

Características e desfechos das puéperas tabagistas em maternidade no sul do Brasil

Characteristics and obstetric outcomes of puerperal smokers in a maternity hospital in southern Brazil

Laura Luiz^{1*}, Pedro Bonilauri Ferreira¹, Felipe Farah¹, Rodrigo Ribeiro e Silva¹, Jean Carl Silva²

RESUMO

Objetivo: Avaliar as características maternas das tabagistas e os desfechos adversos perinatais relacionados ao tabagismo na gestação. **Métodos:** Trata-se de um estudo coorte transversal. Realizou-se uma entrevista a uma amostra composta aleatória de puérperas. Dividiu-se as pacientes em 2 grupos, pacientes que fumaram e pacientes que não fumaram na gestação. Os desfechos perinatais foram avaliados através do cálculo de razão de chance ajustado para os fatores de confusão, utilizou-se o intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** Após o cálculo de razão de chance ajustado, verificou-se que a incidência foi maior em gestantes solteiras (RC = 2,176 IC95% 1,375-3,445), de ensino primário (RC = 2,181 IC95% 1,457- 3,265). O tabagismo aumentou a chance de recém-nascidos Pequenos para Idade Gestacional (PIG) (RC= 2,590 IC95% 1,344-4,990), não interferiu nos demais desfechos. **Conclusão:** O risco de fumo durante a gestação é 2,1 vezes maior em mulheres solteiras e que possuem até o ensino primário completo. Ainda, o tabagismo aumentou em 2,5 vezes a chance de recém-nascidos PIG.

Palavras-chave: Tabagismo; Gestação; Pequeno para idade gestacional.

ABSTRACT

Objective: To evaluate characteristics of pregnant smokers and adverse perinatal outcomes related to smoking during pregnancy. **Methods:** This is a cross-sectional cohort study. An interview was made with a random sample of women who have recently given birth. Patients were divided into 2 groups, patients who smoked and patients who did not smoke during pregnancy. Perinatal outcomes were evaluated by calculating the odds ratio adjusted for confounding factors, using the 95% confidence interval. **Results:** After calculating the adjusted odds ratio, it was found that smoking was more common in single pregnant women (OR = 2.176 95%CI 1.375-3.445) and with only primary education (OR = 2.181 95%CI 1.457-3.265). Smoking increased the chance of Small for Gestational Age (SGA) newborns (OR= 2.590 95%CI 1.344-4.990), without interfering in the other outcomes. **Conclusion:** The risk of smoking during pregnancy is 2.1 times higher in single women who have only completed primary education. Furthermore, smoking increased the chance of SGA newborns by 2.5 times.

Keywords: Smoking; Gestation; Small for gestational age.

¹ Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE

² Maternidade Darcy Vargas – MDV

*lauraluizc@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os movimentos de igualdade entre gêneros – ao longo do tempo – obtiveram um desempenho notório ao analisarmos a sociedade vigente, tendo como comparação o estilo de vida de homens e mulheres no século XIX. Nesse contexto histórico, antigamente existia-se um impedimento para o acesso do gênero feminino ao tabaco, pois a sociedade julgava o hábito de fumar como usufruto apenas masculino. Todavia, a partir dos movimentos sufragistas, a esfera a qual regia o uso de tabaco – sendo essa apenas para homens - foi desfeita, fornecendo espaço para a indústria do cigarro interagir com as mulheres, por meio da demonstração de independência destas. Desse modo, houve uma notável elevação na taxa de mulheres fumantes, sendo que hodiernamente é frequente em nossa sociedade mulheres tabagistas, e conseqüentemente os danos gerados a partir desse vício (KLUTHCOVSKY; STUMPF; TORRANI, 2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, estima-se que 250 milhões de mulheres são tabagistas em todo o mundo, e em sociedades as quais o índice de indivíduos fumantes demonstra-se retraído, essa redução decorre com menor ênfase entre as mulheres, quando comparada ao sexo masculino (LOMBARDI; PRADO; SANTOS; FERNANDES, 2011). O tabagismo presente no estilo de vida feminino, decorre por meio do contexto o qual essa mulher encontra-se, seja relacionado à cultura da sociedade a qual ela está inserida, ou devido aos aspectos sociais como índice socioeconômico, uso de álcool e/ou drogas ilícitas e estado civil dessa indivíduo, visto que esses aspectos são comprovados influenciadores do consumo de tabaco no meio feminino (LOMBARDI; PRADO; SANTOS; FERNANDES, 2011).

No entanto, o tabagismo entre mulheres demonstra-se mais crítico ao relacionar-se com a gestação, com base nos danos preconizados ao feto e a mãe, levantando-se a hipótese de que gestações associadas ao tabaco, resultam em PIG, más formações fetais, abortos espontâneos, fetos com problemas respiratórios, parto prematuro entre outras intercorrências (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004). Sendo assim, nota-se a necessidade da realização de estudos os quais abordam o efeito do tabagismo na gestação, a fim de observar se o tabaco corresponde a um fator de risco na gravidez, além dos fatores predisponentes os quais elevam as taxas de gestantes fumantes. Logo, conseguiremos assegurar cuidados pré-natais eficazes às grávidas usuárias de tabaco e aos seus bebês.

Nesse contexto, esse tema é relevante para sociedade no sentido de possibilitar a disseminação de informações coerentes a respeito dos desfechos obstétricos de gestantes tabagistas, demonstrando as consequências geradas para a mãe e feto, como também analisar os fatores de risco os quais vulnerabilizam gestantes ao uso de tabaco. Desse modo, o presente estudo deve demonstrar as intercorrências ocasionadas pelo fumo à mãe/feto, como também os eventos predisponentes deste vício durante a gravidez.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal com foco nas características maternas e no impacto do tabagismo durante a gestação nos desfechos adversos perinatais. As puérperas foram divididas em 2 grupos, fumantes e não fumantes.

A coleta de dados teve início após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa. O projeto foi aprovado sob o número CAAE 28786020.5.0000.5363 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Joinville, SC, Brasil. O estudo seguiu os critérios definidos pela Resolução 466/2012 cada puérpera assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido presencialmente.]A coleta foi realizada no período de agosto até dezembro de 2020.

A amostra aleatória foi estratificada de puérperas maiores de 18 anos com gestação única que tiveram seus partos realizados na Maternidade Darcy Vargas e com todo atendimento pré-natal realizado no Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade de Joinville – SC, as quais voluntariamente optaram por participar desta pesquisa, mediante assinatura Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O critério de exclusão de pacientes foi: puérperas que se recusaram a participar da pesquisa após o início do questionário.

Todos os dados foram obtidos através de entrevista com escuta qualificada e ao Prontuário Eletrônico na Maternidade Darcy Vargas 48 horas após o parto, a qual contemplou aspectos socioeconômicos, hábitos de vida, antecedentes familiares e obstétricos, além de informações acerca da gestação atual. Por meio da entrevista, foram analisados dados maternos como idade, Índice de Massa Corporal (IMC), ganho de peso, raça, escolaridade, remuneração e estado civil. Além disso, foram avaliados dados a respeito dos antecedentes obstétricos e familiares, hábitos de vida (alcooolismo e outras drogas) e

presença de patologias prévias (Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica) ou desenvolvidas ao longo da gestação (Doença Hipertensiva Específica Gestacional, Diabetes Mellitus Gestacional), assim como a número de consultas de pré-natal e acompanhamento no Setor de Alto Risco da Maternidade Darcy Vargas.

Ainda assim, através de análise do Prontuário Único do Paciente (PUP), foram avaliadas características do recém-nascido, como peso do nascimento, adequação do peso a idade gestacional, Apgar de 1º e 5º minutos, via de parto, necessidade UTI neonatal, além de desfechos adversos, como prematuridade (IG < 37 semanas) , baixo peso ao nascer (de acordo com a OMS), laceração e episiotomia.

Através de achados na literatura, o fumo de um cigarro ao dia já pode ocasionar complicações, todavia, no presente artigo consideramos como tabagista a mulher a qual fuma > 10 cigarros por dia, de acordo com Teste de Fagerström para a dependência à nicotina, conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo do Ministério da Saúde (MS) (22).

Os desfechos primários avaliados no presente artigo foram: o fumo em relação a gestação, Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), cesariana, recém nascidos Pequenos para a Idade Gestacional (PIG), baixo peso ao nascer e prematuridade.

Concomitantemente à coleta realizou-se a digitalização dos dados em um banco eletrônico com dupla entrada, para verificação de concordância e possíveis erros de digitação. Utilizou-se o software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0, para análise estatísticas dos dados. Todas as variáveis foram analisadas descritivamente, assim, as variáveis contínuas (numérica) foram estudadas por meio do cálculo de médias e desvios-padrão. Para as variáveis qualitativas foram calculadas frequências absolutas e relativas. Para a verificação da hipótese de igualdade entre as médias dos grupos, foi utilizado teste T de student, quando a distribuição for normal, e o teste não paramétrico de Mann-Whitney, quando o teste de normalidade for recusado. O teste de normalidade utilizado foi o Kolmogorov-Smirnov. Para se provar a homogeneidade dos grupos em relação às proporções, foi utilizado o teste Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher para frequências abaixo de 5.

Modelos de regressão logística multinomial foram construídos de modo a analisar a relação do tabagismo na gestação com desfechos adversos perinatais (DMG, DHEG, cesariana, prematuridade, baixo peso ao nascer e UTI neonatal). Desse modo, estimou-se a relevância do efeito das variáveis pelo cálculo da razão de chances (Odds Ratio – OR) ajustada conforme fatores de confusão, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Os fatores de confusão utilizados foram: idade, cesariana prévia, alcoolismo e outras drogas. Os valores foram considerados significativos quando $P < 0,05$.

RESULTADOS

Com base na necessidade de avaliar as consequências do tabagismo na gestação, a investigação das possíveis causas de vulnerabilidade demonstra-se importantes, a fim de tratá-las como fator de risco. Nesse caso, o presente estudo avaliou 1.670 gestantes, dentre estas 1.545 não fumavam (92,5%), e as demais 125 eram tabagistas (7,5%).

Ao analisar os dados, relata-se diferença significativa entre os resultados dos desfechos obstétricos gestacionais de tabagistas e não fumantes. Primeiramente, ao compararmos a escolaridade, quase que a totalidade das gestantes tabagistas possuem ensino primário e secundário, diferindo ao outro grupo. Ademais, quase metade das puérperas não fumantes possuem uma atividade remunerada, enquanto a minoria das gestantes tabagistas obtém renda. Outro fator corresponde ao estado civil, visto que quase a totalidade das tabagistas declararam-se solteiras, diferindo das puérperas não fumantes as quais possuem maior taxa de casamento. Dados supracitados encontram-se agrupados na tabela 1.

Quanto ao empenho à saúde materno-fetal, tanto a adequação ao ministério da saúde, como a adequação à organização mundial da saúde, as gestantes não tabagistas demonstram-se mais adequadas, em comparação ao outro grupo. Ademais, grávidas usuárias de tabaco também usufruem de álcool, numa taxa relevantemente maior do que as gestantes não tabagistas, como exemplificado na tabela 1.

Entre as características relacionadas ao feto, nascidos das puérperas que fumaram obtiveram menor peso ao nascer em relação ao outro grupo. Fetos de puérperas que fumaram tiveram uma taxa de Pequeno para Idade Gestacional (PIG) mais elevada, ao

comparamos com os fetos gerados por mães não tabagistas. Entretanto, gestantes as quais não fumaram durante a gestação, tiveram maior índice de laceração ao compararmos com grávidas tabagistas, como mencionado na tabela 2.

Por fim, ao observar os resultados da razão de chance das características maternas e dos desfechos adversos, relacionados ao tabagismo na gestação – comparando gestantes fumantes e não fumantes – relatam que mulheres solteiras ou de escolaridade primária detêm maior chance de fumar durante a gestação. Ademais, o perceptível risco de FIG o qual fetos de mães tabagistas estão 2,59 vezes mais expostos. Entretanto, o tabagismo não influenciou nos desfechos obstétricos a respeito da Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), Doença Hipertensiva Exclusiva da Gestação (DHEG), índice de cesáreas, baixo peso ao nascer e prematuridade, como mostrado na tabela 3.

Tabela 1: Características maternas relacionadas ao tabagismo*

	Puérperas que não fumaram (n=1545)	Puérperas que fumaram (n=125)	P
Idade	27,3 (6,2)	28,1 (5,6)	0,055
IMC Pré-Gestacional	26,2 (5,7)	25,7 (5,3)	0,481
Obesidade	351 (22,7)	31 (24,8)	0,594**
Ganho de Peso	12,8 (7,1)	11,8 (8,3)	0,071
Ganho de Peso Excessivo	666 (43,1)	45 (36,0)	0,122**
Raça			0,015**
Branca	1262 (81,8)	89 (71,2)	0,004**
Negra	61 (4,0)	8 (6,4)	0,185**
Parda	220 (14,3)	28 (22,4)	0,014**
Escolaridade			0,000**
Primário	362 (23,4)	59 (47,2)	0,000**
Secundário	968 (62,7)	61 (48,8)	0,002**
Superior	215 (13,9)	5 (4,0)	0,002**
Gestações anteriores	2,3 (1,4)	3,2 (1,7)	0,000
Partos Normais anteriores	1,3 (1,3)	1,8 (1,6)	0,005
Cesarianas prévias	0,7 (0,9)	1,0 (1,3)	0,047
Abortos	0,2 (0,6)	0,4 (0,7)	0,026
Atividade Remunerada	704 (45,6)	35 (28,0)	0,000**
Situação Marital			0,000**
Casada	488 (31,6)	12 (9,6)	0,000**
Solteira	881 (57,0)	97 (77,6)	0,000**
União Estável	150 (9,7)	12 (9,6)	0,968**
Divorciada	26 (1,7)	4 (3,2)	0,182***

Número de Consultas	8,8 (3,3)	7,7 (3,6)	0,000
Pré-Natal			
Adequação ao MS	1331 (86,1)	86 (68,8)	0,000**
Adequação a OMS	1028 (66,5)	61 (48,8)	0,000**
Pré-Natal Alto Risco MDV	465 (30,1)	36 (28,8)	0,761**
DMG	321 (20,8)	24 (19,2)	0,675**
DHEG	142 (9,2)	9 (7,2)	0,455**
DM prévio	18 (1,2)	2 (1,6)	0,449***
HAS prévio	104 (6,7)	6 (4,8)	0,402**
Alcoolismo	16 (1,0)	22 (17,6)	0,000**
Outras Drogas	5 (0,3)	5 (4,0)	0,000**

*Média e desvio-padrão, números absolutos e percentagens; ** Teste Qui-quadrado; ***Teste Exato de Fisher; IMC – Índice de Massa Corporal; DMG – Diabetes Mellitus Gestacional; DM – Diabetes Mellitus; DHEG – Doença Hipertensiva Especifica da Gestação; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica.

Tabela 2: Características do recém-nascidos relacionadas com o tabagismo materno*

	Puérperas que não fumaram (n=1545)	Puérperas que fumaram (n=125)	P
Peso ao Nascimento	3.302,0 (546,5)	3.184,0 (503,9)	0,002
IG do Parto	38,6 (1,9)	39,0 (1,5)	0,052
Adequação ao Peso			0,033**
PIG	115 (7,4)	17 (13,6)	0,014**
AIG	1196 (77,4)	94 (75,2)	0,571**
GIG	234 (15,1)	14 (11,2)	0,233**
Via de Parto			0,562**
Parto Normal	894 (57,9)	69 (55,2)	
Cesariana	651 (42,1)	56 (44,8)	
Laceração	518 (33,5)	31 (24,8)	0,046**
Episiotomia	110 (7,1)	8 (6,4)	0,763**
Apgar de 1º minuto	7,7 (0,9)	7,6 (1,0)	0,285
Apgar de 5º minuto	8,8 (0,6)	8,8 (0,6)	0,448
Prematuridade	115 (7,4)	9 (7,2)	0,920**
Baixo Peso ao Nascer	91 (5,9)	9 (7,2)	0,553**
UTI neonatal	128 (8,3)	6 (4,8)	0,168**

*Média e desvio-padrão, números absolutos e percentagens; ** Teste Qui-quadrado. IG – Idade Gestacional; PIG – Pequeno para a Idade Gestacional; AIG – Adequado para a Idade Gestacional; GIG – Grande para a Idade Gestacional; UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

Tabela 3: Razão de chance de desfechos adversos relacionados ao tabagismo na gestação

	P	RC	IC95%
Solteira	0,001	2,176	1,375-3,445
Pardas	0,103	1,500	0,921-2,442
Ensino Primário	0,000	2,181	1,457-3,265
Atividade Remunerada	0,001	0,478	0,309-0,740
DMG	0,591	0,871	0,527-1,440
DHEG	0,658	0,846	0,402-1,778
Cesariana	0,885	1,055	0,513-2,169
Recém-nascidos PIG	0,004	2,590	1,344-4,990
Baixo Peso ao Nascer	0,407	0,604	0,184-1,987
Prematuridade	0,840	0,898	0,315-2,562

*Fatores de confusão: Idade, Cesariana Prévia, Alcoolismo e Outras Drogas. DMG – Diabetes Mellitus Gestacional; DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gestação; PIG – Pequeno para a Idade Gestacional.

DISCUSSÃO

O presente estudo destaca-se pela observação das características maternas e dos desfechos obstétricos de uma amostra de gestantes tabagistas, sendo todas provindas da mesma maternidade. O estudo relatou que puérperas fumantes são majoritariamente solteiras e concluintes apenas do ensino primário, além de terem maiores chances de conceber nascituros pequenos para a idade gestacional (PIG).

No presente artigo, foram analisadas 1.670 gestantes dentre as quais 125 eram fumantes, consistindo em 7,5% do total das puérperas sendo tabagistas. Ao compararmos com a literatura, observamos a baixa taxa de pacientes fumantes no presente estudo, como por exemplo, numa pesquisa conduzida no Hospital Bom Jesus, na cidade de Toledo (Paraná), entre as gestantes avaliadas apenas 12% eram tabagistas ativas durante a gravidez (SEGURA *et al.*, 2013). Percentual semelhante com essa pesquisa, foi constatado no estudo realizado com 300 pacientes no centro de parto normal intra-hospitalar de uma instituição pública, onde 15,7% se declararam tabagistas (PENA *et al.*, 2017).

Em relação às características das gestantes tabagistas, o presente estudo demonstrou um aumento de duas vezes nos casos em mulheres solteiras, fato esse não consistente com demais achados na literatura, os quais obtêm maior quantidade de gestantes tabagistas

casadas, ao invés de solteiras (DIAS-DAMÉ; LINDSAY; CESAR, 2018; SIQUEIRA; FRACOLLI; MAEDA, 2019; FERREIRA *et al.*, 2016). Todavia, o fato da maioria das gestantes do presente estudo que se declararam solteiras, pode possivelmente nos mostrar a correlação com a escassez de abstinência ao tabaco durante a gravidez, visto a falta de incentivo por parte do companheiro, fator esse primordial para a cessação do fumo na gestação (SIQUEIRA; FRACOLLI; MAEDA, 2019). Desse modo, estudos redigidos em países desenvolvidos afirmam que ocorre maior cessação ao fumo por gestantes as quais vivem com um companheiro (DIAS-DAMÉ; LINDSAY; CESAR, 2018).

No presente estudo não fora estabelecido uma relação do tabagismo e raça, apesar de majoritariamente as gestantes serem pardas. De acordo com achados na literatura, a etnia não demonstrou um fator de risco ao tabagismo, conclusão essa semelhante ao resultado deste estudo (FERREIRA *et al.*, 2016). Este fato pode ser explicado por conta de elementos como o meio social da gestante denominarem a persistência ao fumo em relação a raça, visto que a desestabilidade financeira e emocional podem ser pretextos para o fumo.

Com relação ao nível de escolaridade, o presente estudo demonstrou um aumento nas chances de tabagismo durante a gestação em grávidas as quais possuem educação até o ensino primário. Esse resultado demonstra-se condizente com os demais encontrados na literatura, associando a baixa escolaridade com fator de risco ao tabagismo gestacional (DIAS-DAMÉ; LINDSAY; CESAR, 2018; SIQUEIRA; FRACOLLI; MAEDA, 2019; FERREIRA *et al.*, 2016).

Nesse contexto, a educação em saúde é imprescindível para a transmissão de conhecimento e prevenção de hábitos nocivos, como o fumo (FALKENBERG *et al.*, 2014). Todavia, o contexto social existente no Brasil, onde o processo educacional vem a ser substituído pelo ofício infantil - em circunstâncias de famílias brasileiras economicamente desfavoráveis -, resultando um defasado aprendizado podendo potencializar uma incompreensão quanto aos malefícios à própria saúde do indivíduo (CONDE, 2013).

Quanto ao exercício de atividade remunerada, no presente estudo a maioria das gestantes tabagistas não possuem atividade remunerada, em relação ao outro grupo de gestantes. Os demais estudos avaliaram a condição econômica desfavorável da puerpera

como um fator de risco para o tabagismo gestacional, esse resultado pode ser explicado através das gestantes fumantes com maior renda terem meios para cessar o fumo, como a realização de tratamento pago com especialistas (DIAS-DAMÉ; LINDSAY; CESAR, 2018; SIQUEIRA; FRACOLLI; MAEDA, 2019).

Em demais achados na literatura, gestantes tabagistas também estão mais propensas ao consumo de álcool, e esse fato pode ser explicado através dos neurotransmissores e receptores de nicotina, que fazem a mesma associação no cérebro (GUIMARÃES *et al.*, 2018). Ademais, o presente estudo demonstrou que este hábito é mais frequente em pacientes com baixa adequação ao Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), condizente com outros achados na literatura, onde as gestantes tabagistas não realizaram as consultas pré-natais (SIQUEIRA; FRACOLLI; MAEDA, 2019).

A respeito do desenvolvimento de DMG, o presente estudo não obteve uma elevada disparidade ao compararmos os grupos de gestantes. Um estudo realizado obteve um resultado o qual se assemelha ao presente estudo, visto que apenas 6% das gestantes com DMG eram fumantes, no entanto entre as gestantes as quais cessaram o fumo durante a gestação, obtiveram um índice de 17,2% com DMG (BARBIERI, 2015). Nesse sentido, as gestantes que eram tabagistas, mas deixaram o vício por conta da gravidez, tendem a aumentar o ganho de peso durante a gestação, possibilitando desenvolver DMG (BARBIERI, 2015). Contudo, o mesmo estudo demonstra um resultado semelhante ao presente artigo, quando relacionamos gestantes que utilizaram tabaco durante a gestação, refletindo em níveis não significativos de DMG.

Desse modo, de acordo com o Ministério da Saúde, a DHEG é considerada a maior causa de mortalidade materna no país, sendo uma problemática na saúde pública do Brasil (DAVID, M. *et al.*, 2011). No presente estudo não houve diferenças no desenvolvimento de DHEG entre os dois grupos de gestantes. Todavia, achados da literatura demonstram que gestantes tabagistas desenvolvem pré-eclâmpsia em menor quantidade, ao compararmos com puérperas não fumantes (SILVA; VIEIRA, 2019). Nesse contexto, este fato pode ser explicado através da nicotina presente no cigarro, a qual em altas concentrações estimula o sistema nervoso parassimpático, ocasionando bradicardia e hipotensão (PAIK *et al.*, 2019).

O Brasil possui uma elevada taxa de cesáreas, sendo esta mais elevada do que a quantidade recomendada pela OMS, fato este que pode estar relacionado - conforme a literatura - através da precariedade da assistência ao parto eutócico nas maternidades do país (SEGURA *et al.*, 2013). Quanto às características da via de parto, nosso estudo não demonstrou significativo aumento no número de cesáreas realizadas por gestantes tabagistas, ao serem comparadas às puérperas não fumantes.

O resultado do presente artigo, demonstrou-se condizente ao estudo realizado em Porto Alegre, onde se constatou que não houve diferença entre a taxa de cesariana em gestantes tabagistas (BECKER *et al.*, 2020). Todavia, um estudo realizado em outra maternidade do país, constatou uma disparidade entre as vias de parto, visto que as gestantes não tabagistas realizaram maior número de cesáreas, ao compararmos com as puérperas tabagistas (NUNES; CAMPOS, 2016).

Essa disparidade de resultados pode ser explicada ao compararmos a dimensão da amostra das pesquisas, visto que o último artigo provém de um estudo com uma amostra maior que as demais da literatura. Em relação às vias de parto, um fator que pode estar relacionado ao menor número de cesárias em gestantes tabagistas, decorre do fato dos RN destas serem menores do que o esperado para a idade gestacional, facilitando o parto vaginal (RENZ *et al.*, 2015; KALE *et al.*, 2018).

Os nascidos pequenos para a idade gestacional (PIG), são aqueles os quais não possuem um tamanho corporal condizente (ALVES *et al.*, 2015). Nesse contexto, os nascituros PIG necessitam de um atendimento especializado, visto que detêm aproximadamente 20 vezes maior chance de vir a óbito, quando comparados com nascidos de peso adequado (ALVES *et al.*, 2015). Essa anomalia pode ocorrer por fatores genéticos do feto, ou por conta de eventos adversos maternos (ALVES *et al.*, 2015).

O presente artigo demonstrou uma razão de chance de 2,5 vezes maior para a anormalidade PIG, pelos nascidos de mães tabagistas. Um estudo constatou que além da anormalidade PIG estar correlacionada ao tabagismo, houve prevalência entre esses anos estudados e a elevação no número de casos (RENZ *et al.*, 2015). Ademais, outro estudo demonstrou que a prevalência de RN-PIG está crescentemente relacionada às gestantes as quais realizaram o uso de tabaco na gestação - ao compararmos com grávidas não tabagistas que dispuseram de menor taxa de RN-PIG - (KALE *et al.*, 2018).

Deste modo, tal fato pode ser comprovado por meio da escassez de perfusão sanguínea na placenta, por conta do baixo transporte de oxigênio pela hemoglobina materna (SEGURA *et al*, 2013; SIQUEIRA *et al.*, 2017). Também, o cigarro é composto por nicotina e monóxido de carbono que agem como vasoconstritores, atenuando o fluxo do sangue que já estava defasado, resultando, assim, em um desenvolvimento fetal inadequado (SEGURA *et al*, 2013).

Outros achados na literatura relacionaram o tabagismo com a diminuição do perímetro cefálico fetal, fator este não avaliado no presente estudo o qual demonstra-se de importante abordagem, visto os resultados apresentados por demais estudos.

Em relação ao baixo peso ao nascer, o presente estudo não constatou disparidade entre os dois grupos de gestantes, resultado este distinto dos demais encontrados na literatura. Um estudo realizado demonstrou que o fumo materno durante toda a gestação está associado ao baixo peso ao nascer do nascituro (ZHANG *et al.*, 2011). Outrossim, um estudo supracitado o qual analisou os malefícios do cigarro durante a gestação, comprovou que nascidos de mães tabagistas obtiveram ganho ponderal negativo durante a gestação (PENA *et al.*, 2017).

Os resultados em ambos os artigos, podem ser exemplificados pelo contexto dos componentes químicos existentes no cigarro - como a nicotina e o monóxido de carbono - os quais são capazes de atravessar a barreira placentária, obtendo afinidade pela hemoglobina fetal alterando questões nutricionais fetais (PENA *et al.*, 2017). No contexto do presente estudo, os resultados obtidos podem ser justificados pelo fato dos valores antropométricos do RN serem dependentes da exposição ao tabaco, além do período o qual a gestante mais se expôs a esse fator, dados os quais não foram avaliados (NUNES; CAMPOS, 2016).

Quanto à prematuridade, o presente artigo não demonstrou disparidade entre os resultados das gestantes tabagistas e não tabagistas, sendo este dado inconsistente com os demais achados na literatura. Um estudo supracitado evidenciou o tabagismo como um alto risco para o parto pré-termo, sendo que a média do período gestacional das gestantes tabagistas foi de 28,7 semanas (SEGURA *et al*, 2013).

Outro estudo investigativo das causas da prematuridade, constatou o tabagismo como fator predominante para tal desfecho obstétrico, sendo a quantidade de cigarros fumados

por dia pela gestante um agente causal importante para o aumento do risco de prematuridade (GRILLO; FREITAS, 2011). Deste modo, no cigarro existem componentes os quais causam a má absorção de vitamina B12, ocasionando a redução nos níveis de eritropoiese e leucopoiese no organismo materno, fatores estes relacionados ao parto prematuro (SEGURA *et al.*, 2013).

O presente estudo fora realizado com uma significativa amostra de gestantes e todas sendo da mesma instituição hospitalar, fator este positivo para conclusão dos resultados. Também, a comprovação do risco de um RN PIG nascido de uma mãe tabagista, evidencia uma real problemática a qual acomete o feto, podendo assim, conscientizar mulheres fumantes da necessidade de encerrar o vício no período gestacional.

Contudo, com um tempo de duração mais abrangente do ocorrido, teríamos resultados mais conclusivos, pelo aumento da diversidade de pacientes. Ademais, cabe-se mencionar a escassez de informação acerca da quantidade de cigarros fumados por dia pelas gestantes tabagistas, visto a exposição ao tabaco ser um notável determinante de desfechos obstétricos desfavoráveis. Outrossim, caberia no estudo a abrangência de gestantes as quais cessaram o vício ao cigarro durante o período gestacional, com o objetivo de notificar os efeitos nocivos que seriam evitados, como a prematuridade que está diretamente relacionada à maior exposição ao cigarro (GRILLO; FREITAS, 2011).

Com os resultados obtidos neste estudo, concluímos que o cuidado com a gestante tabagista é imprescindível, sendo necessária a prestação de um atendimento adequado assegurando a saúde perinatal, visto que diversas gestantes não possuem conhecimento acerca dos malefícios do tabaco para a saúde fetal, entre as quais algumas já fumaram em gestações anteriores e não obtiveram complicações, julgando o tabaco como não nocivo (PENA *et al.*, 2017).

Logo, a conscientização das gestantes tabagistas sobre os danos preconizados ao feto é de extrema importância pública, sendo necessárias políticas de intervenção, visto que 30% das mulheres em idade reprodutiva são tabagistas (PENA *et al.*, 2017). Para futuras pesquisas, recomenda-se a realização de estudos clínicos prospectivos os quais analisem a influência do tabagismo nos desfechos obstétricos, além de pesquisas intervencionistas com o objetivo de reduzir o consumo de tabaco no período gestacional.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados do presente estudo, conclui-se que o tabagismo gestacional se encontra 2,17 vezes mais frequente em gestantes solteiras, e 2,18 vezes em puérperas de ensino primário. Ademais, o fumo eleva as chances da gestante conceber um RN-PIG em 2,5 vezes.

REFERÊNCIAS

ALVES, Thiago Laranjeira; JÚNIOR, Hugo da Costa Ribeiro; COSTA, Mariana de Lima; *et al.* Fatores associados ao recém-nascido pequeno para a idade gestacional: uma revisão. *Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr.*, p. 376–382, 2015.

BARBIERI, Patrícia. Ácidos graxos, índices de qualidade da gordura da dieta e diabetes gestacional . text, Universidade de São Paulo, 2015.

BECKER, Patrícia Cemin; MARIOT, Márcia Dornelles Machado; KRETZER, Daniela Cortés; *et al.* . O consumo alimentar da gestante pode sofrer influência de sua condição clínica durante a gestação? *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 20, p. 515–524, 2020.

CONDE, Soraya Franzoni. As medidas de enfrentamento à força do trabalho infantil no Brasil: força em luta. *Revista Katálisis*, v. 16, p. 241–247, 2013.

DAVID, M. *et al.* Com. *Ciências Saúde -22 Sup*, v. 1, p. 113–120, 2011

DIAS-DAMÉ, Josiane Luzia; LINDSAY, Ana Cristina; CESAR, Juraci Almeida. Cessação do tabagismo na gestação: estudo de base populacional. *Rev. Saúde Pública*, v. 53, p. 2018.

FALKENBERG, Mirian Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozo de; *et ai.* . Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* , v. 19, p. 847–852, 2014.

FERREIRA, Amanda Pereira; BERNARDI, Juliana Rombaldi; FERREIRA, Carlos Francisco; *et ai.* . Fatores associados ao número de consultas pré-natais de mulheres

tabagistas e não tabagistas atendidas em hospitais de Porto Alegre (RS), Brasil. *Saúde Redes* , pág. 167–178, 2016.

GRILLO, Eugênio; FREITAS, Paulo Fontoura. Tabagismo e outros fatores de risco pré-gestacional para nascimento espontâneo. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* , v. 11, p. 397–403, 2011.

GUIMARÃES, Vanessa Alves; FERNANDES, Kelly Silveira; LUCCHESI, Roselma; et al . Prevalência e fatores associados ao uso de álcool durante a gestação em uma maternidade de Goiás, Brasil Central. *Ciência & Saúde Coletiva* , v. 23, p. 3413–3420, 2018.

KALE, Pauline Lorena; LORDELO, Carlos Victor Mendonça; FONSECA, Sandra Costa; et al . Adequação do peso ao nascer para a idade gestacional de acordo com a curvatura INTERGROWTH-21st e fatores associados ao pequeno para a idade gestacional. *Cadernos Saúde Coletiva* , v. 26, p. 391–399, 2018.

KLUTHCOVSKY, Ana Claudia Garabeli Cavalli; STUMPF, Matheo Augusto Morandi; TORRANI, Allan Catarino Kiska. Comparação do perfil sociodemográfico, clínico e tabágico entre homens e mulheres tabagistas. *Revista Stricto Sensu* , v. 2, n. 2, 2017.

LOMBARDI, Elisa Maria Siqueira; PRADO, Gustavo Faibichew; SANTOS, Ubiratan de Paula; et al . O tabagismo e a mulher: riscos, atos e desafios. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* , v. 37, p. 118–128, 2011.

NUNES, Rodrigo Dias; CAMPOS, Andressa Caroline Cardoso de. AVALIAÇÃO DO HÁBITO TABÁGICO E FATORES ASSOCIADOS AO TABAGISMO NA GESTAÇÃO. *Arquivos Catarinenses de Medicina* , v. 44, n. 3, pág. 23–36, 2016.

PAIK, Jin Hui; KANG, Soo; DUREY, Areum; et al . Bradicardia sintomática causada por intoxicação por nicotina. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* , v. 30, p. 121–126, 2018.

PENA, Janaina Cristina de Paula; PEDERSOLI, Larissa de Oliveira; NUNES, Manuela Leandro; et al . USO DE ÁLCOOL E TABACO NA GESTAÇÃO: INFLUÊNCIA NO

PESO DO RÉCEM NASCIDO. Revista Saúde - UNG-Ser , v. 11, n. 1/2, pág. 74–82, 2017.

Renz BM, Cunha KA, Gehm LL, Souza MA, Renner FW. Prevalência de recém-nascidos pequenos para idade gestacional e fatores associados. Bol Cient Pediatr. 2015;04(1):17-21.

SANTOS, Hávila Thais de Santana; OLIVEIRA, Geane Silva; SOARES, Paloma Costa Ferreira; et al . Os malefícios do uso do tabaco na gestação e suas complicações ao feto. Revista de Enfermagem UFPE on line , v. 9, n. 9, pág. 9978–9982, 2015.

SEGURA, Dora de Castro Agulhon; MISSIO, Letícia; ABENTROTH, Lilian Regina Lengler; et al . ANÁLISE DA ÂMBITO DE PARTOS PREMATUROS RELACIONADOS AO USO DO TABAGISMO DURANTE A GRAVIDEZ. Revista Pleiade , v. 7, n. 14, pág. 51–51, 2013.

SILVA, Juliana Alves da; VIEIRA, Marinna Novaes. Fatores de risco para a Doença Hipertensiva Específica da Gestação no Brasil. 2019.

SIQUEIRA, Laís Quevedo; BALDICERA, Carine Ribeiro; DARONCO, Luciane Sanchotene Etchepare; *et al* . Possíveis prejuízos decorrentes do uso de tabaco e álcool durante a gestação. Rev. Salusvita (online) , p. 587–599, 2017.

SIQUEIRA, Lucíola D'Emery; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; MAEDA, Sayuri Tanaka. Influência do contexto social no tabagismo durante a gravidez. Revista Brasileira de Enfermagem , v. 72, n. suplemento 3, pág. 259–265, 2019.

ZHANG, Linjie *et al* . Tabagismo materno durante a gestação e medidas antropométricas do recém-nascido: um estudo de base populacional no extremo sul do brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 27, n. 9, p. 1768-1776, set. 2011. FapUNIFESP (SciELO).

Recebido em: 01/06/2022

Aprovado em: 03/07/2022

Publicado em: 07/07/2022