menos de idade (70,5%), era não branca (55,9%) e tinha companheiro (87,8%). Embora tenha ocorrido variação nas características entre os centros de estudo, esse padrão se manteve, com exceção para a cor da pele, em que o predomínio foi de mulheres brancas no Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre.

A maior parte das mulheres não trabalhava fora de casa (55,3%), tinha oito anos ou menos de escolaridade (57,5%), menos de três filhos (82,3%) e não estavam usando bebidas alcoólicas na gravidez (65,6%). Esse padrão foi constante em todos os centros, com exceção de São Paulo, onde predominaram mulheres que trabalhavam fora e com maior escolaridade (Tabela 2).

As gestantes identificadas como não fumantes somaram 3.350. Foram 1.217 ex-fumantes e 972 fumantes. As identificadas como não fumantes somaram 60,5% da amostra. A maior frequência de não fumantes foi encontrada em Manaus, com 70,7%, e Salva-

Tabela 1 - Distribuição das gestantes estudadas nas seis capitais brasileiras entre 1991-1995 de acordo com as frequências das características sociodemográficas: idade, índice de massa corporal (IMC), cor da pele e situação conjugal.

Fatores de risco sociodemográficos	Manaus (N 502) %	Fortaleza (N 1.169) %	Salvador (N 982) %	Rio de Janeiro (N 557) %	São Paulo (N 1.223) %	Porto Alegre (N 1.106) %	Total (N 5.539) %
Capitais	9,1	21,1	17,7	10,1	22,1	20,0	100,0
Idade (N)	(502)	(1.169)	(982)	(557)	(1.223)	(1.106)	(5.539)
20-25 anos	61,4	46,8	43,9	24,4	26,3	40,3	39,5
26-30 anos	25,7	30,0	32,6	32,7	34,1	28,8	31,0
31-35 anos	9,2	15,2	16,8	23,5	26,4	20,7	19,4
36-48 anos	3,8	8,0	6,7	19,4	13,2	10,1	10,1
IMC (N)	(502)	(1.164)	(972)	(5.570)	(1.223)	(1.100)	(5.518)
IMC < 30 Kg/m ²	90,0	92,9	87,9	76,3	81,6	80,9	85,2
IMC ≥ 30 Kg/m ²	10,0	7,1	12,1	23,7	18,4	19,1	14,8
Cor da pele (N)	(502)	(1.169)	(979)	(557)	(1.223)	(1.106)	(5.536)
Branca	19,7	27,7	11,5	58,5	69,4	66,3	44,1
Parda	78,3	64,2	64,2	25,5	19,5	16,9	42,3
Negra	2,0	8,1	24,2	16,0	11,3	16,8	13,6
Situação conjugal (N)	(502)	(1.169)	(979)	(556)	(1.223)	(1.106)	(5.533)
Com companheiro	87,8	90,6	95,2	95,7	93,3	90,8	92,3
Sem companheiro	12,2	9,4	4,8	4,3	6,7	9,2	7,7

dor, com 70,4%. A menor freqüência de não fumantes ocorreu em Porto Alegre, com 44,1%. Na cidade do Rio de Janeiro, a freqüência de não fumantes foi 64,1%, em São Paulo, 61,7% e em Fortaleza, 60,3%. Porto Alegre mostrou a maior freqüência de ex-fumantes (24%) e fumantes (31,9%). A categoria ex-fumante foi menos freqüente na cidade do Rio de Janeiro (18%). A menor freqüência de fumantes foi em Manaus, com 7,2%, seguida por Salvador, com 9,2% (Tabela 2).

A Tabela 3 mostra que ex-fumantes consumiram um número maior de cigarros, alcançando uma média mais elevada no consumo em comparação com as gestantes fumantes. O consumo médio de cigarros foi progressivo no sentido norte-sul do Brasil, variando de $6,8 \pm 11,4$ a $10,5 \pm 10,8$ para ex-fumantes, e de $3,4 \pm 2,8$ a $8,6 \pm 6,6$ para fumantes (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta as associações entre as características selecionadas comparadas e categorias de fumo, tendo como grupo de referência as não fumantes. A baixa escolaridade mostrou uma associação positiva com fumo atual (RC=2,13; IC 95%: 1,76-2,57), assim como a presença de filhos prévios

(RC=1,84; IC 95%: 1,53-2,21). Também foi encontrada uma associação positiva com faixa etária mais avançada para gestantes (RC=1,72; IC 95%: 1,46-2,04) e consumo de bebidas alcólicas, especialmente aquelas com consumo igual ou superior a 0,8 g (RC=2,64 IC 95%: 2,03-3,43). Em Manaus foi observada a menor prevalência do hábito de fumar. As gestantes de Porto Alegre apresentaram a maior chance de serem fumantes (RC= 5,0, IC 95%: 3,35-7,38), seguida por São Paulo (RC=3,42, IC 95%: 2,25-5,20), Rio de Janeiro (RC=2,53, IC 95%: 1,65-3,88) e Fortaleza (RC=2,56 IC 95%: 1,74-3,78). Em Salvador, essa associação não foi observada. Uma associação protetora foi observada para a característica ser casada ou ter companheiro (RC=0,55; IC 95%: 0,42-0,72).

A Tabela 4 mostra ainda um padrão semelhante de associação para ex-fumantes: maior probabilidade de ter 27 anos ou mais (RC=1,75; IC 95%: 1,51-2,03), ter escolaridade menor (RC=1,40; IC 95%: 1,20-1,64), ter filhos (RC=1,23; IC 95%: 1,06-1,43) e consumo de bebidas alcólicas igual ou superior a oito gramas por dia em média, quando comparadas com gestantes que não beberam (RC=1,82; IC 95%: 1,43-2,34). A associação protetora verificada

Tabela 2 - Distribuição das gestantes estudadas nas seis capitais brasileiras entre 1991-1995 de acordo com as freqüências das características sociodemográficas: situação ocupacional, escolaridade, paridade, consumo de bebidas alcólicas e prevalência de fumo.

Fatores de risco sociodemográficos	Manaus (N 502) %	Fortaleza (N 1.169) %	Salvador (N 982) %	Rio de Janeiro (N 557) %	São Paulo (N 1.223) %	Porto Alegre (N 1.106) %	Total (N 5.539) %
Capitais	9,1	21,1	17,7	10,1	22,1	20,0	100,0
Situação ocupacional (N)	(502)	(1.169)	(982)	(557)	(1.223)	(1.106)	(5.539)
Trabalha fora	24,3	27,2	33,2	38,4	87,6	38,4	44,7
Não trabalha fora	75,7	72,8	66,8	61,6	12,4	61,6	55,3
Escolaridade em anos (N)	(502)	(1.169)	(982)	(557)	(1.223)	(1.106)	(5.539)
≤8 anos	65,7	69,0	64,1	59,8	19,3	76,8	57,5
≥9 anos	34,3	31,1	35,9	40,2	80,7	23,2	42,5
Paridade (N)	(465)	(1.048)	(822)	(457)	(1.115)	(1.137)	(4.944)
Nenhum filho	20,9	35,8	30,4	12,9	39,8	24,6	29,9
1 e 2 filhos	59,4	46,2	50,5	68,1	52,6	50,1	52,4
3 ou mais filhos	19,8	18,0	19,1	19,0	7,5	25,2	17,6
Consumo de álcool (N)	(502)	(1.169)	(982)	(557)	(1.223)	(1.106)	(5.539)
Não bebe	88,4	72,0	60,5	91,9	63,2	42,2	65,6
Bebe	11,6	27,9	39,5	8,1	36,8	57,8	34,4
Prevalência de fumo (N)	(502)	(1.169)	(982)	(557)	(1.223)	(1.106)	(5.539)
Não fumante	70,7	60,3	70,4	64,1	61,7	44,1	60,5
Ex-fumantes	22,1	22,9	20,5	18,0	22,2	24,0	22,0
Fumantes	7,2	16,8	9,2	18,0	16,1	31,9	17,5

Tabela 3 - Médias (\pm DP) do número de cigarros consumidos por ex-fumantes e fumantes em gestantes de seis capitais brasileiras entre 1991-1995.

Cidades	Ex-fumantes N=1.217		Fumantes N=972	
	Média	DP	Média	DP
Manaus	6,8	11,4	3,4	2,8
Fortaleza	8,4	10,0	5,8	4,9
Salvador	8,6	10,4	5,4	4,5
Rio de Janeiro	9,5	9,1	6,4	5,0
São Paulo	9,2	9,0	8,1	5,4
Porto Alegre	10,5	10,8	8,6	6,6
Total	9,0	10,1	7,2	5,8

DP: desvio-padrão

Tabela 4 - Modelos finais para as associações entre categorias de fumo e características associadas.

Características	Ex-fumante versus Não fumante		Fumante versus Não fumante	
	RC	IC 95%	RC	IC 95%
≥27 anos de idade	1,75	(1,51 - 2,03)	1,72	(1,46 - 2,04)
Pele branca	0,97	(0,83 - 1,14)	0,94	(0,79 - 1,12)
Ter companheiro	0,99	(0,76 - 1,29)	0,55	(0,42 - 0,72)
Trabalhar fora de casa	0,95	(0,81 - 1,11)	0,92	(0,77 - 1,10)
Baixa escolaridade (<8 anos)	1,40	(1,20 - 1,64)	2,13	(1,76 - 2,57)
Ter filhos	1,23	(1,06 - 1,43)	1,84	(1,53 - 2,21)
Consumo de álcool				
Beber de 0,1 a 0,7 g*	1,31	(1,12 - 1,54)	1,54	(1,28 - 1,84)
Beber 0,8 ou mais g*	1,82	(1,42 - 2,34)	2,64	(2,03 - 3,43)
Residência				
Manaus	1,0		1,0	
Fortaleza	1,13	(0,87 - 1,47)	2,56	(1,74 - 3,78)
Salvador	0,80	(0,61 - 1,06)	1,08	(0,71 - 1,65)
Rio de Janeiro	0,77	(0,56 - 1,07)	2,53	(1,65 - 3,88)
São Paulo	1,13	(0,84 - 1,52)	3,42	(2,25 - 5,20)
Porto Alegre	1,33	(1,00 - 1,78)	5,00	(3,35 - 7,38)

RC: Razão de chances

para ser casada ou ter companheiro desapareceu para ex-fumantes.

DISCUSSÃO

Alguma das características dessa população, avaliada nos anos 90, talvez deixe a desejar quando transportadas para o terceiro milênio. De acordo com as tendências atuais, espera-se que a população mais jovem, principalmente as mulheres, passe a fumar mais do que jovens de 10 anos atrás.

Os dados aqui relatados podem auxiliar no entendimento do processo de transformação no hábito dessas mulheres. Porém, deve-se considerar que o presente estudo se limita a uma amostra não representativa da população das gestantes brasileiras. Por isso, as prevalências para as variáveis consideradas nesse estudo não devem ser generalizadas para a população das capitais. Novos achados precisam ser interpretados no contexto brasileiro.

Para a região Sul, a literatura descreve as maiores frequências de fumo em mulheres brasileiras, 29,5¹⁰ e 33,5%⁶ comparadas à região Sudeste 22,8%.⁹ Os resultados da presente pesquisa reforçam essa perspectiva com maior percentual (31,9%) e estimativa de risco para fumo na gestação nas mulheres captadas na cidade de Porto Alegre. Além disso, percebe-se nesse quadro que Porto Alegre possui mulheres com maior número de filhos e o percentual mais elevado para baixa escolaridade.

Por outro lado, as mulheres captadas na cidade de São Paulo apresentaram padrões equivalentes a países desenvolvidos, mantendo médias de idade mais avançada, escolaridade mais elevada, baixa paridade e com atividade no mercado de trabalho, diferenciando-se do restante da amostra. Contudo, as ten-

dências descritas na literatura^{1,11} para as fumantes se mantêm quando os dados dessa capital são analisados individualmente. Ou seja, mulheres com maior paridade e baixa escolaridade têm maior probabilidade de ser fumante. Um fator que provavelmente influenciou nessa diferença na amostra foi que o hospital onde essas gestantes foram arroladas era destinado ao atendimento de servidores públicos, imprimindo características sociais de um grupo: mulheres que trabalham fora, com maior escolaridade e que optaram por uma gravidez mais tardia.

Outra capital diferenciada é o Rio de Janeiro, onde o arrolamento das gestantes foi realizado em um hospital de referência para doenças hipertensivas. Dado esse fato, nessa cidade, o percentual de gestantes fumantes pode ter sido superestimado, assim como pode ter selecionado mulheres com maior idade, e menor percentual de consumo de bebidas alcólicas nas gestantes.

Com relação à definição de cor da pele, nas cidades de Manaus e Fortaleza, foram observadas as menores frequências para a cor da pele negra. Assim, pode-se presumir que as pardas indicam, predominantemente, a mistura com a etnia indígena. Enquanto isso, nas outras cidades, as descritas como pardas podem ser, com maior frequência, as mulatas, mestiças com a etnia africana. Curiosamente, Porto Alegre apresentou uma frequência de negras semelhante à cidade do Rio de Janeiro. Nesse caso, pode-se considerar uma provável diferença da representação da cor negra para o Sul do Brasil, devido a imigração européia, predominante nessa região. Assim, a identificação da cor negra assume uma interpretação que em outras regiões do País seria interpretada, para a maioria das pessoas dessas regiões, como mulata, morena, mestiça, e nesse caso compôs a cor parda. Nesse sentido, as associações encontradas em outros estudos com relação à raça,¹ principalmente nos EUA, onde

essas diferenças são mais marcantes, ficam confundidas pela miscigenação brasileira e pela dificuldade para interpretar a cor da pele.

Quanto à situação conjugal, deve-se considerar que somente 7,7% da amostra era de mulheres sem companheiro, seguindo a mesma tendência para cada cidade. Mesmo assim, os presentes resultados acompanham os achados de outros estudos, que indicam uma relação de risco de fumar para mulheres sem companheiro.^{1,2}

Para o consumo de álcool associado ao tabagismo, entre 1997-99, nos Estados Unidos, o *National Household Survey on Drug Abuse* revelou uma prevalência do consumo de álcool duas vezes maior entre adultos fumantes, para um consumo de até uma dose diária de bebidas alcóolicas ou de até cinco doses em uma única oportunidade no último mês, em relação a ex-fumantes e não fumantes. Entre garotas frequentando a *high school senior*, dados de 1998 revelam que as fumantes também são mais prováveis para o uso de álcool do que ex-fumantes e não fumantes, considerando o consumo referido anteriormente.¹ No presente estudo, a mesma tendência foi observada, elevando a chance para o consumo de álcool nas gestantes fumantes em relação às não fumantes.

Para status ocupacional existem poucos estudos detalhados que avaliem esta associação.¹ Entretanto, deve-se levar em conta que a declaração de não trabalhar fora de casa não indica que a mulher seja propriamente “do lar” ou fora da população economicamente ativa. É de se considerar que essas mulheres poderiam estar desempregadas naquele momento.

A média de cigarros consumidos diariamente diminuiu sensivelmente entre as fumantes em todas análises, dado o fato de as mulheres estarem gestando. Outros estudos sugerem que o declínio da prevalência do fumo nas grávidas se deve ao aumento da cessação durante a gestação.^{1,3} Entretanto, deve-se considerar também a possibilidade da subestimação do consumo de cigarros revelada em alguns estudos,^{5,8} onde as gestantes, possivelmente intimidadas pela cobrança social, ocultam o real consumo.

Nesse estudo, as mulheres que pararam de fumar apre-

sentaram características sociodemográficas mais próximas daquelas mulheres que nunca aderiram ao hábito de fumar. Mesmo para mulheres com filhos, baixa escolaridade, idade avançada e consumo de álcool, as associações de risco foram bem mais modestas para ex-fumantes do que para fumantes em relação às não fumantes. Outras características de risco observadas para as fumantes não foram encontradas para as ex-fumantes. Pode-se considerar, então, que as mulheres que abandonaram o fumo estavam mais sensibilizadas para os efeitos deletérios desse comportamento para si e, principalmente, para o bebê, enquanto aquelas que seguiram fumando apresentavam maiores dificuldades para a mudança no hábito de fumar.

O presente estudo demonstra que algumas características como idade, escolaridade, paridade, consumo de bebidas alcóolicas, situação conjugal e geográfica foram associadas ao fumo na gestação. A forma como a amostra foi selecionada não afetou as associações observadas com relação aos determinantes do fumo na gestação já considerados em outros estudos.^{1,2,11}

Entretanto, outros fatores, aqui não avaliados, devido às limitações do instrumento, devem ser explorados para a população brasileira. A exemplo, o convívio maior com fumantes foi associado com a dificuldade do sucesso das estratégias para a cessação do fumo em gestantes.⁴ Ao avaliar o ambiente, um estudo na Califórnia sugere que gestantes que moram em áreas habitadas pela classe trabalhadora (operários, vendedores, auxiliares), sendo ou não trabalhadoras, aumentam o risco para o fumo na gravidez.¹³

Os achados desse estudo permitem organizar estratégias para identificar antecipadamente a população de risco para o fumo na gestação, focalizando os fatores determinantes como baixa escolaridade, paridade, situação conjugal e consumo de álcool. A partir disso, pode-se elaborar ações em saúde para as mulheres desses grupos de risco, visando à sensibilização para os efeitos nocivos do fumo para a saúde da mãe e do bebê. Os profissionais da área da saúde também devem ser preparados a fim de estimular a população para a redução e cessação do fumo em todas as abordagens médicas, não se limitando apenas às campanhas temporárias.

REFERÊNCIAS

1. [CDC] Centers for Disease Control and Prevention. Women and smoking: a report of the Surgeon General – 2001 [on-line]. Available from. URL: http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_forwomen/ata glance.htm
2. Cnattingius S, Lindmark G, Meirik O. Who continues to smoke while pregnant? *J Epidemiol Commun Health* 1992;46:218-21.

3. Ebrahim SH, Floyd RL, Merrit RK Jr, Decoufle P, Holtzman D. Trends in pregnancy-related smoking rates in the United States, 1987-1996. *J Am Med Assoc* 2000;283:361-6.
4. Ershoff DH, Solomon LJ, Dolan-Mullen P. Predictors of intentions to stop smoking early in prenatal care. *Tob Control* 2000;9 Suppl 3(4 Pt 1):III41-5.
5. Ford RPK, Tappin DM, Schluter PJ, Wild CJ. Smoking during pregnancy: how reliable are maternal self reports in New Zealand? *J Epidemiol Commun Health* 1997;51:246-51.
6. 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;31:247-53.
7. Jane M, Nebot M, Badi M, Berjano B, Munoz M, Rodriguez MC, Querol A, Cabero L. determinant factors of smoking cessation during pregnancy. *Med Clin (Barc)* 2000;114:132-5.
8. Kendrick J, Merritt RK. Women and smoking: an update for the 1990s. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:528-35.
9. Lolio CA, de Souza JM, Santo AH, Buchalla CM. Prevalência de tabagismo em localidade urbana da região sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1993;27:262-5.
10. Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo S. Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana da região sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1995;29:46-51.
11. Nelson DE, Emont SL, Brackbill RM, Cameron LL, Preddicord J, Fiore MC. Cigarette smoking prevalence by occupation in the United States: a comparison between 1978 to1980 and 1987 to 1990. *J Occup Med* 1994;36:516-25.
12. Perez-Stable EJ, Marin G, Posner SF. Ethnic comparison of attitudes and beliefs about cigarette smoking. *J Gen Intern Med* 1998;13:167-74.
13. Pickett KE, Wackschlag LS, Rathouz PJ, Leventhal BL, Abrams B. The Working-class context of pregnancy smoking. *Health Place* 2002;8:167-75.
14. Reichelt AJ, Splichler ER, Branchtein L, Nucci LB, Franco LJ, Schmidt MI. Easting plasma glucose is a useful test for detection of gestational diabetes. *Diabetes Care* 1998;21:1246-9.
15. Siener K, Malarcher A, Husten C. Women and smoking: patterns, health effects, and treatments. *Office on smoking and health, CDC, Atlanta, Georgia, USA* 2000;7:77-84.
16. Strauss RS. Effects of the intrauterine environment on childhood growth. *Br Med Bull* 1997;53:81-95.