



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-PB
CAMPUS I-CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

IVANA DE MEDEIROS OLIVEIRA

**CARACTERIZAÇÃO DA DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA
MATERNA E SUA INFLUÊNCIA NOS NEONATOS**

CAMPINA GRANDE-PB
2014

IVANA DE MEDEIROS OLIVEIRA

CARACTERIZAÇÃO DA DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA MATERNA E SUA INFLUÊNCIA NOS NEONATOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.^a Ma. Renata Cavalcanti Farias Perazzo

CAMPINA GRANDE-PB
2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

O48c Oliveira, Ivana de Medeiros.
Caracterização da dependência nicotínica materna e sua influência nos neonatos [manuscrito] / Ivana de Medeiros Oliveira.
- 2014.
26 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.
"Orientação: Profa. Ma. Renata Cavacanti Farias Perazzo, Departamento de Fisioterapia".

1. Tabagismo. 2. Dependência química. 3. Gestação. 4. Recém nascido. I. Título.

21. ed. CDD 362.296

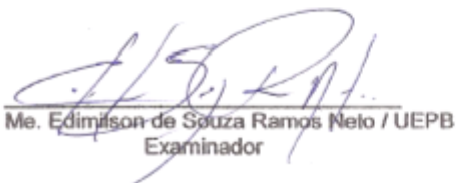
IVANA DE MEDEIROS OLIVEIRA

**CARACTERIZAÇÃO DA DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA
MATERNA E SUA INFLUÊNCIA NOS NEONATOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Fisioterapia da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção do
grau de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovada em 07/07/2014.


Prof.^ª Ma. Renata Cavalcanti Farias Perazzo / UEPB
Orientadora


Prof. Me. Edimilson de Souza Ramos Neto / UEPB
Examinador


Prof.^ª Ma. Eliane Nóbrega Vasconcelos / UEPB
Examinador

CARACTERIZAÇÃO DA DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA MATERNA E SUA INFLUÊNCIA NOS NEONATOS

OLIVEIRA, Ivana de Medeiros¹

RESUMO

O tabagismo, antes visto como um estilo de vida é atualmente reconhecido como uma dependência química, que expõe os indivíduos a diversas substâncias tóxicas. A tendência de aumento do tabagismo nas mulheres é grave, pois eleva a vulnerabilidade do feto, da criança e do adolescente aos danos do fumo, transformando-os em fumantes passivos. O objetivo deste estudo foi caracterizar o grau de dependência nicotínica de mães e sua influência nos neonatos. A amostra foi composta por 50 mães puérperas e fumantes. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado uma ficha com perguntas contidas no Questionário de tolerância de Fargerstrom (QTF), acrescido de questões sociodemográficas e clínicas relacionadas à mãe e ao recém-nascido. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UEPB. Os resultados demonstram a maioria das mães sendo solteiras, com idade entre 20 a 34 anos, apresentando tempo de escolaridade entre um a oito anos e baixa dependência nicotínica. Prevaleram-se os recém-nascidos (RN) do sexo feminino, nascidos a termo, em peso ideal e que possuíam escore de Ápgar no 1' e 5' variando de sete a dez. O estudo não apresentou alterações consideráveis em relação a saúde do RN contudo, deve-se manter o acompanhamento destes, pois ainda estão expostos à riscos futuros causados pelo tabagismo passivo, seja na fase da infância ou adulta.

PALAVRAS CHAVE: Tabagismo. Dependência nicotínica. Gestação. Recém-nascido.

¹ Acad mica do 10^o período do curso de Fisioterapia. Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail para contato: medeiros.ivana@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

O tabaco é o único agente que, não sendo agressor biológico, adquiriu características epidêmicas pelos malefícios que causa à saúde pública mundial (TARANTINO, 2008). A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o tabagismo como um fator de risco à vida, sendo a principal causa de morte evitável em todo o mundo e que deve ser combatido com prioridade, tendo em vista a alta morbimortalidade apresentada (COSTA et al., 2002).

O tabagismo é considerado por especialistas como doença crônica de dependência (BRASIL, 2004). Essa dependência, segundo a Décima Revisão de Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é causada pela nicotina, substância presente em sua composição e, inclui o tabagismo no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa (MEIRELLES, 2009).

No Brasil, dados avaliados pela pesquisa VIGITEL 2010 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), que traça o perfil de hábitos que influenciam a saúde do brasileiro, revela que no conjunto da população adulta de 27 cidades estudadas, a frequência de fumantes foi de 15,1% (17,9% no sexo masculino e 12,7% no feminino). A pesquisa conclui também, sob ótica da leitura sociológica, as três tendências preocupantes do tabagismo no Brasil: a pauperização, a juvenilização e a feminização (BORGES, BARBOSA, 2009; LION, 2011).

Esta tendência de aumento do tabagismo nas mulheres jovens, que ocorre no Brasil e no mundo é grave, pois eleva a vulnerabilidade do feto, da criança e do adolescente aos danos do fumo, transformando-os em fumantes passivos. Para fazer face a esta epidemia de tabagismo nas mulheres é fundamental compreender os motivos que levam a fumar, os efeitos do tabagismo na saúde feminina e as barreiras encontradas na cessação do fumo (LION, 2011)

O uso da nicotina durante a gestação diminui a eficiência dos reflexos respiratórios do feto, aumentando o risco da síndrome da morte súbita infantil. Também há registros de alterações cardiorrespiratórias de lactentes em casos cuja mãe fuma durante a lactação, visto que, a nicotina também é veiculada pelo leite (ROSEMBERGUE, 2012).

Diante da complexidade que envolve o tabagismo feminino e suas

consequências na vida do recém-nascido, a presente pesquisa é relevante, pois se espera que ao identificar o perfil sociodemográfico e grau de dependência nicotínica das mães tabagistas e sua relação com a saúde neonatal, possa-se aprimorar os cuidados na saúde da mulher e da criança, além servir, aos demais profissionais, de subsídio para pesquisas futuras neste âmbito.

O objetivo do estudo foi caracterizar a amostra quanto ao seu perfil sociodemográfico e grau de dependência nicotínica e sua influência na saúde dos neonatos em um hospital do município de Campina Grande- PB.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O tabagismo é a principal causa de morte no mundo, seguida pelo álcool e pela relação indireta do fumo, ou seja, aquela que atinge o indivíduo que não fuma, mas que convive com fumantes. São mais de seis milhões de mortes ao ano, o que corresponde a mais de dez mil mortes por dia no mundo. Espera-se que esse número seja de aproximadamente oito milhões no ano de 2030, tornando o tabagismo a principal causa de morte prematura e evitável (OMS, 2004).

Estima-se que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas sejam fumantes. Apesar do número de mulheres fumantes (12%) ser inferior ao número de homens (47%), a prevalência deste hábito entre o sexo feminino está crescendo em todos os países. São cerca de 250 milhões de mulheres fumantes em todo o mundo, englobando desde mulheres jovens na fase de adolescência, como adultas já inseridas no mercado de trabalho (WANNMACHER, 2007; LOMBARDI et al., 2011).

O tabaco possui mais de 4000 metabólitos presentes na sua composição e, segundo publicação de um relatório norte-americano, é a nicotina, a substância responsável pela tolerância e dependência físico-química do indivíduo tabagista. Quando inalada, a nicotina atravessa os pulmões e invade o sistema arterial sem passar pela circulação venosa. Após a tragada, é rapidamente absorvida pelos alvéolos pulmonares e atinge o cérebro em cerca de 10 segundos (BALBANI, MONTOVANI, 2005; ROSEMBERG, 2012).

Essa droga é a mola mestra da universalização do tabaco. Consome-se, anualmente no mundo, a quantidade de 73 mil toneladas de nicotina por tabagistas que vivem nos países em desenvolvimento (ROSEMBERG, 2012). Em resposta,

constitui-se em um sério problema de saúde pública, uma vez que os efeitos adversos da nicotina sobre os diferentes sistemas orgânicos acarretam variados sintomas (MENEZES et al., 2004).

São mais de 50 doenças provocadas pela influência físico-química desta substância psicoativa. Entre as consequências diretas estão inclusos: a hipertensão, aterosclerose, espessamentos da parede das artérias e sua obliteração, provocando, conforme as regiões, gangrena das extremidades (doença de Reynaud), impotência, doenças coronárias, angina do peito, infarto do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais (ROSEMBERG, 2012).

Constatou-se que, no geral, a ação da nicotina causa na mulher os mesmos distúrbios à saúde que opera no homem. Porém, a mulher ainda soma males que lhe são específicos, como por exemplo, o fato de ela fumar durante a gravidez. O feto será exposto a alterações nos níveis de oxigênio e metabolismo placentário, provocando ações negativas nas demais fases de reprodução (PACCOLA, PAULINO, 2007; ROSEMBERGUE, 2012).

A nicotina atravessa a barreira placentária com facilidade e suas concentrações na circulação fetal, no líquido amniótico e na placenta são 15% superiores às observadas na circulação materna. Como consequência, há presença de taquicardia, vasoconstrição periférica e redução do fluxo sanguíneo placentário (LEOPÉRCIO, GIGLIOTTI, 2004; ROSEMBERGUE 2012).

Dentre as complicações obstétricas mais comuns observadas em gestantes tabagistas tem-se: o abortamento espontâneo, líquido amniótico meconial associado a sofrimento fetal agudo, trabalho de parto prematuro, anóxia, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, síndrome da angústia respiratória, sangramento vaginal, perdas perinatais, amnionite, malformação congênita, amiorrexe, gravidez tubária e alterações comportamentais à longo prazo (SILVA, TOCCI, 2002; ZUGAIB, RUOCCO, 2005; FERGUSON, 2012).

Associado a isto, o recém-nascido (RN) está sujeito a implicações tais como a síndrome da angústia respiratória, icterícia neonatal, retardo do crescimento e diminuição do peso. Este último com redução de 150 a 250g, sendo caracterizado pela Organização Mundial de Saúde como o fator isolado mais importante de morbimortalidade (SILVA, TOCCI, 2002; MOTTA, 2008).

A criança ao nascer é classificada de acordo com o peso e a idade gestacional (IG) para que, se necessário, ocorra antecipação do diagnóstico de

problemas futuros à criança, promovendo cuidados e tratamentos específicos com qualidade de assistência. Assim, são considerados pré-termo estes que nascem com menos de 37 semanas de gestação, RN a termo, quando nascem com 37 a 41 semanas e, pós-termo, com idade gestacional igual ou acima de 42 semanas. Com relação ao peso, é classificado como baixo peso (<2500g) e sobrepeso (>4000g) (BRASIL, 2005).

Cabe ressaltar que, além dos fatores prejudiciais à saúde da mulher e da criança, o fumo traz problemas de ordem socioeconômicos. Há um aumento de 66% de gastos médicos para as gestantes fumantes em relação às não fumantes. Custos estes referentes a um maior número de complicações perinatais e um aumento de 20% do risco de assistência em unidades de terapia intensiva (UTI) (LEOPÉRCIO, GIGLIOTTI, 2004).

É imprescindível destacar a necessidade de atenção voltada à questão socioeducacional, pois as mães, ao se sentirem pressionadas e constrangidas, não prestam informações verídicas sobre o hábito tabágico, dificultando o esclarecimento sobre os malefícios maternos e fetais causados pelo tabagismo (KLEMAM, ROOKS, 1999). Daí a importância, principalmente em levantamentos epidemiológicos, na condução de pesquisas científicas e dessas informações serem validadas (MURRAY et al., 1993).

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Pesquisa ou Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, transversal e com abordagem quantitativa. Segundo GIL (1991), a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição de características de determinada população ou fenômeno estabelecendo relação entre as variáveis. Já um estudo transversal, descreve os indivíduos de uma população com relação às suas características pessoais e suas histórias de exposição a fatores causais suspeitos em apenas um tempo determinado (RODRIGUES, 2007). Na abordagem quantitativa considera-se que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las de forma estatística (DALFOVO, 2008).

3.2 Local da Pesquisa

A Pesquisa foi realizada em uma maternidade pública da cidade de Campina Grande, PB.

3.3 População e Amostra

- A população constituiu-se de mães fumantes, de crianças nascidas no local da pesquisa.

- A amostra caracterizava-se como não probabilística por acessibilidade, determinada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas no projeto, mães maiores de 18(dezoito) anos e que haviam fumado durante a gestação e/ou nos três meses que antecederam este evento.

Excluiu-se da pesquisa, aquelas mães que apresentaram diagnóstico confirmado de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou obesidade e as que não concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido proposto.

3.5 Instrumento de Coleta de Dados

Elaborou-se um roteiro estruturado sobre a mãe fumante com questões de identificação, sociodemográficas (qual a idade materna, estado civil e nível de escolaridade) e alguns dados clínicos como o tipo de parto, se houve assistência pré-natal e perguntas relacionadas ao uso do cigarro durante ou após a gestação (APÊNDICE A).

Ainda com relação à mãe tabagista, foi utilizado o instrumento de avaliação conhecido como Questionário de Tolerância de Fagerström- QTF- (ANEXO A), que mensurou a dependência de nicotina através de seis perguntas, incluindo o tempo que fuma o primeiro cigarro do dia, o número de cigarros diários e comportamentos da cessação tabágica, sendo essas consideradas úteis na discussão sobre a dependência da nicotina (HALTY et al, 2002; FERREIRA et al, 2009).

Por fim, houve a formação de um segundo roteiro estruturado, porém, com relação à variáveis do RN. Entre estas estavam perguntas sobre o sexo do RN e

seus dados clínicos, entre estes, a idade gestacional, índice de Ápgar, peso ao nascer e se houve, ou não, assistência de internação em unidade de terapia intensiva neonatal (APÊNDICE B).

3.6 Procedimento de Coleta de Dados

As participantes foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e as que se incluíam nos critérios de inclusão e demonstraram interesse em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Logo após, questionou-se às tabagistas suas informações de identificação, dados sociodemográficos e clínicos (APÊNDICE A). Em seguida, estas se submeteram às perguntas contidas no Questionário de Tolerância de Fagerström (ANEXO A) e por fim, foram indagadas pelas variáveis referentes ao RN (APÊNDICE B).

3.7 Processamento e Análise dos Dados

Os dados categóricos estão apresentados por meio de frequências. Para verificar a associação do grau de dependência nicotínica com as variáveis ligadas aos recém-nascidos aplicou-se o teste de qui-quadrado (χ^2). Quando a frequência esperada no teste de χ^2 teve valor inferior a cinco, utilizou-se a correção de Yates. Foi considerado nível de significância $p < 0,05$ e adotado um intervalo de confiança de 95%. Os dados foram obtidos através do pacote estatístico SPSS 19.0 (IBM Corp., Armonk, Estados Unidos).

3.8 Aspectos Éticos

Cabe destacar que durante todo o processo da pesquisa, especialmente na fase da coleta de informações empíricas, levaram-se em consideração os aspectos éticos que normatizam a pesquisa envolvendo seres humanos dispostos na Resolução 466/2012 do CNS/MS/BRASIL, especialmente o sigilo e a confidencialidade das informações (BRASIL, 2012). Para tanto, se utilizou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as mães participantes da pesquisa.

Ressalta-se ainda que, a pesquisa iniciou após autorização por escrito da

instituição e do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB tendo o número 28871814.5.0000.5187 como protocolo.

Às participantes foram fornecidas informações sobre o objetivo do estudo, a importância da sua contribuição para a pesquisa, a garantia do anonimato, a forma como se daria a coleta de dados, a fidelidade com que os dados seriam tratados e o direito à autonomia de participar ou não do estudo.

4 DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

Na presente pesquisa, no qual 50 mulheres foram entrevistadas, 30 (60%) eram solteiras, 19 (38%) eram casadas ou possuíam uma união estável e uma (2%) era viúva. Segundo o Ministério da Saúde, algumas condições sociodemográficas e características individuais representam fatores de risco na gestação, como a situação conjugal insegura, já constatado nesta pesquisa (BRASIL, 2000).

No que diz respeito à faixa etária, 64% (32 mulheres) da amostra possuíam de 20 a 34 anos, 20% (dez) do total com idade igual ou maior que 35 anos e apenas 16% (oito) das mulheres com idade inferior a 20 anos. Estes dados estão de acordo a afirmação de Salvador (2008), de que o período adequado para reprodução está entre 20 a 34 anos.

Quanto ao grau de escolaridade, duas (4%) mães eram analfabetas, 40 (80%) haviam estudado de um a oito anos e, apenas oito (16%) haviam estudado de nove a doze anos em sua vida escolar. Apenas cinco (10%) mães eram primigestas e, com relação às 45 (90%) multíparas, houve número máximo de 12 gestações em um mesmo sujeito. De acordo com as informações já citadas, Bruno et al. 2009, afirmam que o estado de baixa escolaridade é preditor de repetição precoce da gravidez.

Com relação à ocorrência de abortos, observou-se um número reduzido nessa amostra, tendo apenas uma (2%) das mulheres apresentado três eventos, duas (4%) relataram duas expulsões espontâneas, seis (12%) apresentaram apenas um aborto e 41 (82%) não relataram a ocorrência desse fato, caracterizando a maioria da amostra, embora estudos afirmarem que o hábito tabágico durante a gestação aumenta o risco de aborto (RONDINA, GORAYEB, BOTELHO, 2004; MOTTA, 2008).

Referente ao pré-natal, apesar de estudos apontarem menor adesão a este entre gestantes fumantes do que não fumantes (MARIN et al, 2003), 45 (90%) mães

que fizeram parte do estudo, relataram ter feito o pré-natal, sendo ainda, 26 (52%) com início a partir do 1º trimestre, 14 (28%) a partir do 2º e 10 (20%) não souberam informar com precisão o período de início. Condizentes a esses dados, o Ministério da Saúde (2011) afirma que houve aumento da proporção de gestantes com início do acompanhamento no 1º trimestre da gestação entre 1996 e 2006 (de 66% para 84,1%).

Em continuação às variáveis clínicas das mães, agora envolvendo o hábito tabágico, permaneceu alto esta prática durante a gestação com 47 (94%) mães do total da amostra e três (6%) que não fumaram neste período, tendo ainda uma (2%) mãe que fumou após o parto, conforme demonstrado na Tabela 1. Pesquisas apontam que o consumo de tabaco entre as mulheres estaria associado a maior sensação de independência perante a sociedade e também como um mecanismo de escape emocional (LAMLEY et. al, 2009). Todaviae divergindo com os dados da amostra, durante a gestação, aproximadamente 25 a 40% das mulheres fumantes tentam parar de fumar (AAGAARD-TILLERY et al., 2008).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e clínica das puérperas

Variáveis	n*	%#
Estado Civil		
Casada/União estável	19	38
Solteira	30	60
Viúva	1	2
Idade Materna (anos)		
< 20	8	16
20-34	32	64
≥ 35	10	20
Nível de escolaridade		
Analfabeto	2	4
1-8 anos	40	80
9 - 12 anos	8	16
Número de gestações		
Primípara	5	10
Múltipara	45	90
Número de abortos		
0	41	82
1	6	12
2	2	4
3	1	2

Continua...

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e clínica das puérperas (Continuação).

Pré-Natal		
Sim	45	90
Não	5	10
Início do pré-natal		
1º trimestre	26	52
2º trimestre	14	28
3º trimestre	0	0
Não soube informar	10	20
Fumou durante a gestação		
Sim	47	94
Não	3	6
Fumou após o parto		
Sim	1	2
Não	49	98

*n: valor numérico da amostra

#%: valor em porcentagem da amostra

Fonte: Dados da pesquisa (2014)

As dificuldades para abster-se do hábito podem estar relacionadas com o grau de dependência nicotínica, sendo este um dado com variações nesta pesquisa, conforme descrito na tabela 2, cuja dependência mínima ficou com 33 (66%) mulheres do total da amostra, existindo ainda 17 (34%) com dependência média ou alta. Esta dependência mínima de nicotina, pode ser justificada pelo fato de haver forte pressão social imposta nestas, dado o reconhecimento dos malefícios do cigarro sobre saúde materna e fetal. Em consequência disto, grande parte das puérperas sentem constrangimento, omitindo informações relevantes a respeito de seu hábito tabágico (KLERMAN, ROOKS, 1999).

Tabela 2: Grau de dependência nicotínica das puérperas.

Variáveis	N	%
Mínima	33	66
Média/Alta	17	34

Fonte: Dados da pesquisa (2014)

Sobre a classificação sócio demográfica do RN do estudo, encontrou-se 26 (52%) destes do sexo feminino e 24(48%) do sexo masculino. Apesar de não haver diferença significativa entre os sexos, deve ser levado em consideração o fato de que o sexo feminino apresenta maturidade da função pulmonar duas semanas antes que o sexo masculino, resultando menor número de complicações e melhor evolução clínica (BARBOSA et al., 2007).

Nas questões clínicas, o recém-nascido foi classificado inicialmente quanto a sua idade gestacional. Apenas 15 (30%) foram gerados de maneira prematura, 35 (70%) em tempo adequado para desenvolvimento intra uterino e nenhum RN nasceu após data apropriada. Resultados estes que divergem de estudos que apontam que o hábito tabágico durante a gravidez influencia na idade gestacional podendo provocar nascimento de RNs prematuros (LEOPÉRCIO, GIGLIOTTI, 2004; ZAMBONATO et al., 2004; FRANCIOTTI, MAYER, CANCELIER, 2010).

De acordo com a variável peso ao nascer, obteve-se como maioria do resultado, 35 (70%), dos RNs com peso ideal para desenvolvimento (2500g a 3999g), 14 (28%) com peso inferior a 2500g e apenas um (2%) RN com peso considerado acima do ideal (> ou igual a 4000g). Diferindo dos achados, Nascimento (2003) em pesquisa, pôde observar que a presença de fumo na gravidez aumenta a chance de nascimento com baixo peso em quase 2,5 vezes e, em complemento, Brasil (2011) afirma que o baixo peso ao nascer (< 2.500g) é o fator de risco isolado mais importante para a mortalidade infantil.

Ainda com base na saúde do RN, analisou-se na presente pesquisa, o Ápgar no primeiro minuto (1') e no quinto minuto (5'). No 1', foi encontrado 6 (12%) conceptos com valor > 6, e 44 (88%) com valores de sete a dez. No 5', obteve-se valor >6 em apenas um (2%) recém nascido e de 7 a 10 em 49 (98%).

O Índice de Ápgar é um método utilizado para avaliar de forma rápida o estado clínico do recém-nascido. São atribuídos valores numéricos de zero a dez no 1' e 5' de acordo com o grau de asfixia do concepto. Quando esse score se apresenta abaixo de 7 no 1', mostra a necessidade de se ressuscitar imediatamente, mas quando alcançam valores maiores que 7 no 5' mostra as chances de sucesso neste ressuscitamento, sendo este último considerado a variável de maior importância (CARTER, HAVERKAMP, MERENSTEIN, 1993; BARBOSA, 2007; LOTH, VITTI, NUNES, 2001).

No caso desta pesquisa, ao mostrar que a maioria dos RNs possuía peso ao nascer, índice de Ápgar e idade gestacional adequados para seu desenvolvimento, foi plausível o pequeno índice de internações nas UTINs ou UCINs (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal) 14(28%), enquanto a maioria 36 (72%), não necessitaram de qualquer assistência extra, conforme demonstrado na tabela 3 a seguir. Em contrapartida, Leopércio e Gigliotti (2004), em revisão de literatura,

afirmam que o fumo na gestação eleva o risco de assistência em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (LEOPÉRCIO, GICLIOTTI, 2004).

Tabela 3: Classificação sociodemográfica e clínica dos recém-nascidos

Variáveis	N	%
Sexo do RN		
Feminino	26	52
Masculino	24	48
Classificação RN		
Pré- termo	15	30
Termo	35	70
Pós- termo	0	0
Peso ao nascer		
Baixo peso	14	28
Peso ideal	35	70
Sobrepeso	1	2
Ápgar no 1'		
<6	6	12
7 – 10	44	88
Ápgar no 5'		
<6	1	2
7-10	49	98
Z Assistência UTI/UCIN		
Sim	14	28
Não	36	72

Fonte: Dados da pesquisa (2014)

Neste sentido, embora existam relatórios de intoxicação por nicotina em recém- nascidos de fumantes inveteradas, doenças clínicas são relativamente raras, pois, acredita-se que essas mudanças são dose-dependentes e parecem não provocar repercussão clínica significativa materno-fetal (WEINBERGER; WEISS, 1996; NEWNHAM et al., 1990). Na tabela 4, esta afirmação pode ser confirmada através de associações feitas entre o grau de dependência nicotínica materna e dados clínicos dos RNs.

As variáveis associadas foram os graus mínimo e moderado/alto de dependência nicotínica materna em relação aos dados clínicos dos recém-nascidos, (índices de Ápgar no 1' e 5', peso ao nascer e a necessidade de internação na UTI/UCIN) porém, não foram encontradas significância estatística entre os mesmos.

Observou-se que, os recém-nascidos de mães com maior grau de dependência nicotínica, apresentaram, nesta amostra, situação clínica melhor que

os daquelas com baixo grau de dependência nicotínica. Houve, por exemplo, 100% da amostra apresentando grau moderado/alto de dependência com valor de Ápgar no 5' entre 7 a 10, sendo esta variável o indicador mais confiável de sobrevivência e do estado neurológico do RN (ARAÚJO 2005), indicando grandes chances de sobrevida.

Tabela 4. Associação do grau de dependência nicotínica com os dados clínicos do RN.

Variáveis	Grau de dependência nicotínica (%)		P
	Baixo	Moderado/Alto	
Índice de Ápgar 1'			0,620
<6	15,2	84,8	
7-10	5,9	94,1	
Índice de Ápgar 5'			1,000
<6	3,0	97,0	
7-10	0	100,0	
Peso ao nascer			0,470
Baixo peso	33,3	66,7	
Peso ideal	18,8	81,3	
Internação na UTI/UCIN			0,863
Sim	30,3	69,7	
Não	23,5	76,5	

$p < 0,05$ - Associação significativa (Teste de qui-quadrado).

Fonte: Dados da pesquisa (2014)

Contudo, tendo o feto sobrevivido às complicações do cigarro, este ainda não se mantém livre totalmente dos malefícios e consequências do fumo durante a gravidez, podendo acompanhá-los até a fase adulta. O então fumante passivo, se torna vulnerável a doenças respiratórias como asma, pneumonia, bronquite e consequente maior número de consultas médicas. Além disso, há retardo na cognição, coordenação motora, risco aumentado de câncer e risco de ocorrência de morte súbita infantil (VOLLBERCHT et al , 2004).

5 CONCLUSÃO

A amostra foi composta por 50 mães fumantes, a maioria de solteiras, com faixa etária entre 20 a 34 anos e com tempo de estudo entre um a oito anos. Com relação aos seus dados clínicos, estas eram múltíparas, sem número relevante de abortos e com frequência ao pré- natal a partir do 1º trimestre de desenvolvimento

gestacional. Apesar de fumarem durante a gestação, demonstraram dependência mínima de nicotina.

Com relação aos dados dos recém-nascidos, houve predominância do sexo feminino, com tempo e peso adequados para o desenvolvimento vital. Possuíam ainda, escore de Ápgar no 1' e 5' variando de sete a dez, além de baixo índice de internações na UTI/UCIN.

O fato de os RNs terem nascido sem alterações clínicas consideráveis pode ser justificado pelo grau de dependência nicotínica materna, nessa amostra, ter sido mínimo. Logo, há necessidade de acompanhamento longitudinal dos recém-nascidos desta pesquisa, pois estes ainda estão expostos a riscos a longo prazo causados pelo tabagismo passivo, seja na fase da infância ou até mesmo adulta. Nesta perspectiva, sugerem-se ainda, orientações socioeducacionais na assistência do pré-natal a futuras mães, esclarecendo sobre os malefícios do hábito tabágico com maior eficácia.

ABSTRACT

Smoking, once seen as a lifestyle is now recognized as an addiction, which exposes individuals to various toxic substances. The trend of increase in smoking among women is severe, because it elevates the vulnerability of the fetus, the child and teenagers to smoke damage, turning them into passive smokers. The aim of this study was to characterize the degree of nicotine dependence in mothers and its influence to newborns. The sample consisted of 50 postpartum women and smoking mothers. As a tool for collecting data was used a form with questions contained in tolerance *Fargerstrom* questionnaire (QTF), plus sociodemographic and clinical issues related to the mother and the newborn was used. This study was approved by the Ethics and Research from UEPB. The results demonstrate single mothers, who studied 1-8 years ranged in age from 20 to 34 years and low nicotine dependence. The newborns were female, born at full-term, in ideal weight and had Apgar scores at 1 'and 5' ranging from 7 - 10. Though no significant changes have occurred in the health of infants in this sample, it should be keep track of these, because they are still exposed to future risks caused by passive smoking, either in childhood or adult.

KEYWORDS: Smoking. Nicotine dependence. Pregnancy. Newborn.

REFERÊNCIAS

AAGAARD-TILLERY, K.M. et al. In utero tobacco exposure is associated with modified effects of maternal factors on fetal growth. **Am J Obstet Gynecol**, 2008.

ARAÚJO, B.F.; BOZZETTI, M.C.; TANAKA, A.C.A.; **Mortalidade neonatal precoce em Caxias do Sul: um estudo de coorte. J Pediatr.** Rio de Janeiro, v. 76, n.3, p. 200-6, 2005.

BALBANI, A. P. S.; MONTOVANI, J. C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**[online], vol.71, n.6, p. 820-827, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992005000600021>> Acesso em: 06 ago 2013.

BARBOSA, A.L.; CHAVES, E.M.C.; CAMPOS, A.C.S. Caracterização dos recém-nascidos em ventilação mecânica em uma unidade neonatal. Fortaleza 2007; **Rev. Rene.** Fortaleza, v.8, n.2, p.35- 40, 2007.

BORGES, M. T. T.; BARBOSA, R. H. S. **As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres.****Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, ago 2009 . Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a14v14n4.pdf>> Acesso em 03 dez 2013.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência Pré-natal: Manual técnico – Brasília, 2000.**

BRASIL. Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Câncer - INCA. Secretaria de Atenção à Saúde. **Por um mundo sem tabaco: mobilização da sociedade civil.** Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde,** Brasília, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Comissão de Ética e Pesquisa- CONEP. **Resolução nº 466/2012** sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRUNO, Z. V. et al. Reincidência de gravidez em adolescentes. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 480-484, oct. 2009.

CARTER, B.S. , HAVERKAMP, A.D. , MERENSTEIN, G.B. The definition of acute perinatal asphyxia. **Clin Perinatal.** v. 20, p. 287-304, 1993.

COSTA, A. A. et al. Tabagismo. **Ars Cvrandi**, v. 35, n. 8, p. 40-47, 2002.

DALFOVO, M.S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008.

FERGUSON, D. **Tabagismo e gravidez** – Síntese. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development e Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development; 2012:i-iv. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/sintese-tabagismo.pdf>. Acesso em 02 dez 2013.

FERREIRA, P. L. at al **Teste de dependência à nicotina**: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. **Rev. Portuguesa de Saúde Pública**, v. 27; n. 2; 2009.

FRANCIOTTI, D.L., MAYER, G. N., CANCELIER, A.C.L., **Fatores de risco para baixo peso ao nascer**: um estudo de caso- controle. **Rev. Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 39, n.3, 2010.

GIL, A.C., **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed, São Paulo: Atlas, 2002.

HALTY, L. S. et al. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. **Jornal de Pneumologia**, 2002, p. 180-186.

KLERMAN, L.V. , ROOKS, J.P., A simple, effective method that midwives can use to help pregnant women stop smoking. **J Nurs Midwifery**, 1999, p. 118-23.

LEOPÉRCIO, W.; GIGLIOTTI, A. **Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação**: uma revisão crítica. **J Bras Pneumol** 2004, p.176-185.

LION, E. A. V. **Tabagismo e saúde feminina**. São Paulo, 2009. Disponível em:<[http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/213_ Tabagismo e Saúde Feminina.pdf](http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/213_Tabagismo_e_Saude_Feminina.pdf) > 2011.

LOMBARDI, E. M. S. et al **O tabagismo e a mulher**: Riscos, impactos e desafios/**Women and smoking**: Risks, impacts, and challenges. **J Bras Pneumol.** ; 37(1):118-128, 2011.

LUMLEY, J. et al. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. **Rev. Cochrane Database Syst**, 2009.

MARIN, G.H. et al.; Consequences of smoking during pregnancy for mother and child/Efeitos do tabagismo na gestação para a mãe e para a criança. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.3; n.2; p.159-164, abr. / jun., 2003.

MEIRELLES, R.H.S. Tabagismo e DPOC- dependência e doença- fato consumado. / *Smoking and COPD – addiction and disease – real fact*. **Pulmão RJ - Atualizações Temáticas**; v.1; n.1; p.13-19, 2009.

MENEZES, A.M.B. et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras. Pneumol**, São Paulo, 2004.

MOTTA, G. C. P **Fatores relacionados ao tabagismo na gestação**. 2008. 55 f. Tese de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

MURRAY, R.P., et al., Error in smoking measures: effects of intervention on relations of cotinine and carbon monoxide to self-reported smoking. The Lung Health Study Research Group. **Am J Public Health**, 1993, p. 1251-7.

NASCIMENTO, L.F.C. Estudo Transversal sobre fatores associados ao baixo peso ao nascer a partir de informações obtidas em sala de vacinação. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v.3, n.1, p. 37-42, 2003.

PACCOLA, C.C.; PAULINO, C. A.; **Contribuição ao estudo dos efeitos do cigarro durante a gestação e suas implicações para o feto e o neonato / A contribution to the cigarette effects study during gestation and cigarette implications to the fetus and the newborn** *Pediatr. Mod*; 43(3); 137-143, 2007.

RODRIGUES, W.C.; **Metodologia Científica**. Paracambi, 2007. Disponível em http://pesquisaeducacaoufrgs.pbworks.com/w/file/64878127/Willian%2520Costa%2520Rodrigues_metodologia_cientifica.pdf> Acesso em 28 de jun. 2014.

RONDINA, R.C; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. **A dinâmica psicológica do tabagismo**. Cuiabá-MT, Entrelinhas, 2004.

ROSEMBERG, J. **Nicotina: droga universal**. Disponível em: www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf. Acesso em: 01-12-2013.

SALVADOR, B.C.; PAULA, H.A.A.; SOUZA, C.C.; COTA, A.M et al. Atenção pré-natal em Viçosa-MG: contribuições para discussão de políticas públicas de saúde. **Revista Médica de Minas Gerais** 2008; 18(3): 167-174. Disponível em: <<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewArticle/23> > Acesso em : 10 de jan. 2014.

SANTOS, G.H.N. et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. Maranhão v. 31, n. 7, p. 326-334, 2009.

SANTOS, L.M., PASQUINI, V.Z. A importância do Índice de Apagar. **Rev Enferm UNISA**. v.10, n.1, p. 39-43, 2009.

SILVA, T.P.; TOCCI, H.A. Efeitos obstétricos, fetais e neonatais relacionados ao uso de drogas, álcool e tabaco durante a gestação. **Rev Enferm UNISA** ; v.3, p. 50-6, 2002.

TARANTINO, A. B. Doenças pulmonares, 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

VOLLBRECHT, B.; VIEGAS, J. F.; ARENT, A.; BADALOTTI, M. Repercussões do tabagismo na saúde feminina. **Rev. Acta méd.**, v.25, p.264-273, 2004.

WANNMACHER, L. **Tratamento medicamentoso antitabagismo**. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde - Brasil, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/v4n4_antitabagismo.pdf> Acesso em: 21 ago 2013.

WINDSOR, R.A. et al.; Effectiveness of agency for health care policy and research clinical practice guideline and patient education methods for pregnant smokers in medicaid maternity care. **Am J Obstet Gynecol**, p. 68-74, 2000.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Building blocks for tobacco control: a handbook**. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/en/building_blocks_1.pdf>. Acesso em: 07 ago 2013.

ZAMBONATO, A.M. K.; PINHEIRO, R.T.; HORTA, B.L.; TOMASI, E.; Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para a idade gestacional. **Rev. Saúde Pública.** v. 38, n. 1, p. 24-9, 2004.

ZUGAIB, M.; RUOCCO, R.; **Pré-natal**- 3ª ed. São Paulo, Atheneu, 2005.

ANEXO

ANEXO A – Questionário de Tolerância de Fagerström

1. Quanto tempo após acordar você fuma a seu primeiro cigarro?

- dentro de 5 minutos (3)
- entre 6 e 30 minutos (2)
- entre 31 e 60 minutos (1)
- após 60 minutos (0)

2. Você acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, biblioteca, etc.)?

- sim (1)
- não (0)

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação (ou que mais detestaria deixar de fumar)?

- o primeiro da manhã (1)
- outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

- 10 ou menos (0)
- 11 a 20 (1)
- 21 a 30 (2)
- 31 ou mais (3)

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia?

- Sim (1)
- Não (0)

6. Você fuma mesmo quando está tão doente que precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

- Sim (1)
- Não (0)

APÊNDICE

APÊNDICE A - ROTEIRO ESTRUTURADO PARA CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA DAS MÃES FUMANTES

Asseguramos à Sra que a entrevista é voluntária e confidencial mediante o termos de consentimento livre e esclarecido que foi assinado.

NOME: <hr/>
A1) Idade _____ (anos completos)
A3) Qual seu estado civil? (1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) Divorciado(a)/desquitado(a) (4) Separado(a) (5) Viúvo(a) (99) NS/NR
A4) Escolaridade: (1) Analfabeto (2) Fundamental incompleto (3) Fundamental completo (4) Ensino Médio Incompleto (5) Ensino Médio completo (6) Superior incompleto (7) Superior completo
A5) Dados clínicos Nº de gestações: _____ Nº de abortos: _____ Pré natal () Sim () Não A partir do 1º() 2º() 3º() trimestre Fumou durante três meses antecedentes à gravidez () Sim () Não Fumou durante a gravidez () Sim () Não 1º() 2º() 3º() trimestre Fuma após o parto: () Sim () Não

APÊNDICE B - ROTEIRO ESTRUTURADO PARA CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS RECÉM-NASCIDOS

B1) Sexo do RN: F (1) M (2)

B2) Idade Gestacional _____

B3) Classificação do RN ()Pré-termo () Termo () Pós Termo

B4) Se internou na UTI/UCIN? ()Sim ()Não

B5) Índice de Apgar 1' = _____ 5' = _____

B5) Peso ao nascer _____