



UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PRISCILA LUSTOZA SOARES DE ASSIS

MANUTENÇÃO DO TABAGISMO NA GESTAÇÃO:
CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2013

RIO DE JANEIRO

2019

PRISCILA LUSTOZA SOARES DE ASSIS

**MANUTENÇÃO DO TABAGISMO NA GESTAÇÃO:
CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2013**

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde da Família, sob orientação da Professora Anna Tereza Soares de Moura.

RIO DE JANEIRO

2019

PRISCILA LUSTOZA SOARES DE ASSIS

MANUTENÇÃO DO TABAGISMO NA GESTAÇÃO, CONTRIBUIÇÕES DA
PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2013

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Saúde da Família, pelo Programa de Pós-Graduação na linha de pesquisa Práticas Tecnológicas para Estratégias a saúde da família, da Universidade Estácio de Sá.

Trabalho aprovado. Rio de Janeiro, 25/10/2019.

Professora Anna Tereza Soares de Moura

Orientadora

Professora Maria Tereza Fonseca da Costa

Banca Interna

Professora Valeska Carvalho Figueiredo

Banca Externa

RIO DE JANEIRO-RJ

2019

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a minha Avó Maria, pelo seu otimismo, determinação e exemplo de superação de todos os obstáculos trazidos pela vida. A todos que me ajudaram diretamente e indiretamente a concluir esse sonho chamado mestrado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela possibilidade da realização desse sonho, aos meus pais, Creusa e Severino pelo sim a minha vida e apoio incondicional nas minhas decisões, ao meu padrasto Mario por todo incentivo, aos meus avós por todos os conhecimentos transferidos, aos meus familiares por todo apoio, paciência e amor, ao meu querido esposo Thiago Jesus de Assis, pela dedicação na conclusão desse projeto profissional, que acabou sendo um projeto de vida. Agradeço a todos os meus queridos professores, em especial a professora Valeska Carvalho Figueiredo por toda ajuda e aprendizado. Agradeço a todos os companheiros de curso, em especial Joana, Debora, Elis, Thiago e Louise por toda a vivência alegre e a solidariedade nos momentos de aflições durante a nossa caminhada. Agradeço muito aos colegas de trabalho, por toda ajuda ofertada e apoio durante esse longo período de curso. Em especial a minha Gerente Vanessa Meire por toda tranquilidade, força e compreensão. Enfim agradeço a todos que de alguma forma com uma palavra de otimismo ou uma ação positiva me alavancaram nesse difícil e longo processo de estudo chamado mestrado.

*“Uma pessoa inteligente aprende com os seus erros,
uma pessoa sábia aprende com os erros dos outros”.*

Augusto Cury

RESUMO

Esta dissertação é composta por uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) referente a tabagismo na gestação. O estudo desenvolvido foi intitulado como: “Manutenção do tabagismo na gestação, contribuições da pesquisa nacional de saúde 2013”. O tabagismo na gestação é um importante problema de saúde pública, sendo responsável por mortes e por diversos problemas de saúde como: placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, ruptura prematura das membranas, parto prematuro, gestação ectópica, crescimento intra-uterino restrito, aborto espontâneo, baixo peso ao nascer, morte súbita do recém nascido e alterações no desenvolvimento físico infantil. O objetivo desse estudo foi avaliar a prevalência do tabagismo nas gestantes e da cessação do tabaco na gravidez na população brasileira de 18 anos ou mais, relacionando os fatores sócio-demográficos das pacientes que buscam a atenção primária. Métodos: neste estudo analisou a PNS que é um inquérito nacional, domiciliar, probabilístico, tendo como público alvo população 18 anos ou mais, buscando traçar perfil da população brasileira, entrevistando 60.202 indivíduos e 64.348 domicílios. Resultados: A prevalência do tabagismo nas mulheres de 10-49 anos é de 9,6% e nas gestantes é de 4,7%. Ex-fumantes foi encontrado nas mulheres em geral e nas grávidas, 9,9% e 7,5%, respectivamente. %. A cessação do tabagismo há menos de um ano para as mulheres em geral foi de 5,5% e nas mulheres grávidas foi de 33,9%. Discussão: No nosso estudo observamos o percentual de 4,7%, para mulheres grávidas fumantes. As prevalências encontradas nos outros estudos (KALE et al, 2015; FIGUEIREDO et al, 2017; DOMINGUES et al, 2019) foram mais elevadas, isto pode ser justificado, por ser um inquérito domiciliar e não hospitalar. Foi observado prevalências menores somente no Paquistão e Equador, 3,2% e 4,3%, respectivamente. Conclusão: Inclusão de pergunta mais específica no próximo inquérito realizado pela PNS, com a finalidade de obter uma prevalência de cessação mais explícita, possibilitando diversas análises. Faz necessária uma melhor abordagem a gestante tabagista, para promover a cessação do tabagismo.

Palavras Chaves: Tabagismo; gravidez; Prevalências; Cessação;

ABSTRACT

This dissertation is composed by an analysis of the National Health Survey (PNS) referring to smoking in pregnancy. The study was titled: "Maintenance of smoking in pregnancy, contributions from the 2013 National Health Survey". Smoking in pregnancy is a major public health problem and is responsible for deaths and various health problems such as placenta previa, premature placental detachment, premature rupture of membranes, premature birth, ectopic pregnancy, restricted intrauterine growth, miscarriage, spontaneous disease, low birth weight, sudden death of the newborn and changes in child physical development. The aim of this study was to evaluate the prevalence of smoking in pregnant women and smoking cessation during pregnancy in the Brazilian population aged 18 years or older, relating the socio-demographic factors of patients seeking primary care. Methods: In this study, we analyzed the NHP, which is a national, household, probabilistic survey, targeting a population of 18 years or older, seeking to profile the Brazilian population, interviewing 60,202 individuals and 64,348 households. Results: The prevalence of smoking in women aged 10-49 years is 9.6% and in pregnant women is 4.7%. Former smokers were found in women in general and in pregnant women, 9.9% and 7.5%, respectively. %. Smoking cessation for less than a year for women in general was 5.5% and in pregnant women was 33.9%. Discussion: In our study we observed the percentage of 4.7% for pregnant women who smoke. The prevalences found in the other studies (KALE et al, 2015 and FIGUEIREDO et al, 2017) were higher, this can be justified because it is a home and non-hospital survey. Lower prevalence was observed only in Pakistan and Ecuador, 3.2% and 4.3%, respectively. Conclusion: Inclusion of a more specific question in the next survey carried out by the PNS, with the purpose of obtaining a more explicit prevalence of cessation, allowing several analyzes. A better approach to pregnant smokers is needed to promote smoking cessation.

Keywords: Smoking; pregnancy; Prevalences; Cessation;

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Características da população de mulheres em idade reprodutiva (18 a 49 anos) e mulheres na idade reprodutiva que referiram estar grávidas no momento da pesquisa.....	31
TABELA 2: Prevalência de tabagismo atual segundo variáveis selecionadas em mulheres que referiram estar grávidas no momento da pesquisa.....	34
TABELA 3: Perfil de tabagismo entre mulheres em idade reprodutiva (18 a 49 anos) e mulheres que referiram estar grávidas no momento da pesquisa.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

APS- Atenção primária em saúde

BCF- batimentos cardíofetais

BPN- baixo peso ao nascer

CAPs- Centros de Atenção Psicossocial

DCNT- doenças crônicas não transmissíveis

ESF- Estratégia Saúde da Família

FAS- Síndrome alcoólica fetal

FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

NB- Nascer no Brasil

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PNH- Política Nacional de Humanização

PNS- Pesquisa Nacional de Saúde

PPROM- ruptura prematura da membrana

PS- Promoção da Saúde

QV- Qualidade de vida

SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	TABAGISMO NA GESTAÇÃO.....	13
1.2	PREVALÊNCIA DE TABAGISMO GESTACIONAL NO MUNDO E NO BRASIL.....	15
1.2.1	<i>Mundo</i>	15
1.2.2	<i>Brasil</i>	17
1.3	CESSAÇÃO DO TABAGISMO NA GRAVIDEZ.....	17
1.4	AVANÇOS DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO TABACO.....	20
1.5	TRATAMENTO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO.....	22
1.6	QUALIDADE DE VIDA NA GESTAÇÃO.....	22
1.7	PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA.....	23
1.7	ABORDAGEM DA GESTANTE NA ESF.....	24
1.8	CONSUMO DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO.....	25
2	JUSTIFICATIVA	27
3	OBJETIVOS	29
3.1	OBJETIVO GERAL.....	29
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
4	MÉTODOS	30
4.1	PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2013 (PNS-2013).....	30
4.2	DESENHO AMOSTRAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	30
4.3	QUESTIONÁRIO DA PNS-2013.....	31
4.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	31
4.5	ANÁLISE DE DADOS.....	34
5	RESULTADOS	35
6	DISCUSSÃO	40
7	CONCLUSÃO	44
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45

1. Introdução

A gestação se constitui em um processo de grande mudança nas condições físicas, psicológicas e sociais, podendo ter impacto considerável na qualidade de vida da mulher. Embora, a gestação faça parte da fisiologia feminina e seja de baixo risco, as transformações ocorridas nesse período, podem comprometer a Qualidade de Vida das mesmas (REBERTE, 2012).

Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm dominando o quadro sanitário mundial ao longo do último século. Dentre esses agravos, destacam-se doenças cardiovasculares, as neoplasias e o diabetes mellitus. O tabagismo, o consumo em excesso de bebidas alcólicas, as dietas desequilibradas e o sedentarismo são os principais fatores de risco que são preveníveis. O tabagismo ganha destaque entre elas, pois ainda é fator de risco para doenças respiratórias crônicas, completando o quadro das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis na atualidade (BRASIL, 2015). A cada ano, o fumo passivo e ativo causa, aproximadamente, 7,2 milhões de óbitos no mundo e 156.200 no Brasil. O custo com assistência médica e perda de produtividade devido ao consumo de derivados de tabaco no país alcança R\$ 57 bilhões anuais (Pinto, 2017). Segundo a *Pesquisa Nacional de Saúde*, em 2013, 15% da população brasileira de 18 anos ou mais, 22 milhões de indivíduos, eram fumantes. O consumo de produtos derivados de tabaco é causa de aproximadamente 50 doenças incapacitantes e fatais. Responsável por 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% dos óbitos por doença pulmonar incluindo as causas obstrutivas crônicas (enfisema), 25% das mortes por doença cérebro-vascular (derrames), 30%, por todos os cânceres tem 30%, e, no caso específico de câncer de pulmão 90%. A soma das mortes por tabagismos supera a soma das mortes por alcoolismo, AIDS, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios juntos (INCA, 2007).

O fumo é um importante problema de saúde pública na gestação por estar fortemente associado à ocorrência de eventos que comprometem a saúde e a vida da mãe e do feto. O Caderno de Atenção ao Pré-natal (2013) recomenda que desde o primeiro contato se façam discussões com as gestantes sobre o fumo a fim de que as mesmas sejam

informadas sobre os riscos para o feto, tais como baixo peso e prematuridade. A abordagem da gestante deve salientar os benefícios de abandonar o fumo, os riscos e os benefícios do uso de reposição de nicotina. Deve-se procurar aconselhar todas as mulheres grávidas fumantes a cessar, a fim de que se possam amenizar os riscos de complicações na gestação, principalmente pelos efeitos adversos que podem afetar o bebê (CASTLES et al, 1999).

Identificam-se ainda na literatura poucos estudos que fazem abordagem quanto à cessação de tabagismo materno, sendo considerada positiva e importante, a singularidade do tema a ser abordado, através da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).

1.1 TABAGISMO NA GESTAÇÃO

Segundo Ministério da Saúde (2013), quando a mãe fuma durante a gravidez, “o feto também fuma”. A nicotina provoca aumento do batimento cardíaco no feto, redução de peso, menor estatura, além de alterações neurológicas importantes. O risco de abortamento espontâneo é maior nas mães que fumam. Estudos mostram que a exposição ao fumo durante a gestação está associada aos menores escores de qualidade de vida e pior condição de saúde nos recém-nascidos (KALAYASIRI et al., 2018).

O tabagismo durante a gravidez pode ocasionar sérios riscos para gestante e o feto. Para o feto e recém nascido os principais efeitos são abortos espontâneos, mortes fetais e de recém-nascidos, gravidez tubária, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia e outros episódios de sangramentos (LOMBARDI et al., 2011; FONTANELLA e SECCO, 2012; GRILLO e FREITAS, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A ocorrência do retardo no crescimento fetal entre mães tabagistas são provocadas pela insuficiência útero-placentário. A vasoconstrição causada pela nicotina, diminui o fluxo sanguíneo nos vasos do útero e da placenta, com isso acontece à diminuição do oxigênio e nutrientes para o feto. Caso a mulher interrompa o uso do tabaco até 20ª semana da gestação, as chances do seu filho nascer com baixo peso será o mesmo das mães não fumantes (LEOPÉRCIO E GIGLIOTTI, 2004).

Pineles et al (2013), realizando uma meta-análise mostrou que o fumo ativo está associado ao aumento do risco de aborto. O risco encontrado para tabagismo corrente foi de

1% por cigarro fumado por dia. A exposição ao fumo passivo na gestação elevou o risco de abortamento em 11%.

Andriani e Kuo (2014), em estudo de coorte realizado na Indonésia entre 1993 e 2007, observaram uma relação entre consumo de tabaco no decorrer da gestação com o baixo peso ao nascer (BPN) e o nascimento prematuro. Os autores observaram que as mães que fumam mais 10 cigarros por dia, apresentam risco de BPN quatro vezes maior, do que mães não tabagistas. Os resultados apontaram que houve diminuição da idade gestacional e como conseqüência o aumento de partos prematuros, quando as gestantes estavam expostas ao fumo passivo em suas residências.

Para a gestante, as complicações devido ao efeito do consumo de tabaco incluem placenta prévia, placenta abrupta, gravidez ectópica, ruptura prematura prematuramente da membrana (PPROM) e pré-eclâmpsia, foram abordadas pela meta-análise (CASTLES et al, 1999).

Zheng et al (2014) em seu estudo realizado no Japão, entre os anos 1993-2006, acompanhando 1524 crianças, através do acompanhamento da modificação do peso z-score, do parto aos três anos de vida, mostrou que o tabagismo materno e também outros fatores da mãe (amamentação não exclusiva/índice de massa corporal das mães e status de trabalho) pode influenciar também no crescimento durante toda a infância, ocorrendo crescimento rápido na infância e obesidade infantil por volta cinco anos.

Wallace et al (2016) em seu estudo realizado no EUA avaliou como o consumo de fumo em cada trimestre, influência o risco de partos prematuros recorrentes. Nessa coorte retrospectiva, realizada entre os anos 2006 a 2012, observou-se que um terço das mulheres que tiveram um parto prematuro anterior, havia fumado no decorrer dessa gravidez. Nas gestantes tabagistas: 16% abandonaram o fumo no 1º trimestre, 7% abandonaram no 2º trimestre, 5% abandonaram no 3º trimestre e 72% fumaram no decorrer de toda gestação. Constatou uma elevada taxa de partos prematuros em gestantes não fumantes de 28% e que ser fumante em toda gestação apresentou alta taxa de partos prematuros, que foi de 32%.

A relação ao vínculo materno-fetal e tabagismo durante a gestação foi estudado por MAGEE et al (2014), análise feita através de auto-relatos e marcadores bioquímicos do tabagismo entre 58 grávidas tabagistas. Fornecendo amostras de sua saliva 30 a 35 semanas

de gestação e no 1º dia pós-parto. Os resultados mostraram que gestantes tabagistas que referiram sentimentos de menor apego seus fetos, apresentaram maiores níveis salivares de cotinina (refere-se ao grau de exposição fetal à nicotina), com tendência a fazer uso de mais cigarros por dia e pós-parto.

1.2 PREVALÊNCIA DE TABAGISMO GESTACIONAL NO MUNDO E NO BRASIL

1.2.1 MUNDO

Segundo a pesquisa em Demografia e Saúde (DHS), realizada em 2011-2012, que forneceu dados sobre o uso do tabaco por mulheres grávidas em 54 países, a prevalência global de qualquer forma de tabaco entre estas foi de 2,6% (BLOCH e PARASCANDOLA, 2014). O uso do tabaco em geral e a exposição ao tabagismo passivo pelas gestantes são problemas da atualidade e/ou emergentes em vários países de baixa e média renda (BLOCH et al, 2008).

Nos Estados Unidos da América, em 2016, 7,6% das mulheres que pariram eram fumantes (DRAKE et al., 2016). Uma investigação realizada em 15 países da Europa, em 2011-2012, o percentual de mulheres que continuaram fumando durante a gravidez variou de 4,2% em Islândia a 18,9% na Croácia (SMEDBERG et al., 2014). Na América Latina, dados recentes são escassos, mas estudos realizados previamente sugerem que Argentina (11%), Uruguai (18%) (ALTHABE et al.,2008) e Chile (CERDA et al., 2016) apresentam percentuais mais elevados do que o Brasil (BLOCH et al., 2008).

Estudo internacional comparou do uso do tabaco em gestantes em nove países da América latina, Ásia e África. Na América Latina, as mais altas prevalências do uso de tabaco atual foram observadas no Uruguai (18,3%), Argentina (10,3%) e Brasil (6,1%). A exposição ao tabagismo passivo foi comum no Paquistão em 91,6% e na república Democrática do Congo em 17,1% das gestantes (BLOCH et al, 2008). Em outro estudo realizado em países da América do Sul com a participação 3.400 grávidas (BERRUETA et al, 2016), as prevalências estimadas para Argentina e Uruguai foram, respectivamente, 16,1% e 26,7%.

Uma revisão da Organização Mundial da Saúde mostrou a prevalência de uso de tabaco durante a gestação em todas as regiões globo, tendo em alguns países prevalência

elevadas, tais como o Nepal (5,9%), Jordânia (9,6%) e Turquia (15%) (WHO, 2013). No Reino Unido, foi realizado estudo comparando os dados da atenção primária com outras fontes nacionais, sendo identificado a prevalência de tabagismo na gestação de 11,6% pelo Banco de dados de atenção primária Health Improvement Network e de 19,6% pelo Registro de Morbidades Escocês (DHALWANI et al, 2014).

Na Noruega, foi realizado estudo com 2.997 mulheres, destas 126 (8,8%) relataram fumar diariamente e 126 (4,2%), relataram fumar ocasionalmente ao longo da gestação; 1.491 (50%) mulheres que já relataram ter fumado e 698 (23%) mulheres relataram fumar diariamente, nos últimos três meses antes de engravidar (KVALVIK et al, 2013).

Lange et al (2018) realizou em seu estudo uma metanálise, estimando a prevalência do tabagismo na gestação por país, região da OMS e globalmente, através de 21.329 estudos, identificando os três países onde temos a maior prevalência de tabagismo durante a gestação Irlanda (38,4%), Uruguai (29,7%) e Bulgária (29,4%). Constatou a prevalência global de tabagismo na gestação foram estimadas 1,7%.

Através do estudo de Mohsin e Bauman (2005), realizado na Austrália, com 426.344 gestantes, evidenciaram que no total 17% das gestantes continuaram fumar mesmo com a gestação em curso. Destacaram-se as altas taxas de prevalências em mães adolescentes (42,9%), enquanto nas mulheres com mais 35 anos foi encontrado 11,2%, sendo extremamente discrepante. Aproximadamente, metade das adolescentes estudadas era tabagista, enquanto que as mães entre 20-34 anos ou 35 anos ou mais foram um terço menor em relação à população em geral. Encontrou também altas taxas entre as gestantes indígenas (57,8%).

No Japão, por ser obrigatório o registro da gravidez confirmada em cartório, as gestantes são orientadas a parar de fumar desde o início da gravidez. Questionários sobre comportamento tabagístico foram aplicados em dois períodos diferentes as gestantes que se registravam. No período de 1º de Abril de 1996 a 31 de Março de 2001 (n = 1.051) a prevalência de tabagismo materno no início da gravidez foi 8,2% e nas registradas entre 1º de Abril 2001 a 31 de março de 2006 (n=1.022) de 8,9%. Ter parceiro fumante nos dois grupos e gravidez indesejada no segundo grupo esteve positivamente relacionado ao fumo entre essas gestantes (SUZUKI et al, 2010).

1.2.2 BRASIL

A partir do estudo Nascer no Brasil que compreende uma amostra nacional de mulheres que acabaram de parir, estimou-se a prevalência de tabagismo pré-gestacional, em algum momento da gestação e durante toda a gestação que foram, respectivamente, 16,1%, 9,6 e 6,8%. A prevalência foi maior entre mulheres de baixa renda em relação às de renda mais alta e entre moradoras da região Sul e Sudeste do Brasil, que tem a cor da pele preta e que vivem sem parceiros, em relação a seus opostos (Domingues et al, 2019).

Kale et al (2015) investigando 1.749 grávidas de duas maternidades do sudeste do país encontraram prevalências de 24,8% e 17,9%. Em coortes de nascimento de um município do sul, sendo 7.572 mulheres envolvidas, o percentual de mães fumantes foi de 22% em 2007 e 18% em 2013 (DIAS-DAME et al., 2015). Em estudo transversal com 330 gestantes atendidas na atenção básica no Centro-Oeste, 37,1% havia fumado durante a gravidez (LUCCHESI et al., 2016).

No sul do país, foi realizado estudo de coorte, avaliando prevalência nos anos de 1997, 2001 e 2005, entre os homens tiveram os seguintes valores: 5,9%, 20,2% e 27,6%, respectivamente. Entretanto, as mulheres apresentaram os seguintes valores: 9,3%, 27,5% e 23,6%, respectivamente. Constatou-se através de sua análise que menor escolaridade materna e baixa renda familiar em 1982, ter sido pobre no decorrer de todo período analisado e uso do fumo na gestação estiveram significativamente relacionados com maiores prevalências de fumo em ambos os sexos. O estudo concluiu que se houvessem condutas efetivas na gestação e elevação do preço do cigarro, teriam grande impacto na população tabagista (MENEZES et al, 2008).

1.3 CESSAÇÃO DO TABAGISMO NA GRAVIDEZ

A gravidez é uma ocasião ideal para promoção de cessação do tabagismo, pois a preocupação com o bebê em formação é um excelente estímulo. Por esse motivo, a proporção de gestantes fumantes que param de consumir produtos derivados do tabaco é mais elevada do que a da população feminina em geral (LEOPÉRCIO e GIGLIOTTI, 2004).

Em estudo realizado no Equador, foram abordadas 746 mulheres entre as quais 53,3% fumavam ocasionalmente e 4,3% fumavam habitualmente. Destas mulheres, 75% interromperam o tabagismo antes ou durante a gestação (POLETTA et al, 2010). Berrueta et al (2016), em estudo realizado na Argentina e Uruguai, abordou 3.400 gestantes, sendo evidenciado que 32,8% fumavam no início da gestação. Dessas, 11,9% (aproximadamente 1/3) pararam de fazer uso do tabaco ao saber que estavam grávidas ou durante a gravidez e 20,9% permaneceram fazendo uso do tabaco até o fim da gestação. Em estudo realizado por Tong et al (2015), também na Argentina e Uruguai, 17,2% das gestantes cessaram o tabagismo. Os autores avaliaram a cessação auto-reportado na gestação através de análise bioquímica da cotinina e observaram que 10% das grávidas avaliadas que tinham declarado que cessaram apresentavam em seus exames indícios compatíveis com consumo ativo do tabaco.

Numa coorte, realizada em Portugal entre 2005-2006 na qual as cerca de 5000 gestantes foram avaliadas no nascimento e reavaliadas após quatro anos, 47,4% das mães deixaram de fazer uso de tabaco e 41,7% conseguiram diminuir o consumo do tabaco no transcorrer de suas gestações. Após quatro anos da ocorrência desses partos, 32,1% dessas mulheres continuaram a se abster. Maior probabilidade de parar foi encontrada entre as mulheres com mais idade, primíparas, fumantes leves, mulheres que tinham companheiros, aquelas que gestaram novamente após a gravidez índice, as mães que permaneceram em aleitamento materno por 52 semanas e aquelas que seus filhos tiveram diagnóstico de asma ou rinite (ALVES et al, 2013).

Nos Estados Unidos, foi realizado estudo com o total de 49.510 mulheres, avaliando a relação entre gravidez e mudança no consumo de cigarros em relação ao desejo de engravidar (desejada, queria mais não nesse momento e não desejava engravidar). Os resultados mostraram que a maior parte da cessação ou redução da frequência do tabagismo ocorreu antes dos três meses finais da gestação. Mulheres com gravidez desejada tiveram 0,86% chance de manutenção do tabagismo em relação as que não desejavam a gravidez. Os resultados mostraram ainda que intervenções precoces para cessação tivessem maior impacto em todas as gestantes, embora tenha apresentado maior eficácia entre as que desejavam parar (CHISOLM et al, 2013).

Em estudo realizado na Austrália, e mulheres que nasceram no estrangeiro, que tinham maior poder socio-econômico, primíparas, e que tiveram acesso ao pré-natal mais precocemente apresentaram maior probabilidade de parar. Adicionalmente, mulheres em que o consumo do tabaco era maior, foram menos propensas a deixar de ser tabagistas na gestação (MOHSIN e BAUMAN, 2005).

A exposição à fumaça ambiental do tabaco (ETS) durante a gestação também consiste em um problema de saúde pública pois aumenta o risco de baixo peso ao nascer. No Reino Unido, a exposição involuntária à fumaça do tabaco entre gestantes chegou a 36% (WARD et al, 2007).

Quanto aos dados nacionais, no estudo Nascer no Brasil (Domingues et al, 2019), a prevalência de cessação do tabagismo até o 5º mês de gravidez foi 56,7% (IC 95% 54,0% - 59,4%). Entre os fatores associados à cessação do tabagismo foram citados residir no Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil, ter recebido pelo menos uma consulta pré-natal em relação a não ter (OR 3,51 IC 95% 1,85-6,67), mais anos de estudo (15 ou mais vs. menos de 7 anos de estudo OR 5,54 IC 95% 2,97-10,34), morar com um parceiro (OR 1,35 IC 95% 1,01-1,79), ser primípara (OR 2,77 IC 95% 2,13-3,61) e ausência de uso de álcool (1,74 IC 95% 1,39-2,18) ou suspeita de abuso de álcool (OR 1,62 IC 95% 1,07-2,45).

Kale et al (2015) observou que a cessação do tabagismo materno em 287 mulheres de maternidades do Rio de Janeiro (Maternidade A) e Niterói (Maternidade B). Cessaram o uso de tabaco no 1º trimestre de gestação, respectivamente, 8,7% e 18%; no 2º trimestre 13,5% e 11,5%; e no 3º trimestre: Maternidade A 5,8% e Maternidade B 2,7%. A cessação/redução no 3º trimestre da gestação ocorreu de forma sensivelmente menor em ambas maternidades.

Em outro estudo realizado na região metropolitana do Rio de Janeiro, mas dessa vez através da atenção básica, entre os anos de 2003 -2004, com o total de 486 mulheres, evidenciou-se que a prevalência do tabagismo materno no primeiro trimestre de gestação foi de 21%, sendo que dessas gestantes 36% pararam de fumar sem nenhuma abordagem médica quanto ao uso de tabaco. Essas grávidas que pararam de fumar, referiram ter também diminuído o consumo de álcool. A principal motivação apontada pelas gestantes para parar foi o bem-estar do bebê (REIS et al, 2008).

No estudo realizado por Dias-Dame et al (2019) no Sul do país (n= 598 parturientes), durante todo o ano de 2013, tendo a prevalência do abandono de uso do tabaco materno em 24,9%. A primeira tentativa de parar o uso do tabaco foram: 30,6% antes da gestação, 44,2% no 1º trimestre de gestação e 25,2 no 2º e 3º trimestre.

Deve-se abordar mais intensamente, no programa de cessação do tabagismo, os subgrupos específicos como: múltiparas, adolescentes, menor poder sócio-econômico e tabagistas pesadas, que infelizmente são as mais difíceis de parar de fumar e que necessitam de intervenções anti tabaco mais efetivas, evitando assim complicações obstétricas e perinatais na sua gestação (MOHSIN e BAUMAN, 2005).

1.4 AVANÇOS DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO TABACO

A Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT) é uma referência internacional no controle do tabaco, visto que abrange várias ações inter-setoriais. Segundo Portes et al. (2018), as primeiras iniciativas neste campo datam dos anos de 1960, com projeto de lei que trazia à limitação da propaganda do uso do tabaco e a publicação dos prejuízos a saúde. Nas décadas subseqüentes a política brasileira do tabaco se organizou e se fortaleceu. A Constituição federal de 1988 corroborou as restrições à propaganda e a incorporação de advertências sobre os danos causados pelo uso do tabaco. Destaca-se a lei nº 9.294/96 que proibiu o fumo em recintos coletivos fechados (exceto nos “fumódromos”), proibiu a propaganda dos produtos do tabaco em todos os tipos de mídia exceto pontos de venda e obrigou as indústrias a inserir advertências sanitárias nos maços de cigarros.

Observou-se maior fortalecimento das medidas preventivas entre 1990 e 2000, devido ao papel no ministério da saúde, INCA e lideranças da sociedade médica no controle do tabaco, culminando com a maior conscientização da sociedade sobre os males do tabaco, colaborando ao aumento a rejeição social. Em 2005, a política do controle do tabaco, sofreu um reforço através da criação da Convenção Quadro para o controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde (CQCT-OMS), colaborando com a diminuição da prevalência de fumantes no Brasil. Apesar da indústria do tabaco tentar intimidar as medidas de prevenção do tabagismo as políticas públicas de saúde avançaram fortemente com implantação do CQCT-OMS (PORTES, 2018).

No Brasil, mesmo antes da ratificação do tratado, foram estabelecidas políticas governamentais abrangentes entre as quais se destacam a proibição de fumar em ambientes públicos fechados, proibição da propaganda em todos os tipos de mídia, advertências sanitárias com imagens nos maços de cigarros, proibição de descritores enganosos *light* e *ultra light*, regulação de produtos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, obrigatoriedade de que maços de cigarros tenham 20 cigarros com o objetivo de reduzir o acesso, aumento de impostos e preços com a finalidade de restringir o consumo e a oferta de tratamento da dependência da nicotina no Sistema Único de Saúde, através da atenção básica. O impacto dessas medidas se refletiu na redução relativa da prevalência de quase 56% e 59%, respectivamente, entre homens e mulheres de 18 anos no período de 1989 a 2013 (Figueiredo et al. 2017; INCA, 2019).

1.5 TRATAMENTO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) é controlado pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), realizando o vínculo da rede de tratamento para tabagismo no SUS, em colaboração com estados, municípios e distrito federal. Na atualidade, ocorre a descentralização das coordenações das secretarias estaduais de saúde, para seus respectivos municípios, exercendo de forma integrada. A diminuição da aceitação social do tabagismo no Brasil vem sendo construída através das ações econômicas, legislativas e educativas realizadas com toda população, propiciando nas pessoas o desejo de parar de fumar, sobrepondo o tratamento do tabagista como uma tática essencial no controle do tabagismo (INCA, 2019).

A recomendação do tratamento para cessação do tabagismo no Brasil é através de terapia cognitivo e comportamental, sendo a técnica indicada ao tratamento para cessação do tabagismo. Pauta-se através do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina- Anexo II da Portaria nº 442/SAS/MS de 13 de agosto de 2004, que foi validado pelo Ministério da Saúde, conforme publicação no Diário Oficial da União (DOU) do dia 22 de junho de 2016 a Portaria nº 761/SAS/MS de 21 de junho de 2016 (Brasil, 2015).

O tratamento é realizado principalmente pela atenção primária, englobando avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo, e caso faça

necessário, administração de terapias medicamentosas ao mesmo tempo, através da abordagem intensiva. São necessário que o programa de cessação seja valorizado e priorizado pela UBS, tão quanto outros agravos, investindo na sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde (Brasil, 2015). O Ministério da Saúde oferece para o tratamento do tabagismo, as seguintes medicações: reposição de nicotina (adesivo transdérmico e goma de mascar) e o cloridrato de bupropiona (INCA, 2019).

Reforçando que as orientações do PNCT seguem as recomendações das principais diretrizes internacionais relativas ao tratamento do tabagismo Assim sendo, o SUS promove ao tabagista no Brasil, que deseja parar de fumar um tratamento oportuno, com metodologia fundamentada em evidências científicas (INCA, 2019).

1.6 QUALIDADE DE VIDA NA GESTAÇÃO

Embora, a gravidez seja uma condição natural no ciclo de vida feminino e seja de baixo risco para maioria das gestantes, as transformações ocorridas nesse período, podem desencadear processos que se relacionam com a QV das mulheres que a vivenciam.(REBERTE, 2012). Variados estudos vem sendo realizados sobre o tema em distintos locais do Brasil: SANTOS et al (2015), MENEGUIN e XAVIER, (2013) e BEZERRA et al (2015).

Entre os fatores a afetarem a QV das gestantes pode-se citar as restrições a atividade física devido a problemas de saúde; dor corporal; percepções gerais da saúde; vitalidade (energia e fadiga). Concorrem para a perda da QV restrições nas atividades sociais devido a problemas físicos ou emocionais; restrições nas atividades habituais devido a problemas afetivos; e saúde mental (sofrimento psicológico e bem-estar). Essas condições podem ocorrer simultaneamente, mas frequentemente não são notadas e reportadas (HUNFELD et al., 2012).

Uma revisão sistemática sobre os fatores associados à QVLS mostrou que a existência de dor, náuseas e vômitos, depressão, baixa escolaridade, menor idade e inexistência de parceiro influenciam negativamente a QV das gestantes. A realização de atividade física durante a gravidez contribui para a QV. No domínio das relações sociais, a

sexualidade foi apontada como única faceta afetada (CALOU et al., 2014). O mesmo foi observado por BEZERRA et al (2015).

Estudo de Santos et al (2015), realizado entre gestantes da Estratégia Saúde da Família, do município Rio Branco, no Acre mostrou que os escores de QV das gestantes apresenta relação direta com a presença de companheiro e a classe econômica elevada. Menores escores foram observados entre gestantes acima de 30 anos. Através do estudo realizado entre as gestantes da Holanda, Hundelf (1996) constatou que a QV apresenta relação inversa com sentimentos de isolamento social, reações emocionais negativas e dor.

A QV entre adolescentes grávidas foi analisada por Kudlowicz e Kafrouni (2014). Neste estudo, a maioria das jovens não tinha planejado a gravidez ou mesmo pensado sobre suas repercussões futuras. Os resultados apontaram que as adolescentes grávidas passaram por um processo de adaptação e acomodação à situação vivenciada e os projetos de vida anteriores à gravidez, tornaram-se ausentes ou vagamente estruturados.

1.7 PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Existe uma relação intrínseca entre QV e Promoção da Saúde. Segundo definição do Ministério da Saúde: “Promoção da saúde (PS) é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002). Para atingir tais condições de saúde e qualidade de vida, deve-se ultrapassar os limites do setor saúde, buscando-se articular outras fontes para investimento em infra-estruturas urbana e rural, meio ambiente e saneamento básico, promovendo as políticas setoriais (BRASIL, 2008).

A Carta de Ottawa, documento resultante da primeira conferência de Promoção da Saúde, realizada no Canadá no ano de 1986, afirma que: “*A promoção e proteção da saúde da população é indispensável para o desenvolvimento econômico e social sustentado e contribui para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial*” (BRASIL, 2002). O Relatório Lalonde, ao caracterizar o campo da saúde aponta que o tradicional padrão assistencial não é suficiente para garantir a melhoria da saúde, sendo necessários que se envolvam a biologia humana, ambiente e hábitos de vida (BRASIL, 2002).

Na 13ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Dezembro de 2007, cujo tema foi “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”, estabeleceu-se o Pacto pela Vida que garantiu a ESF como estratégia prioritária para Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Nesse mesmo documento contemplaram-se a implantação da Política de Promoção da Saúde nos estados e municípios, formando os comitês gestores inter-setoriais e com controle social, incorporando ações relacionadas ao conhecimento primário em saúde, alimentação saudável, atividades físicas regulares, combate ao tabagismo e redução do consumo de álcool, com desenvolvimento de projetos que busquem a melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2008).

Os autores Campos e Neto (2008) descreveram em seu estudo que a Política Nacional de Promoção da Saúde busca promover a qualidade de vida e diminuir as vulnerabilidades e riscos à saúde, relativos a seus determinantes e condicionantes tais como: modos de vida, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acessibilidade a bens e serviços essenciais. No âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas, a medida da QV fornece subsídios à PS no acerto de prioridades, no direcionamento de recursos, em intervenções práticas e na avaliação de políticas públicas.

1.8 ABORDAGEM DA GESTANTE NA ESF

Na atenção primária a abordagem a gestante concentra-se no pré-natal de baixo risco. O encaminhamento para a atenção secundária e/ou terciária é feito apenas quando se faz necessário cuidado adicional, entretanto a responsabilidade por essas gestantes permanece sendo das Unidades Básicas de Saúde (UBS), por ser a coordenadora do cuidado. As consultas de pré-natal devem ser alternadas entre médico e enfermeiro. Os agentes comunitários de saúde (ACS) devem realizar visitas domiciliares mensais à gestante (BRASIL, 2016).

Conforme a orientação do Ministério da Saúde (2016) recomenda-se um número mínimo de seis consultas, sendo a gestante reavaliada a cada encontro. O acompanhamento deve ser iniciado o mais precocemente possível, de preferência no primeiro trimestre da gestação, sendo este um indicador de qualidade do cuidado pré-natal. Orienta-se que se tenham consultas mensais até 32 semanas, quinzenais até 36 semanas e semanais de 36 semanas até o parto. O acompanhamento da mulher no ciclo gravídico-puerperal encerra-se

apenas após a realização de pelo menos uma consulta puerperal, que deverá ocorrer até o 20º dia pós-parto. Caso seja observado risco no período pré-natal, orienta-se o prolongamento de acompanhamento dessas puérperas.

Nas consultas de pré-natal recomenda-se avaliar queixas, avaliar riscos, verificar pressão arterial (PA), altura uterina, peso, batimentos cardíacos (BCF), exames solicitados e a solicitar, tratamentos instituídos e sua adesão. Atendimentos no início da gestação podem ser mais longos, a fim de prover informações e tempo para discussão sobre rastreamentos, de forma que a mulher possa tomar decisões informadas. Os registros da atenção pré-natal devem ser completos e estruturados, com todas as informações contidas no prontuário e no cartão da gestante, que é uma importante ferramenta para a coordenação do cuidado (BRASIL, 2016).

Na atenção primária à saúde, a abordagem feita à gestante, mostra-se importante no manejo das situações peculiares a gestação, pois partilha territórios geográficos e afetivos, estando em contato com a gestante em seu dia a dia, conhecendo sua realidade e seu contexto familiar. Os agentes comunitários de saúde desenvolvem papel fundamental na identificação de novos casos, na busca ativa das faltosas, na primeira abordagem e no acompanhamento, possibilitando que a gestante confie no cuidado que a equipe oferece (BRASIL, 2013). Com diversas repercussões na qual a gestante se encontra, destaca-se o papel do enfermeiro na melhoria da Qualidade de Vida dos indivíduos, na medida em que incorpora na dimensão do cuidado, o princípio da integralidade aos indivíduos (MENEQUIN e XAVIER, 2013).

As intervenções que buscam melhorar a Qualidade de Vida das populações, correlacionando com a dinâmica social e políticas sociais existentes (ABDAL, SILVA e BACIUK, 2009). No contexto da atenção básica, visualizamos a necessidade de incorporação de novas práticas educativas, principalmente no que tange a atenção ao pré-natal (REBERTE, 2012).

1.9 CONSUMO DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO

Estudos sobre o uso de álcool na gravidez apontam que até mesmo pequenas doses de álcool podem aumentar o risco de baixo peso ao nascer e abortos espontâneos. Mulheres que consomem álcool em quantidades consistentes com o diagnóstico de alcoolismo correm

o risco de gerar bebês com um conjunto específico de defeitos físicos e mentais graves, conhecido como síndrome alcoólica fetal (FAS). Essa síndrome de defeitos congênitos é freqüentemente associada a retardo mental e também é caracterizada por distúrbios do sistema nervoso central, deficiências de crescimento, um grupo específico de anormalidades faciais e outras malformações, particularmente esqueléticas, urogenitais e cardíacas (ORNOY & ERGAZ, 2010). Com doses repetidas mais baixas, pode ocorrer comprometimento intelectual leve, distúrbios do crescimento e alterações de comportamentos importantes (SANTOS et al, 2016).

Segundo a OMS (2014) os transtornos do uso de álcool (AUDs) e a síndrome alcoólica fetal (FAS), serão determinados como sendo 100% atribuíveis ao álcool. Além dos efeitos individuais, o consumo de álcool amplia as vulnerabilidades sociais.

Estudo realizado no Paraná, em 2012, evidenciou que a gestante com problema de dependência química tem baixa freqüência as consultas de acompanhamento da Unidade, dentre elas pré-natal e grupo de gestante, demonstrando maior possibilidade de problemas obstétricos e fetais. Contudo, devido a sua condição de dependência tem grandes chances de abandonar os seus filhos ou ser considerada pela justiça, incapaz de cuidar dos seus filhos. Sendo considerada gestação de risco não somente pelo consumo de álcool durante o período da gestação, mas por considerar o risco social e emocional dessas mulheres (SATIE KASSADA et al., 2013).

2 JUSTIFICATIVA

O tabagismo materno é o principal fator previsível de eventos adversos a saúde podendo levar a morte e reduzir a qualidade de vida e os anos de vida saudáveis da gestante e do feto. A manutenção da abstinência no decorrer da gestação e no pós-parto visando à prevenção de doenças materno-infantis relacionadas ao consumo de produtos derivados do tabaco torna imperativo o acesso dessas mulheres aos programas de cessação.

A gravidez é um momento propício para promover a cessação do tabagismo entre todas as mulheres que passam por esse processo, pois a preocupação com a saúde do bebê em geral a torna sensível à necessidade de deixar de fumar.

Embora o Artigo 14 da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco verse sobre a necessidade de oferta do tratamento da dependência da nicotina a toda a população, e do Programa Nacional de Controle do Tabagismo dispor de um guia para tratar fumante, não se encontra nos documentos do Ministério da Saúde protocolos ou programas orientados especificamente o grupo de gestantes, grupo que tem especificidades e é particularmente vulnerável ao tabagismo.

O acesso e a abordagem das gestantes no Sistema Único de Saúde (SUS), ocorrem essencialmente na atenção Básica e através da Estratégia Saúde da Família (ESF), em especial no pré-natal e pelo grupo de cessação do tabagismo, porém os Cadernos de Atenção Básica não aborda o tema do tabagismo na gravidez. Avaliar a prevalência e fatores sócio-demográficos determinantes do tabagismo entre as gestantes nos permite rever a abordagem do pré-natal, e abordagem da ESF, priorizando grupos mais vulneráveis e orientando a adoção de medidas que melhorem a qualidade de vida deste grupo.

Embora no Brasil existam muitos estudos que analisam a relação entre tabagismo materno e cessação do tabagismo na gestação, todos são localizados e, que seja do conhecimento da autora e candidata a mestre, apenas um estudo nacional foi conduzido no país, sendo este conduzido em amostras de parturientes de clínicas e não a partir de um inquérito de base populacional (DOMINGUES, et al, 2019). A Pesquisa Nacional da Saúde (PNS) é uma ferramenta importante para a abordagem e conhecimento deste tema e a

análise dos dados nela disponíveis sobre tabagismo e gravidez pode preencher uma lacuna de conhecimento para a saúde pública do Brasil.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a prevalência de tabagismo entre gestantes da população brasileira de 18 anos ou mais através de dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a prevalência do tabagismo gestacional entre mulheres adultas do Brasil, segundo variáveis sociodemográficas.
- Analisar o perfil de tabagismo de mulheres grávidas adultas do Brasil.
- Analisar o perfil de acesso aos serviços de saúde das mulheres grávidas adultas do Brasil.

4 MÉTODOS

Nesta seção teremos um resumo de aspectos metodológicos da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), elaborada em 2013, sendo relevante para a investigação pretendida nesse estudo.

4.1 PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2013 (PNS-2013)

A PNS 2013 é uma pesquisa domiciliar, que objetivou produzir para o país, informações a respeito da situação de saúde e estilo de vida da população brasileira. Pretende também obter dados a respeito à atenção a saúde, no tocante ao acesso e ao uso dos serviços de saúde, à continuidade dos cuidados e ao financiamento da assistência à saúde. A população alvo são indivíduos de 18 anos ou mais residentes nos domicílios particulares permanentes.

4.2 DESENHO AMOSTRAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO

A PNS foi realizada a partir de uma amostragem estratificada e por conglomerados em três estágios. A amostra da PNS-2013 é uma sub-amostra da Amostra Mestre ou Sistema Integrado de Pesquisa Domiciliar que consiste em um conjunto de unidades de áreas selecionadas para atender a diversas pesquisas. Essas unidades foram consideradas unidades primárias de amostragem (UPA), dentro do planejamento amostral de cada uma das pesquisas que utilizam a Amostra Mestre – incluída a PNS. As UPA são setores censitários ou conjuntos de setores censitários (quando esses setores contam poucos domicílios). Para a seleção da Amostra Mestre, as UPA foram estratificadas e a seleção das UPA dentro de cada estrato foi feita por amostragem probabilística proporcional ao tamanho (PPT), sendo considerado como medida de tamanho das UPA o número de DPP.

Após estratificação o plano amostral empregado foi o de amostragem por conglomerado em três estágios de seleção, com estratificação das UPA. No primeiro estágio, a seleção das UPA foi obtida por amostragem aleatória simples (AAS) entre aquelas previamente selecionadas para a mostra Mestre. No segundo estágio, foi

selecionado – por AAS – um número fixo de DPP em cada UPA selecionada no primeiro estágio. A seleção dos domicílios foi feita a partir do Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos (CNEFE) em sua última atualização antes da conclusão dessa etapa do plano amostral. No terceiro estágio, dentro de cada domicílio da amostra, um morador com 18 anos ou mais de idade foi selecionado – também por AAS – para responder à 3ª parte (individual) do questionário. Essa seleção foi feita a partir de uma lista de moradores elegíveis, construída no momento da entrevista.

Neste estudo estimou-se a prevalência de tabagismo entre mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) e entre mulheres grávidas, independentemente do mês de gravidez. Ao todo foram analisadas 22.621 mulheres de 14 a 49 anos e 800 gestantes.

4.3 QUESTIONÁRIO DA PNS-2013

PNS é realizada a partir de três questionários: a) o domiciliar formado por questões sobre o domicílio e sobre visitas domiciliares realizadas pela equipe de Saúde da Família e agentes de endemias; b) o de moradores do domicílio com perguntas relativas às características gerais de todos os moradores do domicílio, incluindo nível de educação, trabalho, rendimento, deficiências, cobertura de plano de saúde e utilização dos serviços de saúde; c) o individual composto por questões sobre apoio social, percepção do estado de saúde, acidentes e violências, estilos de vida, doenças crônicas e atendimento médico. O questionário domiciliar é respondido pela pessoa responsável pelo domicílio ou pela pessoa que detenha essas informações no momento da entrevista, o segundo por todos os moradores do domicílio ou pela pessoa responsável pelo domicílio quando necessário. O questionário individual é respondido por um morador adulto (18 anos ou mais de idade), selecionado aleatoriamente.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para este estudo, a variável dependente é gravidez que foi definida a partir da pergunta: “A senhora está grávida no momento?” sendo considerados positivos aqueles que responderam “sim” a esta questão. Essa variável foi aplicada no início do módulo sobre estilos de vida, não havendo informações sobre o mês ou semanas da gravidez corrente.

Apesar das limitações desta pergunta para melhor compreensão da cessação do tabagismo (que é primordial que ocorra até o primeiro trimestre), considerou-se que seria um bom indicador para compreensão do tabagismo neste subgrupo em um estudo de abrangência nacional.

As variáveis explicativas sócio-demográficas analisadas foram faixa etária (18-24, 25-34, 35-49), escolaridade (Sem instrução /ensino fundamental incompleto, Fundamental completo até médio completo, Superior incompleto /superior completo), cor da pele (branca/não branco) e se vive com companheiro (Sim/Não).

As mulheres da população de estudo foram avaliadas quanto ao tabagismo a partir de duas perguntas “Atualmente você fuma diariamente, menos que diariamente ou não fuma?” e (para aquelas que responderam “não fuma”), “No passado a senhora fumou diariamente, menos que diariamente ou nunca fumou?”. Criou-se a variável situação do tabagismo com três categorias: fumantes, ex-fumantes e nunca fumantes. Foram classificadas como fumantes as mulheres que responderam “diariamente” ou “menos que diariamente” à primeira pergunta e como ex-fumantes aquelas que responderam não fumar atualmente e que na segunda pergunta responderam “diariamente” ou “menos que diariamente”. As fumantes foram ainda analisadas quanto à frequência do tabagismo (diário ou menos que diariamente), número de cigarros fumados ao dia (≤ 10 , 10-20, 21 ou mais) e o escore para nível de depressão *Heaviness of Smoking Index* (HSI). Como recomendado na literatura. O escore HSI é calculado a partir de duas variáveis: número de cigarros fumados ao dia e tempo que leva para fumar depois de acordar. As categorias e pontos referentes ao número de cigarros fumados ao dia foram computados como a seguir: até 10 cigarros (0 pontos) , 11 a 20 cigarros (1 ponto) , 21 a 30 cigarros (2 pontos), 31 ou mais cigarros (3 pontos). A partir das respostas a pergunta, “Quanto tempo depois de acordar a senhora fuma o primeiro cigarro” o HSI recebeu os seguintes pontos: até 5 minutos (3 pontos), 6 a 30 minutos (2 pontos), 31 a 60 minutos (1 ponto), mais de 60 minutos (0 pontos). Somados os pontos atribuídos a essas categorias, os fumantes eram classificados, segundo o HSI em dependência leve (0 a 2 pontos totais), dependência moderada (3 a 4 pontos), dependência grave (5 a 6 pontos).

Cessação foi calculada como numero de ex-fumantes/ número de fumantes + ex-fumantes. Como as gestantes não respondem perguntas especificamente sobre as semanas de

gestação e sobre o mês em que parou de fumar, criou-se como indicador de cessação na gravidez o indicador cessação há menos de 12 meses. Para este indicador, considerou-se como ex-fumantes apenas aquelas que pararam de fumar há menos de 12 meses a partir de uma pergunta que é aplicada a toda a população de ex-fumantes da PNS-2013. As fumantes foram classificadas quanto à tentativa de parar de fumar nos últimos 12 meses (Sim/Não).

Com relação o fumo em seu domicílio foi avaliado através da seguinte questão: “Com que frequência alguém fuma dentro do seu domicílio?” (Diariamente/Semanalmente/Mensalmente/Menos que mensalmente/Nunca), sendo classificadas como expostas aquelas que responderam “diariamente” ou “semanalmente” e as demais como não expostas. Quanto à exposição involuntária a fumaça do tabaco, foram classificadas como expostas aquelas que trabalhavam em ambientes fechados onde alguém fumava diariamente ou semanalmente.

A variável consumo atual de bebidas alcoólicas (Sim/Não) foi definida a partir da pergunta “Com que frequência o (a) Sr (a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?” cujas respostas possíveis eram “Não bebe nunca”, “Menos de uma vez por mês”, “Uma vez ou mais por mês”. Foram considerados positivos aqueles que consumiram bebidas alcoólicas pelo menos uma vez por mês e os demais como negativos. Bebedores binge foram aqueles que responderam “sim” à pergunta (Se mulher) Nos últimos 30 dias, a Sra. chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (Sim/Não)

Procurou-se avaliar o acesso de gestantes a Serviços de Saúde (SS), em especial à Atenção Básica), e consulta ao pré-natal através das perguntas “procurou SS nas últimas duas semanas (Sim/Não)”, e “Qual foi o motivo principal pelo qual _____ procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?” sendo o pré-natal uma das alternativas de resposta. O acesso a consultas médicas e especialidades foi analisado pelas questões “Última vez que consultou o médico (nunca/há mais de 1 ano, menos de 2 semanas, entre 15 dias e 1 mês, entre um mês e três meses, entre três meses e um ano), criando-se a categorias há até 3 meses ou mais de três meses.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados através da suíte Suvey do software STATA, versão 14.0 e as prevalências e respectivos intervalos de confiança foram estimados de modo a contemplar a estrutura de estratificação e conglomeração da amostra.

Estimativas do número e percentual de participantes por situação do tabagismo e cessação com seus respectivos intervalos de confiança a 95% foram calculadas para o total de mulheres em idade reprodutiva e de mulheres grávidas. Nas análises bivariadas, estimou-se a prevalência de manutenção do tabagismo (ou tabagismo atual) segundo variáveis sócio-demográficas, consumo de álcool, existência prévia de doenças crônicas e auto-percepção do estado de saúde. Entre as fumantes desses dois grupos populacionais (mulheres em idade reprodutiva e gestantes), analisou-se o perfil do tabagismo e acesso a serviços de saúde e pré-natal. Calculou-se o percentual e respectivos intervalos de confiança a 95% de indivíduos portadores de depressão segundo as categorias das variáveis de acesso a SS listadas na seção anterior.

5 RESULTADOS

Analisando a Tabela 1, nota-se que as mulheres em idade reprodutiva (18 a 49 anos) concentram-se nos grupos que estão na faixa etária 35 a 49 anos e tem instrução até do ensino fundamental completo ao ensino médio. Cerca de 2/3 não vive com companheiro e um percentual discretamente maior cor da pele não branca do que branca. Mulheres grávidas apresentaram perfil sócio-demográfico semelhante às mulheres em idade reprodutiva quanto à escolaridade e cor da pele, porém estavam mais concentradas nas idades de 25 a 34 anos e tinham um percentual ainda mais elevado sem companheiro.

Nas mulheres em idade reprodutiva, 9,6% fumam no momento da pesquisa. 9,9 são ex-fumantes. O percentual de fumantes e ex-fumantes foi discretamente menor entre mulheres grávidas, 4,7% e 7,5%, respectivamente. A cessação das mulheres em idade reprodutivas foi de 50,8% e nas mulheres grávidas foi de 61,4%. A cessação do tabagismo há menos de um ano foi, respectivamente, 5,5% e 33,9%. Aproximadamente 16% das mulheres de 18 a 49 anos e 13,4% das gestantes estavam expostas a fumaça do tabaco em seus domicílios. Para exposição no trabalho, os percentuais foram de 11,7% e 4,4%, respectivamente. Quanto ao consumo de álcool, 9,0% das mulheres de 18 a 49 anos e 3,6% das mulheres grávidas consumiu bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias. Aproximadamente 71% das mulheres em idade reprodutiva e 79% das gestantes referiram estado de saúde bom ou muito bom (Tabela 1).

Tabela 1. Características da população de mulheres em idade reprodutiva (18 a 49 anos) e mulheres na idade reprodutiva que referiram estar grávidas no momento da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013)

Características	Mulheres idade reprodutiva (18 a 49 anos) (n = 22.621)			Mulheres grávidas (n = 800)		
	N	Proporção*	(i.c. 95%)	N	Proporção*	(i.c. 95%)
Total						
Faixa etária						
18-24	4625	23,5	(22,4; 24,7)	281	34,8	(29,8; 40,3)
25-34	8428	32,4	(31,4; 33,5)	401	51,3	(45,8; 56,8)
35-49	10738	44,1	(42,9; 45,3)	118	13,9	(10,9; 17,5)
Escolaridade						
Sem instrução/fundamental incompletos	6,384	25,5	(24,5; 26,4)	201	20,3	(16,9; 24,2)
Fundamental completo até médio completo	12,14	52,3	(51,1; 53,5)	447	58,6	(53,4; 63,7)
Superior incompl/compl	5,267	22,2	(21,1; 23,4)	152	21,1	(16,6; 26,3)
Cor da pele						
Branca	8919	45,6	(44,4; 46,9)	278	47,7	(42,8; 52,6)
Não branca	14872	54,4	(53,2; 55,6)	522	52,4	(47,4; 57,2)
Vive com companheiro						
Sim	14353	62,0	(60,9; 63,2)	627	79,3	(73,9; 83,8)
Não	0438	38,0	(36,8; 39,1)	173	20,7	(16,2; 26,1)
Tabagismo						
Fumante	2229	9,6	(9,0; 10,2)	43	4,7	(3,1; 7,2)
Ex-fumante	2216	9,9	(9,2; 10,6)	73	7,5	(5,5; 10,0)
Nunca fumou	18176	80,5	(79,6; 81,4)	684	87,8	(84,8; 90,3)
Cessação						
Sim	2,216	50,8	(48,3; 53,2)	73	61,4	(47,8; 73,4)
Não	2,229	49,2	(46,8; 51,7)	43	38,6	(26,6; 52,2)
Cessação há menos de 1 ano						
Sim	226	4,9	(4,2; 6,0)	26	33,9	(21,0; 49,7)
Não	2229	95,1	(94,1; 96,0)	43	66,1	(50,3; 79,0)
Exposição Involuntária a fumaça do tabaco no domicílio diária ou semanalmente	3274	15,9	(15,0; 16,9)	108	13,4	(10,4; 17,2)
Exposição Involuntária a fumaça do tabaco no trabalho diária ou semanalmente	1335	11,7	(10,5; 13,1)	35	4,4	(2,7; 6,8)
Álcool						
Atual (últimos 30 dias)						
Sim	3912	9,0	(7,5; 10,9)	41	3,6	(94,5; 97,7)
Não	18709	91,0	(89,1; 92,5)	759	96,4	(2,3; 5,5)
Percepção de estado de saúde						
Muito boa/boa	16006	71,5	(70,3; 72,6)	638	79,7	(75,9; 83,1)
Regular	5653	24,6	(23,5; 25,6)	145	18,6	(15,2; 22,5)
Ruim/Muito ruim	962	4,0	(3,5; 4,5)	17	1,7	(0,71; 3,9)

* Percentual estimado na amostra expandida considerando os pesos amostrais,

Analisando-se a prevalência de tabagismo atual segundo variáveis sócio-demográficas, consumo de bebidas alcoólicas, percepção do estado de saúde e realização do pré-natal, observa-se maior percentual de mulheres grávidas que permaneceram fumantes entre aquelas que tinham 35-49 anos em relação a faixas etárias mais jovem e mais avançada, que não tinham instrução em relação as que tinham escolaridade mais alta, que viviam com companheiro (vs. não viviam com companheiro), as que consumiram bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias comparadas as que não consumiram e as que tinham percepção de saúde regular, em relação às de percepção de saúde boa/muito boa e até ruim/muito ruim. Apenas para ter instrução a diferença foi estatisticamente significativa. Não houve diferença em relação à cor da pele e viver com companheiro. Nenhuma diferença foi observada quanto à realização do pré-natal. Apenas os diferenciais segundo escolaridade, consumo de álcool e a percepção do estado de saúde foi estatisticamente significativa (Tabela 2).

Quanto à cessação de fumar, percentuais maiores, embora não estatisticamente significantes, foram observados entre mulheres grávidas fumantes que não tem companheiro, não consomem bebidas alcoólicas e que fizeram pré-natal em relação a seus opostos. Observou-se uma relação direta com aumento da escolaridade, também não estatisticamente significativa. Não houve diferença na cessação quanto à faixa etária, cor da pele e percepção do estado de saúde (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência de tabagismo atual segundo variáveis selecionadas em mulheres que referiram**Estar grávidas no momento da pesquisa, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013) (n= 22.621)**

Características	Tabagismo atual			Cessação há menos de 12 meses		
	Proporção*	(i.c. 95%)	p-valor	Proporção*	(i.c. 95%)	p-valor
Total	9,6	(9,0; 10,2)		33,8	(20,9; 49,7)	
Faixa etária						
18-24	4,2	(2,1; 7,9)	0,321	32,8	(15,3; 56,8)	0,993
25-34	3,9	(1,9; 8,0)		34,0	(15,7; 58,8)	
35-49	8,5	(3,4; 19,8)		34,8	(11,2; 69,4)	
Escolaridade						
Sem instru�o/fundamental incompl	13,3	(7,5; 22,5)	0,000	14,2	(5,9; 30,2)	0,066
Fundamental completo até médio completo	2,1	(1,5; 4,3)		53,6	(31,5; 74,4)	
Superior incompl/compl	3,3	(0,8; 12,4)		40,1	(8,4; 83,0)	
Cor da pele						
Branca	4,6	(2,3; 9,0)	0,942	35,5	(16,5; 60,5)	0,833
Não branca	4,7	(2,7; 8,2)		32,3	(17,2; 52,3)	
Vive com companheiro						
Sim	6,6	(3,4; 12,5)	0,281	21,6	(9,8; 41,0)	0,196
Não	4,1	(2,3; 7,2)		37,9	(21,5; 57,7)	
�lcool						
Atual (�ltimos 30 dias)						
Sim	32,6	(16,9; 53,7)	0,000	21,0	(9,2; 59,7)	0,654
Não	3,6	(2,1; 6,2)		35,6	(20,5; 54,2)	
Percep�o de estado de saúde						
Muito boa/boa	3,2	(1,8; 5,6)	0,002	35,5	(19,7; 55,3)	0,806
Regular	11,3	(5,7; 21,3)		31,8	(13,6; 58,1)	
Ruim/Muito ruim	0,5	(0,07; 4,5)				
Fez pré-natal						
Sim	4,6	(2,7; 7,7)	0,935	37,7	(22,3; 56,0)	0,231
Não	4,8	(2,3; 10,2)		18,2	(5,0; 48,3)	

* Percentual estimado na amostra expandida considerando os pesos amostrais,

Tanto entre as mulheres em idade reprodutiva, quanto entre as mulheres grávidas mais de 80% fumavam diariamente. Um percentual mais elevado de fumantes grávidas do que não grávidas consumia até 10 cigarros ao dia, em rela o a 11 a 20 e 21 ou mais. A classifica o quanto   dependência da nicotina foi muito semelhante para os dois grupos, porém um percentual discretamente maior de grávidas tentou parar nos últimos 12 meses. A procura por SS nas últimas duas semanas foi mais do que o dobro entre mulheres grávidas do que não grávidas e 75% das gestantes fizeram consulta pré-natal nos últimos 3 meses.

Tabela 3. Perfil de tabagismo entre mulheres em idade reprodutiva (18 a 49 anos) e mulheres que referiram estar grávidas no momento da pesquisa, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013) (n= 43)

Características	Mulheres fumantes em idade reprodutiva (18 a 49 anos) (n = 2229)			Mulheres Fumantes grávidas (n = 43)		
	n	Proporção*	(i.c. 95%)	n	Proporção*	(i.c. 95%)
Tabagismo						
Diário	1846	85,6	(83,1; 87,9)	31	84,0	(65,5; 93,6)
Ocasional	383	14,4	(12,1; 17,0)	12	16,0	(6,4; 34,5)
Número médio de cigarros fumados ao dia		12,0	(11,2 ; 12,9)		9,4	(6,2; 12,6)
Número médio de cigarros fumados ao dia						
<= 10	1560	67,7	(63,9; 71,2)	31	78,6	(59,7; 90,1)
11-20	515	26,7	(23,4; 30,2)	9	19,0	(8,2; 37,9)
21 ou +	101	5,6	(4,1; 7,8)	2	2,5	0,5(; 10,8)
Nível de dependência (HIS)						
Leve	1156	58,7	(54,6; 62,7)	18	58,6	(34,2; 79,4)
Moderado	601	35,8	(32,1; 39,7)	12	39,4	(19,1; 64,2)
Alto	73	5,4	(3,7; 7,9)	1	2,1	(0,27; 13,5)
Tentou parar nos últimos 12 meses	1147	51,3	(47,6; 55,0)		58,3	(35,9; 77,6)
Procurou SS nas ultimas 2 semanas	414	19,7	(17,0; 22,7)	21	44,8	(25,1; 66,3)
Motivo da procura foi o pré-natal				16	76,8	(44,6; 93,2)
Consulta médica de pré natal nos últimos 3 meses				41	75,0	(54,5; 88,3)

6 DISCUSSÃO

No nosso estudo observamos que o percentual de mulheres grávidas fumantes foi de 4,7%, sendo esse percentual encontrado menor do que o de outros estudos realizados no país, tais como o “Nascer no Brasil”, que avaliou a prevalência do tabagismo em mulheres que acabaram de parir (6,8%). Foi também menor do que a de Reis et al (2008) que encontrou a prevalência de tabagismo entre mulheres atendidas em Unidades ambulatoriais do Rio de Janeiro (21,1%) e do que o de Lucchese et al (2016) conduzido na Clínica de Saúde, da Cidade de São Paulo (9,6%).

Alguns estudos internacionais obtiveram resultados semelhantes para alguns países da América Latina. Sabe-se que prevalências obtidas a partir de inquéritos nacionais e domiciliares, sejam menores do que aquelas obtidas em mulheres acabaram de parir e foram investigadas em Unidades de saúde, tendo em vista que algumas mulheres não sabem ainda que estejam grávidas e, erroneamente seriam classificadas como não grávidas.

Além desta possibilidade, é importante ressaltar que o estudo inclui apenas as mulheres gestantes no momento da pesquisa, o que corresponde à prevalência pontual, e não a prevalência no último ou últimos anos, como em investigações realizadas em clínicas, fato que leva a estimativas menores. Por outro lado, as prevalências obtidas em clínicas não correspondem a valores populacionais, pois sofrem a influência da amostragem que na maioria das vezes tem cobertura restrita a grandes cidades, áreas urbanas e hospitais de referência.

Por este motivo, a prevalência em nosso estudo foi ainda menor do que a encontrada por Kale et al (2015), 24,8% na maternidade A e 17,9% maternidade B, em Hospitais da rede pública do estado do Rio de Janeiro e Mota (2010) que encontrou prevalência de grávidas tabagista de 19,1% em Hospital Universitário de Porto Alegre.

Indo ao encontro a literatura, observamos que as mulheres com menor instrução são aquelas que se encontram e mantêm o tabagismo ao longo da gravidez. Perfil semelhante ocorreu no estudo de Drake et al (2018) que evidenciou a diminuição da prevalência à medida que ocorre um aumento da educação entre as gestantes. A relação entre manutenção

do tabagismo e escolaridade materna foi também encontrada em estudos realizados no Brasil (Domingues et al, 2019; Kale et al, 2015). Sabe-se que situação socioeconômica é um dos principais preceptores de fumar independentemente da gestação. No Brasil, a prevalência de mulheres fumantes com mais de 8 anos de escolaridade foi menos da metade da observada entre mulheres com menos de 8 anos de escolaridade (IBGE, 2014).

Na gravidez, esta diferença tende a ser ainda maior porque, em geral, mulheres de baixa renda e escolaridade têm menor acesso ao SS e realizar o pré-natal, na maior parte dos estudos, é um fator importante para promover a cessação do tabagismo. No estudo Nascer no Brasil (NB) tem a sua realização em todo território brasileiro, baseado na amostra hospitalar, identificando maiores prevalências do tabagismo materno, em moradoras do Sul e Sudeste do país, com a cor da pele preta, sem vínculo empregatício e que não possuem companheiros. Apresentando associação com características maternas de vulnerabilidade social (Domingues et al, 2019).

Nosso estudo vai ao encontro da maior dos estudos com gestantes no qual se observa que a prevalência de tabagismo é menor entre pessoas que vivem com companheiro. Achados semelhantes foram observados nos estudos de Kale et al, (2015); Dias-Dame e Cesar (2015); Drake et al (2018), Menezes et al (2008); Kvalvik et al (2012); Motta et al (2015); Tong et al (2015). Quanto à cor da pele, não vimos diferença, o que vai a oposição ao observado por Kale et al, (2015); Dias-Dame e Cesar (2015), mas ao encontro dos achados de Colman e Joyce (2003) e Reis et al (2008); que também não encontraram diferenças quanto à cor da pele, fato que merece uma melhor análise em estudos futuros.

A cessação do tabagismo foi de 50% entre mulheres em idade reprodutiva e cerca de 10 pontos percentuais maior entre gestantes. A cessação entre todas as mulheres em idade fértil foi menor do que a observada por Szklo et al (2013) para o sexo feminino com 25 anos ou mais a partir dos dados da PNS-2013. (57,2%), porém esse dado é condizente com as diferenças etárias desses dois grupos. A cessação há menos de um ano, uma aproximação da cessação em algum momento da gravidez (33,9%) foi menor do que a observada no estudo Nascer no Brasil (42,5%). Embora nenhuma diferença tenha sido estatisticamente significativa, o perfil de cessação, com maiores percentuais para mulheres de maior escolaridade, que vivem com companheiros, que não consomem álcool e que

fizeram pré-natal são compatível com a literatura. O número muito pequeno de dados disponíveis afetou a precisão dos achados devendo ser considerado com parcimônia. De modo semelhante ao nosso, estudos de Dias-Dame e Cesar (2015), Bertani et al (2015) e Domingos (2019), mostram que escolaridade e ter realizado o pré-natal são os principais fatores relacionados à cessação do tabagismo. Schneider et al (2010) relata que o principal fator inibidor da cessação do tabaco está relacionada com o fato do parceiro da gestante fumar, atrelado ao stress da gestação e a multiparidade, não avaliados neste estudo.

Nós encontramos percentual mais elevada em mulheres fumantes entre aquelas que faziam uso de bebida alcoólica, e esse resultado é condizente com a literatura segundo LUCCHESI et al (2016), Santos et al (2014) e Franco e Razes (2015). A explicação é que as pessoas já faziam uso dessas substâncias antes da gestação, se tornando complicado deixarem seu uso após a gestação. Outro fato que chama a atenção seriam quanto às propagandas, marketing e a facilidade em conseguir esses produtos.

Os prejuízos do tabagismo ao feto são imensuráveis, por isso a afirmativa que o feto é um fumante ativo, pode ser muito bem empregada (LEOPÉRCIO E GIGLIOTTI, 2004). Uma solução a esse problema, seria o acesso ao tratamento para cessação do tabagismo, que tem sido ampliados e abrangentes as equipes de atenção primária. Com isso, os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família devem identificar, abordar e tratar os usuários tabagistas, controlando os recursos financeiros que são disponibilizados, permitindo a melhoria da saúde, da qualidade de vida e a cessação do tabagismo para toda a população (BRASIL, 2015).

Nesse cenário os profissionais da atenção primária promovem a oferta do cuidado longitudinal, integral, realizando a manutenção das relações e o fortalecimento do vínculo com usuário, ampliando a efetividade do programa de cessação do tabagismo (BRASIL, 2015).

Embora os progressos quanto a questão da conscientização dos malefícios do tabagismo a partir de uma política de controle do tabaco abrangente e de sucesso sejam notáveis, há desafios quanto a abordagem deste tema dentro da saúde materna e infantil de forma global e no Brasil a serem enfrentados. Caso haja um aumento do consumo de tabaco por gestantes, a tendência será a piora nos resultados da gravidez e nascimento,

particularmente nos países com poucos recursos, prejudicando os bons resultados alcançados. Por outro lado, temos a atenção ao pré-natal como janela vital de oportunidades, para intervir, fornecendo informações sobre todos os malefícios do uso do tabaco e incentivando práticas de saúde benéficas e duradoura para as mulheres e suas famílias (BLOCH e PARASCANDOLA, 2014).

O pré-natal é o momento mais oportuno para desmistificar medos, receios e solucionar dúvidas com relação as transformações morfofisiológicas que podem ocorrer na gestação (ROCHA et al., 2014). Esses fatores devem ser levados em consideração nos programas de prevenção do tabagismo e no fortalecimento de estratégias de promoção da saúde, estabelecendo a necessidade de melhorar o acesso pelas gestantes aos programas de cessação do tabagismo (LANGE et al, 2018).

7 CONCLUSÃO

Recomenda-se na formulação do próximo inquérito domiciliar, realizado pela PNS, que seja incluída uma pergunta mais específica relacionada há quanto tempo parou de fumar, através do enfoque dos períodos gestacionais. Possibilitando uma prevalência de cessação mais explícita, possibilitando diversas análises.

É necessário pensar na ampliação da abordagem de prevenção e cessação do tabagismo nas mulheres em idade fértil, não somente no pré-natal, mas em todos os grupos existentes nas Unidades Básicas de Saúde. A abordagem a cessação ao tabagismo está ainda muito focada no público masculino e nos portadores de co-morbididades, esse olhar buscando a inclusão das crianças e dos jovens nessa abordagem, deve ser aprofundada através da parceria dos trabalhos realizados em conjunto com as escolas.

A importância do pré-natal é crucial para a promoção da cessação de fumar o que nos leva a recomendar uma abordagem mais ampla do pré-natal no sentido de rastrear e dar apoio ao tratamento da dependência da nicotina a mulheres gestantes.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDAL, M. C.; SILVA, V. L.; BACIUK, E. P. Atividade física e qualidade de vida na gravidez. **Pensamento Plural: Revista Científica da UNIFAE**, São João de Boa Vista, v. 3, n.1, 2009. Disponível em: <https://slidex.tips/download/atividade-fisica-e-qualidade-de-vida-na-gravidez>. Acesso em: 12 out. 2017.

ALTHABE, F.; COLOMAR, M.; GIBBONS, L.; BELIZAN, J. M.; BUEKENS, P. Smoking during pregnancy in Argentina and Uruguay. **Medicina**, Buenos Aires, v. 68, p. 48-54, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18416320>. Acesso em: 12 out. 2018.

ALVES, E.; AZEVEDO, A.; CORREIA, S.; BARROS, H. Long-term Maintenance of smoking Cessation in Pregnancy: an analysis of the Birth Cohort generation XXI. **Nicotine & tobacco research**, v. 15, n. 9, p. 1598–1607, 2013.

ANDRIANI, H.; KUO, H. Adverse effects of parental smoking during pregnancy in urban and rural áreas. **BMC Pregnancy and Childbirth**, 2014.

BERTANI, A. L.; GARCIA, T.; TANNI, S. E.; GODOY, I. Prevenção do tabagismo na gravidez: importância do conhecimento materno sobre os malefícios para a saúde e opções de tratamentos disponíveis. **J. Bras. Pneumol**, v. 41, p. 175-181, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/128299/S1806-37132015000200175-pt.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 03 set. 2018.

BERRUETA, M; MORELLO, P.; ALEMAN, A. Smoking Patterns and Receipt of Cessation Services Among Pregnant Women in Argentina and Uruguay. **Nicotine Tob Res**, v. 18, p. 1116-25, 2016.

BEZERRA, I.; FONSECA, D.; SOUSA, V. P. S. de.; SANTOS, L. C. dos.; VIANA, E. de S. R. Comparação da Qualidade de Vida em gestante com disfunção sexual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. p. 37, p. 266-271, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015000600266&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 out. 2017.

BLOCH, M.; ALTHABE, F.; ONYAMBOKO, M.; KASEBA-SATA, C.; CASTILLA, E. E.; FREIRE, S.; GARCES, A. L.; PARIDA, S.; GOUDAR, S. S.; KADIR, M. M.; GOCO, N.; THORNBERRY, J. A.; DANIELS, M.; BARTZ, J.; HARTWELL, T.; MOSS, N.; GOLDENBERG, R. Tobacco use and secondhand smoke exposure during pregnancy: an investigative survey of women in 9 developing nations. **Am J Public Health**, v. 98, p. 1833-1840, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636473/pdf/1833.pdf>. Acesso em: 12 out. 2018.

BLOCH, M.; PARASCANDOLA, M. Tobacco use in pregnancy: a window of opportunity for prevention. **Lancet Glob Health**, v. 2, p. 489-490, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde**. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 12 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de Vida: políticas de estado e desenvolvimento**. Brasília, Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 12 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 1. Ed, Brasília, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 12 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : o cuidado da pessoa tabagista**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf. Acesso em: 06 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-Natal: Rotinas para gestantes de baixo risco**. Coleção Guia de Referência Rápida: Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Versão Profissional, Série F, 2016. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6552790/4176323/GuiaPrenatal_reunido.pdf. Acesso em: 12 out. 2017.

CALOU, C. G. P. *et al.* Health Related Quality of Life of Pregnant Women and Associated Factors: An Integrative Review. **Rev. Health**, v. 6, p. 2375-2387, 2014. Disponível em: <http://www.scirp.org/journal/health>. Acesso em: 29 nov. 2017.

CAMPOS, M. O.; NETO, J. F. R. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 232-240, 2008. Disponível em: <http://stoa.usp.br/lislaineaf/files/-1/19150/qualidade-vida-instrumento-promocao-saude%3E.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2017.

CASTLES, A.; ADAMS, E.K.; MELVIN, C.L.; KELSCH, C.; BOULTON, M. L. Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses. **Am J Prev Med**, v. 16, p. 208-215, 1999.

CERDA, J.; BAMBS, C.; VERA, C. Infant morbidity and mortality attributable to prenatal smoking in Chile. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 41, p. 106, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2017.v41/e106/en>. Acesso em: 14 out. 2018.

CHILSOLM, M. S. C.; CHENG, D.; TERPLAN, M. The relationship between pregnancy intention and change in perinatal cigarette smoking: An analysis of PRAMS data. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 46, p. 189–193, 2014.

COLMAN, G. J.; JOYCE, T. Trends in Smoking Before, During and After Pregnancy in Ten States. **Am J Med Ant**, v. 24, p. 1, 2003.

COSTA, D. O.; NETO, P. da F. V.; FERREIRA, L. N.; COQUEIRO, R. da S.; CASOTTI, C. A. Consumo de Álcool e Tabaco por Gestantes Assistidas na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 5, n. 3, p. 934-948, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/plust/Downloads/22690-69456-1-PB.pdf>. Acesso em: 03 out. 2018.

DHALWANI, N. N.; TATA, L. J.; COLEMAN, T.; FIASCHI, L.; SZATKOWSKI, L. A comparison of UK primary care data with other national data sources for monitoring the prevalence of smoking during pregnancy. **Journal of Public Health**, v. 37, n. 3, p. 547–554, 2014.

DIAS-DAME, J. L.; CESAR, J. A. Disparities in prevalence of smoking and smoking cessation during pregnancy: a population-based study. **Biomed Res Int**, p. 345-430, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/plust/Downloads/345430.pdf>. Acesso em: 14 out. 2018.

DIAS-DAME, J. L.; LINDSAY, A. C.; CESAR, J. A. Cessação do tabagismo na gestação: estudo de base populacional. **Rev. Saúde Pública**. V. 53, p. 3, 2019.

DOMINGUES, R. M. S. M.; FIGUEIREDO, V. C.; LEAL, M. do C. Prevalence of pre-gestational and gestational smoking and factors associated with smoking cessation during pregnancy, Brazil, 2011-2012. **Plos one**, v. 14, n. 5, p. 217-397, 2019.

DRAKE, P. M. S.; DRISCOL, A. K. PH. D.; MATHEWS, T. J. M. S. Cigarette smoking during pregnancy: United States, 2016. **National Center for Health Statistics; NCHS Data Brief**, n. 305, 2018. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db305.pdf>. Acesso em: 12 out. 2018.

FIGUEIREDO, V. C.; TURCI, S. R. B.; CAMACHO, L. A. B. Controle do tabaco no Brasil: avanços e desafios de uma política bem sucedida. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 3, Rio de Janeiro, 2017.

FLUHARTY, M.; Taylor, A. E.; GRABSKI, M.; MUNAFÓ, M. R. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 19, p. 3–13, 2016.

FONTANELLA, B. J. B.; SECCO, K. N. D. Pregnancy and smoking: representations and experiences of patients of Family Health Units. **J Bras Psiquiatr**, v. 61, n. 3, p. 168-175, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n3/08.pdf>. Acesso em: 12 out. 2017.

FRANCO, J. P.; RACES, S. Uso de sustancias psicoactivas en el embarazo y conocimiento de los efectos sobre el feto en puérperas recientes. **Rev Chil Salud Pública**, v. 19, n. 1, p. 37-46, 2015.

GRILLO, E.; FREITAS, P.F.. Tabagismo e outros fatores de risco pré-gestacional para nascimento espontâneo prematuro. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, v.11, n. 4, p. 397-403, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n4/v11n4a06.pdf>. Acesso em: 12 out. 2017.

HUNFELD, J. A.; FONTANELLA, B. J. B.; SECCO, K. N. D. Gestação e tabagismo: representações e experiências de pacientes de Unidade de Saúde da Família. **J Bras. Psiquiatr**, v. 61, n. 3, p. 168-175, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S004720852012000300008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro, 2014.

INCA- Instituto Nacional de Câncer. **Um Grave Problema de Saúde Pública**. 1ª e, Rio de Janeiro. 2007.

KALAYASIRI, R.; SUPCHAROEN, W.; OUIYANUKOON, P. Association between second hand smoke exposure and quality of life in pregnant women and post partum women and the consequences on the new borns. **Qual Life Res**, v. 27, n. 4, p. 905-912, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29327094>. Acesso em: 06 mai. 2018.

KALE, P. L.; FONSECA, S. C.; DA SILVA, K. S.; DA ROCHA, P. M. M.; SILVA, R. G.; PIRES, A. C. A.; CAVALCANTI, M. de L. T.; COSTA, A. J. L.; TORRES, T. Z. G. Smoking prevalence, reduction, and cessation during pregnancy and associated factors: a cross-sectional study in public maternities, Rio de Janeiro, Brazil. **BMC Public Health**, v. 15, p. 406, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4408584/pdf/12889_2015_Article_1737.pdf. Acesso em: 06 mai. 2018.

KESSLER, R. C.; CRUM, R. M.; WARNER, L. A. Lifetime Co-occurrence of DSM-III-R Alcohol Abuse and Dependence With Other Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey. **Archives of General Psychiatry**, v. 54, n. 4, p. 313, 1997.

KO, T.; TSAI, L.; CHU, L.; YEH, S.; LEUNG, C.; CHEN, C.; CHOU, H.; TSAO, P.; CHEN, P.; HSIEH, W. Parental Smoking During Pregnancy and Its Association with Low Birth Weight, Small for Gestational Age, and Preterm Birth Offspring: A Birth Cohort Study. **Pediatrics and Neonatology**, v. 55, p. 20-27, 2014.

KUDLOWIEZ, S.; KAFROUNI, R. Gravidez na adolescência e Construção de um Projeto de Vida. **Psico**, v. 45, n. 2, p. 228-238, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/plust/Downloads/14282-72681-1-PB.pdf>. Acesso em: 12 out. 2017.

KVALVIK L.G.; NILSEN, R. M.; SKJAERVEN, R. *et al.* Self-reported smoking status and plasma cotinine concentrations among pregnant women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. **Pediatr Res**, v. 72, p. 101-107, 2012.

LANGE, S.; PROBST, C.; REHM, J.; POPOVA, S. National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Glob Health**, v. 6, p. 769-776, 2018.

LEOPÉRCIO, W.; GIGLIOTTI, A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, n. 2, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000200016. Acesso em: 12 out. 2017.

LOMBARDI, E. M. S.; PRADO, G. F.; SANTOS, U. de P.; FERNANDES, F. L. A. O Tabagismo e a Mulher: riscos, impactos e desafios. **J Bras Pneumol**, v. 37, n. 1, p. 118-128, 2011. Disponível em: [file:///C:/Users/plust/Downloads/2011_37_1_17_portugues%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/plust/Downloads/2011_37_1_17_portugues%20(1).pdf). Acesso em: 12 out. 2017.

LUCCHESI, R.; PARANHOS, D. L.; NETTO, N. S.; VERA, I.; SILVA, G. C. Fatores associados ao uso nocivo do tabaco durante a gestação. **ACTA Paul. Enferm**, São Paulo, v. 29, n. 3, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000300325. Acesso em: 03 set. 2018.

MAGEE, S. R.; BUBLITZ, M. H.; ORAZINE, C.; BRIDGET, E.; SALISBURY, A.; NIAURA, R.; STROUD, L. R. The relationship between maternal-fetal attachment and cigarette smoking over pregnancy. **Matern Child Health J**, v. 18, n. 4, p. 1017-1022, 2014.

MATHEW, A. R.; HOGARTH, L.; LEVENTHAL, A. M.; COOK, J. W.; HITSMAN, B. Cigarette smoking and depression comorbidity: systematic review and proposed theoretical model. **Addiction**, v. 112, n. 3, p. 401-412, 2016.

MEDEIROS, M. S.; DA COSTA, V. B.; DOS SANTOS, T. M. M. G. Sexualidade na gravidez: vivências de gestantes. **Rev. Interdisciplinar**, v. 6, n. 4, p. 34-43, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/plust/Desktop/SEXUALIDADE/03072018texto4.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2018.

MENEGUIN, S.; XAVIER, C. de L. Qualidade de vida em gestantes com cardiopatia. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 811-818, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a30.pdf>. Acesso em: 12 out. 2017.

MENEZES, A. M. B.; MINTEN, G. C.; HALLAL, P. C.; VICTORA, C. G.; HORTA, B. L.; GIGANTE, D. P.; BARROS, F. C. Tabagismo na coorte de nascimento de 1982: da adolescência à vida adulta, Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, p. 78-85, 2008.

MOHSIN, M.; BAUMAN, A. E. Socio-demographic factors associated with smoking and smoking cessation among 426.344 pregnant women in New South Wales, Australia. **BMC Public Health**, v. 5, p. 138, 2008.

MOTTA, G. de C. P. da.; ECHER, I. C.; LUCENA, A. de F. Fatores Associados ao Tabagismo na gestação. **Rev Latino Americana Enfermagem**, v. 18, n. 4, 2010.

ORNOY, A.; ERGAZ, Z. Alcohol Abuse in Pregnant Women: Effects on the Fetus and Newborn, Mode of Action and Maternal Treatment. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 7, n. 2, p. 364-379, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2872283/>. Acesso em: 29 nov. 2017.

PINELES, B. L.; PARK, E.; SAMET, J. M. Systematic review and meta-analysis of miscarriage and maternal exposure to tobacco smoke during pregnancy. **Am J Epidemiol**, v. 179, p. 807-823, 2014.

PINTO, M.; BARDACH, A.; PALACIOS, A.; BIZ, A.; ALCARAZ, A.; RODRIGUEZ, B. *et al.* Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos. Documento técnico IECS. Disponível em: 21. <http://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/Reporte-completo.pdf>. Acesso em: 20 Mai. 2017.

POLEN, K. N. D.; SANDHU, P. K.; HONEIN, M. A.; GREEN, K. K.; BERKOWITZ, J. M.; PACE, J.; RASMUSSEN, S. A. Knowledge and attitudes of adults towards smoking in pregnancy: results from the HealthStyles 2008 survey. **Matern Child Health J**, v. 19, p. 144-154, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4594848/pdf/nihms702807.pdf>. Acesso em: 13 out. 2018.

POLETTA, F. A.; LOPES, J. S.; GILI, J. A.; MONTALVO, G.; CASTILLA, E. E. Estudo Colaborativo de Malformações Congênitas no Equador. exposição Consumo e fumaça rapé entre mulheres grávidas no Equador. **Rev Panam Salud Publica**, v. 27, n. 1, p. 56-65, 2010.

PORTES LH, M. C. V.; TURCI, S. R. B. History of Brazil's tobacco control policy from 1986 to 2016. **Cad de saúde pública**, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Publica, v. 34, 2018.

REBERTE, L. M. **Efeitos do uso de uma cartilha educativa durante o pré-natal.** Universidade de São Paulo (USP). Tese de Doutorado da Escola de Enfermagem. São Paulo, 2012.

REIS, L. G.; DA SILVA, C. J.; TRINDADE, A.; ABRAHÃO, M.; DA SILVA, V. A. Quem são as mulheres tabagistas que param de fumar na gestação? **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 8, n. 2, p. 217-221, 2008.

ROCHA, M. G. F.; VIEIRA, J. L. B.; DO NASCIMENTO, E. G. C.; ALCHIERE, J. C. Viver a Sexualidade Feminina no Ciclo Gravídico. **Rev Bras. De Ciências da Saúde**, v. 18, n. 3, p. 209-218, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/plust/Desktop/SEXUALIDADE/03072018texto2.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2018.

SANTOS, A. B. dos *et al.* Autoestima e Qualidade de Vida de uma Séria de Gestantes atendidas em rede Pública de Saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 392-400, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/plust/Downloads/38166-157239-1-PB.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2017.

SANTOS, M. M.; PORTO, P. N.; OLIVEIRA, J. F. de.; PIRES, C. G. da S.; ARAUJO, A. J. de S. Associação entre Característica Sócio-demográficas e Frequência de Uso de Álcool por Gestante. **Rev Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-9, 2016. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/14562/pdf_40. Acesso em: 13 abr. 2018.

SATIE, D. K.; MARCON, S. S.; PAGLIARINI, M. A.; ROSSI, R. M. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta Paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 467-471, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n5/a10v26n5.pdf>. Acesso em: 03 set. 2018.

SCHNEIDER, S.; HUY, C.; SCHUTZ, J.; DIEHL, K. Smoking cessation during pregnancy: A systematic literature review. **Drug and Alcohol Review**, n. 29, p. 81-90, 2010.

SMEDBERG, J.; LUPATTELLI, A.; MARDBY, A. C.; NORDENG, H. Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 14, p. 213, 2014. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-14-213>. Acesso em: 14 out. 2018.

SUZUKI, K.; SATO, M.; TANAKA, T.; KONDO, N.; YAMAGATA, Z. Recent trends in the prevalence of and factors associated with maternal smoking during pregnancy in Japan. **J. Obstet. Gynecol Rev**, v. 36, n. 4, p. 745-750, 2010.

SZKLO, A. S.; YUAN, Z.; LEVY, D. Update and extension of the Brazil SimSmoke model to estimate the health impact of cigarette smoking by pregnant women in Brazil. **Cad de Saúde Pública**, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2017.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2017001205004&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 14 out. 2018.

TONG, V. T.; ALTHABE, F.; ALEMÁN, A.; JOHNSON, C. C.; DIETZ, P. M.; BERRUETA, M.; MORELLO, P.; COLOMAR, M.; BUEKENS, P.; SOSNOFF, C. S. Accuracy of self-reported smoking cessation during pregnancy. **Acta Obstet Gynecol**, v. 94, n. 1, p. 106-111, 2015.

US/DEPARTAMENTO DE SAÚDE E SERVIÇOS HUMANOS DOS EUA. Institutos Nacionais de Saúde. **As conseqüências do tabagismo na saúde: 50 anos de progresso. Um relatório do cirurgião geral**. Atlanta, Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Centros de Controle e Prevenção de Doenças, Centro Nacional de Prevenção de Doenças Crônicas e Promoção da Saúde, Escritório sobre Tabagismo e Saúde, 2014.

WALLACE, J. L.; ALAND, K. L.; BLATT, K.; MOORE, E.; DE FRANCO, E. A. Modifying the risk of recurrent preterm birth: influence of trimester-specific changes in smoking behaviors. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, Mar, 2017.

WARD, C.; LEWIS, S.; COLEMAN, T. Prevalence of maternal smoking and environmental tobacco smoke exposure during pregnancy and impact on birth weight: retrospective study using Millennium Cohort. **BMC Public Health**, v. 7, n. 81, 2007.

WEI, J.; LIU, C.; GONG, T.; WU, Q.; WU, L. Cigarette smoking during pregnancy and preeclampsia risk: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. **Rev. Oncotarget**, v. 6, n. 41, 2015.

World Health Organization. **WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy**. Geneva, WHO Press, 2013. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94555/9789244506073_rus.pdf;jsessionid=FCE5F889B2585266F9E158BE80A2A1EF?sequence=5. Acesso em: 06 mai 2018.

World Health Organization. **Global status report on alcohol and health**. Geneva, World Health Organization, 2014. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 13 abr. 2018.

ZHENG, W.; SUZUKI, k.; SHINOHARA, R.; SATO, M.; YOKOMICHI, H.;
YAMAGATA, E. Z. Maternal Smoking During Pregnancy and Growth in Infancy: a
Covariance Structure Analysis. **J Epidemiol**, v. 25, n. 1, p. 44-49, 2015.