

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**GIORDANA DE CÁSSIA PINHEIRO DA MOTTA**

**FATORES RELACIONADOS AO TABAGISMO NA GESTAÇÃO**

**Porto Alegre**

**2008**

**GIORDANA DE CÁSSIA PINHEIRO DA MOTTA**

**FATORES RELACIONADOS AO TABAGISMO NA GESTAÇÃO**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Isabel Cristina Echer

**Porto Alegre**

**2008**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que de alguma forma fizeram parte desta caminhada e contribuíram para minha formação acadêmica, profissional e pessoal.

À minha família, em especial minha mãe que me apresentou a Enfermagem e, mesmo sem querer, me mostrou o melhor caminho que eu poderia ter seguido. Ainda agradeço por todo o esforço e dedicação para que eu chegasse até aqui.

Ao meu namorado Fabricio, que desde o segundo ano de faculdade me apóia e me entende nos meus momentos mais difíceis.

Aos meus amigos, em especial a Carol, por terem tornado esta jornada mais divertida e pelo carinho e incentivo ao longo desses anos.

À professora Isabel Echer por tudo que me ensinou sobre pesquisa, desde a bolsa de iniciação científica, e por ter trabalhado junto na idéia para este trabalho.

Às mulheres que aceitaram participar do estudo e possibilitaram dar vida ao que era apenas uma idéia. Era muito gratificante encontrar as pacientes que havia atendido pouco antes no Centro Obstétrico e ser recebida com carinho.

À equipe da Unidade de Internação Obstétrica, que me acolheu por mais de dois meses de coleta de dados, sempre me apoiando e interessados em ajudar.

À equipe da Unidade Centro Obstétrico, onde realizei o estágio curricular, que me acolheu durante quatro meses e contribuiu para meu crescimento como enfermeira.

Obrigada a todos!

*“A consciência da maternidade é uma oportunidade singular para a mulher: ela é capaz de abnegar seus desejos e vontades, em prol da aliança com a nova vida que cresce em seu ventre.”*

Fabricio Vidor Vaz

## RESUMO

O tabagismo é um problema de saúde pública, sendo considerado como a principal causa de morte evitável no mundo. Apesar dos conhecidos malefícios do tabaco para o binômio mãe-bebê é grande o número de gestantes que continua fumando ou sendo expostas ao tabagismo passivo. Diversos trabalhos têm demonstrado que fumar durante a gestação está associado a uma gama de fatores. Nesse contexto, esta pesquisa teve o objetivo de identificar fatores relacionados ao tabagismo na gestação. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, realizado com 267 puérperas no período de fevereiro a maio de 2008. A coleta de dados ocorreu na Unidade de Internação Obstétrica do HCPA por meio de instrumentos preenchidos pelas participantes. Foi realizada análise descritiva e utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson e o teste de análise de variância. O projeto foi aprovado pela COMPESQ/EEUFRGS e pelo GPPG/HCPA. A análise dos dados permitiu identificar que 55,4% das puérperas eram não fumantes, 25,5% fumantes em abstinência e 19,1% fumantes, estando 51,3% na faixa etária de 18 a 25 anos. O tabagismo, na maioria das puérperas, se iniciou entre os 10 e 18 anos de idade e observou-se uma tendência para as mulheres com menor escolaridade serem tabagistas. Apenas 66% das puérperas receberam informações sobre o tabagismo durante o pré-natal e pode-se afirmar que as não fumantes fizeram mais consultas que as fumantes e fumantes em abstinência ( $p = 0,025$ ). O número de mulheres com mais de um filho se mostrou maior entre as fumantes que entre as não fumantes e fumantes em abstinência ( $p = 0,002$ ). Quanto à cessação do tabagismo, observa-se que as mulheres eram mais propensas a parar antes da gestação quando o companheiro não era fumante ( $p = 0,007$ ). As médias de cigarros consumidos por dia no início da gestação por fumantes e fumantes em abstinência mostram que as que continuaram fumando consumiam quase o dobro em relação as que conseguiram parar. Os resultados permitem identificar que são vários os fatores que influenciam no tabagismo e na sua cessação em mulheres gestantes. Portanto, intervenções no pré-natal para a cessação entre gestantes fumantes e para evitar a exposição passiva das não fumantes devem ir ao encontro das necessidades das mulheres, levando em consideração suas características sociais, econômicas, demográficas e a presença de um fumante no lar.

**Descritores:** Tabagismo; Gravidez; Cuidado pré-natal; Abandono do uso de tabaco.

## LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 – Idades das puérperas por faixa etária.....	21
Tabela 2 – Associação entre escolaridade das puérperas e os diferentes grupos.....	22
Tabela 3 – Associação entre etnia das puérperas e os diferentes grupos.....	23
Tabela 4 – Associação entre profissão e os diferentes grupos.....	23
Tabela 5 – Associação entre número de CPN e os diferentes grupos.....	24
Tabela 6 – Associação entre número de filhos e os diferentes grupos.....	25
Tabela 7 – Idade de início do hábito tabágico.....	26
Tabela 8 – Consumo de cigarro no início e final da gestação.....	27
Tabela 9 – Número de cigarros consumidos por dia no início da gestação para fumantes atuais e fumantes em abstinência.....	28
Tabela 10 – Associação entre momento em que parou de fumar e hábito do companheiro.....	29
Tabela 11 – Associação entre momento em que parou de fumar e hábito do familiar.....	30
Tabela 12 – Associação entre os diferentes grupos e o hábito do companheiro.....	30
Tabela 13 – Associação entre os diferentes grupos e hábito do familiar.....	31
Tabela 14 – Quem forneceu informação no pré-natal.....	33
Gráfico 1 – Motivos para a cessação do tabagismo.....	32
Gráfico 2 – Malefícios do cigarro à saúde.....	35
Gráfico 3 – Abordagem da fumante no pré-natal.....	36
Gráfico 4 – Fatores que dificultam o abandono do tabagismo.....	37

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVO.....	10
2.1 Objetivos específicos.....	10
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
3.1 Prevalência do tabagismo entre mulheres e gestantes.....	11
3.2 Malefícios do tabagismo à gestante e ao feto.....	12
3.3 Pré-natal como um momento especial para a abordagem da gestante fumante.....	14
3.4 Fatores que contribuem para o fumar e o parar de fumar.....	15
4 METODOLOGIA.....	17
4.1 Delineamento.....	17
4.2 Campo de estudo.....	17
4.3 População e amostra.....	17
4.4 Coleta de dados.....	18
4.5 Análise dos dados.....	19
4.6 Aspectos éticos.....	20
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	21
6 CONCLUSÕES.....	38
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados de fumante.....	46
APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados de fumante em abstinência.....	48
APÊNDICE C – Instrumento para coleta de dados de nunca fumante.....	50
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	52
ANEXO A – Aprovação do projeto pela COMPESQ/EEUFRGS.....	53
ANEXO B – Aprovação do projeto pelo GPPG/HCPA.....	54

## 1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é um dos principais problemas de saúde pública característico da espécie humana, sendo considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a principal causa de morte evitável no mundo (BRASIL, 2005a; MENEZES, 2004). Estima-se que cerca de 1 bilhão e 300 milhões de pessoas, entre as quais 200 milhões de mulheres, sejam fumantes, e que o cigarro seja responsável por aproximadamente 5 milhões de mortes por ano em consequência das doenças provocadas pelo tabaco. A previsão é de que, se os padrões atuais de dependência continuarem, o cigarro será responsável por 10 milhões de mortes a cada ano por volta de 2020, sendo que 70% ocorrerão nos países menos desenvolvidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; MENEZES, 2004).

Existem diferenças significativas no padrão e perspectivas de consumo de tabaco entre os gêneros. Desde que o tabagismo foi introduzido na sociedade moderna, a proporção de homens fumantes tem sido mais elevada do que a de mulheres. No entanto, tem-se observado no sexo masculino um ligeiro declínio na prevalência, principalmente nos países desenvolvidos. Quanto ao sexo feminino, alguns países desenvolvidos já apresentam uma discreta tendência à redução na proporção de fumantes, o que não tem sido observado em países em desenvolvimento, onde é evidente o aumento da iniciação e consequente aumento da prevalência entre as mulheres (BRASIL, 2004).

O tabagismo iniciou-se como um comportamento predominantemente do sexo masculino. Entre as mulheres, era um comportamento pouco comum até os anos de 1930. Com a participação cada vez maior da mulher no mercado de trabalho, ela passou a ter mais poder dentro da sociedade e, em decorrência disso, tornou-se alvo da publicidade da indústria do tabaco, que divulgava o cigarro como símbolo de independência e liberdade de expressão (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005b).

O tabaco, em todas as suas formas, aumenta o risco de mortes prematuras e limitações físicas por inúmeras morbidades, como doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, enfisema e câncer (BRASIL, 2004). Até algumas décadas atrás, acreditava-se que os efeitos do tabaco eram mais intensos nos homens, mas, com o tempo, verificou-se que as mulheres são igualmente ou mais suscetíveis aos malefícios do fumo, devido às peculiaridades próprias do sexo. A mulher fumante tem um risco maior de infertilidade, câncer de colo de útero, menopausa precoce e dismenorréia (BRASIL, 2005b).

Mulheres que fumam durante a gravidez apresentam maior risco de complicações, como placenta prévia, ruptura prematura das membranas, descolamento prematuro da placenta, hemorragia no pré-parto, parto prematuro, gestação ectópica, baixo peso ao nascer e morte súbita do recém nascido. Além disso, o desenvolvimento físico da criança está relacionado com o consumo de cigarros pela mãe durante a gestação, sugerindo uma relação dose-resposta (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2004; ALEIXO NETO, 1990; BRASIL, 2004; HAGGSTRÄM, 2004).

Considerando os malefícios que o tabaco traz para o binômio mãe-bebê, a cessação do tabagismo é o ato mais importante que a gestante pode fazer com o objetivo de melhorar o desfecho de sua gestação. Apesar do conhecido dano causado pelo cigarro tanto para a mãe como para o feto, grande proporção das gestantes continua fumando (HAGGSTRÄM, 2004). Portanto, conhecer como se dá o processo de abandono do tabagismo pode auxiliar os profissionais a implementarem intervenções efetivas com vistas a melhorar a saúde da mãe e do bebê.

No processo de cessação, alguns fatores podem contribuir para o sucesso, como a preocupação da mãe com a própria saúde e do bebê (FANG, 2004), a determinação de abandonar o tabagismo e o ambiente social, considerados por alguns autores como principais fatores de sucesso (ECHER, 2006; SCHEIBMEIR, 2005). Considera-se importante conhecer esses e outros fatores para elaborar intervenções específicas para cada fumante.

A gestação representa uma oportunidade especial para a cessação do tabagismo, sendo mais efetivas intervenções feitas no início da gestação (antes das 20-24 semanas) (HAGGSTRÄM, 2004). É importante que nas consultas com o profissional de saúde haja a identificação da fumante, seu aconselhamento e fornecimento de apoio àquelas que querem parar de fumar. Entretanto, os profissionais de saúde precisam estar preparados para ajudar suas pacientes gestantes a abandonarem o tabaco.

O que motivou a realização desta pesquisa foi a oportunidade, como bolsista de iniciação científica, de estudar em profundidade o tema tabagismo, em especial fatores relacionados à cessação. Senti-me atraída pelo assunto que, apesar de sua relevância social pela alta prevalência e alto potencial causador de morbidades, ainda é pouco abordado tanto na graduação quanto nas conversas com os pacientes.

Concomitante aos estudos sobre o tabagismo, comecei a aprofundar meus conhecimentos na área de Saúde da Mulher. O tema que uniu ambos os interesses foi a gestação. Durante estágio na Zona 6 do ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), tive a oportunidade de observar algumas consultas pré-natais e percebi que o

tabagismo era pouco abordado, sendo apenas questionada a existência do hábito e discutida a importância de parar, sem exatamente educar e aconselhar sobre como efetivamente fazê-lo.

Além disso, pesquisando no sistema de bibliotecas da UFRGS, constata-se que não há trabalhos originados na Escola de Enfermagem que abordem a questão do tabagismo em fumantes grávidas.

Nesse contexto, esta pesquisa se propõe a conhecer a opinião de puérperas sobre os fatores relacionados ao tabagismo na gestação e como ele vem sendo abordado nas consultas pré-natais para entender o que tem contribuído para o abandono do tabagismo entre as gestantes.

## **2 OBJETIVO**

Identificar fatores relacionados ao tabagismo na gestação.

### **2.1 Objetivos específicos**

- Identificar o perfil sociodemográfico das puérperas fumantes, fumantes em abstinência e nunca fumantes.
- Verificar como o tabagismo vem sendo abordado no pré-natal.
- Identificar o que tem contribuído para o abandono do tabagismo na gestação.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

Na revisão de literatura, serão abordados os seguintes temas: prevalência do tabagismo entre mulheres e gestantes, malefícios do tabagismo à gestante e ao feto, o pré-natal como um momento especial para a abordagem da gestante fumante e fatores que contribuem para o fumar e o parar de fumar.

#### **3.1 Prevalência do tabagismo entre mulheres e gestantes**

O cenário mundial revela alta frequência de dependência do tabagismo em ambos os sexos, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. Dos homens fumantes, 35% estão em países desenvolvidos e 50% em países em desenvolvimento; quanto às mulheres, 22% estão em países desenvolvidos e 9% em países em desenvolvimento. Há previsão de que, nos próximos 20 anos, o maior percentual de fumantes esteja localizado nos países em desenvolvimento (MENEZES, 2004).

No Brasil, um terço da população adulta fuma, sendo 16,7 milhões de homens e 11,2 milhões de mulheres. Estimam-se 200 mil óbitos anuais relacionados ao fumo no Brasil (MENEZES, 2004).

Em levantamento realizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde sobre comportamento dos principais fatores de risco das doenças e agravos não transmissíveis, constatou-se que a maior prevalência de tabagismo foi encontrada em Porto Alegre (25,2%) e a menor em Aracaju (12,9%). Nota-se uma grande disparidade na dimensão do problema em diferentes regiões do país. De uma forma geral, as cidades menos populosas e menos industrializadas apresentaram menores prevalências. Das oito cidades com maiores prevalências, sete situam-se nas regiões Sul e Sudeste do país. Em todas as cidades, a prevalência de tabagismo foi maior entre os homens, quando comparados às mulheres. Em cidades economicamente mais desenvolvidas das regiões Sul e Sudeste, a prevalência de tabagismo entre mulheres já se aproxima da prevalência observada entre homens. Este fato aponta para uma preocupante tendência de crescimento da exposição tabágica no sexo feminino em nosso país, provavelmente fruto de uma forte publicidade voltada especificamente para este grupo populacional (BRASIL, 2004).

Em outro estudo mais recente que estimou a frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas 26 capitais brasileiras e Distrito Federal observou-se que as maiores frequências de adultos fumantes estão localizadas em Porto Alegre e Rio Branco (21,2%), e a mais baixa em Salvador (9,5%). O hábito tabágico se mostra mais disseminado entre homens do que entre mulheres, com exceção de Goiânia e Rio de Janeiro, onde a frequência entre os sexos é semelhante. Entre as mulheres, observou-se menor frequência de fumantes na cidade de Salvador (7,2%), seguida por Aracajú e São Luís (8,1%). As frequências mais altas de mulheres fumantes foram observadas em Rio Branco (17,9%), Porto Alegre (17%) e Curitiba (15,9%). A frequência de fumantes diminuiu com o aumento da escolaridade em ambos os sexos, chegando a 24,2% dos homens e 14,7% das mulheres com até oito anos de escolaridade e 14,4% dos homens e 9,1% das mulheres com doze anos ou mais de escolaridade (BRASIL, 2007).

Entre mulheres gestantes, a taxa de fumantes é alarmante. Em pesquisa realizada em seis capitais brasileiras, a prevalência de gestantes fumantes na cidade de Porto Alegre se mostrou a mais elevada, com 31,9%. No entanto, a frequência de não fumantes se mostrou a menor, com 44,1% (KROEFF et al, 2004). Outros estudos corroboram os resultados deste já citado, apontando índices de 33,5% (LESSA HORTA et al, 1997) e 40,8% (HALAL et al, 1993) de fumantes, mostrando a região sul como a com maior prevalência de mulheres gestantes fumantes no Brasil.

### **3.2 Malefícios do tabagismo à gestante e ao feto**

O feto não é apenas um fumante passivo comum, é um ser altamente vulnerável cujo desenvolvimento está em um estágio vulnerável. Quando uma gestante fuma, expõe seu feto não apenas aos componentes da fumaça do cigarro que atravessam a placenta, mas também a alterações nos níveis de oxigênio e metabolismo placentário (NAKAMURA et al, 2004). O tabagismo atua negativamente nas diversas fases da reprodução por ação direta de seus principais componentes tóxicos, a nicotina e o monóxido de carbono. Existem cerca de 4720 elementos diferentes na fumaça do cigarro, incluindo muitos farmacologicamente ativos, mutagênicos e carcinogênicos. Aproximadamente 10% desses compostos constituem a fase particulada da fumaça do cigarro, a qual contém nicotina e alcatrão, fenóis e benzenos. Os

90% restantes contêm monóxido de carbono, dióxido de carbono, cianetos, aldeídos e diversos outros produtos orgânicos (MELLO; PINTO; BOTELHO, 2001).

Dentre os vários componentes do tabaco que interferem na evolução da gravidez, destacam-se a ação da nicotina e do monóxido de carbono (CO). A nicotina age no sistema cardiovascular, provocando liberação de catecolaminas na circulação materna e, como consequência, ocorrem taquicardia, vasoconstricção periférica e redução do fluxo sanguíneo placentário, com consequente má oxigenação e nutrição fetal. O acúmulo de cotinina na circulação fetal, metabólito da nicotina, pode contribuir para a indução do trabalho de parto prematuro e o aborto espontâneo. O monóxido de carbono (CO), ao combinar-se com a hemoglobina materna e fetal, forma a carboxihemoglobina (COHb). A hemoglobina fetal tem uma maior ligação com o CO do que a hemoglobina materna, resultando em níveis de COHb mais elevados na circulação fetal. As altas concentrações de COHb provocam hipóxia tecidual, estimulando a eritropoiese e causando uma elevação do hematócrito da gestante fumante e de seu feto, implicando em hiperviscosidade sanguínea, aumento do risco de infarto cerebral no neonato e mau desempenho da placenta. A hipóxia celular crônica é um dos fatores responsáveis pelo sofrimento fetal crônico, podendo explicar a restrição do crescimento fetal (MELLO; PINTO; BOTELHO, 2001; LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

Estudo que utilizou dopplervelocimetria para avaliar a influência do tabagismo no sistema vascular materno-fetal mostrou que no grupo de fumantes há aumento na resistência da circulação útero-placentária e feto-placentária, associado à diminuição na resistência da artéria cerebral média, demonstrando uma tendência do tabagismo em levar à hipóxia crônica do feto (PINTO; BOTELHO, 2000). Outros autores também identificaram o fumo associado a alterações vasculares da circulação útero-placentária, porém apenas na 32ª semana de gravidez (SARAIVA FILHO et al, 2006).

O tabagismo leva ao comprometimento do sistema imunológico, com diminuição da capacidade fagocitária dos macrófagos e alteração dos níveis de IgA nas mucosas, o que pode explicar o maior risco de gestantes fumantes abortarem. A ruptura prematura das membranas seria subsequente a rupturas focais, por sua vez secundárias a infecções locais facilitadas pela toxicidade do fumo. Outra causa importante de ruptura prematura das membranas e abortamento nas fumantes é a redução de 50% na concentração de ácido ascórbico no líquido amniótico em comparação às não-fumantes. A vitamina C, além de ter papel significativo nas defesas imunológicas, é imprescindível na formação do colágeno que compõe a membrana amniocoriônica. Além disso, o transporte de aminoácidos pela placenta está reduzido nas

fumantes, o que interfere na síntese protéica e contribui para o mau desenvolvimento da membrana amniocoriônica (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

A exposição fetal aos compostos do tabaco compromete o crescimento dos pulmões e leva à redução das pequenas vias aéreas, implicando em alterações funcionais respiratórias na infância, que persistem ao longo da vida. O desenvolvimento pulmonar alterado pode estar associado ao aumento do risco de desenvolvimento de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), câncer de pulmão e doenças cardiovasculares no futuro (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004). Outro problema associado ao tabagismo materno é a maior incidência de alergias e infecções em recém-natos (MARIN et al, 2003).

### **3.3 Pré-natal como um momento especial para a abordagem da gestante fumante**

A gestação é um período em que muitas mulheres tentam parar de fumar e intervenções para a cessação durante a gravidez podem resultar em uma redução significativa do tabagismo. As intervenções geralmente se limitam em informações e aconselhamento dados à mulher durante a gestação. No entanto, os programas para a cessação do tabagismo devem ir ao encontro das necessidades das mulheres gestantes, levando em consideração, por exemplo, seu nível educacional e social, a família e a convivência com um companheiro fumante (McLEOD; PULLON; COOKSON, 2003; LU; TONG; OLDENBURG, 2001).

É importante que mulheres que tenham parado espontaneamente durante a gestação sejam identificadas pela maternidade e incluídas em um programa de educação para a cessação do tabagismo, o que não constitui a realidade da maioria dos hospitais (McLEOD; PULLON; COOKSON, 2003).

Integrar programas de cessação do tabagismo com o pré-natal constitui uma vantagem na medida em que os profissionais de saúde desenvolvem uma relação de confiança com a mulher e seu companheiro durante a gestação (McLEOD; PULLON; COOKSON, 2003).

Estudo que avaliou os fatores associados ao fumo em gestantes brasileiras aponta a importância da identificação antecipada da 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 saúde também devem estar preparados a fim de estimular a

população para a redução e cessação do fumo em todas as consultas, não se limitando apenas às campanhas temporárias (KROEFF et al, 2004). Porém, os profissionais da saúde necessitam de apoio e treinamento para melhor promover a cessação (McLEOD; PULLON; COOKSON, 2003). Estudo mostra que apenas 19,4% das fumantes entrevistadas afirmaram que um médico generalista discutiu o tabagismo com elas, e menos da metade refere ter conversado sobre o hábito com seus obstetras (LU; TONG; OLDENBURG, 2001).

### **3.4 Fatores que contribuem para o fumar e o parar de fumar**

Diversos trabalhos têm demonstrado que fumar durante a gestação está associado a uma gama de fatores. Os estudos mostram que entre os fatores de risco para o fumo na gestação encontram-se baixo nível de educação, baixo nível socioeconômico, pouca idade materna, fumo passivo em casa diariamente, fumar grande número de cigarros por dia, fumar há muito tempo, companheiro ou amigos fumantes, não conviver com o pai do bebê e maior número de filhos. Os fatores que favoreceram a cessação foram maior escolaridade, maior idade materna, início tardio do hábito de fumar, conviver com pessoas não fumantes em casa, companheiro não fumante, preocupação com a própria saúde e do bebê e desconfortos provocados pelo fumo na gestação, como náusea e gosto ruim do cigarro (LU; TONG; OLDENBURG, 2001; CNATTINGIUS; LINDMARK; MEIRIK, 1992; TORRENT et al, 2004; KROEFF et al, 2004).

Estudo que explorou as características sócio-demográficas associadas à continuidade do tabagismo na gestação mostrou que mulheres grávidas pela primeira vez têm maior probabilidade de parar de fumar, o que poderia ser atribuído a maior preocupação com a saúde de seus filhos em comparação a mulheres que já fumaram durante uma gestação e deram à luz um bebê aparentemente saudável (McLEOD; PULLON; COOKSON, 2003).

No Brasil, estudo que avaliou a correlação dos fatores sócio-demográficos e estilo de vida com o hábito de fumar em gestantes mostrou que mulheres que pararam de fumar apresentaram características sociodemográficas mais próximas daquelas mulheres que nunca fumaram. Mesmo para mulheres com filhos, baixa escolaridade, idade avançada e consumo de álcool, as associações de risco foram menores para fumantes em abstinência do que para fumantes em relação às não fumantes. Pode-se considerar, então, que as mulheres que abandonaram o fumo estavam mais sensibilizadas para os efeitos nocivos desse

comportamento para si e, principalmente, para o bebê, enquanto aquelas que seguiram fumando apresentavam maiores dificuldades para a mudança no hábito de fumar (KROEFF, et al 2004).

## **4 METODOLOGIA**

A metodologia utilizada neste estudo é apresentada a seguir.

### **4.1 Delineamento**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal (POLIT; HUNGLER, 1995).

### **4.2 Campo de estudo**

O estudo foi realizado na Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

### **4.3 População e amostra**

A população constituiu-se de mulheres puérperas que fizeram acompanhamento pré-natal e estavam internadas na Unidade de Internação Obstétrica no período de coleta dos dados. Foram incluídas no estudo 298 mulheres, sendo que, após análise dos instrumentos quanto aos critérios de inclusão, foram excluídas 31, totalizando 267 puérperas.

O cálculo inicial previa uma amostra de 422 puérperas com base na média mensal de internações no ano 2007 e em um estudo realizado no HCPA em que 23% das puérperas entrevistadas fumaram durante a gravidez (SOTILLI et al, 2007). Porém, não foi considerado no cálculo que um número considerável de internações nesta unidade é de gestantes, população não incluída neste estudo. Outro fator que contribuiu para a diminuição da amostra final foi o tempo limitado para a coleta, visto ser um trabalho acadêmico com prazos para sua execução.

Foram considerados critérios de inclusão no estudo:

- Ter idade maior ou igual a 18 anos;
- Ser puérpera internada na Unidade de Internação Obstétrica após 24 a 48 horas do parto ocorrido no HCPA, independente do tipo de parto;
- Ter realizado no mínimo quatro consultas pré-natais;
- Estar lúcida, orientada e dispor de condições de saúde para responder ao questionário;
- Concordar em participar da pesquisa.

Foi considerado critério de exclusão do estudo:

- Apresentar alguma complicação puerperal.

#### **4.4 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada no período de 29 de fevereiro a 01 de maio de 2008, três vezes por semana, por meio da aplicação de três diferentes instrumentos construídos pela pesquisadora (APÊNDICE A – Fumantes; APÊNDICE B – Fumantes em abstinência; APÊNDICE C – Nunca fumantes). Para este estudo foi considerada fumante a pessoa que fuma regularmente um ou mais cigarros por dia; fumante em abstinência a pessoa que já fumou regularmente e agora não fuma mais; e nunca fumante a pessoa que nunca fumou na vida e ou que apenas experimentou o fumo, mas não se tornou fumante. O instrumento continha perguntas abertas e fechadas sobre características socioeconômicas e demográficas, tabagismo materno na gravidez, consultas/orientações no pré-natal e outras variáveis.

A puérpera era convidada pela pesquisadora a participar do estudo durante a internação na UIO, à beira do leito, quando se verificou se a mesma atendia aos critérios de inclusão. À puérpera que concordasse em participar eram apresentados os objetivos da pesquisa e a importância da sua participação, sendo entregue o instrumento de coleta de dados correspondente, que era preenchido pela própria participante e recolhido mais tarde pela pesquisadora, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No período de coleta, foram entregues 298 instrumentos de coleta de dados às puérperas internadas na Unidade de Internação Obstétrica do HCPA, das quais 267 preencheram os critérios de inclusão da pesquisa. As exclusões se devem a não ter o mínimo de 4 consultas pré-natais e serem menores de 18 anos. Apesar de ter sido verificado

anteriormente com a puérpera a presença desses critérios, as informações preenchidas nesses 31 instrumentos não coincidiam com a triagem preliminar.

No início da coleta tinha-se certo receio em abordar a puérpera, medo que ocorresse recusas. Felizmente, já na primeira semana percebeu-se que a coleta dar-se-ia sem grandes problemas. Porém, outras situações precisaram ser enfrentadas, como o cuidado ao recém-nascido que tomava muito tempo da mãe, o que, por vezes, a impedia de responder ao questionário, as perdas por ocasião da alta hospitalar antes do instrumento ser recolhido, apesar do pedido para que deixassem no posto de enfermagem. Algumas questões dos instrumentos não foram preenchidas pelas participantes. Por isso, os percentuais apresentados na análise dos dados foram realizados sobre as respostas válidas.

#### **4.5 Análise dos dados**

Os dados foram digitados, revisados e codificados em um banco de dados construído com o programa Microsoft Excel<sup>®</sup>. Após, foram transcritos para o pacote estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 14.

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva para caracterizar as mulheres do estudo por meio de frequência absoluta e relativa, média, mediana, desvio padrão e limites mínimo e máximo para apontar a variabilidade dos dados. Para as variáveis categóricas, foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson. Para as variáveis contínuas, foi realizado o teste de análise de variância (ANOVA) (CALLEGARI-JACQUES, 2006; NEWMAN et al, 2006). Nas análises foi calculado o p-valor associado à Hipótese Nula ( $H_0$ ) em cada teste. Toda associação e diferença cujo p-valor foi inferior a 0,05 (p-valor <0,05) foi considerada estatisticamente significativa. Os estatísticos do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA auxiliaram na transcrição para o SPSS e na análise dos dados.

Ressalta-se que as respostas das questões abertas buscavam complementar as questões fechadas e foram categorizadas por similaridade de conteúdo.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Os princípios éticos foram respeitados, procurando proteger os direitos dos participantes da pesquisa, em atenção às determinações dos órgãos que legislam sobre a pesquisa com seres humanos no país, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Para contemplar os aspectos éticos, foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) à puérpera que aceitasse participar, o qual foi assinado em duas vias, ficando uma com a participante e outra com a pesquisadora. No TCLE constam, de forma simplificada, os objetivos da pesquisa, a garantia de anonimato, o uso das informações exclusivamente para a pesquisa e o direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento (CLOTET; GOLDIM; FRANCISCONI, 2000).

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/EEUFRGS) (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG/HCPA) (ANEXO B).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 267 puérperas, destas 148 (55,4%) eram não fumantes, 68 (25,5%) fumantes em abstinência e 51 (19,1%) fumantes. A média de idade foi de 26,5 anos, com maior concentração (51,3%) na faixa etária de 18 a 25 anos (Tabela 1).

**Tabela 1** – Idades das puérperas por faixa etária.  
Porto Alegre, 2008.

<i>Idade</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
18 a 25	137	51,3
26 a 30	61	22,8
31 a 35	41	15,4
≥ 36	28	10,5
<b>Total</b>	267	100,0

O número de fumantes neste estudo é próximo ao encontrado em outro sobre o hábito de fumar de gestantes e parturientes de um hospital universitário do ABC paulista, onde 20,6% das gestantes fumaram na gestação (ROZOV et al, 2004). Estudo que analisou a prevalência do tabagismo entre gestantes na República Tcheca com uma amostra semelhante (265), também encontrou um valor aproximado de 23,8% fumantes gestantes (KRALIKOVA et al, 2005).

Estudo que avaliou a correlação dos fatores sociodemográficos e estilo de vida com o hábito de fumar em gestantes de diversas capitais brasileiras mostra que a prevalência de gestantes fumantes na cidade de Porto Alegre é a mais elevada, com 31,9%, e a frequência de não fumantes se mostrou a menor, com 44,1% (KROEFF et al, 2004). Pesquisa sobre os determinantes do hábito de fumar e de seu abandono com gestantes residentes na zona urbana de Pelotas evidenciou a prevalência de tabagismo de 40,8% no início da gravidez, sendo que no momento da coleta dos dados da pesquisa foi de 27%. A média de idade das gestantes foi de 25,6 anos, com maior concentração (31%) no grupo etário de 20 a 24 anos (HALAL et al, 1993), dados são semelhante ao presente estudo.

Em relação à escolaridade, 130 (48,7%) puérperas cursaram o 2º grau, 114 (42,7%) o 1º grau e 23 (8,6%) o ensino superior. Fazendo associação entre a escolaridade e os diferentes grupos (fumantes, fumantes em abstinência e nunca fumantes) pode-se observar que mais da metade das fumantes (52,9%) tem apenas o 1º grau, 55,9% das fumantes em abstinência possuem o 2º grau e 47,3% das não fumantes possuem também o 2º grau. Entre as mulheres

que cursaram o ensino superior o maior percentual está entre as que nunca fumaram (11,5%) (Tabela 2). Pode-se observar que, embora exista diferença entre os grupos, ela não é estatisticamente significativa ( $p = 0,195$ ) pelo teste qui-quadrado de Pearson.

**Tabela 2** – Associação entre a escolaridade das puérperas e os diferentes grupos.  
Porto Alegre, 2008.

<i>Escolaridade</i>		<i>Fumante</i>	<i>Fumante em abstinência</i>	<i>Nunca fumante</i>	<i>Total</i>
1º grau	N	27	26	61	114
	%	52,9	38,2	41,2	42,7
2º grau	N	22	38	70	130
	%	43,1	55,9	47,3	48,7
Superior	N	2	4	17	23
	%	3,9	5,9	11,5	8,6
Total	n	51	68	148	267
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Outros estudos mostram associação entre tabagismo e escolaridade. Pesquisa aponta que a maior parte das mulheres de Porto Alegre tinha oito anos ou menos de escolaridade (76,8%) e a baixa escolaridade evidenciou associação positiva com fumo atual ( $RC=2,13$ ; IC 95%: 1,76-2,57) (KROEFF et al, 2004). Halal et al (1993) mostram associação inversa entre o tabagismo no início da gravidez e a escolaridade: gestantes sem escolaridade formal apresentaram prevalência quase 80% superior àquelas com nove ou mais anos de estudo ( $p<0,01$ ). Outro estudo traz que mulheres com ensino superior ( $OR = 0.40$ , 95% CI 0.26–0.62) eram menos propensas a terem fumado na época da concepção (McLEOD, D.; PULLON, S; COOKSON, T., 2003).

Quanto à etnia da amostra, 63,5% das puérperas são brancas, 21,9% negras, 14,6% são pardas e sete não responderam à pergunta. Quando analisada a etnia pelos diferentes grupos, não há diferença significativa ( $p = 0,319$ ) (Tabela 3).

**Tabela 3** – Associação entre a etnia das puérperas e os diferentes grupos. Porto Alegre, 2008.

<i>Etnia</i>		<i>Fumante</i>	<i>Fumante em abstinência</i>	<i>Nunca fumante</i>	<i>Total</i>
Branca	N	31	42	92	165
	%	63,3	61,8	64,3	63,5
Parda	N	4	14	20	38
	%	8,2	20,6	14,0	14,6
Negra	N	14	12	31	57
	%	28,6	17,6	21,7	21,9
Total	n	49	68	143	260
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Kroeff et al (2004) em seu estudo encontrou valores para Porto Alegre próximos aos da presente pesquisa, com 66,3% brancas, 16,9% pardas e 16,8% negras.

Na Tabela 4, observa-se que 58,5% das puérperas possuem uma ocupação remunerada, 36,9% são donas de casa e 4,7% são estudantes e em 31 instrumentos esta questão não foi respondida. Apesar do maior percentual de mulheres com ocupação remunerada estar entre as nunca fumantes (63,1%), não há diferença significativa entre os grupos ( $p = 0,597$ ).

**Tabela 4** – Associação entre a profissão e os diferentes grupos. Porto Alegre, 2008.

<i>Profissão</i>		<i>Fumante</i>	<i>Fumante em abstinência</i>	<i>Nunca fumante</i>	<i>Total</i>
Ocupação remunerada	N	24	32	82	138
	%	54,5	51,6	63,1	58,5
Dona de casa	N	18	27	42	87
	%	40,9	43,5	32,3	36,9
Estudante	N	2	3	6	11
	%	4,5	4,8	4,6	4,7
Total	n	44	62	130	236
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Estudo mostra que em Porto Alegre 38,4% das mulheres trabalham fora de casa e 61,6% não trabalham, situação praticamente inversa a da amostra do presente estudo (KROEFF et al, 2004).

Em relação às consultas pré-natais (CPN), 140 (52,4%) fizeram entre 7 e 10 consultas, 81 (30,3%) entre 4 e 6 consultas e 46 (17,2%) fizeram mais de 11 consultas. Fazendo a associação entre número de consultas e os diferentes grupos, pode-se afirmar que as não fumantes fizeram mais consultas pré-natais ( $n = 32$ ; 21,6%) que as fumantes e fumantes em abstinência, sendo que este resultado é estatisticamente significativo ( $p = 0,025$ ) (Tabela 5). Observa-se também que o percentual de fumantes em abstinência que fizeram entre 7 e 10 consultas pré-natais é maior (58,8%) que as que fizeram entre 4 e 6 consultas (27,9%). Quanto ao local onde o pré-natal foi realizado, 76% fizeram em postos de saúde, 12,2% em outro hospital e 11,8% no HCPA.

**Tabela 5** – Associação entre número de CPN e os diferentes grupos. Porto Alegre, 2008.

<i>Número de consultas</i>		<i>Fumante</i>	<i>Fumante em abstinência</i>	<i>Nunca fumante</i>	<i>Total</i>
4-6	N	24	19	38	81
	%	47,1	27,9	25,7	30,3
7-10	N	22	40	78	140
	%	43,1	58,8	52,7	52,4
≥ 11	N	5	9	32	46
	%	9,8	13,2	21,6	17,2
Total	n	51	68	148	267
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

A consulta pré-natal constitui um momento importante para promover cuidados com a saúde, entre eles os relacionados ao tabaco. As fumantes participaram menos das consultas de pré-natal em relação aos outros grupos. Isso de alguma forma pode estar relacionado com a negação delas em relação aos cuidados sabidos como importantes, mas não seguidos. Segundo Gondim, Silva e Macedo (2006), a consulta pode ser a ocasião mais eficiente para prestar esclarecimentos sobre os riscos do fumo na gestação, aliada ao fato de que as gestantes podem aproveitá-la para expor dúvidas, medos e angústias decorrentes da gestação. Esses sentimentos podem levá-las a episódios de ansiedade e depressão, saciados apenas com o cigarro, uma vez que o mesmo é associado ao relaxamento.

No presente estudo, as nunca fumantes fizeram maior número de consultas pré-natal (21,6%) e 58,8% das fumantes em abstinência fizeram entre 7 e 10 consultas. Lessa Horta et al (1997) em seu estudo demonstram associação entre a frequência às consultas e a prevalência do tabagismo, sendo este quase duas vezes mais frequente naquelas mães que não

fizeram pré-natal em relação às que consultaram dez ou mais vezes. Observou-se ainda uma relação inversa entre o número de consultas pré-natais e a taxa de abandono do tabagismo. Entre as fumantes que não fizeram pré-natal, apenas 13,6% pararam de fumar, enquanto que entre aquelas que consultaram dez ou mais vezes esse percentual foi de 25,0%. Mulheres que recebem um cuidado pré-natal adequado, desde o início da gestação, apresentam uma maior taxa de cessação do tabagismo. Isto pode ser devido a características pessoais das mulheres, visto que aquelas dispostas a parar procuram mais por atendimento pré-natal. Portanto, características ou atitudes da gestante podem não somente determinar o hábito de fumar, como também a procura pelo serviço de pré-natal.

Das puérperas, 115 (43,6%) possui um filho, 76 (28,8%) dois, 43 (16,3%) três e 30 (11,3%) quatro ou mais filhos. A média de filhos é maior entre as fumantes (2,75 filhos) que entre as nunca fumantes (1,99 filhos) e fumantes em abstinência (1,88 filhos). Na Tabela 6 nota-se um percentual maior de mulheres fumantes com mais de um filho (78,4%) comparado com fumantes em abstinência (50%) e nunca fumantes (51,7%). Esta diferença é estatisticamente significativa ( $p = 0,002$ ). Não houve diferença entre mulheres com apenas um filho e mulheres com dois ou mais filhos em relação à cessação do tabagismo, visto que ambas apresentam 50% de taxa de cessação.

**Tabela 6** – Associação entre o número de filhos e os diferentes grupos. Porto Alegre, 2008.

<i>Número de filhos</i>		<i>Fumante</i>	<i>Fumante em abstinência</i>	<i>Nunca fumante</i>	<i>Total</i>
Um filho	N	11	34	70	115
	%	21,6	50,0	48,3	43,6
Mais de um filho	N	40	34	75	149
	%	78,4	50,0	51,7	56,4
Total	n	51	68	145	264
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Alguns estudos mostram que primíparas são mais bem sucedidas na cessação que múltiparas, ou seja, mulheres com apenas um filho param mais frequentemente (30,9%) que mulheres com dois ou mais filhos (20,7%), fato que poderia ser associado a maior preocupação com a saúde de seus filhos em comparação a mulheres que já fumaram em gestação anterior e deram à luz um bebê aparentemente saudável (TORRENT et al, 2004; PALMA et al, 2007; McLEOD; PULLON; COOKSON, 2003). Portanto, é necessário que a

equipe de saúde dê atenção especial às mulheres com duas gestações ou mais, uma vez que estas apresentam a tendência de manter o tabagismo inalterado ou, até mesmo, aumentado durante a gestação e no período de aleitamento.

A maioria das puérperas (229 - 86,1%) mora com o companheiro, sendo o mesmo fumante em 29,6% das vezes. Outro familiar fumante morando na mesma casa da puérpera ocorreu em 33,7% das respostas, sendo a porcentagem dos casos distribuída em: mãe (49,40%), irmão (29,90%), pai (21,80%), sogros (11,50%), cunhados (6,9%), tios (6,9%) e avós (5,70%) e outros (6,8%). As puérperas referiram que essas pessoas fumam fora de casa (47,9%), dentro de casa (39,5%) e em ambos os locais (12,6%).

Pesquisa realizada em capitais brasileiras aponta que a maior parte das gestantes de Porto Alegre tinha companheiro (90,8%) (KROEFF et al, 2004), mostrando similaridade com o resultado do presente estudo. Quanto ao companheiro ser fumante, outro estudo verificou que 33,3% dos maridos eram fumantes e 5,9% das parturientes coabitavam com outros fumantes, resultado próximo ao deste estudo ao que concerne ao companheiro fumante, porém mostrando um número menor em relação a outro familiar fumante em casa (ROZOV et al, 2004).

O início do hábito tabágico foi mais freqüente em puérperas entre os 10 e 18 anos de idade (77,8%) e entre os 19 e 25 anos de idade (19,7%) (Tabela 7).

**Tabela 7** – Idade de início do hábito tabágico entre as puérperas.  
Porto Alegre, 2008.

<i>Idade que começou a fumar</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>% válido</i>
< 10 anos	2	0,7	1,7
10-18 anos	91	34,1	77,8
19-25 anos	23	8,6	19,7
26-35 anos	1	0,4	0,9
<b>Total</b>	117	43,8	100,0

Quando se associou a idade de início do hábito tabágico e o fato de ser fumante ou estar em abstinência, 82,4% das fumantes e 77,3% das fumantes em abstinência começaram a fumar até os 18 anos, o que demonstra que, neste estudo, a idade de início do fumo não influenciou no fato de continuar fumando ou no de ter parado de fumar, já que esta diferença não é significativa estatisticamente ( $p = 0,657$ ). Porém, alguns estudos demonstram associação entre a idade de início do hábito e a cessação do tabagismo. Torrent et al, (2004) em estudo sobre a cessação do tabagismo e fatores associados na gestação, mostraram

associações negativas significativas entre ter menos idade no início do hábito e o *odds* de parar de fumar. Quanto mais tarde as mulheres começavam a fumar, maiores as chances de parar na gravidez. Outro estudo aponta que as fumantes cujo hábito iniciou com 14 anos ou mais de idade apresentaram uma tendência para o abandono 60% superior a das demais fumantes ( $p = 0,013$ ). Examinando-se simultaneamente os efeitos da idade de início e da duração, o abandono foi maior entre as que haviam iniciado a fumar após os 14 anos (HALAL et al, 1993).

No presente estudo, entre as gestantes fumantes, 45,1% pararam de fumar em algum momento da gestação e voltaram ao hábito mesmo durante a gravidez. Entre as fumantes e fumantes em abstinência 51,4% já haviam fumado em outra gestação.

Pesquisa mostra que 29% das fumantes pararam em algum estágio da gestação, sendo que a maioria o fez antes de iniciar o pré-natal (CNATTINGIUS; LINDMARK; MEIRIK, 1992). Quanto ao hábito de fumar em outra gestação, pesquisa com gestantes e parturientes paulistas mostra que 33,3% eram fumantes em gestações anteriores (ROZOV et al, 2004).

O consumo de cigarros no início da gestação, em 38,8% das fumantes, era de 1 a 5 cigarros por dia, em 22,4% de 6 a 10 cigarros e em 24,5%  $\geq 16$  cigarros. No final da gestação em 39,5% era de 1 a 5, 47,4% de 6 a 10 e 7,9%  $\geq 16$  cigarros por dia. Observa-se um declínio no consumo de cigarros no final da gestação nas puérperas que fumavam de 11 a 15 e mais de 16 cigarros por dia (Tabela 8).

**Tabela 8** – Consumo de cigarros pelas puérperas fumantes no início e final da gestação. Porto Alegre, 2008.

<i>Consumo de cigarro na gestação</i>	<i>Início</i>		<i>Final</i>	
	<i>n</i>	<i>% válido</i>	<i>n</i>	<i>% válido</i>
1-5	19	38,8	15	39,5
6-10	11	22,4	18	47,4
11-15	7	14,3	2	5,3
$\geq 16$	12	24,5	3	7,9
<b>Total</b>	49	100,0	38	100,0

A redução do número de cigarros consumidos por dia ao longo da gestação também é observada em outros estudos. Torrent et al (2004) demonstram que a maioria das mulheres que continuaram a fumar na gestação reduziram o consumo diário. Em média, esta redução esteve entre metade e um terço dos cigarros consumidos por dia. Este resultado é semelhante

ao de outro estudo em que houve uma redução significativa no consumo do cigarro para aproximadamente metade do número diário de cigarros (JANE et al, 2000).

Fazendo uma comparação em relação às médias de cigarros consumidos por dia no início da gestação pelas gestantes que conseguiram parar de fumar (5,73 cigarros) e as que continuaram fumando (10,42 cigarros), observa-se que existe uma diferença expressiva, o que pode estar relacionado ao fato de que quanto maior o consumo, maior a dificuldade de parar (Tabela 9).

**Tabela 9** – Número de cigarros consumidos por dia pelas fumantes e fumantes em abstinência no início da gestação. Porto Alegre, 2008.

<i>Grupos</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio Padrão</i>
Fumante	49	10,42	10	6,62
Fumante em abstinência	30	5,73	5	4,00

Estudos mostram que o abandono do tabagismo acontece mais facilmente entre fumantes que consumiam menos cigarros por dia. Jane et al (2000) trazem que fumantes leves (entre 1 e 9 cigarros por dia; OR = 4.74) ou fumantes moderados (entre 10 e 19 cigarros por dia; OR = 2.20) eram mais suscetíveis a parar de fumar se comparadas às fumantes pesadas (mais que 20 cigarros por dia). Halal et al (1993) também mostra que a taxa de abandono entre as mulheres que fumavam no máximo cinco cigarros por dia no início da gravidez foi de 53%, contra 33% nas que fumavam mais de dez ( $p < 0,001$ ). Portanto, o número de cigarros consumidos diariamente é um grande preditor da cessação do tabagismo.

Entre as puérperas que conseguiram parar de fumar, 50% pararam antes da gestação, 43,8% no início da gestação e 6,3% no final da gestação.

Fazendo uma associação entre o momento da parada e a convivência com companheiro fumante, observa-se que as mulheres eram mais propensas a parar antes da gestação quando o companheiro era não fumante (78,1%). Já entre as mulheres que pararam durante a gestação, 58,1% dos companheiros eram fumantes, o que mostra a influência negativa do companheiro fumante sobre a cessação do tabagismo da esposa. Este resultado é estatisticamente significativo, com  $p = 0,007$  (Tabela 10).

**Tabela 10** – Associação entre o momento em que parou de fumar e hábito do companheiro. Porto Alegre, 2008.

<i>Quando parou de fumar</i>		<i>Companheiro fumante</i>		
		<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Total</i>
Antes da gestação	N	7	25	32
	%	21,9	78,1	100,0
Durante a gestação	N	18	13	31
	%	58,1	41,9	100,0
Total	n	25	38	63
	%	39,7	60,3	100,0

Diversos artigos mostram a relação entre tabagismo do companheiro e da gestante. Para McLeod, Pullon e Cookson (2003), um dos maiores preditores de fumo na época da concepção foi ter um parceiro que fumava (OR = 7.68, 95% CI 4.91–12.02). Halal et al (1993) encontraram em seu estudo que o tabagismo é quase duas vezes mais comum entre as gestantes cujo marido ou companheiro fumava do que entre as demais ( $p = 0,001$ ; IC 95% de 1,52 a 2,26) e o abandono foi cerca de 1,5 vezes mais freqüente entre as gestantes cujo companheiro não fumava ( $p = 0,03$ ).

McBride et al (1998) sugerem que o status tabágico do companheiro pode influenciar o nível e o tipo de apoio fornecido pelo mesmo para a cessação do tabagismo da esposa. Companheiros fumantes podem dar menos apoio ou minar as tentativas de parar de fumar das parceiras, pois um companheiro parando ameaça padrões de interação estabelecidos dentro do relacionamento.

O tabagismo de companheiros de gestantes está relacionado a efeitos adversos na gravidez. Wakefield et al (1998) apontam que há aumento do risco de infecções respiratórias na infância e síndrome da morte súbita do recém-nascido, independente do status tabágico da mãe. Além disso, o hábito tabágico dos homens é provavelmente uma das maiores influências no que diz respeito à capacidade da mulher conseguir parar de fumar na gravidez e manter a cessação após o parto. No estudo, os homens não eram conscientes que seu próprio tabagismo poderia implicar em riscos ao feto.

Quanto ao familiar fumante dentro da casa da puérpera, os resultados são similares aos encontrados em relação ao companheiro, mostrando que a cessação ocorreu mais cedo em lares cujos familiares não fumavam (71,9%). Esta diferença, porém, não é significativa estatisticamente ( $p = 0,075$ ) (Tabela 11).

**Tabela 11** – Associação entre o momento em que parou de fumar e o hábito do familiar. Porto Alegre, 2008.

<i>Quando parou de fumar</i>		<i>Outro familiar fumante</i>		
		<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Total</i>
Antes da gestação	N	9	23	32
	%	28,1	71,9	100,0
Durante a gestação	N	17	15	32
	%	53,1	46,9	100,0
Total	n	26	38	64
	%	40,6	59,4	100,0

Estudos mostram que grávidas que convivem com um parceiro fumante ou outros fumantes em casa, sendo submetidas ao fumo passivo diariamente, são menos propensas a parar de fumar durante a gravidez e mais propensas a recair no pós-parto em relação a mulheres que vivem com não-fumantes (McBRIDE et al, 1998; CNATTINGIUS; LINDMARK; MEIRIK, 1992).

Associando-se o fato de o companheiro fumar ou não com os diferentes grupos, percebe-se que o maior percentual de companheiros não fumantes está entre as mulheres também não fumantes (76,4%) e o menor percentual de homens fumantes está associado a mulheres não fumantes (23,6%). Das fumantes, o percentual de companheiros igualmente fumantes chega a 36,7%, e das fumantes em abstinência atinge os 37,3%. Esses dados mostram diferenças entre os grupos avaliados, porém não estatisticamente significativa ( $p = 0,061$ ) (Tabela 12).

**Tabela 12** – Associação entre os diferentes grupos e o hábito do companheiro. Porto Alegre, 2008.

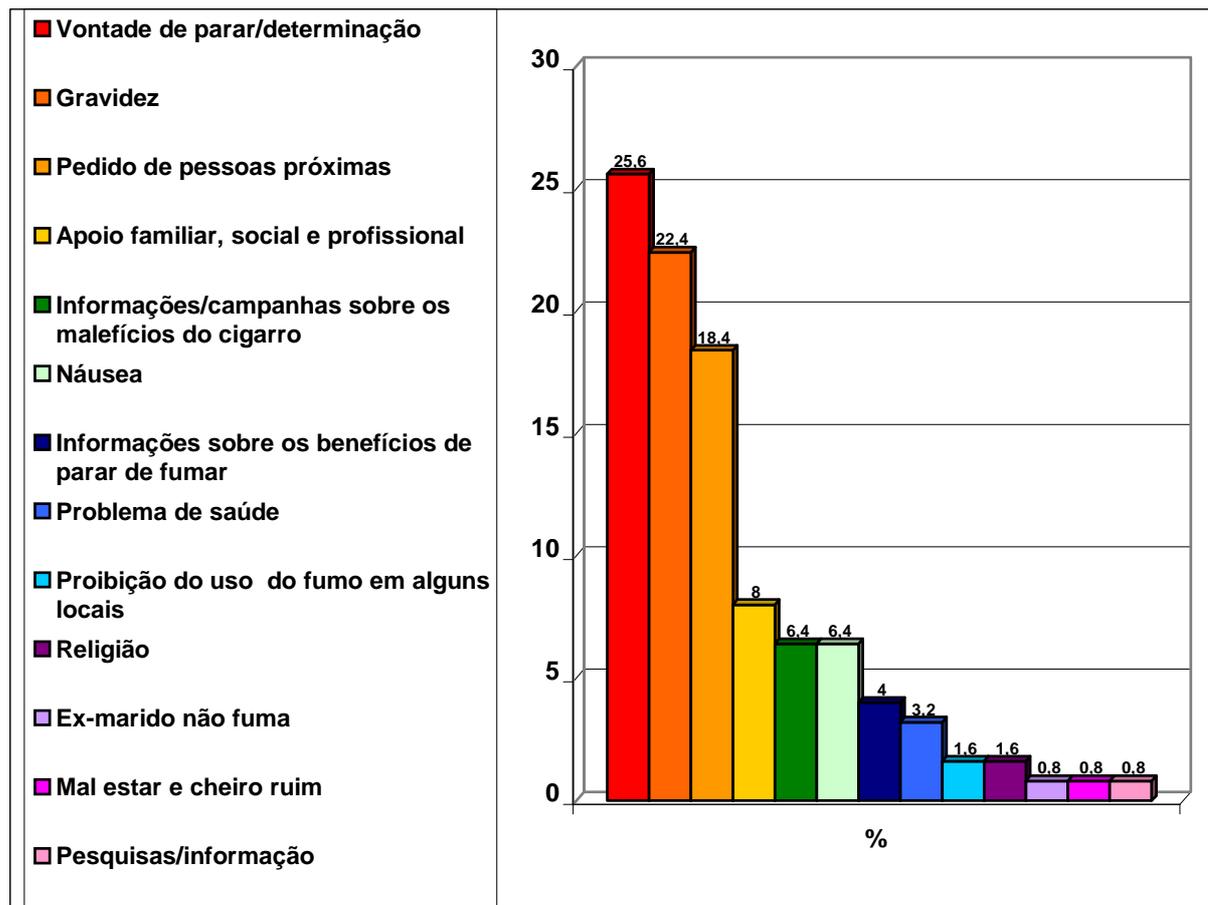
<i>Grupo</i>		<i>Companheiro fuma</i>		
		<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Total</i>
Fumante	N	18	31	49
	%	36,7	63,3	100,0
Fumante em abstinência	N	25	42	67
	%	37,3	62,7	100,0
Nunca fumante	N	34	110	144
	%	23,6	76,4	100,0
Total	n	77	183	260
	%	29,6	70,4	100,0

Na Tabela 13, nota-se uma pequena diferença de percentual entre os grupos, sendo a mesma não significativa estatisticamente ( $p = 0,390$ ), mostrando que o familiar não exerce influência sobre o fato das mulheres da amostra serem fumantes ou não.

**Tabela 13** – Associação entre os diferentes grupos e o hábito do familiar. Porto Alegre, 2008.

<i>Grupo</i>		<i>Outro familiar fuma</i>		
		<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Total</i>
Fumante	N	19	31	50
	%	38,0	62,0	100,0
Fumantes em abstinência	N	26	42	68
	%	38,2	61,8	100,0
Nunca fumante	N	43	100	143
	%	30,1	69,9	100,0
Total	n	88	173	261
	%	33,7	66,3	100,0

Quando perguntadas sobre que motivos levaram à cessação do tabagismo, as fumantes em abstinência e fumantes que pararam por algum tempo na gestação referiram a vontade de parar de fumar/determinação como principal fator (25,6%), seguido pela própria gravidez (22,4%) e pedido de pessoas próximas (18,4%) (Gráfico 1).



**Gráfico 1** – Motivos para a cessação do tabagismo. Porto Alegre, 2008.

Os resultados encontrados na presente pesquisa condizem com achados de outros estudos, que mostram que a motivação/determinação de parar de fumar é o principal fator de sucesso para a cessação do tabagismo (ECHER, 2006; SCHEIBMEIR et al, 2005). Já no estudo de McLeod, Pullon e Cookson (2003), as razões mais freqüentemente levantadas por mulheres que pararam de fumar foram relacionadas à saúde do bebê ou à gestação em si.

Questionadas sobre o fato de ter recebido ou não informações sobre o tabagismo durante o pré-natal, 66% das puérperas responderam que receberam. Quanto ao período em que foram informadas, 91,9% citaram o início da gestação, 5,8% o final da gestação e 2,3% em ambos os períodos. Indagadas sobre quem forneceu essa informação, em 67,8% dos casos foi o médico, 28,2% um familiar, 24,7% o enfermeiro, 13,8% outro profissional da saúde e em 8,6% outros, totalizando 143,1%, uma vez que várias puérperas afirmaram ter recebido a informação por mais de uma pessoa (Tabela 14).

**Tabela 14** – Pessoa que forneceu informação sobre tabagismo no pré-natal. Porto Alegre, 2008.

<i>Quem deu informação no pré-natal</i>	n	% de casos
Médico	118	67,8
Enfermeiro	43	24,7
Outro profissional da saúde	24	13,8
Familiar	49	28,2
Outro	15	8,6
<b>Total</b>	249	143,1

Estes resultados chamam a atenção por duas razões: uma é que 34% das puérperas não receberam a informação sobre o tabagismo, outra é que essa informação ocorreu mais no início da gestação, e levando-se em consideração que 51 puérperas continuaram fumando e que isso representa um problema de saúde seria importante o reforço dessas informações até o final da gestação.

Kralikova et al (2005) em seu estudo encontrou que somente 68% das fumantes (43/63) foram questionadas sobre o hábito tabágico durante a gestação por seu ginecologista, e ambas fumantes e não-fumantes receberam informações insuficientes sobre o impacto do fumo sobre seu bebê, sendo o médico a fonte deste tipo de informação em 5% (13/265) dos casos. Portanto, informações sobre o impacto do tabagismo na gestação, assim como aconselhamento para parar de fumar e oferecimento de tratamento deveriam ser incluídos no cuidado à saúde das gestantes no pré-natal.

A gestação deve ser vista como o momento ideal para o abandono do tabagismo, pois ocorre um aumento do contato com os profissionais de saúde, que podem estimular o abandono do hábito, salientando os possíveis malefícios sobre o binômio mãe-bebê (LESSA HORTA et al, 1997; FANG et al, 2004). Acredita-se que para alcançar êxito no processo de cessação, é importante que nas intervenções junto à gestante os profissionais da saúde levem em conta suas reais necessidades e seu ambiente social. Seria ideal que as pessoas que fazem parte de seu convívio diário, principalmente o companheiro, se envolvessem nos esforços para a cessação do tabagismo. O mesmo vale para as não fumantes, que necessitam do apoio e compreensão dos fumantes ao seu redor para ficar longe da poluição ambiental da fumaça do cigarro.

Para Fang et al (2004), as orientações devem ser incluídas na rotina do cuidado à saúde da gestante e começar o mais cedo possível e durar o maior tempo possível. Porém, é

sabido que muitos profissionais da saúde têm pouco conhecimento dos riscos de fumar para o feto e criança, oferecendo aconselhamento inadequado para a cessação para mulheres que fumam enquanto grávidas. Para Leopércio e Gigliotti (2004), é importante a capacitação e o treinamento de profissionais da saúde para o controle do tabagismo e a implementação de programas públicos e privados para apoio à cessação durante a gestação. Enfermeiros estão em uma posição única para desenvolver estratégias para prevenção e cessação, pois têm a oportunidade e competência de verificar o status tabágico do paciente, aconselhar sobre os efeitos nocivos do cigarro na saúde e auxiliar na cessação do tabagismo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Das 60 puérperas fumantes e fumantes em abstinência que ainda fumavam no início da gestação, 49 (81,7%) responderam que as informações recebidas no pré-natal mobilizaram a pensar em parar de fumar ou influenciaram a decisão de parar de fumar, mostrando o importante papel da informação como ferramenta de promoção da cessação do tabagismo no pré-natal.

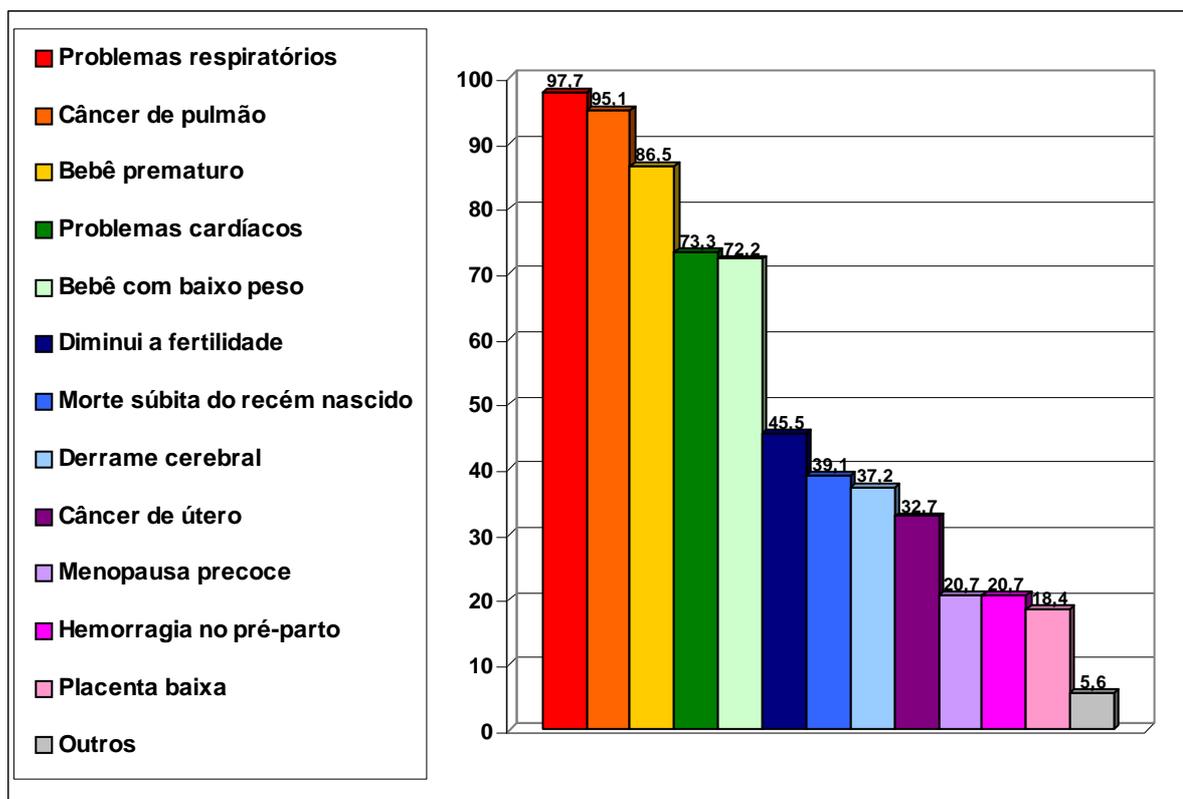
Analisando-se os diferentes grupos com relação à informação recebida, 78,4% das fumantes, 67,2% das fumantes em abstinência e 61,9% das nunca fumantes referiram ter recebido algum tipo de informação sobre o tabagismo no pré-natal. Apesar do maior percentual de fumantes referir ter recebido a informação no pré-natal, essa diferença não é significativa ( $p = 0,097$ ). Esses dados vão ao encontro de estudo que mostra que a informação por si só não muda comportamentos e que o mais importante no processo de abandono é a decisão do indivíduo de realmente parar, o que não significa que a informação não deva ser oferecida, ela é importante e faz parte do processo no sentido de mobilizar para a mudança de comportamento (ECHER, 2006).

Em questão aberta sobre o tipo de informação recebida no pré-natal, 117 (74%) puérperas referiram ter sido informadas que o cigarro prejudica a saúde do bebê e/ou da mãe, 12 (7,6%) citaram cursos, palestras, documentários, informativos e propagandas sobre o tema, 11 (7%) foram orientadas a diminuir o consumo de cigarros ou não fumar, 4 (2,6%) foram advertidas que fumar é ruim, 3 (1,9%) foram apenas perguntadas se fumavam, outras 3 (1,9%) foram aconselhadas a ficar longe de fumantes e 8 (5%) citaram outros tipos de informação.

Ter conhecimento sobre os efeitos do fumo torna as mulheres mais propensas a parar ou diminuir o tabagismo durante a gravidez (BARBOUR; SALAMEH; ZIADEH, 2006). Para Rozov et al (2004), é importante que os profissionais da saúde enfatizem as repercussões do tabaco e do hábito de fumar sobre as crianças através de palestras, orientações e folhetos

explicativos, principalmente na época do parto, momento em que a mulher e as pessoas ao seu redor estão mais sensibilizadas com a chegada do bebê e querem protegê-lo.

Quanto aos malefícios que o cigarro pode causar à saúde, 260 (97,7%) puérperas acreditam que podem ocorrer problemas respiratórios, 253 (95,1%) câncer de pulmão, 230 (86,5%) bebê prematuro, 195 (73,3%) problemas cardíacos, 192 (72,2%) bebê com baixo peso, entre outros (Gráfico 2). Entre os outros malefícios do cigarro à saúde, foram apontados aborto, malformação fetal, anemia, câncer de esôfago, câncer de garganta e impotência sexual.

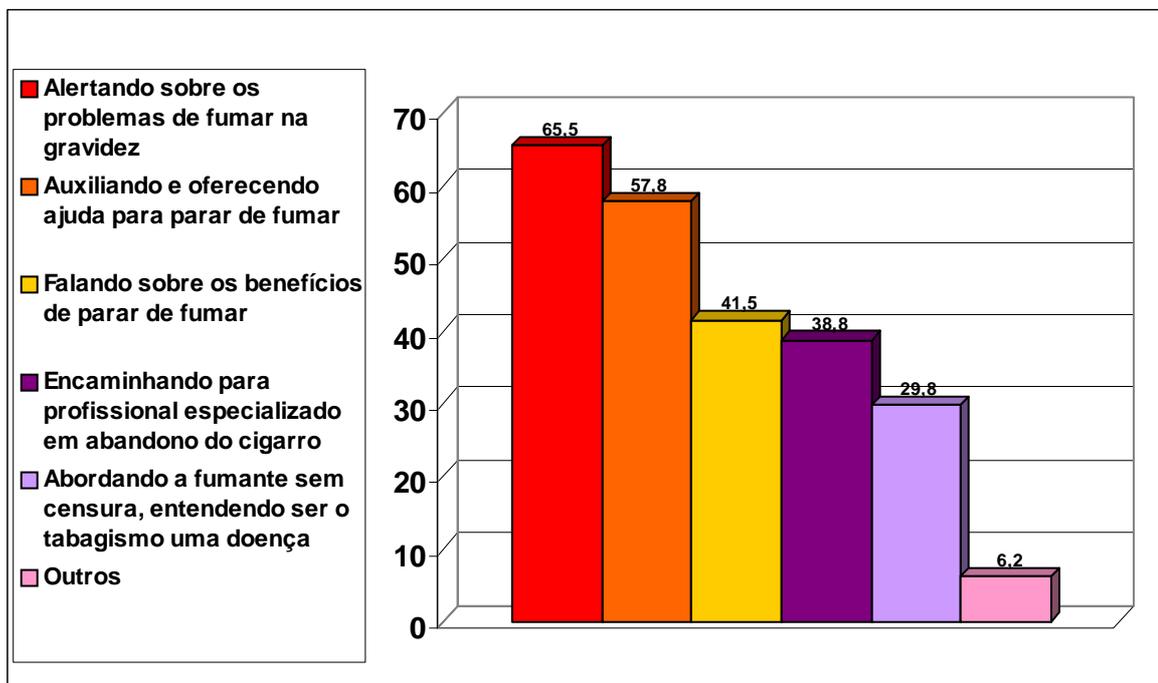


**Gráfico 2** – Malefícios do cigarro à saúde. Porto Alegre, 2008.

Estudo apresenta resultados semelhantes à presente pesquisa, no qual a maioria das mulheres estão cientes que o fumo causa doença respiratória (99%), doença cardíaca (96%), e complicações na gravidez (91%), porém poucas estão cientes dos riscos à saúde específicos das mulheres, como infertilidade (22%), osteoporose (30%), menopausa precoce (17%), aborto espontâneo (39%), gravidez ectópica (27%) e câncer cervical (24%) (ROTH; TAYLOR, 2001). Outro estudo mostra que as parturientes são relativamente bem informadas, de modo que 97,6% acham que o cigarro faz mal à gestante, 98,8% responderam que fumar faz mal ao feto e 98,4% consideram que o hábito de fumar faz mal ao lactente. Quanto aos

conhecimentos relacionados ao fumo e à saúde da criança, 59,2% sabem que a criança pode nascer malformada e 54,3% sabem que pode apresentar morte súbita (ROZOV et al, 2004).

Para 169 (65,5%) puérperas, a melhor forma de abordagem da mulher fumante no pré-natal é alertar sobre os problemas de fumar na gravidez, para 149 (57,8%) auxiliar e oferecer ajuda para parar de fumar, para 107 (41,5%) falar sobre os benefícios de parar de fumar e para 100 (38,8%) encaminhar para profissional especializado em abandono do cigarro (Gráfico 3). Entre as outras abordagens, aparecem: campanhas através da mídia, mais informações, palestras, uso de medicação, eliminação da fabricação do cigarro, mostrar fotos reais de bebês afetados pelo cigarro e exemplo de profissionais da saúde, pois muitos fumam.



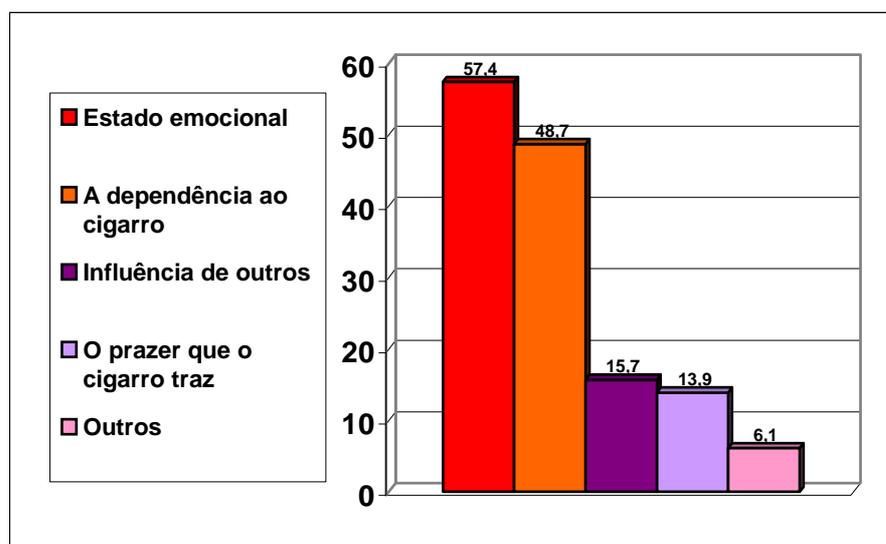
**Gráfico 3** – Abordagem da fumante no pré-natal. Porto Alegre, 2008.

A implementação da abordagem ao fumante no período pré-natal pode começar com uma simples entrevista, visando o aconselhamento e apoio, ou com a formação de um grupo de gestantes tabagistas, com a realização de palestras, bem como distribuição de materiais educativos, evoluindo para uma terapia comunitária, onde as gestantes possam encontrar um espaço para troca de experiências e obtenção de apoio de pessoas que vivem a mesma situação (POSSATO; PARADA; TONETE, 2007).

O Instituto Nacional do Câncer, através do Consenso (BRASIL, 2001), recomenda que todas as mulheres gestantes e nutrízes tenham acesso a uma abordagem cognitivo-comportamental para cessação do tabagismo, devendo haver um treinamento dos profissionais

da saúde para a abordagem mínima (PAAPA – Perguntar, Avaliar, Aconselhar, Preparar, Acompanhar). A eficácia da terapia cognitivo-comportamental está bem estabelecida, sendo a base do tratamento da dependência nicotínica, independente da população a ser aplicada. Torna-se ainda mais importante nas gestantes fumantes, em que o uso de medicações é contraindicado ou arriscado. Aconselhamento no início da gestação (antes das 20-24 semanas) é efetivo no abandono do tabagismo e deve ser dado de forma clara e objetiva. Entretanto, para as gestantes que continuam fumando ao iniciar o terceiro trimestre, intervenções mínimas não são mais efetivas. Geralmente estas gestantes apresentam maior grau de dependência nicotínica (HAGGSTRÄM, 2004).

Para puérperas fumantes e fumantes em abstinência o principal fator que dificulta o abandono do tabagismo é o estado emocional (57,4%), seguido de dependência ao cigarro (48,7%), influência de outros (15,7%), o prazer que o cigarro traz (13,9%) e outros (6,1%), como falta de determinação/vontade, falta de consciência da fumante e aumento de peso ao parar de fumar (Gráfico 4).



**Gráfico 4** – Fatores que dificultam o abandono do tabagismo.  
Porto Alegre, 2008.

Estudo também mostra que os fatores psicológicos/hormonais tornam o abandono do tabaco mais difícil para as mulheres em relação aos homens, além da questão do cigarro ser um auxiliar para o emagrecimento, dificultando o abandono do cigarro (GONDIM; SILVA; MACEDO, 2006). Outro estudo traz a influência da dependência do cigarro e do companheiro fumante na cessação das mulheres, tornando-a menos provável (MA et al, 2005). Esses dados vão ao encontro dos resultados da presente pesquisa.

## 6 CONCLUSÕES

A análise dos dados permitiu identificar que 55,4% das puérperas eram não fumantes, 25,5% fumantes em abstinência e 19,1% fumantes, sendo que mais da metade delas encontrava-se na faixa etária de 18 a 25 anos.

Os resultados mostram que há uma tendência para as mulheres com menor escolaridade serem tabagistas. Nota-se que o maior percentual de não fumantes está entre as mulheres que cursaram o ensino superior. Outro dado que reforça a questão socioeconômica como influência sobre o fato de ser tabagista é que há no grupo de não fumantes um número ligeiramente maior de mulheres com ocupação remunerada, porém não estatisticamente significativo.

Em relação às consultas pré-natais, pode-se afirmar que as não fumantes fizeram mais consultas pré-natais que as fumantes e fumantes em abstinência ( $p = 0,025$ ), mostrando, talvez, uma maior preocupação com a sua saúde e do bebê entre as não fumantes. As consultas foram realizadas na sua maioria em postos de saúde (76%).

O número de mulheres com mais de um filho se mostrou maior entre as fumantes que entre as nunca fumantes e fumantes em abstinência ( $p = 0,002$ ), o que poderia ser associado a maior preocupação com a saúde entre mulheres com apenas um filho em comparação a mulheres que já fumaram em gestação anterior e tiveram filhos aparentemente saudáveis. Outra relação que poderia ser feita é com o estado emocional, citado pelas próprias puérperas como fator que dificulta a cessação do tabagismo, na medida em que mulheres com mais de um filho têm mais tarefas e responsabilidades que mulheres com apenas um filho, o que leva ao estresse e conseqüentemente maior consumo de cigarros.

O hábito tabágico, na maioria das puérperas, se iniciou entre os 10 e 18 anos de idade, mostrando uma tendência mundial de início precoce do hábito de fumar. Na associação entre idade de início do hábito tabágico e o fato de ser fumante ou estar em abstinência, a idade de início do fumo não influenciou no fato de continuar fumando ou parar de fumar.

Entre as gestantes fumantes, 45,1% pararam de fumar em algum momento da gestação e voltaram ao hábito ainda durante a gravidez, o que leva a refletir sobre os inúmeros fatores que levam ao insucesso da tentativa de cessação durante a gravidez. Entre as fumantes e fumantes em abstinência 51,4% já haviam fumado em outra gestação, o que mostra uma grande prevalência de mulheres fumantes em pelo menos uma gestação.

Quanto ao consumo de cigarros na gestação, há um declínio no consumo de cigarros no final da gestação nas puérperas que fumavam mais cigarros por dia. Observa-se também uma diferença expressiva entre as médias de cigarros consumidos por dia por fumantes e fumantes em abstinência no início da gestação, mostrando que as que continuam fumando consumiam quase o dobro em relação a fumantes em abstinência, o que pode estar relacionado ao fato de que quanto maior o consumo, maior a dificuldade de parar.

O estudo mostra que a maioria das puérperas mora com o companheiro, sendo o mesmo fumante em 29,6% das vezes. Outro familiar fumante morando na mesma casa da puérpera ocorreu em 33,7%. A maior parte dessas pessoas fuma fora de casa.

O maior percentual de companheiros não fumantes está entre as mulheres também não fumantes e o menor percentual de homens fumantes está associado a mulheres não fumantes. Quanto à cessação do tabagismo, observa-se que as mulheres eram mais propensas a parar antes da gestação quando o companheiro era não fumante ( $p = 0,007$ ), o que mostra a influência negativa do companheiro fumante sobre a cessação do tabagismo da esposa.

Dentre os motivos que mais levaram à cessação do tabagismo entre as fumantes em abstinência e fumantes que pararam por algum tempo na gestação estão a vontade de parar de fumar/determinação, a gravidez e pedido de pessoas próximas.

Quanto a ter recebido ou não informações sobre o tabagismo durante o pré-natal, 66% das puérperas responderam que receberam, sendo 91,9% no início da gestação, 5,8% no final da gestação e 2,3% em ambos os períodos. Quando divididas nos diferentes grupos, 78,4% das fumantes, 67,2% das fumantes em abstinência e 61,9% das nunca fumantes referiram ter recebido algum tipo de informação. Esses números mostram que as informações não são fornecidas a todas as gestantes como seria o ideal, mesmo para as não fumantes levando-se em consideração os riscos do fumo passivo a que podem ser expostas. As informações dadas, na maioria das vezes, não são repetidas ao longo da gestação, o que seria importante para reforçar o abandono para quem já parou e estimular/motivar a pensar em parar de fumar as que ainda fumam. Sobre quem forneceu essa informação, as puérperas citaram o médico (67,8%), familiar (28,2%), enfermeiro (24,7%) e outro profissional da saúde (13,8%).

As informações mais recebidas no pré-natal foram relacionadas aos prejuízos do cigarro sobre a saúde do bebê e/ou da mãe (74%), orientação fundamental na abordagem às gestantes pelos profissionais da saúde. Coincidentemente, para as puérperas do estudo, a melhor forma de abordagem da mulher fumante no pré-natal é alertar sobre os problemas de fumar na gravidez, seguido de auxiliar e oferecer ajuda para parar de fumar, falar sobre os

benefícios de parar de fumar e encaminhar para profissional especializado em abandono do cigarro.

Os malefícios do cigarro à saúde mais citados pelas puérperas foram problemas respiratórios, câncer de pulmão, bebê prematuro, problemas cardíacos e bebê com baixo peso.

Os fatores mais mencionados que dificultam o abandono do tabagismo estão relacionados ao estado emocional, a dependência ao cigarro e a influência de outras pessoas. Esses resultados mostram que o estado emocional é o grande fator de insucesso na cessação do tabagismo segundo as puérperas fumantes e fumantes em abstinência, mostrando o papel do cigarro como calmante e companheiro em momentos de estresse. A dependência, tanto química quanto psicológica, é um fator importante fortemente ligado a questões individuais, sociais e ambientais. Outro fator citado que esteve marcadamente presente no estudo é a influência de outras pessoas fumantes dificultando o abandono do cigarro, principalmente a do companheiro da mulher, que se mostrou como uma influência negativa no processo de cessação do tabagismo da esposa.

Os resultados permitem identificar que são vários os fatores que influenciam no tabagismo e na cessação do tabagismo de mulheres durante o período de gestação. Portanto, intervenções no pré-natal para a cessação do tabagismo entre gestantes fumantes devem ir ao encontro das necessidades das mulheres, levando em consideração suas características sociais, econômicas e demográficas. Considerando que é grande o número de gestantes que tem algum familiar fumando em casa, é importante identificar essas gestantes para que a intervenção envolva também seus familiares, principalmente o companheiro, em um esforço para apoiar a cessação entre as fumantes que desejam parar e evitar a exposição das não fumantes à fumaça do cigarro.

Uma estratégia para auxiliar os profissionais da saúde a implementar intervenções efetivas no pré-natal no que diz respeito ao tabagismo é o desenvolvimento de programas nacionais direcionados a gestantes, visto que essa população encontra-se em um momento singular da vida e necessita de abordagem diferenciada. Assim como as instituições de saúde, por iniciativa própria, poderiam oferecer grupos de apoio às gestantes tabagistas em pré-natal que gostariam de parar de fumar, contribuindo para a elevação das taxas de cessação do tabagismo entre as gestantes.

O enfermeiro encontra-se em uma posição especial para a abordagem da gestante tabagista, pois ao ter contato com a mulher nas consultas pré-natais, pode verificar sua vontade de parar de fumar, aconselhar e auxiliar na cessação do tabagismo. A educação em saúde faz parte do dia-a-dia do enfermeiro com seus pacientes. Portanto, o enfermeiro tem

competência e responsabilidade de desenvolver grupos e ministrar palestras que orientem as gestantes tabagistas e seus companheiros quanto aos riscos que estes e seus filhos correm em consequência desse hábito, sendo importante o reforço das orientações ao longo de toda a gestação, não somente no início.

### **Limitações do estudo**

O estudo teve uma amostra limitada devido ao pouco tempo disponível para a coleta de dados. Alguns resultados, portanto, poderiam ter sido diferentes com um tamanho amostral maior. Também, devido ao tempo restrito para análise dos dados, algumas questões dos instrumentos não foram contempladas na análise, podendo fazer parte de uma publicação futura.

Acredita-se que o tipo de população estudada possa influenciar nos resultados, visto que a maioria das pacientes atendidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre é pelo Sistema Único de Saúde.

### **Recomendações**

Espera-se que este estudo venha a contribuir para a visualização da importância da abordagem da gestante no pré-natal quanto ao tabagismo e para que os profissionais da saúde entendam os fatores relacionados ao tabagismo de suas pacientes gestantes e que apliquem tais conhecimentos no desenvolvimento de abordagens adequadas. Esta pesquisa não esgota o tema escolhido, pelo contrário, desperta o interesse para que se possa continuar estudando um assunto tão importante como o tabagismo na gestação.

Como possibilidade de continuação do estudo, acredita-se ser importante desenvolver um estudo para identificar o que os pré-natalistas estão abordando nas consultas em relação ao hábito tabágico, buscando adequar as estratégias às gestantes.

## REFERÊNCIAS

ALEIXO NETO, A. Efeitos do fumo na gravidez. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 420-424, 1990.

BARBOUR, B.; SALAMEH, P.; ZIADEH, F. Smoking among Lebanese mothers: knowledge, attitudes and practices. **Eastern Mediterranean Health Journal**, Cairo, v. 12, n. 3-4, p. 405-416, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 1996. p. 21082-21085.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Instituto Nacional do Câncer. **Tabagismo: Dados e números**. Tabagismo no mundo. Rio de Janeiro: INCA, 2005a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>> Acesso em: 06 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Mulher e tabaco**. Rio de Janeiro: INCA, 2005b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=namira.htm>> Acesso em: 06 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Abordagem e tratamento do fumante: Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003 – Tabagismo**. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/tab.pdf>> Acesso em: 06 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2007. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0571\\_P.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0571_P.pdf)> Acesso em: 17 out. 2007.

CALLEGARI-JACQUES, S.M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006. 264 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **The 2004 Surgeon General's Report on the Health Consequences of Smoking: what it means to you**. Atlanta (EUA): Centers for Disease Control and Prevention, 2004. Disponível em:

<[http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/sgr\\_2004/00\\_pdfs/SGR2004\\_Whatitmeansto\\_you.pdf](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/00_pdfs/SGR2004_Whatitmeansto_you.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2007.

CLOTET, J.; GOLDIM, J.R.; FRANCISCONI, C.F. **Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. 130 p.

CNATTINGIUS, S.; LINDMARK, G.; MEIRIK, O. Who continues to smoke while pregnant? **Journal of Epidemiology and Community Health**, Londres, v. 46, p. 218-221, 1992.

ECHER, I.C. **Fatores de sucesso no abandono do tabagismo**. 2006. 149 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

FANG, W.L. et al. Smoking cessation in pregnancy: a review of postpartum relapse prevention strategies. **The Journal of the American Board of Family Practice**, Lexington, v. 17, n. 4, p. 264-275, 2004.

GONDIM, K.M.; SILVA, G. R.; MACÊDO, K.N. Repercussões do tabagismo na gestação: um levantamento bibliográfico. **Enfermería Global**, Murcia, n. 8, 2006. Disponível em: <<http://www.um.es/eglobal/>> Acesso em: 25 jan. 2008.

HAGGSTRÄM, F.M. Abordagem de grupos especiais: gestantes. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 30, suppl. 2, p. 57-59, ago 2004.

HALAL, I. S. et al. Determinantes do hábito de fumar e de seu abandono durante a gestação em localidade urbana na região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, p. 105-112, 1993.

JANE, M. et al. Determinant factors of smoking cessation during pregnancy. **Medicina Clinica (Barc)**, Barcelona, v. 114, n. 4, p. 132-135, 2000.

KRALIKOVA E. et al. Smoking and pregnancy: prevalence, knowledge, anthropometry, risk communication. **Prague Medical Report**, Praga, v. 106, n. 2, p. 195-200, 2005.

KROEFF, L.R. et al. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 261-267, 2004.

LEOPÉRCIO, W; GIGLIOTTI, A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. São Paulo, **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 176-185, 2004.

LESSA HORTA, B. et al. Tabagismo em gestantes de área urbana da região Sul do Brasil: 1982 e 1993. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 247-253, 1997.

LU, Y.; TONG, S; OLDENBURG, B. Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy. **Health Promotion International**, Oxford, v. 16, n. 4, p. 355-365, 2001.

MA, Y. et al. Predictors of smoking cessation in pregnancy and maintenance postpartum in low-income women. **Matern Child Health Journal**, Nova York, v. 9, n. 4, p. 393-402, 2005.

MARIN, G.H. et al. Efeitos do tabagismo na gestação para a mãe e para a criança. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 2, p. 159-164, 2003.

McBRIDE, C.M. et al. Partner Smoking Status and Pregnant Smoker's Perceptions of Support for and Likelihood of Smoking Cessation. **Health Psychology**, Washington, DC, v. 17, n. 1, p. 63-69, 1998.

McLEOD, D.; PULLON, S; COOKSON, T. Factors that influence changes in smoking behaviour during pregnancy. **Journal of the New Zealand Medical Association**, Christchurch, v. 116, n. 1173, 2003. Disponível em: <<http://www.nzma.org.nz/journal/116-1173/418/>> Acesso em: 09 ago. 2007.

MELLO, P.R.B.; PINTO, G.R.; BOTELHO, C. Influência do tabagismo na fertilidade, gestação e lactação. Rio de Janeiro, **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 77, n. 4, p. 257-264, 2001.

MENEZES, A.M.B. Epidemiologia do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 30, suppl. 2, p. 5-7, ago 2004.

NAKAMURA, M.U et al. Obstetric and perinatal effects of active and/or passive smoking during pregnancy. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 122, n. 3, p. 94-98, 2004.

NEWMAN, T.B. et al. Delineando um Estudo Observacional: estudos transversais e de caso-controle. In: HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006. p.127-145.

PALMA S. et al. Smoking among pregnant women in Cantabria (Spain): trend and determinants of smoking cessation. **BMC Public Health**, Londres, v. 7, n. 65, 2007. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/65>>. Acesso em: 08 nov. 2007.

PINTO, G.R.; BOTELHO, C. Influência do tabagismo no sistema vascular materno-fetal: estudo com Dopplervelocimetria. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 641-646, 2000.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

POSSATO, M.; PARADA, C.M.G.L.; TONETE, V.L.P. Representação de gestantes tabagistas sobre o uso do cigarro: estudo realizado em hospital do interior paulista. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 434-440, 2007.

ROTH, L.K.; TAYLOR, H.S. Risks of smoking to reproductive health: assessment of women's knowledge. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Nove York, v. 184, n. 5, p. 934-939, 2001.

ROZOV, T. et al. Hábito de fumar das gestantes e parturientes de um hospital universitário e seus conhecimentos sobre os efeitos do fumo em fetos e lactentes. **Arquivos Médicos do ABC**, Santo André, v. 29, n.1, p. 28-36, 2004.

SARAIVA FILHO, S.J et al. Repercussões do tabagismo na ultra-sonografia da placenta e a doplervelocimetria útero-placentária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n.6, p. 340-344, 2006.

SCHEIBMEIR, M.S. et al. Smoking cessation strategy use among pregnant ex-smokers. **Western Journal of Nursing Research**, Wheat Ridge, v. 27, n. 4, p. 411-427, 2005.

SOTILLI, J.A. et al. Gestantes tabagistas, alarmante incidência! In: XIX Salão de Iniciação Científica e XVI Feira de Iniciação Científica da UFRGS, Porto Alegre, 2007. **Livro de Resumos do...** Porto Alegre: UFRGS, 2007, p.634.

TORRENT, M. et al. Smoking cessation and associated factors during pregnancy. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 18, n. 3, p.184-189, 2004.

WAKEFIELD, M. et al. Smoking and smoking cessation among men whose partners are pregnant: a qualitative study. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 47, n. 5, p. 657-664, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Tobacco Free Initiative: The role of health professionals in tobacco control**. Genebra: WHO, 2005. Disponível em: <<http://www.ops-oms.org/English/AD/SDE/RA/bookletWNTD05.pdf>> Acesso em: 17 mar. 2008.

\_\_\_\_\_. **Tobacco Free Initiative: Why is tobacco a public health priority?** Genebra: WHO, 2003. Disponível em: <[http://www.who.int/tobacco/health\\_priority/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/health_priority/en/index.html)> Acesso em: 08 ago. 2007.

**APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados de fumante.**

Data:

**Marque as alternativas que considerar mais corretas ou preencha os espaços em branco:**

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos
2. Etnia: ( )branca            ( )parda                    ( )negra
3. Escolaridade:
 

( )1° grau incompleto	( )2° grau completo	( )pós-graduação
( )1° grau completo	( )3° grau incompleto	Total de anos de estudo: ____
( )2° grau incompleto	( )3° grau completo	
4. Profissão: \_\_\_\_\_
5. Quantas consultas pré-natais você fez? \_\_\_\_\_ consultas
6. Onde você fez o pré-natal? ( ) HCPA            ( )outro hospital            ( )posto de saúde
7. Quantos filhos você tem no total, incluindo o que acabou de nascer? \_\_\_\_\_ filhos
8. Mora com companheiro? ( )sim ( )não
9. Seu companheiro fuma? ( )sim ( )não
10. Outro familiar com quem você mora fuma? ( )sim ( )não  
 Se sim, quem? ( )pai ( )mãe ( )irmão ( )filho ( )avô/avó ( )outro – quem? \_\_\_\_\_
11. Onde essas pessoas fumam? ( )dentro de casa ( )fora de casa
12. Quantos cigarros você fumava por dia no início da gestação? \_\_\_\_\_ cigarros
13. Quantos cigarros você fuma por dia agora? \_\_\_\_\_ cigarros
14. Com que idade você começou a fumar?
 

( )menos de 10 anos	( )19 a 25 anos	( ) mais de 35 anos
( )10 a 18 anos	( )26 a 35 anos	
15. Parou de fumar em algum momento desta gravidez? ( )sim ( )não
16. Se sim, que motivos contribuíram para que você parasse de fumar?
  - ( )vontade de parar/determinação
  - ( ) proibição do uso do fumo em alguns locais
  - ( )pedido de pessoas próximas
  - ( )informações/campanhas sobre os malefícios do cigarro
  - ( )informações sobre os benefícios de parar de fumar
  - ( )apoio familiar, social e profissional
  - ( )outro – qual? \_\_\_\_\_
17. Você fumou em outras gestações? ( )sim ( )não

18. No pré-natal, você recebeu alguma informação sobre fumar na gravidez? ( )sim ( )não

19. Que tipo de informação você recebeu? \_\_\_\_\_

20. Essas informações mobilizaram você a pensar em parar de fumar? ( )sim ( )não

21. Quem lhe forneceu essas informações?

( )médico

( )familiares

( )enfermeiro

( )outro – quem? \_\_\_\_\_

( )outro profissional da saúde

22. Em que momento do pré-natal você recebeu as informações?

( )no início da gestação

( )no final da gestação

23. Assinale os problemas que você acredita que o cigarro pode trazer para a saúde

(marcar todos que achar certo):

( )problemas respiratórios

( )bebê prematuro

( )problemas cardíacos

( )bebê com baixo peso

( )derrame cerebral

( )placenta baixa

( )câncer de pulmão

( )hemorragia no pré-parto

( )câncer de útero

( )morte súbita do recém nascido

( )diminui a fertilidade

( )outro \_\_\_\_\_

( )menopausa precoce

24. De que forma você acha que os profissionais da saúde deveriam abordar o abandono do cigarro no pré-natal?

( )alertando sobre os problemas de fumar na gravidez

( )encaminhando para profissional especializado em abandono do cigarro

( )abordando a fumante sem censura, entendendo ser o tabagismo uma doença

( )auxiliando e oferecendo ajuda para parar de fumar

( )falando sobre os benefícios de parar de fumar

( )outro \_\_\_\_\_

25. O que você acha que a impede de parar de fumar?

( )a dependência ao cigarro

( )o prazer que o cigarro traz

( )estado emocional

( )influência de outros

( )outro – o quê? \_\_\_\_\_

26. O que poderia levar você a parar de fumar? \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados de fumante em abstinência.**

Data: \_\_\_\_\_

**Marque as alternativas que considerar mais corretas ou preencha os espaços em branco:**

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos
2. Etnia: ( )branca                      ( )parda              ( )negra
3. Escolaridade:
  - ( )1º grau incompleto                      ( )2º grau completo                      ( )pós-graduação
  - ( )1º grau completo                      ( )3º grau incompleto              Total de anos de estudo: \_\_\_\_
  - ( )2º grau incompleto                      ( )3º grau completo
4. Profissão: \_\_\_\_\_
5. Quantas consultas pré-natais você fez? \_\_\_\_\_ consultas
6. Onde você fez o pré-natal? ( ) HCPA              ( )outro hospital              ( )posto de saúde
7. Quantos filhos você tem no total, incluindo o que acabou de nascer? \_\_\_\_\_ filhos
8. Mora com companheiro? ( )sim ( )não
9. Seu companheiro fuma? ( )sim ( )não
10. Outro familiar com quem você mora fuma? ( )sim ( )não  
Se sim, quem? ( )pai ( )mãe ( )irmão ( )filho ( )avô/avó ( )outro – quem? \_\_\_\_\_
11. Onde essas pessoas fumam? ( )dentro de casa ( )fora de casa
12. Com que idade você começou a fumar?
  - ( )menos de 10 anos                      ( )19 a 25 anos                      ( ) mais de 35 anos
  - ( )10 a 18 anos                      ( )26 a 35 anos
13. Quando você parou de fumar? (mês e ano) \_\_\_\_\_
14. Que motivos contribuíram para que você parasse de fumar?
  - ( )vontade de parar/determinação
  - ( ) proibição do uso do fumo em alguns locais
  - ( )pedido de pessoas próximas
  - ( )informações/campanhas sobre os malefícios do cigarro
  - ( )informações sobre os benefícios de parar de fumar
  - ( )apoio familiar, social e profissional
  - ( )outro – qual? \_\_\_\_\_
15. Se você ainda fumava no início da gestação, quantos cigarros fumava por dia? \_\_\_\_\_  
cigarros
16. Você fumou em outras gestações? ( )sim ( )não

17. No pré-natal, você recebeu alguma informação sobre fumar na gravidez? ( )sim ( )não

18. Que tipo de informação você recebeu? \_\_\_\_\_

19. Quem lhe forneceu essas informações?

( )médico

( )familiares

( )enfermeiro

( )outro – quem? \_\_\_\_\_

( )outro profissional da saúde

20. Em que momento do pré-natal você recebeu as informações?

( )no início da gestação

( )no final da gestação

21. Se você ainda fumava no início desta gestação, as informações recebidas influenciaram a sua decisão de parar de fumar? ( )sim ( )não

22. Assinale os problemas que você acredita que o cigarro pode trazer para a saúde

(marcar todos que achar certo):

( )problemas respiratórios

( )bebê prematuro

( )problemas cardíacos

( )bebê com baixo peso

( )derrame cerebral

( )placenta baixa

( )câncer de pulmão

( )hemorragia no pré-parto

( )câncer de útero

( )morte súbita do recém nascido

( )diminui a fertilidade

( )outro \_\_\_\_\_

( )menopausa precoce

23. De que forma você acha que os profissionais da saúde deveriam abordar o abandono do cigarro no pré-natal?

( )alertando sobre os problemas de fumar na gravidez

( )encaminhando para profissional especializado em abandono do cigarro

( )abordando a fumante sem censura, entendendo ser o tabagismo uma doença

( )auxiliando e oferecendo ajuda para parar de fumar

( )falando sobre os benefícios de parar de fumar

( )outro \_\_\_\_\_

27. O que você acha que pode atrapalhar o parar de fumar?

( )a dependência ao cigarro

( )o prazer que o cigarro traz

( )estado emocional

( )influência de outros

( )outro – o quê? \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C – Instrumento para coleta de dados de nunca fumante.**

Data:

**Marque as alternativas que considerar mais corretas ou preencha os espaços em branco:**

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos
2. Etnia: ( )branca ( )parda ( )negra
3. Escolaridade:
  - ( )1º grau incompleto ( )2º grau completo ( )pós-graduação
  - ( )1º grau completo ( )3º grau incompleto Total de anos de estudo: \_\_\_\_
  - ( )2º grau incompleto ( )3º grau completo
4. Profissão: \_\_\_\_\_
5. Quantas consultas pré-natais você fez? \_\_\_\_\_ consultas
6. Onde você fez o pré-natal? ( ) HCPA ( )outro hospital ( )posto de saúde
7. Quantos filhos você tem no total, incluindo o que acabou de nascer? \_\_\_\_\_ filhos
8. Mora com companheiro? ( )sim ( )não
9. Seu companheiro fuma? ( )sim ( )não
10. Outro familiar com quem você mora fuma? ( )sim ( )não  
Se sim, quem? ( )pai ( )mãe ( )irmão ( )filho ( )avô/avó ( )outro – quem? \_\_\_\_\_
11. Onde essas pessoas fumam? ( )dentro de casa ( )fora de casa
12. No pré-natal, você recebeu alguma informação sobre fumar na gravidez? ( )sim ( )não
13. Que tipo de informação você recebeu? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. Quem lhe forneceu essas informações?
  - ( )médico ( )outro profissional da saúde
  - ( )enfermeiro ( )familiares
  - ( )outro – quem? \_\_\_\_\_
15. Em que momento do pré-natal você recebeu as informações?
  - ( )no início da gestação ( )no final da gestação
16. Assinale os problemas que você acredita que o cigarro pode trazer para a saúde?  
(marcar todos que achar certo)
  - ( )problemas respiratórios ( )câncer de útero
  - ( )problemas cardíacos ( )diminui a fertilidade
  - ( )derrame cerebral ( )menopausa precoce
  - ( )câncer de pulmão ( )bebê prematuro

- bebê com baixo peso
- morte súbita do recém nascido
- placenta baixa
- outro \_\_\_\_\_
- hemorragia no pré-parto

17. De que forma você acha que os profissionais da saúde deveriam abordar o abandono do cigarro no pré-natal?

- alertando sobre os problemas de fumar na gravidez
- encaminhando para profissional especializado em abandono do cigarro
- abordando a fumante sem censura, entendendo ser o tabagismo uma doença
- auxiliando e oferecendo ajuda para parar de fumar
- falando sobre os benefícios de parar de fumar
- outro \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

---

#### Opinião de puérperas sobre o tabagismo e sua abordagem no pré-natal

---

Convidamos você a participar desta pesquisa que tem por objetivo descrever a opinião de puérperas sobre o tabagismo e sua abordagem no pré-natal, visando entender o que de fato tem contribuído para o abandono do tabagismo entre as gestantes e assim implementar medidas mais efetivas para auxiliar no abandono do tabagismo. Sua participação consiste no preenchimento de um questionário que envolve questões sobre o hábito de fumar, o conhecimento dos efeitos do tabagismo na gestação, a abordagem do tema no pré-natal e o abandono do cigarro. O tempo que você levará para preencher o questionário é de aproximadamente 20 minutos.

Pelo presente consentimento pós-informação, declaro que fui informada, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do questionário a que responderei; dos benefícios do presente projeto de pesquisa; da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca do estudo; da liberdade de desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na assistência que estou recebendo; da garantia de anonimato e do uso das informações exclusivamente para a pesquisa.

Os pesquisadores responsáveis por este projeto são Giordana de Cássia Pinheiro da Motta, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e Isabel Cristina Echer, professora da Escola de Enfermagem da UFRGS (telefone: 33085424). O projeto foi avaliado e aprovado pelo comitê de ética desta instituição sob o número 07-659.

Agradecemos sua colaboração!

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Assinatura da professora responsável: \_\_\_\_\_

Telefone para contato com Giordana Motta: 33862714 ou 96197413

HCPA / GPPG  
VERSÃO APROVADA  
24/01/08  
807659

G P P G - Recebido

24 JAN. 2008

Por Janice nº 07659

**ANEXO A – Aprovação do projeto pela COMPESQ/EEUFRGS.**

**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**CARTA DE APROVAÇÃO**

Projeto TCC: Nº 10  
Versão dezembro/2007

Pesquisadores: Giordana de Cássia Pinheiro da Motta e Isabel Cristina Echer

Título: OPINIÃO DE PUÉRPERAS SOBRE O TABAGISMO E SUA  
ABORDAGEM NO PRÉ-NATAL

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto no qual constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicada à Comissão.

Porto Alegre, 12 de dezembro de 2007.

  
Prof. Dra. Lilian Cordova do Espírito Santo  
Coordenadora da COMPESQ Enf-UFRGS

---

Prof. Dra. Lilian Cordova do Espírito Santo  
Coordenadora da COMPESQ/ENF

**ANEXO B – Aprovação do projeto pelo GPPG/HCPA.****HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação**  
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 07-659**Versão do Projeto:** 17/01/2008**Versão do TCLE:** 24/01/2008**Pesquisadores:**

ISABEL CRISTINA ECHER

GIORDANA DE CASSIA PINHEIRO DA MOTTA

**Título:** OPINIÃO DE PUÉRPERAS SOBRE O TABAGISMO E SUA ABORDAGEM NO PRÉ-NATAL

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 24 de janeiro de 2008.

  
Prof. Nadine Clausell  
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA