

Luciana Manuel da Silva Monteiro Peixoto

Tabagismo durante a gravidez

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014



Luciana Manuel da Silva Monteiro Peixoto

Tabagismo durante a gravidez

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014

Luciana Manuel da Silva Monteiro Peixoto

Tabagismo durante a gravidez

---

Projecto de Graduação apresentado à  
Universidade Fernando Pessoa como  
parte dos requisitos para obtenção do  
grau de licenciado em enfermagem

## RESUMO

Este estudo, cujo título é “Tabagismo durante a gravidez”, teve como objectivos: Identificar se as grávidas têm conhecimentos sobre os riscos que o fumo do tabaco pode originar no feto; Perceber por que via obtiveram os conhecimentos; Saber se as grávidas e os seus maridos/companheiros alteram o seu comportamento relativo ao uso do tabaco quando tomaram conhecimento de que estavam grávidas e saber se as grávidas que não fumam continuam expostas ao fumo do tabaco em casa ou no emprego.

Na revisão bibliográfica, foi possível verificar que as mulheres que fumam durante a gravidez ou que estão expostas ao fumo do cigarro têm muitas probabilidades de vir a ter vários problemas durante a gestação como: ruptura prematura das membranas, morte fetal, parto pré-termo e baixo peso ao nascer.

Tendo em conta os objectivos acima descritos, optou-se por um estudo descritivo, quantitativo, transversal em meio natural. O método de recolha de dados escolhido foi o questionário.

A amostra foi constituída por 25 grávidas, com idades compreendidas entre os 28 e 39 anos, estas foram escolhidas através do método de amostragem não probabilística.

De acordo com os resultados obtidos, destaca-se que, todas as participantes revelaram ter conhecimentos sobre os malefícios do cigarro para o feto, 40% delas reduziram a quantidade de cigarros diariamente e 24% deixaram de fumar, sendo que a maior parte por iniciativa própria. A maioria dos maridos/companheiros mantiveram o seu consumo de cigarros diário.

## SUMMARY

This study, entitled “Smoking during pregnancy” has the following objectives: to determine if pregnant women are aware of the risks to the fetus that smoking can cause; to assess how this information was acquired; to discover if pregnant ladies and their husbands/partners changed their behaviour relative to smoking once the pregnancy was known, and; to ascertain if pregnant ladies who smoked continue exposed to cigarette smoke at home or at work.

From reading the research material, it was possible to verify that women who smoke during pregnancy, or who are exposed to cigarette smoke, have a much higher probability of various problems during pregnancy such as: premature membrane rupture, fetal death, premature birth and low birth weight.

Taking into account the objectives outlined above, a descriptive, quantitative and transverse study was chosen, to be carried out in a natural environment. A questionnaire was chosen as the method for collecting data.

The study comprised 25 pregnant women, aged between 28 and 39 years, chosen via a non-probabilistic sampling method.

In accordance with the results obtained, the fact that that while all the participants were shown to be aware of the harm that smoking can cause in pregnancy, and 40% reduced how many cigarettes were smoked, 24% stopped smoking, most of the participants of their own accord. Daily was highlighted; the majority of husbands/partners maintained their daily consumption.

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho e todo o meu percurso enquanto aluna de Enfermagem aos meus pais, pelo esforço e encorajamento que me deram.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar aos meus pais, pelo amor e apoio ao longo destes anos.

Ao meu orientador, Professor Doutor José Manuel dos Santos, por ter aceitado orientar-me, bem como, por todo o apoio e disponibilidade que me deu ao longo da elaboração deste trabalho.

Ao meu namorado, pelo carinho, paciência e amizade que demonstrou ao longo destes 4 anos.

Aos professores e orientadores dos vários Ensinos Clínicos, por todo o ensinamento e apoio ao longo destes anos.

E não podia deixar de agradecer a todas as mulheres que frequentaram as consultas de preparação para o parto, por terem aceitado entrar neste estudo e terem colaborado na realização do questionário.

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

% - Percentagem

g – Gramas

GEU – Gestação extra-uterina

n – Frequência absoluta

UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
I. FASE CONCEPTUAL.....	16
1. Problema de investigação .....	16
i. Domínio da Investigação.....	16
ii. Questão de investigação.....	17
2. Revisão bibliográfica .....	18
i. Tabaco e os seus principais componentes .....	18
ii. Tabagismo Gestacional/Riscos para o feto .....	20
iii. Papel do Profissional de Saúde na informação sobre o tabagismo .....	23
3. Objectivos .....	23
II. FASE METODOLÓGICA.....	24
1. Desenho de Investigação .....	25
i. Tipo de estudo .....	25
ii. População alvo, amostra e processo de amostragem .....	25
iii. Variáveis .....	26
iv. Instrumento de colheita de dados e pré-teste .....	27
v. Previsão de Tratamento de Dados .....	28
vi. Princípios éticos .....	29
III. FASE EMPÍRICA .....	31
1. Apresentação dos dados.....	31
2. Análise e discussão dos resultados .....	40
CONCLUSÃO.....	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	45
ANEXOS .....	47

ANEXO 1 - Questionário: Tabagismo durante a gravidez .....	48
Questionário: Tabagismo durante a gravidez .....	49

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição nominal das idades das participantes.....	31
Quadro 2 - Representação de Idade por Classes.....	32
Quadro 3 - Distribuição da Profissão das Participantes.....	33
Quadro 4 – Distribuição dos dados mediante o conhecimento das participantes sobre os riscos do tabaco para o feto.....	34
Quadro 5 - Distribuição dos dados relativamente à questão “Quantos cigarros fuma diariamente?”.....	35
Quadro 6 - Distribuição dos dados relativos à questão “ Quantos cigarros fuma em média o seu Marido/Companheiro?”.....	36
Quadro 7 - Distribuição dos dados relativamente à questão “No seu local de trabalho encontra-se exposta ao fumo do tabaco?”.....	36
Quadro 8 - Distribuição dos dados relativamente à questão “ O seu Marido/Companheiro fuma dentro de casa?”.....	37
Quadro 9 – Distribuição dos dados relativamente à questão “ que profissional lhe forneceu essa informação?”.....	38
Quadro 10 - Distribuição dos dados relativamente à questão “Que profissional de saúde foi?”.....	39
Quadro 11 - Distribuição dos dados relativos à questão “Reduziu ou parou de fumar por”.....	40

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição da amostra relativamente ao grau de escolaridade.....	32
Gráfico 2 - Constituição do agregado familiar.....	33
Gráfico 3 - Distribuição dos dados das participantes relativos á questão “Quando tomou conhecimento que estava grávida”.....	34
Gráfico 4 - Distribuição dos dados relativos à questão “ Quando soube que estava grávida o seu companheiro/marido”.....	35
Gráfico 5 - Distribuição dos dados relativos à questão “Há mais alguém que fume habitualmente dentro de sua casa?”.....	37
Gráfico 6 - Distribuição dos dados relativos á questão “Obteve alguma informação por algum profissional de saúde sobre os riscos do tabagismo durante a gestação?”.....	38
Gráfico 7 - Distribuição dos dados relativo à questão “Algum profissional de saúde o aconselhou a reduzir ou a parar de fumar?”.....	39

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se nos requisitos para a aquisição do grau de Licenciatura de Enfermagem, pela Universidade Fernando Pessoa. Este projecto de investigação tem como objectivo estudar a problemática em torno do tabagismo na gestação, bem como desenvolver conhecimentos e consciencializar sobre as atitudes tabagistas.

Segundo Fortin (1999, p.4) “ A investigação (...) permite adquirir conhecimentos e, por este facto, ela depende da teoria, visto que esta dá uma significação aos conceitos utilizados numa determinada situação”.

Este trabalho reveste de uma actual importância para os profissionais de enfermagem, especificamente aos especialistas de saúde materna, que são responsáveis pela orientação das grávidas quanto as consequências e riscos dos hábitos de fumar.

Segundo Martinet e Bohadana (2003, p. 203),

*No decurso dos últimos anos, o tabagismo feminino não cessou de aumentar (...). Assim, um grande número de jovens raparigas são fumadoras e as mulheres em idade de procriar têm já um tabagismo importante, quer pela duração quer pela quantidade total de tabaco fumado.*

Este trabalho de Investigação tem como tema “Tabagismo durante a gravidez”. Optou-se por este tema, pois para muitas mulheres a gravidez é vista como um momento ideal para deixar de fumar, mas muitas mulheres não abandonam o seu hábito tabágico, pois não possuem informação/incentivo pelo profissional de saúde ou pelo facto de não conseguirem deixar este vício.

A gravidez é uma fase de fortes alterações físicas, psicológicas e sociais na vida da mulher, tornando-se um momento propício para auxiliar a mesma na alteração dos seus hábitos tabagistas, por outros comportamentos mais saudáveis. Neste contexto, os profissionais de saúde exercem um papel relevante, agindo de forma preventiva e promovendo mudanças de hábitos (Leopércio e Gigliotti 2004).

Numa gestante fumadora aumentam os casos de aborto espontâneo, prematuridade, recém-nascido de baixo peso gestacional, síndrome de morte súbita, e durante a infância pode ocorrer complicações respiratórias e comportamentais (Viggiano; Viggiano; Moron e Camano, 2007).

“A dependência do tabaco é complexa, resultando de uma conjugação de factores individuais de personalidade, genéticos e sociais em torno de um núcleo que situa a indução de dependência física e psicológica pela nicotina.” (Santos, 2012).

Este documento é constituído pela introdução, a fase conceptual, a fase metodológica, a fase empírica, a conclusão, a bibliografia e os anexos.

Na fase conceptual foi abordada a questão de investigação, a elaboração do objectivo do estudo e a revisão da literatura. Na fase metodológica, foi abordado o tipo de estudo, a população, amostra, a definição das variáveis, a escolha do método de colheita de dados, o pré-teste, o tratamento de dados, e os princípios éticos. Na fase empírica foram apresentados os resultados da investigação e posteriormente uma conclusão de toda a investigação.

Para dar cumprimento ao estudo definiu-se como perguntas de partida:

- “Será que as grávidas têm conhecimentos sobre os riscos que o fumo do tabaco pode originar no feto?”
- “Por que via obtiveram os conhecimentos?”
- “Será que as grávidas alteraram o seu comportamento relativo ao uso do tabaco quando tomaram conhecimento de que estavam grávidas?”
- “Será que os companheiros/maridos alteraram o seu comportamento relativo ao uso do tabaco quando tomaram conhecimento de que as companheiras/mulheres estavam grávidas?”

- “Será que as grávidas que não fumam continuam expostas ao fumo do tabaco em casa ou no emprego?”

Este trabalho foi elaborado recorrendo à Internet, a livros, revistas e artigos.

Tendo por base os problemas de investigação e os objetivos delineados, este estudo tem por base o método descritivo simples, com recurso à abordagem quantitativa. O instrumento de colheita de dados foi o questionário, composto por cinco partes.

Mediante os resultados obtidos, verificou-se que, todas as participantes mostraram ter conhecimentos sobre os malefícios do cigarro para o feto, 40% delas reduziram a quantidade de cigarros diariamente e 24% deixou de fumar, sendo que, a maioria das participantes deixou de fumar ou reduziu a quantidade por iniciativa própria.

Os obstáculos encontrados aquando a realização deste trabalho de investigação remetem-se à falta de experiência do investigador na realização deste tipo de trabalhos, bem como, ao referenciar a informação obtida.

## I. FASE CONCEPTUAL

A fase conceptual segundo Fortin, (1999, p. 39) “começa quando o investigador trabalha numa ideia para orientar a sua investigação. (...). A importância da fase conceptual é verdadeiramente uma fase crucial.”

A mesma autora ainda refere que “ a fase conceptual é a fase que consiste em definir os elementos de um problema. (...), o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma concepção clara do problema”. (2009, p. 49)

Deste modo, nesta fase apresenta-se a definição e delimitação do tema, os problemas de investigação, a questão de investigação, os objetivos, as palavras-chaves e a revisão bibliográfica.

### 1. Problema de investigação

Para Fortin, (1999, p. 39) “ (...) a formulação de um problema de investigação consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão de opiniões, de argumentos e de factos relativos ao estudo que se deseja empreender.”

Constituíram problemas de investigação o facto de o consumo do tabaco ser responsável por muitos nascimentos prematuros e atrasos do crescimento, por o fumo passivo também ser muito prejudicial para a saúde do feto e os efeitos adversos serem ainda desconhecidos para muitas mulheres.

#### i. Domínio da Investigação

A escolha do tema: “ (...) é uma das etapas mais importantes do processo de investigação, porque influencia o desenrolar das etapas seguintes (...) ”. Fortin, (2009, p.67)

Como já referido anteriormente, o presente estudo aborda o tema “Tabagismo durante a gravidez”. Foi escolhido este tema pelo simples facto de muitas mulheres grávidas sabendo que o fumo do tabaco prejudica a sua saúde e a do seu filho, continuam com os mesmos hábitos tabágicos, deste modo torna-se pertinente perceber os conhecimentos que estas têm relativamente aos malefícios do cigarro no feto, perceber os seus hábitos tabágicos e os dos seus maridos/companheiros e se é informada e incentivada pelo profissional de saúde a deixar ou reduzir o seu hábito tabágico.

## ii. Questão de investigação

Para Fortin, (2009, p. 73) “ Uma questão de investigação é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe.”

Para a mesma autora (p. 53) “ (...) é uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui o ou os conceitos em estudo.”

Assim sendo, foram formuladas 5 questões:

- Será que as grávidas têm conhecimentos sobre os riscos que o fumo do tabaco pode originar no feto?
- Por que via obtiveram os conhecimentos?
- Será que as grávidas alteraram o seu comportamento relativo ao uso do tabaco quando tomaram conhecimento de que estavam grávidas?
- Será que os companheiros/maridos alteraram o seu comportamento relativo ao uso do tabaco quando tomaram conhecimento de que as companheiras/mulheres estavam grávidas?

- Será que as grávidas que não fumam continuam expostas ao fumo do tabaco em casa ou no emprego?

## 2. Revisão bibliográfica

Segundo Fortin, (1999, p. 74) “ A revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação.”

Neste estudo, a revisão bibliográfica abordou: A definição de conhecimento, o tabaco e as implicações no feto e o papel dos profissionais de saúde.

Segundo o novo dicionário da Língua Portuguesa, ter conhecimento é um “ acto ou efeito de conhecer”.

### i. Tabaco e os seus principais componentes

O tabaco é uma planta que pertence á família dos Solináceas, que pode atingir cerca de 2 metros de altura. O comprimento das suas folhas varia entre 60 e os 70 cm e as flores dispõem-se em cachos ou panícula, variando a cor entre o branco, o amarelo e o vermelho. As espécies comerciais mais importantes são a *Nicotiana tabacum* e a *Nicotiana rustica*. O tabaco é a planta psicoativa mais consumida no mundo, assim como o tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo ([www.arqnet.pt](http://www.arqnet.pt)).

Segundo Mendes, (2012, p. 15) “Os dois principais componentes que existem no tabaco e que causam mais efeitos nefastos são a nicotina e o monóxido de carbono.”

### **Nicotina**

De uma forma simples, o cigarro fornece ao pulmão do fumador uma quantidade do seu principal ingrediente activo: a nicotina, numa mistura de partículas e gases do fumo, a

nicotina é rapidamente absorvida para a corrente sanguínea pela grande superfície dos pulmões (boca e faringe) e chega ao cérebro em mais ao menos 10 segundos. Os receptores cerebrais respondem ao estímulo da nicotina produzindo substâncias (dopaminas e outros neurotransmissores) que conferem ao fumador um “impacto” – o efeito droga da nicotina. Ao longo do tempo, os receptores adquirem tolerância à nicotina e na sua ausência, ocorre uma síndrome de privação, o que leva a uma dependência tabágica. (Pestana, 2006, p. 62)

A mesma autora refere que em 1992, a Organização Mundial de Saúde designou a dependência da nicotina como doença e um ano mais tarde a Sociedade Americana de Psiquiatria incluiu-a como perturbação da saúde mental no diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

A nicotina tem efeitos nefastos para a saúde do feto, provocando uma libertação de catecolaminas (acetilcolina, norepinefrina e epinefrina) na circulação da mulher grávida, deste modo, devido a um aumento dessas catecolaminas poderá surgir taquicardia, vasoconstrição dos vasos uterinos levando à redução de oxigénio para o feto e redução do fluxo sanguíneo placentário (Mendes, 2012, p.15).

### **Monóxido de carbono**

Uma mulher que fume durante a gestação tem uma maior probabilidade de que o feto venha a sofrer hipoxia. O monóxido de Carbono quando em excesso durante a gestação pode ser muito prejudicial para o feto, podendo levar a uma hipoxemia crónica no feto. Isto pode acontecer devido à capacidade que este tem em ligar-se à hemoglobina, o oxigénio desloca-se da oxihemoglobina fazendo com que o sangue não transporte o oxigénio necessário às células, podendo levar à falta de oxigénio e nutrientes no feto (Mendes, 2012, p.15).

Para Leopércio, et al. (2004, p.177) “A hipoxia celular crónica é um dos factores que podem explicar o retardo do crescimento fetal.”

O mesmo autor (p. 178) refere ainda que “No sistema nervoso do feto, o CO tem ação de uma potente toxina, e pode causar lesões neurológicas temporárias e/ou permanentes. No sistema cardiovascular, provoca elevação da frequência cardíaca e hipertrofia miocárdica.”

## ii. Tabagismo Gestacional/Riscos para o feto

Dado que o tabagismo se inicia na adolescência, muitas são as mulheres grávidas que fumam durante a gestação. O acto de fumar traz muitos malefícios tanto para a mãe como para o feto, independentemente da quantidade de cigarros que fumam, as principais complicações que podem surgir durante a gestação são o baixo peso do feto ao nascer, o risco de parto prematuro e de nado-morto (Pestana, 2006).

O tabaco actua negativamente nas diferentes fases de reprodução, por acção directa dos principais componentes tóxicos, a nicotina e o monóxido de carbono. O Tabaco reduz a taxa de fertilidade, compromete a duração da gestação e o peso do feto. A mulher quando fuma durante a gestação, expõe o seu feto não apenas aos componentes do cigarro que cruzam a placenta, mas também às alterações na oxigenação e metabolismo placentário, e às mudanças no seu próprio metabolismo secundárias ao fumo (Mendes, 2012).

“O tabaco favorece a infecção materna devido à diminuição das defesas imunitárias e celulares (...) e pela ruptura prematura das membranas, consequência, mas também causa, de uma infecção feto-maternal.” (Martinet e Bohadana, 2003, p.206)

Os mesmos autores (p.207) ainda referem que,

*A gravidez agrava certos riscos associados ao tabagismo, devido às modificações cardiovasculares (aumento da frequência cardíaca e da viscosidade sanguínea), respiratórias (agravamento das modificações fisiológicas associadas à gravidez) e buco-dentárias (lesões de desmineralização do esmalte dentário, inflamações gengivais, mobilidade dentária, abscessos dentários, aftose, reabsorção alveolar,*

*parodontite; o estado buco-dentário na mulher grávida que fuma deve ser estreitamente vigiado).*

Segundo um projeto elaborado por European Perinatal Health Report 2010, que tem como finalidade a recolha de dados sobre a saúde materna e crianças na Europa, mais de 1 em cada 10 mulheres fumadoras não abandonaram o seu hábito tabágico durante a gestação. O país com mais frequência foi a Escócia com 19% de seguida com 18% a França e depois o País de Gales com 18%. Portugal não forneceu dados, não existindo dados nacionais que representem o comportamento face ao tabagismo nas gestantes portuguesas (Nunes e Narigão, 2013)

Num trabalho publicado no Health Economics, Adams et al, referem que o risco de assistência em UCI neonatal é 20% mais elevado nas mulheres que fumam durante a gestação do que nas mulheres que não fumam (Mendes, 2012, p.14).

Segundo Leopércio, et al, (2004, p.176) “o fumo durante a gestação é responsável por 20% dos casos de fetos com baixo peso ao nascer, 8% dos partos prematuros e 5% de todas as mortes perinatais.”

“A taxa de aborto espontâneo é multiplicado por 3 dividido ao tabagismo materno e associação aborto/tabaco é dependente da dose.” (Martinet e Bohanada, 2003, p.205)

O mesmo autor ainda refere que “ O risco de GEU é multiplicado por 1,5 para um consumo no momento da concepção inferior 10 cigarros por dia, e por 5 para um consumo superior 30 cigarros por dia.”

Para muitas mulheres a gravidez é vista como o momento ideal para deixar de fumar, devido aos conhecimentos que estas possuem relativamente aos malefícios do tabaco para o feto (Mendes, 2012).

Pestana (2006, p.204) refere que, a maioria das mulheres sabe das potenciais consequências negativas do tabagismo e preocupa-se com o facto de fumar.

Durante a gestação muitas são as mulheres que mudam o seu comportamento face ao tabagismo, pois existe uma diminuição na percentagem de fumadoras (35%). Das mulheres que durante a gravidez fumam muitas reduzem o seu consumo (Mendes, 2012).

Porém segundo Pestana, (2006, pág.204) “ (...) a percentagem de abstinência é baixa só 30% a 40% das mulheres deixam de fumar durante a gravidez), e a taxa de recaída é elevada 70% recomeçam durante os 3 primeiros meses a seguir ao parto.”

O tabagismo materno durante a gravidez é um factor de risco para doenças respiratórias, com diminuição da função pulmonar nos primeiros anos de vida, malformações nomeadamente problemas cardíacos e da obesidade na criança, está associado também a aborto espontâneo, gravidez ectópica, morte fetal in útero, rutura prematura das membranas, parto pré-termo e baixo peso ao nascer (Pestana, 2006).

Segundo Martinet e Bohanada, (2003, p.214), “(...), observa-se depois de cada cigarro inalado pela mãe, uma diminuição dos movimentos espontâneos do feto e de um aumento de mais de 15% da sua frequência cardíaca durante mais de 25 minutos.”

Sabendo que 15 a 40% dos recém-nascidos nascem devido à ruptura prematura das membranas, o risco que uma mulher tem, de vir a ter ruptura prematura das membranas é de 2,1. Se uma mulher fuma mais de 20 cigarros diariamente, o risco de vir a sofrer uma ruptura das membranas antes das 31 semanas é multiplicado por 2,3. O abandono do cigarro durante a gestação leva a que o risco de ruptura prematura das membranas seja semelhante aos das mães que não fumam. A paragem de intoxicação tabágica durante a gravidez permite regressar a um risco de ruptura prematura das membranas relativamente ao das mulheres não fumadoras (Martinet e Bohadana, 2003).

Em relação ao baixo peso ao nascer,

*(...) Ele é duas a três vezes mais frequente nos filhos de mães fumadoras e é acompanhado por uma diminuição da altura depreciativa. (...) Com efeito, uma mulher que deixa de fumar no início do terceiro trimestre da gravidez apresenta, para o filho,*

*um risco equivalente ao de uma não fumadora. Um consumo diário superior a 20 cigarros seria causa de uma diminuição média de 520g do peso do recém-nascido.*

*A academia Nacional de Medicina adoptou duas directivas relativas ao tabagismo passivo por parte do feto, umas das quais é a seguinte:*

*«2 – As consequências do tabagismo passivo no feto e no recém-nascido são particularmente graves. Esta intoxicação tabágica é nociva ao crescimento do feto e fragilização recém-nascido. Devem ser realizadas investigações para avaliar melhor as consequências do tabagismo no cérebro. Por ocasião do início da gravidez, o casal e o ambiente familiar devem ser melhor informados sobre estes riscos. Com essa finalidade, deve-lhe ser disponibilizado apoio médico e psicológico» (Martinet e Bohadana, 2003, pp. 214 e 216).*

### iii. Papel do Profissional de Saúde na informação sobre o tabagismo

Sendo a gravidez um momento em que a grávida contacta com profissionais de saúde, estes têm um papel importante na abordagem do tabagismo bem como no incentivo ao seu abandono (Correia et al, 2007).

Para Macedo e Precioso, (2004, p. 98) “O Diagnóstico e tratamento do tabagismo devem merecer dos profissionais de saúde o mesmo envolvimento que estes têm em relação a outros fatores de risco.”

O papel do enfermeiro é deveras importante pois segundo Martinet e Bohadana, (2003, p.384) “(...). *A sua proximidade do paciente em meio hospitalar ou na prática liberal torna-os frequentemente muito mais aptos a dar um conselho ou a dar respostas a um pedido que esse mesmo hesitaria em formular ao médico.*”

### 3. Objectivos

Segundo Fortin, (1999, p.100), “o objetivo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação”.

Os objetivos que defini foram:

- Identificar se a grávidas têm conhecimentos sobre os riscos que o fumo do tabaco pode originar no feto;
- Perceber por que via obtiveram os conhecimentos;
- Saber se as grávidas alteraram o seu comportamento relativo ao uso do tabaco quando tomaram conhecimento de que estavam grávidas;
- Saber se os companheiros/maridos alteram o seu comportamento relativo ao uso do tabaco quando tomaram conhecimento de que as companheiras/mulheres estavam grávidas;
- Saber se as grávidas que não fumam continuam expostas ao fumo do tabaco em casa ou no emprego.

## II. FASE METODOLÓGICA

### 1. Desenho de Investigação

Segundo Fortin, (2009, p.53) “no decurso da fase metodológica, o investigador determina num desenho a maneira de proceder para realizar a investigação”.

#### i. Tipo de estudo

Para alcançar os objetivos propostos neste trabalho, optou-se por realizar um estudo descritivo simples quantitativo, transversal em meio natural, uma vez, que se pretende descrever os conhecimentos das gestantes face à prática tabágica durante esse período, procurando assim uma aproximação à realidade vivida pelas gestantes e explorando as opiniões acerca do mesmo, de forma a estabelecer as características da amostra.

Segundo Fortin, (1999, p. 163), “O estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta.”

Para a mesma autora (2009, p. 252), o estudo é transversal pois “(...) tem por objectivo medir a frequência de um acontecimento ou de uma doença e dos seus factores de risco numa dada população.”

“A abordagem quantitativa, baseada na perspectiva teórica do positivismo, constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos no que concerne às variáveis em estudo”. (Fortin, 1999, p.322)

Fortin, (2009, p.219) “Um meio, que não dá lugar a um controlo rigoroso como o laboratório, toma frequentemente o nome de meio natural.”

#### ii. População alvo, amostra e processo de amostragem

Perante os objectivos do estudo, a população alvo neste estudo, foi constituída por gestantes que frequentam as consultas de preparação para o parto no Centro de Saúde de Aldoar.

Para Fortin, (1999, p. 202) “A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.”

“A amostra é um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. (...) Deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada”. Fortin, (1999, p. 202).

A amostra neste estudo foi constituída por 28 grávidas.

*A amostragem não probabilística é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhida para formar a amostra. (...) Segundo o método de amostragem accidental os sujeitos são incluídos no estudo à medida que estes se apresentam num local preciso.” (Fortin, 1999, p.209)*

O processo de amostragem foi do tipo não probabilístico accidental, na medida em que a amostragem foi realizada às grávidas que entraram no Centro de Saúde de Aldoar para a Consulta de Preparação Para o Parto no dia 8 de Abril entre as 17h e as 19 h. Era critério de exclusão não pertencer ao grupo de preparação para o parto.

### iii. Variáveis

Para Fortin, (1999, p. 37) “ As variáveis atributo são as características dos sujeitos num estudo.”

A mesma autora ainda refere que “uma vez colhidos os dados, a informação serve para traçar um perfil das características dos sujeitos da amostra.”

Neste caso as variáveis atributo foram: Idade, Escolaridade, Profissão e Agregado familiar.

As variáveis em estudo foram:

- Conhecimento das gestantes sobre o tabagismo;
- Hábitos tabágicos após conhecimento da gravidez;
- Hábitos tabágicos do marido/companheiro após conhecimento da gravidez;
- Informação dada pelos profissionais de saúde;
- Exposição da grávida ao fumo do cigarro.

iv. Instrumento de colheita de dados e pré-teste

Para este estudo o instrumento seleccionado foi um questionário.

De acordo com Fortin, (1999, p. 249) “O questionário é um dos métodos de colheita dos dados que necessitam das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos.”

A colheita de dados foi muito importante para esta investigação, pois foi através do questionário, que obtivemos os dados necessários para a concretização deste estudo.

O questionário foi dividido em cinco partes.

A 1ª parte era composta por resposta aberta e referia-se à caracterização sociodemográfica da gestante.

A 2ª parte era composta por 10 questões de Verdadeiros e Falsos e referia-se aos conhecimentos das gestantes sobre os riscos do tabaco durante a gestação. Considerou-se com “muito bom” conhecimento as grávidas que responderam corretamente a 9 ou mais questões, com “bom” conhecimento as grávidas que responderam corretamente a 7 ou 8 questões, com “conhecimento razoável” as que responderam corretamente 5 ou 6 questões, “medíocre” as que responderam a 3 ou 4 questões, “mau” conhecimento as que responderam a 2 ou 1 questão e “nenhum” conhecimento às grávidas que responderam erradamente às 10 questões ou que não deram nenhuma resposta.

A 3ª parte foi composta por 3 questões de resposta fechada e dizia respeito aos hábitos tabágicos da gestante durante a gravidez.

A 4ª parte foi composta por 4 questões de resposta fechada e dizia respeito aos hábitos tabágicos dos maridos/companheiros.

A 5ª parte foi composta por 5 questões de resposta fechada e referia-se à informação dada pelo profissional de saúde, sobre a temática em estudo.

A colheita de dados foi feita na via pública, à porta do Centro de Saúde de Aldoar.

(...) o pré teste tem por objecto principal avaliar a eficácia e a pertinência do questionário. (...).” Fortin, (1999, p. 253)

Deste modo o pré-teste foi realizado a 3 grávidas, tendo todas preenchido o questionário sem qualquer dificuldade.

Estas 3 grávidas não fizeram parte da amostra.

#### v. Previsão de Tratamento de Dados

Tratando-se de um estudo quantitativo, os dados obtidos através do questionário, foram submetidos ao tratamento e respectiva análise no programa Excel do Windows 2010.

vi. Princípios éticos

Segundo Fortin, (1999, p.114), “ (...) a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.”

De acordo com a mesma autora, são definidos como direitos fundamentais dos seres humanos:

O Direito à autodeterminação que “(...) baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino.” (Fortin, 1999, p.116)

Relativamente a este direito foi explicado no questionário às participantes o seu direito de decidir a sua participação ou não neste estudo.

“O Direito à intimidade faz referência à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação (...)”. (Fortin, 1999, p. 117)

Nesta investigação este direito encontra-se garantido, pois o questionário não contém perguntas impróprias às gestantes sendo elas livres de responderem ao que quiserem.

“O direito ao anonimato e confidencialidade é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador.” (Fortin, 1999, p. 117)

Relativo a este direito foi dito no questionário que o mesmo era anónimo e confidencial.

“O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem.” (Fortin, 1999, p.118)

Direito a um tratamento justo e equitativo: “ o direito a um tratamento justo e leal refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo.” (Fortin, 1999, p. 119)

Estes direitos foram respeitados, pois através do questionário foi explicado a natureza do estudo e seus respectivos objectivos. Foi procurado também respeitar a individualidade de cada gestante, tendo sido dado tempo para decidir voluntariamente participar no estudo ou não.

### III. FASE EMPÍRICA

Estes dados foram recolhidos pela utilização directa de um questionário a 25 gestantes que frequentaram as consultas de preparação para o parto, no centro de saúde de Aldoar.

A fase empírica é “reservada à análise descritiva e inferencial dos dados recolhidos junto dos participantes por meio dos métodos de colheita de dados”. (Fortin, 2003, p. 410)

#### 1. Apresentação dos dados

De acordo com Fortin, (1999, p. 271), “A análise estatísticas dos dados e a apresentação dos resultados estatísticos necessitam, evidentemente, de um bom conhecimento dos princípios de base da estatística.”

Os resultados foram apresentados em tabelas apresentando-se a frequência absoluta (n) e por gráficos apresentando-se a percentagem (%).

As variáveis que foram estudadas para a caracterização desta amostra foram: idade, o grau de escolaridade, constituição do agregado familiar e a profissão.

#### **Caracterização da amostra**

Quadro 1 - Distribuição nominal das idades das participantes

	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão
Idade	25	28	39	32,68	33	3,38

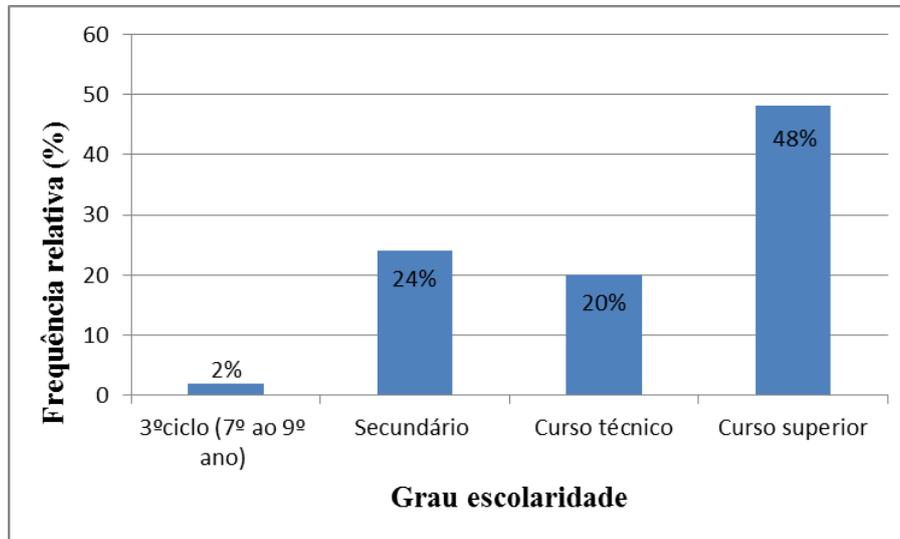
Pela análise do quadro 1 podemos verificar que a média das idades é de 32,68, sendo o limite mínimo 28 e o máximo 39, a mediana é 33 e o desvio padrão é 3,38.

Quadro 2 - Representação de Idade por Classes

	n	%
28-29	4	16
30-31	3	12
32-33	10	40
34-35	2	8
36-37	3	12
38-39	3	12
Total	25	100

Pelo quadro 2, podemos observar que a faixa etária com mais predominância é a de 32-33 anos de idade com 40% e 10 participantes, de seguida é a de 28-29 anos com 4 participantes (16%), a faixa etária 30-31 anos, 36-37 anos e 38-39 anos correspondem ambas a 12% e por último 2 participantes encontram-se na faixa etária 34-35 anos (8%).

Gráfico 1- Distribuição da amostra relativamente ao grau de escolaridade



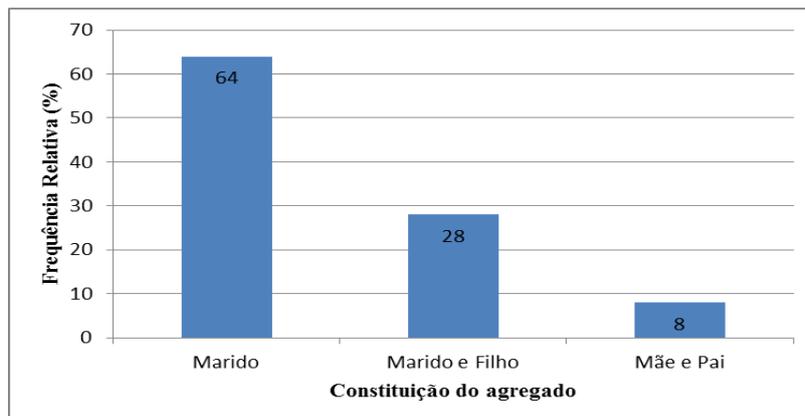
Como podemos observar pelo gráfico 1, 48% (n=12) das inquiridas referiram ter curso superior, 24% têm o secundário, 20% têm um curso técnico e a penas 2% referiram ter o 3º ciclo.

Quadro 3 - Distribuição da Profissão das Participantes

Profissão	N	%
Empregada de Limpeza	2	8
Empresária	3	12
Tradutora	1	4
Médica	1	4
Assistente de pessoas em terra	1	4
Técnica de Fisioterapia	2	8
Vigilante aeroportuária	1	4
Jurista	1	4
Administrativa	1	4
Técnica de Saúde	4	16
Advogada	1	4
Desempregada	5	20
Professora	2	8
Total	25	100

De acordo como quadro 3, é de ressaltar que 20% das participantes estão desempregadas, 4 participantes são técnicas de saúde (16%).

Gráfico 2 - Constituição do agregado familiar



Como podemos verificar pelo gráfico 2, 64% das participantes referiram viver com o marido, 28% referiram viver com o marido e filho e apenas 8% referiram viver com a mãe e o pai.

### Conhecimento das gestantes sobre os riscos do tabaco durante a gestação

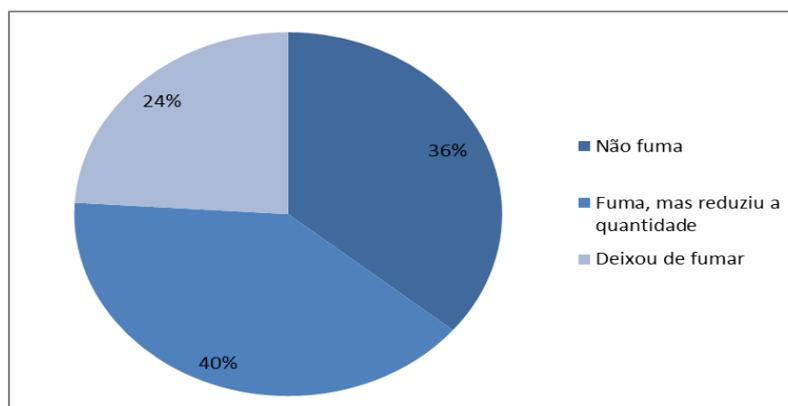
Quadro 4 – Distribuição dos dados mediante o conhecimento das participantes sobre os riscos do tabaco para o feto

	n	%
Muito bom conhecimento 9 ou 10 respostas correctas	19	76
Bom conhecimento 7 ou 8 respostas correctas	6	24
Total	25	100

Conforme podemos observar pelo quadro 4, mais de metade das participantes possuíam muito bom conhecimento (76%), apenas 24% apresentavam bom conhecimento, não tendo havido nenhuma participante que tivesse dado mais que 3 respostas erradas.

### Hábitos tabágicos das gestantes e companheiros/maridos após conhecimento da gravidez

Gráfico 3 - Distribuição dos dados das participantes relativos á questão “Quando tomou conhecimento que estava grávida”



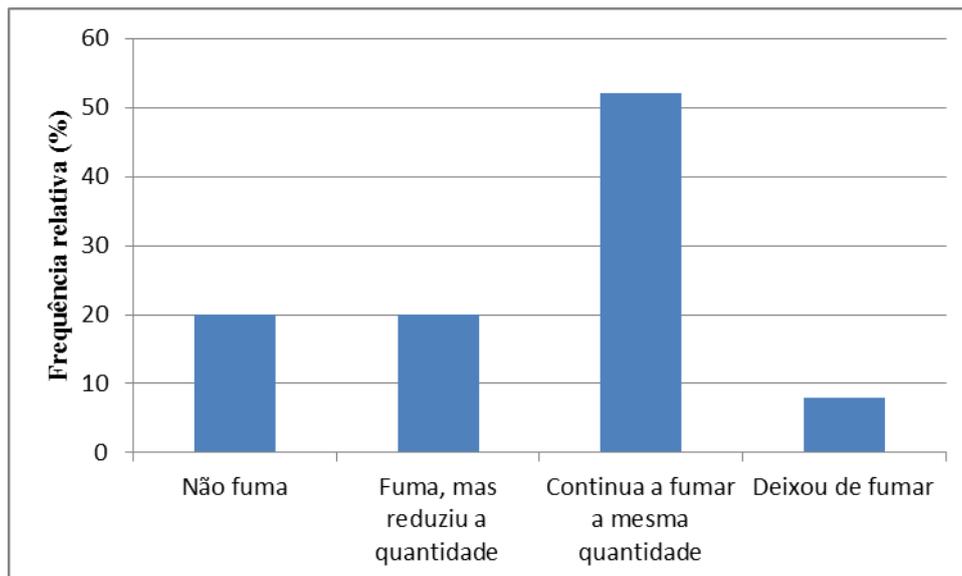
Pela análise do gráfico 3, observamos que 36% das participantes (n=9) não fumavam antes de tomarem conhecimento de que estavam grávidas, 40% continuaram a fumar, mas reduziram a quantidade (n=10) e 24% deixaram de fumar quando tomaram conhecimento da gravidez (n=6).

Quadro 5 - Distribuição dos dados relativamente à questão “Quantos cigarros fuma diariamente?”

	n	%
1 a 5	7	70
6 a 10	3	30
Total	10	100

De acordo com os dados do gráfico 3 observamos que 10 participantes responderam que continuaram a fumar, mas reduziram a sua quantidade após tomarem conhecimento de que estavam grávidas, destas 10 participantes, 70% referiram que fumam entre 1 a 5 cigarros por dia e 30% participantes referiram fumar diariamente 6 a 10 cigarros.

Gráfico 4 - Distribuição dos dados relativos à questão “ Quando soube que estava grávida o seu companheiro/marido”



Segundo o gráfico 4, mais de metade das participantes (52%) responderam que os seus maridos/companheiros mantiveram o seu hábito tabágico, com a mesma percentagem de 20%, responderam que os seus maridos/companheiros não fumam e outras responderam que fumam, mas reduziram na quantidade e 8% (n=2) responderam que os maridos/companheiros deixaram de fumar.

Quadro 6 - Distribuição dos dados relativos à questão “ Quantos cigarros fuma em média o seu Marido/Companheiro?”

	n	%
1 a 5	3	16,6
11 a 15	9	50
16 a 20	6	33,6
Total	18	100

Como observamos no gráfico 4, 18 inquiridas responderam que os maridos/companheiros fumam. Segundo o quadro 6, 3 maridos/companheiros (16,6%) fumam diariamente 1 a 5 cigarros por dia, metade das participantes referem que os seus maridos/companheiros fumam 11 a 15 cigarros diariamente e 33,6% fumam 16 a 20 cigarros por dia.

### Dados obtidos sobre a exposição ao fumo do tabaco

Quadro 7 - Distribuição dos dados relativamente à questão “No seu local de trabalho encontra-se exposta ao fumo do tabaco?”

	n	%
Sim	4	20
Não	16	80
Total	20	100

Pelo quadro 7, 20% das participantes referiram estar expostas ao fumo do tabaco no seu local de trabalho, enquanto 80% das participantes responderam que “não”.

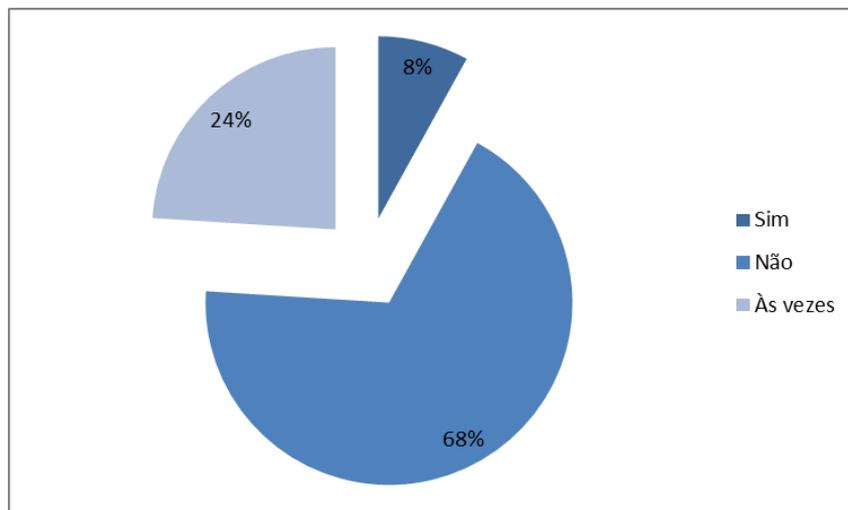
Nota: Apesar de a amostra ser de 25 inquiridas, o total no quadro 7 é 20 inquiridas, sendo que, 5 das participantes não responderam a esta questão.

Quadro 8 - Distribuição dos dados relativamente à questão “ O seu Marido/Companheiro fuma dentro de casa?”

	n	%
Sim	14	77,8
Não	4	22,2
Total	18	100

Como já vimos no gráfico 4, 18 participantes referiram que os seus maridos/companheiros fumam, segundo o quadro 8, destas 18 participantes, 14 (77,8%) referiram que os seus maridos/companheiros fumam dentro de casa e 4 (22,2%) responderam que não fumam em casa.

Gráfico 5 - Distribuição dos dados relativos à questão “Há mais alguém que fume habitualmente dentro de sua casa?”

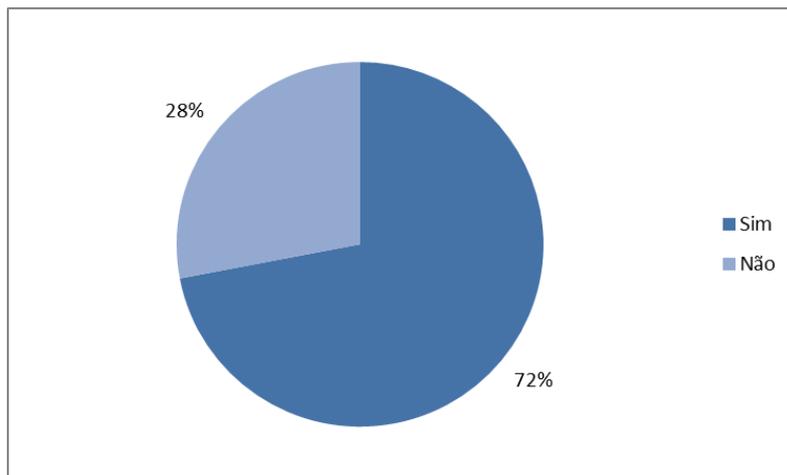


Conforme o gráfico 5, analisamos que mais de metade das participantes (68%) referiram não haver mais pessoas a fumarem dentro das suas casas, 24% das participantes referiram ter pessoas que às vezes fumam dentro das suas casas, enquanto uma

percentagem de 8% referiu haver pessoas que habitualmente fumam dentro das suas casas.

### Informação dada pelos profissionais de saúde

Gráfico 6 - Distribuição dos dados relativos á questão “Obteve alguma informação por algum profissional de saúde sobre os riscos do tabagismo durante a gestação?”



Através do gráfico 6, 72% (n=18) das participantes referiram ter obtido informações sobre os riscos do tabagismo durante a gestação e 28% (n=7) referiram não ter recebido nenhuma informação.

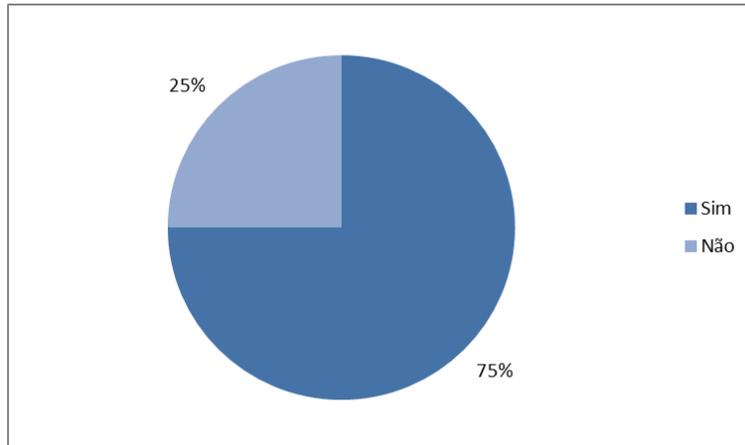
Quadro 9 – Distribuição dos dados relativamente à questão “ que profissional lhe forneceu essa informação?”

	n	%
Enfermeiro	15	48,3
Médico	16	51,7
Total	31	100

Como já observámos pela análise do gráfico 6, 18 participantes referiram ter tido informações sobre a temática do tabagismo durante a gestação, 15 dessas participantes referiram que foi pelo Enfermeiro que obtiveram essa informação (48,3%) e 16 referiram ter sido o Médico a dar essa informação (51,7).

Nota: Apesar do número de participantes corresponder a 18 elementos, no quadro acima é de 31, devido a algumas participantes terem dado mais que uma resposta.

Gráfico 7 - Distribuição dos dados relativo à questão “Algum profissional de saúde o aconselhou a reduzir ou a parar de fumar?”



Como já observamos no gráfico 3 das 25 inquiridas, 10 continuaram a fumar mas reduziram a quantidade e 6 deixaram de fumar após o conhecimento da gravidez, sendo que, destas 16 participantes 75% (n=12) responderam que “sim” tiveram aconselhamento para reduzir ou parar de fumar, e 25% (n=4) responderam que “não”.

Quadro 10 - Distribuição dos dados relativamente à questão “Que profissional de saúde foi?”

	n	%
Enfermeiro	10	50
Médico	10	50
Total	20	100

Das 12 participantes que responderam ter recebido aconselhamento para reduzirem ou deixarem de fumar, 10 referiram ter sido aconselhadas pelo Enfermeiro e outras 10 pelo Médico.

Nota: Apesar de só 12 das participantes responderem que “sim” à questão “algum profissional de saúde o aconselhou a reduzir ou a parar o consumo do tabaco?”, no quadro acima o total é de 20, devido a algumas participantes terem dado mais do que uma resposta.

Quadro 11 - Distribuição dos dados relativos à questão “Reduziu ou parou de fumar por”

	n	%
Aconselhamento do profissional de saúde	6	37,5
Iniciativa própria	10	62,5
Total	16	100

Segundo o quadro 11, das 16 participantes que mantiveram o tabagismo durante a gestação ou deixaram de fumar, 6 das participantes (37,5%) foi por aconselhamento do profissional de saúde e as outras 10 participantes (62,5%) foi por iniciativa própria.

## 2. Análise e discussão dos resultados

Tendo em conta os objetivos delineados na fase conceptual e mediante o suporte teórico surge uma nova etapa, a discussão dos resultados.

“Alguns estudos mostraram uma maior frequência deste hábito na grávida jovem, com menor escolaridade, (...) ou sem companheiro.” (Correia, et al, 2007, p.202)

Surpreendentemente, neste estudo observou-se uma predominância nas idades 32-33 anos, com 40%, sendo a média das idades de 32,68. A maioria das participantes viviam com o marido (64%). Das 25 participantes, 48% possuíam um curso superior e relativamente à situação profissional 20% encontrava-se desempregada.

De acordo com o objectivo: “Identificar se a grávidas têm conhecimentos sobre os riscos que o fumo do tabaco pode originar no feto”, 76% das participantes possuíam um

“muito bom conhecimento” e 24% um “bom conhecimento”, sendo que, uma das questões que a maioria das participantes errou foi: “o fumo prejudica a chegada de nutrientes ao feto”.

Pestana, 2006, p. 204 refere que apesar dos efeitos adversos do tabagismo na saúde se encontrarem amplamente divulgados, os seus efeitos durante a gravidez são ainda desconhecidos por muitas mulheres, nomeadamente as consequências que ele produz a nível da saúde.

O fumo prejudica a chegada de oxigénio e nutrientes ao feto, devido aos componentes tóxicos presentes no cigarro (Mendes, 2012, p.15).

Relativamente ao objectivo “Perceber por que via obtiveram os conhecimentos”, Das 18 participantes, que obtiveram conhecimento por um profissional de saúde, 48,3% referiram ter sido o Enfermeiro a dar essa informação e 51,7% referiram ter sido o Médico.

*A academia nacional de medicina da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Doutora Gro Harlem Brundtland, directora-geral da OMS declarou que «dado que cada vez há mais mulheres grávidas que fumam – 15% em 1987, 25% hoje – é ao médico e à enfermeira que incumbe recordar-lhes que o risco de morte súbita inexplicada do lactente é quatro vezes maior no caso de crianças nascidas de mães fumadoras e ainda duas vezes maior se a criança vive em ambiente tabágico...» (Abraham e Bohadana, 2003, p. 213).*

“ (...) Os profissionais de saúde, na sua acção preventiva e promotora da mudança de atitudes, têm um papel de extrema importância.” (Correia et al, 2007, p.202).

De acordo com o objectivo “Saber se as grávidas alteraram o seu comportamento relativo ao uso do tabaco quando tomaram conhecimento de que estavam grávidas”, observamos anteriormente, que quase metade das participantes (40%) reduziram o seu hábito tabágico e 24% deixaram de fumar quando souberam que estavam grávidas, das

40% que continuaram a fumar, 70% referiram fumar entre 1 a 5 cigarros por dia e as outras 30% referiram fumar diariamente entre 6 a 10 cigarros.

A maioria das mulheres sabe das potenciais consequências negativas do tabagismo e preocupa-se com o facto de fumar. Porém, a percentagem de abstinência é baixa, só 30% a 40% das mulheres deixam de fumar durante a gravidez (Pestana, 2006, p.204).

A prevalência do consumo de tabaco é elevada, sendo necessárias fortes medidas de combate ao consumo de tabaco nesta população (Fraga, et al, 2005, p. 214).

Mendes, (2012, p. 14), refere que para muitas mulheres a gravidez é vista como o momento ideal para deixar de fumar, devido aos conhecimentos que estas possuem relativamente aos malefícios do tabaco para o feto.

A mesma autora refere, que durante a gestação muitas são as mulheres que mudam o seu comportamento face ao tabagismo, pois existe uma diminuição na percentagem de fumadoras (35%). Muitas mulheres que durante a gravidez fumam reduzem o consumo do cigarro por dia.

Relativamente ao objectivo “Saber se os companheiros/maridos alteram o seu comportamento relativo ao uso do tabaco quando tomaram conhecimento de que as companheiras/mulheres estavam grávidas”, das 25 participantes 52% (n=13) refeririam que os seus maridos/companheiros mantiveram o seu hábito tabágico, 20% (n=5) reduziram o consumo dos cigarros e apenas 8% deixaram de fumar. Destas 18 participantes, 16,6% referiram que o seu marido/companheiro fumam entre 5 a 10 cigarros por dia, 50% fumam entre 11 a 15 cigarros e com uma grande percentagem 33,6 referiram que o seu companheiro/marido fuma 16 a 10 cigarros por dia.

E por último, relativamente ao objectivo “Saber se as grávidas que não fumam continuam expostas ao fumo do tabaco em casa ou no emprego”, das 18 participantes que referiram que os seus maridos/companheiros fumam, 77,8% referiram que estes fumam dentro de casa e 22,2% referiram que não fumam dentro de casa. Das 25 inquiridas 8% referiram haver mais pessoas que fumam dentro de casa e 68% referiram

ter “às vezes” pessoas que fumam dentro de casa. Das 20 inquiridas que responderam à questão “No seu local de trabalho encontra-se exposta ao fumo do tabaco?”, 20% referiram que se encontram expostas ao fumo e 80% referiram que não.

Quanto aos efeitos do fumo do cigarro, o seu consumo tem igualmente efeitos nefastos na gravidez, estando associado a aborto espontâneo, gravidez ectópica, ruptura prematura das membranas, parto pré-termo e baixo peso molecular ao nascer (Mendes, 2012, pp. 14 e 15).

Em conclusão, em relação ao conhecimento das grávidas relativamente aos malefícios do tabaco para o feto, todas as participantes revelaram ter conhecimento.

Em relação aos hábitos tabágicos dos maridos/companheiros, poucos foram os que deixaram de fumar, tendo a maioria mantido os seus hábitos tabágicos. Os maridos/companheiros têm um papel importante para que a mulher/companheira consiga ficar “longe” dos cigarros, visto que, se o marido/companheiro não fuma ela não se sente tão tentada a fumar e neste estudo 20% dos maridos/companheiros não fumava.

A nível da exposição da grávida ao fumo do cigarro, a maioria das mulheres não se encontra exposta a ele.

Relativamente à informação e incentivo pelos profissionais de saúde a maioria das participantes referiram ter recebido essa informação, tendo a maioria deixado de fumar por iniciativa própria.

Em suma, mediante os objetivos e questões de investigação delineados, constatou-se que a metodologia escolhida para esta investigação foi ao encontro das respostas aos objetivos e questões.

## CONCLUSÃO

Como acontece a todos os investigadores inexperientes, ao longo deste trabalho foram sentidas várias limitações, que consoante a elaboração do trabalho foram desaparecendo, permitindo um conhecimento mais específico para este tipo de trabalho científico.

Em relação ao tema do trabalho, foi gratificante fazer esta investigação, pois ao longo da análise e tratamento dos dados, foi notório as grávidas que reduziram e deixaram de fumar, pois é sinal que sendo o tabaco um vício/uma dependência, muitas são as mulheres que se preocupam com o bem-estar do seu “filho”.

É do meu interesse que este trabalho de investigação seja alvo de conhecimento na equipa da UCC Cuidar de Aldoar, no serviço da área de Saúde Materna-Infantil, a modo de promover práticas para o incentivo ao abandono tabágico na gestação.

É ainda de salientar que deve ser realizado um investimento face ao abandono tabágico principalmente durante a gestação e também realizar formações sobre este tema aos profissionais de saúde principalmente aos enfermeiros que contactam mais tempo com a população a fim de promover o incentivo à cessão tabágica e apoiar as grávidas fumadoras no abandono do mesmo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Autor desconhecido. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. [Em linha]. Disponível em <<http://www.dicionario-aberto.net/search/conhecimento>> [Consultado em 03/04/2014].

Correia S. et al. (2007). *Gravidez e tabagismo: uma oportunidade para mudar comportamentos*. [Em linha] Disponível em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5015/1/Gravidez\\_tabagismo.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5015/1/Gravidez_tabagismo.pdf). [Consultado em 18/12/2013].

Fortin, M. F. (1999). *O Processo da Investigação: da concepção à realização* (2º ed.). Loures: Lusociência.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures. Lusodidata.

Leopércio, W. e Gigliotti, A. (2004). *Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma análise crítica*. Volume 30. Rio de Janeiro.

Macedo, M e Precioso, J. (2004). O papel dos médicos (e outros profissionais de saúde) no controlo da epidemia tabágica e da morbimortalidade a ela associada. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. 22(2/julho e dezembro).

Martinet, Y. & Bohadada, A. (2003). *O Tabagismo Da Prevenção à abstinência*. 1ª edição. Lisboa: Masson.

Mendes, G. (2012). A gravidez e o tabagismo. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. 12.

Nunes e Narigão. (2013). Consumo de tabaco durante a gravidez. Portugal Prevenção e Controlo em Numeros. *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo*. ISSN: 2183-0762.

Pestana, Eduarda. (2006). *Tabagismo Do diagnóstico ao Tratamento* (1ª edição ed.). Lidl.

Santos, J. A. (Maio de 2012). *Cessão tabágica: um salto de acrobática*. [Em linha]. Obtido de Revista Port. med. Geral Fam a 5 de Janeiro de 2014 [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2182-51732012000500007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732012000500007&lng=pt&nrm=iso)

Viggiano, M. B. et al. (Abril de 2007). *Tabagismo materno durante a gravidez - implicações na prática obstétrica*. [Em linha]. Obtido em 20 de dezembro de 2013, de <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina354p235-8.pdf>

Universidade Fernando Pessoa. Manual de Estilo de Elaboração de Monografias. Porto, Edições Fernando Pessoa. [Em linha]. Obtido em <http://www.ufp.pt/docs/Manual-Estilo-Elabora%C3%A7%C3%A3o-trabalhos-cient%C3%ADficos.pdf>. Consultado a 14 de maio de 2014.

ANEXOS

ANEXO 1 - Questionário: Tabagismo durante a gravidez

Questionário: Tabagismo durante a gravidez

No âmbito da disciplina de Projecto de Graduação inserida no 4ºano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, a aluna Luciana Manuel da Silva Monteiro Peixoto está a desenvolver um trabalho de investigação que tem como tema “Tabagismo durante a gravidez”.

Os objetivos desta investigação são:

- i. Identificar se as grávidas têm conhecimentos sobre os riscos que o fumo do tabaco pode originar no feto;
- ii. Saber por que via obtiveram os conhecimentos;
- iii. Saber se as grávidas alteraram o seu comportamento relativo ao uso do tabaco quando tomaram conhecimento de que estavam grávidas;
- iv. Saber se os companheiros/maridos alteram o seu comportamento relativo ao uso do tabaco quando tomaram conhecimento de que as companheiras/mulheres estavam grávidas?
- v. Saber se as grávidas que não fumam continuam expostas ao fumo do tabaco em casa ou no emprego.

Para tal, solicita a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue.

Este questionário é anónimo e confidencial, pelo que peço por favor, que responda a todas as questões com sinceridade e veracidade, sem colocar qualquer sinal que permita posteriormente identificar o questionário como seu.

Desde já agradeço antecipadamente a sua colaboração

A aluna

---

(Luciana Peixoto)

O questionário é composto por 5 partes.

A 1ª parte refere-se à caracterização socio-demográfica da gestante.

A 2ª parte refere-se aos conhecimentos das gestantes sobre os riscos do tabaco durante a gestação, para o seu correcto preenchimento a gestante deverá colocar um V (verdadeiro) ou um F (falso), à frente de cada frase conforme o seu conhecimento.

A 3ª parte diz respeito aos hábitos tabágicos das gestantes e maridos/companheiros durante a gravidez, nesta parte a gestante deverá colocar um **X** na opção com que mais se identifica.

A 4ª parte diz respeito à exposição ao fumo do tabaco durante a gravidez e o seu correcto preenchimento é igual ao da 3ª parte.

A 5ª parte refere-se à informação dada pelo profissional de saúde, sobre o risco de fumar durante a gravidez, o seu preenchimento é igual ao da 3ª e 4ª parte.

**1ª Parte**

**Caracterização Socio-demográfica**

Idade: \_\_\_\_\_

Nível de escolaridade:

1º ciclo ( 1º ao 4º ano)

2º ciclo ( 5º e 6º ano)

3º ciclo ( 7º ao 9º ano)

Secundário (12º ano)

Curso técnico

Curso superior

Profissão: \_\_\_\_\_

Pessoas que compõem o agregado familiar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

É utente das consultas de preparação para o parto do Centro de Saúde de Aldoar?

Sim

Não

**2ª Parte**

**Conhecimento das gestantes sobre os risco do tabaco durante a gestação**

**Responda Verdadeiro (V) ou Falso (F) às seguintes frases**

- 1- A exposição do feto a substâncias do cigarro é muito prejudicial. \_\_\_\_\_
- 2- Um dos efeitos prejudiciais que o fumo do tabaco pode provocar durante a gravidez é o aborto espontâneo. \_\_\_\_\_
- 3- O nascimento antes do tempo e o atraso do desenvolvimento são um dos efeitos que o fumo do tabaco pode provocar. \_\_\_\_\_
- 4- A grávida pode estar a beira de pessoas que estejam a fumar, que não é prejudicial à sua saúde e à saúde do seu filho. \_\_\_\_\_
- 5- Os riscos para a gravidez, para o parto e para a criança não decorrem somente do hábito de fumar da mãe, mas também dos locais onde haja fumo frequentados pela mesma. \_\_\_\_\_
- 6- O uso do cigarro por parte da gestante é capaz de acelerar o coração do feto. \_\_\_\_\_
- 7- O fumo prejudica a chegada de nutrientes ao feto. \_\_\_\_\_
- 8- A nicotina presente no cigarro é a principal responsável pelos efeitos prejudiciais, pois impossibilita a chegada de oxigénio suficiente ao feto \_\_\_\_\_
- 9- Uma grávida que fume apenas um cigarro por dia não prejudica o seu filho. \_\_\_\_\_
- 10- Recém- nascidos de mães fumadoras apresentam maior risco de síndrome de morte súbita \_\_\_\_\_

**3ª parte**

**Hábitos tabágicos das gestantes e companheiros/maridos após conhecimento da gravidez**

Escolha a opção com que mais se identifica e coloque um X

1- Quando tomou conhecimento que estava grávida,

- Não fumo.
- Fuma, mas reduziu a quantidade.
- Continua a fumar a mesma quantidade que antes.
- Deixou de fumar.

Se deixou de fumar ou já não fumava, não responda à próxima questão. Se não, responda:

2- Quantos cigarros fuma diariamente,

- 1 a 5.
- 6 a 10.
- 11 a 15.
- 16 a 20.
- Mais do que 20.

3- Quando soube que estava grávida, o seu companheiro/marido

- Não fuma.
- Fuma, mas reduziu a quantidade.
- Continua a fumar a mesma quantidade.

Deixou de fumar.

Se respondeu negativamente à pergunta anterior, ignore a pergunta que se segue e passe para a pergunta número 5 referente à 4º parte. Se respondeu positivamente, responda:

4- Quantos cigarros fuma em média o seu marido/companheiro,

1 a 5.

6 a 10.

11 a 15.

16 a 20.

Mais do que 20.

**4ª Parte**

**Exposição ao fumo do tabaco**

5- No seu local de trabalho encontra-se exposta ao fumo do tabaco.

Sim     Não

Se respondeu que o seu companheiro/marido não fuma, ignore a próxima questão.

6- O seu marido/companheiro fuma dentro de casa?

Sim     Não

7- Há mais alguém que fume habitualmente dentro de sua casa?

Sim     Não     Às vezes

**5ª Parte**

**Informação dada pelos profissionais de saúde**

8- Obteve alguma informação por algum profissional de saúde sobre os riscos do tabagismo durante a gravidez?

Sim  Não

9- Se sim, que profissional lhe forneceu essa informação?

Enfermeiro

Médico

Se não fumava antes de tomar conhecimento de que estava grávida, o seu questionário acaba aqui.

10- Algum profissional de saúde o aconselhou a reduzir ou a parar o consumo do tabaco?

Sim  Não

11- Que profissional de saúde foi?

Enfermeiro

Médico

12- Reduziu ou parou de fumar por:

Aconselhamento do profissional de saúde

Por iniciativa própria

Outro: \_\_\_\_\_