

Cessação do tabagismo na gesta o: estudo de base populacional

Josiane Luzia Dias-Dam e^I, Ana Cristina Lindsay^{II,III}, Juraci Almeida Cesar^{IV,V}

^I Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Odontologia. Departamento de Odontologia Social e Preventiva. Pelotas, RS, Brasil

^{II} University of Massachusetts Boston. College of Nursing and Health Sciences. Department of Exercise and Health Sciences. Boston, MA, EUA

^{III} Harvard T.H. Chan School of Public Health. Department of Nutrition. Boston, MA, EUA

^{IV} Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Social. Programa de Pós-Gradua o em Epidemiologia. Pelotas, RS, Brasil

^V Universidade Federal do Rio Grande. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Gradua o em Saúde Pública. Rio Grande, RS, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Medir a prevalência de cessa o do tabagismo durante a gesta o e identificar fatores associados   sua ocorrência.

MÉTODOS: O presente inquérito incluiu todas as puérperas residentes no município de Rio Grande, RS, cujo parto tenha ocorrido entre primeiro de janeiro e 31 de dezembro de 2013. Aplicou-se um questionário único padronizado no hospital em até 48 após o parto. A análise multivariada foi feita por meio da regressão de Poisson com variância robusta.

RESULTADOS: A prevalência de cessa o do tabagismo entre as 598 parturientes estudadas foi de 24,9% (IC95% 21,5–28,6). Após ajuste para fatores de confusão, mães com idade entre 13 e 19 anos (RP = 1,76; IC95% 1,13–2,74), maior renda familiar (RP = 1,83; IC95% 1,23–2,72), maior escolaridade (RP = 2,79; IC95% 1,27–6,15), maior número de consultas de pré-natal (RP = 1,84; IC95% 1,11–3,05) e que não fumaram na gesta o anterior (RP = 2,93; IC95% 1,95–4,41) apresentaram maior razão de prevalências de cessa o do tabagismo que as demais.

CONCLUSÕES: Apesar de a gesta o ser um momento propício   interrup o do tabagismo, foi baixa a propor o de cessa o. Verificou-se ainda que a prevalência de cessa o foi maior entre mães com menor risco de complica es. Isso evidencia a necessidade de interven es continuadas priorizando gestantes de pior nível socioeconômico.

DESCRITORES: Gestantes. Abandono do Uso de Tabaco. Saúde Materno-Infantil. Estudos Transversais.

Correspondência:

Josiane Luzia Dias-Dam e
Rua Santa Cruz, 1286 Centro
96015-710 Pelotas, RS, Brasil
E-mail: josianeddame@yahoo.com.br

Recebido: 13 dez 2017

Aprovado: 29 mar 2018

Como citar: Dias-Dam e JL, Lindsay AC, Cesar JA. Cessa o do tabagismo na gesta o: estudo de base populacional. Rev Saude Publica. 2019;53:3.

Copyright: Este   um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribui o Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribui o e reprodu o em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODU O

O tabagismo durante a gesta o   o principal fator de risco prevenível para vários desfechos desfavoráveis, tanto para o beb  quanto para a gestante. Este fator de risco responde por 5% a 8% dos partos prematuros, 13% a 19% dos nascimentos com baixo peso e 5% a 7% da síndrome da morte súbita do lactente¹. Reduzir a sua ocorrência   prioridade em saúde pública. Considerando todos os momentos em que se pode desencorajar o tabagismo, o período gestacional   possivelmente o que apresenta maior potencial de impacto. O conhecimento da possibilidade de causar danos ao feto, o contato frequente da gestante com o serviço de saúde e a defini o social desta prática como condenável podem colaborar com a redu o no número de cigarros fumados e com a cessa o do tabagismo. Como a mãe quer, acima de qualquer coisa, o bem-estar do seu filho, ela estará muito mais disposta a realizar um esforço mais contundente do que em outras situa es em que normalmente se desencoraja o tabagismo. Reduzir a intensidade de exposi o ao fumo traz benefícios   mãe e ao recém-nascido, e, quanto mais cedo isso ocorrer, menores serão os efeitos adversos^{2,3}.

A maioria dos estudos existentes sobre o tema foram realizados em países desenvolvidos e mostram que a cessa o do tabagismo no período gestacional   mais comum entre mulheres primíparas, que vivem com companheiro, com maior renda e escolaridade, que planejaram a gravidez, iniciaram o pré-natal precocemente e que fumavam menor quantidade de cigarros por dia⁴⁻⁹. Em dois estudos de coorte realizados em Pelotas, RS, em 1982 e 1993, observou-se rela o direta entre o número de consultas pré-natais e a taxa de abandono do tabagismo. Nos dois períodos, o abandono do tabagismo durante a gravidez foi mais comum entre aquelas de melhor nível socioecon mico⁵. Em estudo realizado em duas maternidades públicas do estado do Rio de Janeiro em 2011, a prevalência de cessa o observada foi de 28% e 32%¹⁰. Já em um estudo realizado em Porto Alegre, RS, que incluiu apenas mulheres que realizaram o pré-natal, 25% das parturientes foram classificadas como fumantes em abstin ncia¹¹.

A maioria dos estudos aborda a cessa o do tabagismo em períodos definidos, não considerando a dura o da gesta o como um todo. No entanto, as mulheres que continuam fumando na gesta o podem cessar temporariamente o tabagismo, reduzir o número de cigarros e ter várias recaídas ao longo do período gestacional. Pickett et al.⁷ observaram que cerca de 40% das gestantes fizeram pelo menos uma tentativa de parar de fumar, com apenas metade delas mantendo-se abstinentes até o final da gesta o. Em 2010, Motta et al. mostraram que 45% das gestantes fumantes pararam de fumar e recidivaram ainda durante a gesta o¹¹.

Além da falta de estudos de base populacional sobre a cessa o do tabagismo durante a gesta o em países de renda baixa e m dia, evidencia-se carência de conhecimento sobre tentativas de cessa o, bem como de identifica o de períodos de abstinência ao longo dessa fase.

Este estudo teve por objetivo descrever a cessa o de tabagismo na gravidez, estimar sua prevalência e investigar fatores associados.

MÉTODOS

Os dados utilizados nesta análise foram coletados como parte de um estudo mais amplo realizado a cada três anos em Rio Grande, município localizado na chamada Metade Sul do estado do Rio Grande do Sul. O município contava em 2013 com cerca de 206 mil habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para este ano.

A popula o-alvo deste estudo foi constituída por mulheres residentes nas áreas urbana e rural desse município que tiveram filhos nas duas únicas maternidades locais entre primeiro de janeiro e 31 de dezembro de 2013. Essas maternidades pertencem ao Hospital Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. da Universidade Federal do Rio Grande e   Santa Casa de Misericórdia.

Parturientes cujo recém-nascido pesou menos de 500 gramas ou nasceu com menos de 20 semanas de gestação foram excluídas do estudo. Esse critério foi adotado porque a Organização Mundial da Saúde considera essas situações como mortalidade fetal, não sendo incluídas nas estatísticas perinatais.

Todas as informações apresentadas neste artigo foram obtidas por meio da aplicação de um questionário único padronizado por entrevistadoras previamente treinadas em até 48 horas após o parto. O estudo piloto foi realizado em 2012, nas mesmas maternidades incluídas no estudo, com o objetivo de testar o enunciado das questões e a logística da coleta de dados.

As entrevistadoras visitavam diariamente a sala de parto de cada uma das maternidades, checavam o livro de internação e depois confirmavam essa informação no Serviço de Atendimento Médico e Estatística (SAME) de cada hospital. Então anotavam o nome da mãe e se deslocavam até a enfermaria. Após confirmar com a mãe se ela de fato residia no município de Rio Grande, explicavam-lhe sobre o estudo, convidando-a a participar.

Os questionários preenchidos eram posteriormente codificados pela entrevistadora e entregues na sede do projeto, ocasião em que eram revisados e digitados no programa Epidata 3.1¹² duas vezes por diferentes profissionais, com a segunda digitação na ordem inversa à da primeira. Em seguida, cada bloco de 100 questionários digitados era comparado, e eventuais diferenças eram corrigidas. O controle de qualidade foi realizado por uma única pessoa por meio de telefone, através da aplicação de um questionário reduzido contendo perguntas-chave com 7% das entrevistadas. Em relação ao tabagismo, foi incluída a seguinte questão: “Nos seis meses anteriores a esta gravidez, a Sra. fumava?”. As respostas foram comparadas pelo teste Kappa de concordância, resultando no valor de 0,63, considerado concordância moderada.

Foram coletadas informações sobre tabagismo prévio, especificamente aos seis e aos três meses antes de engravidar, e em cada um dos trimestres da gestação. Foram incluídas na pesquisa as parturientes que referiram fumar antes (seis ou três meses) ou durante a gestação. Além disso, foi investigado se essas mulheres tentaram parar de fumar, qual o número de tentativas realizadas, qual o momento em que ocorreram e por quantos dias permaneceram sem fumar. A partir desses dados, foi construído o desfecho “cessação do tabagismo”, designado à parturiente que fumava antes da gestação (seis ou três meses), cessou o tabagismo antes do sétimo mês e não voltou a fumar até o final da gestação. Assim, nas análises bruta e ajustada, foram incluídas somente as parturientes que referiram fumar antes (seis ou três meses) de engravidar. Ao determinar o sexto mês de gestação como limite para a cessação, levaram-se em conta estudos que demonstram redução do risco de efeitos adversos quando a cessação ocorre no primeiro^{13,14} ou no segundo trimestre¹⁵.

As variáveis de exposição, coletadas sempre que possível nas formas contínua ou discreta, incluídas no modelo de análise foram as seguintes: idade materna (13–19, 20–24, 25–29, 30 anos ou mais), co-habitação com marido ou companheiro (sim, não), escolaridade (1–4, 5–8, 9 anos ou mais), renda familiar mensal (tercis), trabalho durante a gestação (sim, não), paridade (primípara, múltipara), história de parto prematuro prévio (sim, não), início do pré-natal (trimestre), número de consultas de pré-natal realizadas (1–5, 6 ou mais), tipo de serviço em que realizou as consultas de pré-natal (público ou privado), apoio recebido do pai da criança durante a gestação avaliado como positivo (sim, não), tabagismo do marido/companheiro em pelo menos um trimestre durante a gestação (sim, não), número de cigarros fumados por dia antes da gestação (1–10, 11–20, 21 ou mais) e fumo na gestação anterior (sim, não).

A análise descritiva consistiu na obtenção de medidas de prevalência tanto das variáveis de exposição quanto do desfecho. Nessa análise foram utilizados o teste de qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher para proporções entre as variáveis independentes e o desfecho¹⁶. As variáveis que mostraram $p \leq 0,20$ na análise bivariada foram levadas para a análise ajustada. A única exceção foi feita para a variável “idade materna”, que, além da fundamental importância para a saúde materno-infantil, apresentou valor muito próximo

do previamente estabelecido ($p = 0,235$). Por essas razões, foi incluída no modelo, sendo todas as demais variáveis ajustadas para ela.

A análise ajustada, realizada com o objetivo de controlar potenciais fatores de confusão, obedeceu ao modelo hierárquico previamente estabelecido¹⁷. Esse modelo, proposto por Victora et al., é dividido em níveis (distal, intermediário e proximal) em relação ao desfecho e pressupõe que as variáveis situadas em nível hierarquicamente superior sejam determinantes das demais, ou seja, das de níveis inferiores¹⁷. Assim, as variáveis do nível distal exercem influência (podendo até mesmo determinar) aquelas dos níveis intermediário e proximal, enquanto as intermediárias podem exercer o mesmo papel sobre as do nível proximal. As variáveis situadas em um nível hierarquicamente superior ao da variável em questão são consideradas como potenciais confundidores na relação entre a exposição sendo testada e o desfecho, enquanto as variáveis situadas em níveis inferiores são consideradas como potenciais mediadores dessa associação.

O modelo proposto para esta análise possuía três níveis. No primeiro foram incluídas as variáveis relacionadas a características demográficas maternas e características socioeconômicas da família (idade materna, co-habitação com o companheiro, renda familiar, escolaridade materna e trabalho materno durante a gestação); no segundo, as variáveis relativas à história reprodutiva (história de parto prematuro e paridade); no terceiro nível, as variáveis relacionadas à gestação atual e à exposição prévia ao tabagismo (início do pré-natal no primeiro trimestre, tipo de serviço em que realizou o pré-natal, número de consultas de pré-natal, apoio do pai, parceiro fumante, número de cigarros fumados antes da gestação e fumo na gestação anterior). Nesse modelo de regressão (para trás), as variáveis eram controladas para aquelas do mesmo nível ou de níveis anteriores. No entanto, decidiu-se *a priori* que, para ser mantida no modelo, o valor p da associação entre a variável exposição e o desfecho deveria ser $\leq 0,20$. O nível de significância adotado foi de 5% para testes bicaudais.

A medida de efeito utilizada foi a razão de prevalências (RP), obtida por meio de regressão de Poisson com ajuste robusto da variância¹⁸. Para variáveis categóricas ordinais, foi reportado o valor p do teste de tendência linear, enquanto para as demais variáveis utilizou-se o teste de Wald para heterogeneidade¹⁶. Todas as análises foram realizadas por meio do pacote estatístico Stata versão 11.2¹⁹.

Este projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande e pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Santa Casa do Rio Grande. O termo de consentimento livre e esclarecido foi lido por cada participante, que, estando de acordo, assinou duas vias, ficando uma em sua posse. No caso de parturiente adolescente que concordava em participar do estudo, o termo era assinado preferencialmente pelo esposo ou então por algum dos pais. Além disso, foram resguardados o direito de não participação na pesquisa, bem como o sigilo acerca das informações obtidas.

RESULTADOS

O estudo Perinatal de 2013 identificou 2.724 parturientes elegíveis e entrevistou 2.653 delas. As perdas somaram 71 parturientes (2,6%). Dentre todas as entrevistadas, 749 (28,2%; IC95% 26,5–29,9) apresentavam histórico de tabagismo atual ou prévio. Desse total, foram excluídas 148 que haviam cessado o tabagismo antes dos seis meses precedentes à gestação atual e três que começaram a fumar durante a gestação. Assim, o denominador do presente estudo foi constituído por 598 puérperas.

A Tabela 1 mostra que a maioria das mães tinha de 20 a 29 anos (55%), vivia com o companheiro (79%), tinha entre cinco e oito anos de escolaridade (52%), era multípara (77%), iniciou o pré-natal no primeiro trimestre (67%) e fez mais de cinco consultas de pré-natal (77%), predominantemente no serviço público de saúde (71%). Por fim, 68% das parturientes fumaram na gestação anterior e 49% fumavam de 11 a 20 cigarros nos seis meses anteriores à gestação atual.

Tabela 1. Distribuição da população estudada conforme características demográficas, socioeconômicas e maternas. Rio Grande, RS, 2013. (n = 598)

Característica	n	%
Idade materna (anos)		
13 a 19	83	13,9
20 a 24	174	29,1
25 a 29	153	25,6
30 ou mais	188	31,4
Viviam com companheiro	474	79,3
Renda (em tercís) ^a		
1 (mais pobre)	210	35,1
2	188	31,5
3 (mais rico)	200	33,4
Escolaridade (anos completos)		
1 a 4	63	10,5
5 a 8	311	52,0
9 ou mais	224	37,5
Trabalharam durante a gestação	202	33,8
Parto prematuro prévio (n = 462)	80	17,3
Primíparas	136	22,7
Realizaram as consultas de pré-natal no serviço público de saúde (n = 560)	397	71,0
Iniciaram pré-natal no 1º trimestre (n = 559) ^b	375	67,1
Receberam apoio do pai da criança na gestação	484	80,9
Realizaram 6 ou mais consultas (n = 560)	430	76,8
Parceiro fumante	310	51,8
Fumaram na gestação anterior (n = 442) ^c	302	68,3
Cigarros/dia antes da gestação		
1–10	220	36,8
11–20	295	49,3
21 ou mais	83	13,9

^a Tercil 1 (mais pobre): 0 a 1,5 salários mínimos; tercil 2: 1,5 a 2,6; tercil 3 (mais rico): 2,7 a 17,7. Salário mínimo em 2013: R\$678,00.

^b Ausência de informação sobre uma mulher.

^c Ausência de informação sobre 20 mulheres.

A Figura mostra a cessação do tabagismo dos seis meses anteriores até o final da gestação. Observa-se que 595 mulheres fumaram nos seis meses anteriores e três começaram a fumar nos três meses anteriores à gestação. Dentre as 34 mulheres que cessaram o tabagismo nos seis meses anteriores à gestação, mas voltaram a fumar, 24 o fizeram entre o terceiro trimestre e o pós-parto imediato. A prevalência de cessação foi maior entre os três meses anteriores à gestação e o primeiro trimestre (17%) e entre o primeiro e segundo trimestres (11%), diminuindo à medida que a gestação avançou, observando-se que no terceiro trimestre apenas duas gestantes deixaram de fumar.

De acordo com os dados coletados sobre a tentativa de cessação, 56% das mulheres tentaram parar de fumar, sendo que 78% delas ficaram sem fumar por pelo menos sete dias consecutivos, e a primeira tentativa ocorreu com maior frequência (44%) no primeiro trimestre da gestação. Além disso, observou-se que a maioria fez apenas uma tentativa de parar de fumar (77%). A prevalência geral de cessação foi de 24,9% (IC95% 21,5–28,6) (Tabela 2). Na Tabela 3 verifica-se que a prevalência de cessação do tabagismo por categoria da variável incluída no modelo variou de 9,5% entre as parturientes com um a quatro anos de escolaridade até 44,3% entre aquelas que não fumaram na gestação anterior. Na análise bruta, observou-se maior RP de cessação entre mulheres que realizaram pré-natal no serviço privado (RP = 1,46; IC95% 1,10–1,94). Após o ajuste, no entanto, essa associação inverteu-se, observando-se menor RP entre as que realizaram as consultas no serviço privado (RP = 0,61; IC95% 0,39–0,95). Outras

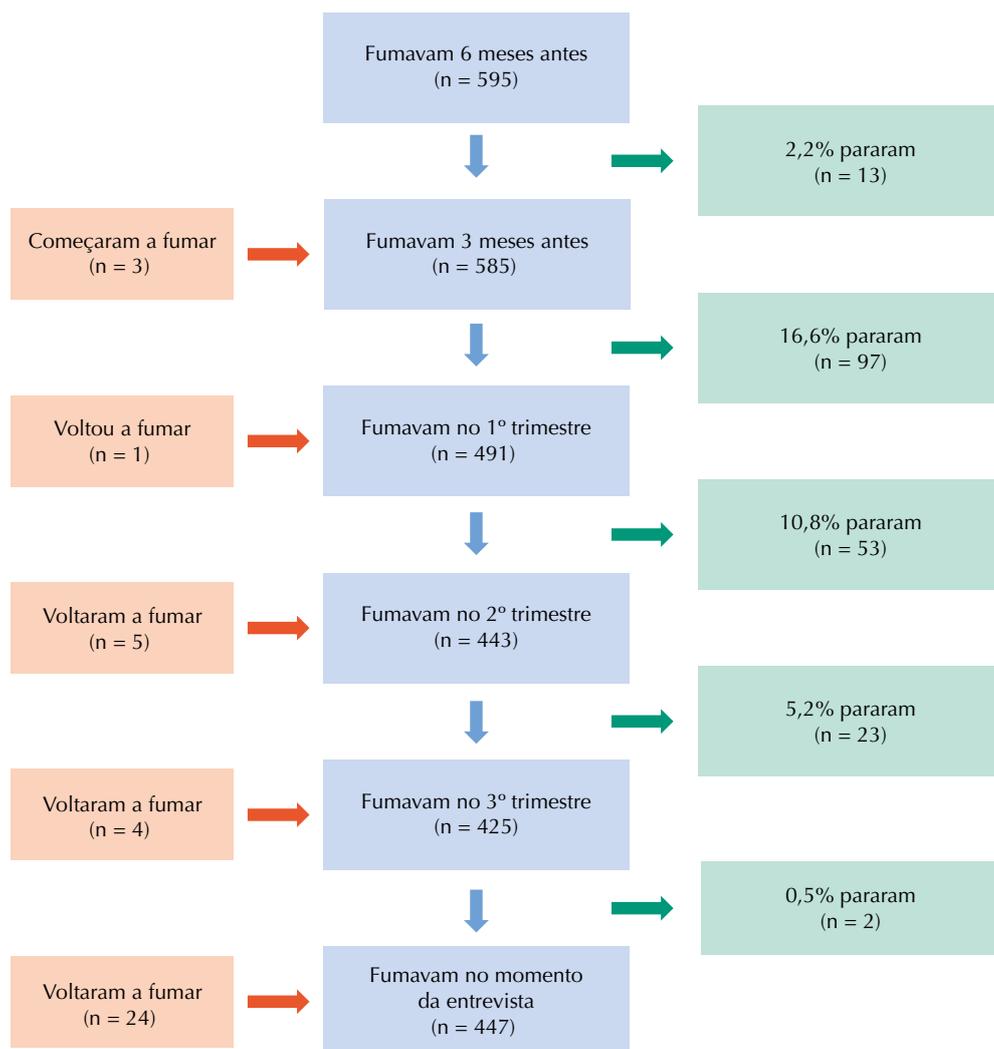


Figura. Descrição da cessação do tabagismo no período gestacional entre puérperas residentes no município de Rio Grande, RS, 2013.

Tabela 2. Tentativas e cessação do tabagismo durante a gestação. Rio Grande, RS, 2013. (n = 598)

Variável	n	%
Tentaram parar de fumar	334	55,9
Número de tentativas		
1	258	77,2
2	42	12,6
3 ou +	34	10,2
Momento da 1ª tentativa*		
Antes da gestação	102	30,6
1º trimestre	147	44,2
2º e 3º trimestres	84	25,2
Total de dias sem fumar		
0-6	73	21,9
7-30	59	17,7
31-90	29	8,6
>90	173	51,8
Cessaçao antes do 3º trimestre	149	24,9

* Ausência de dados sobre uma parturiente.

variáveis mantiveram-se significativamente associadas à cessação do tabagismo após o ajuste, dentre elas a idade materna, observando-se que mães adolescentes apresentaram RP = 1,76 (IC95% 1,13-2,74) em relação àquelas com 30 anos ou mais de idade. Ao avaliar a renda familiar e escolaridade materna, também se observou maior razão de prevalências

Tabela 3. Prevalência por categoria e análise bruta e ajustada de cessação do tabagismo durante a gestação e fatores associados. Rio Grande, RS, 2013. (n = 598)

Variável	Prevalência de cessação (%)	RP (IC) bruta	RP (IC) ajustada
Nível I			
Demográficas			
Idade materna (anos)		0,235 ^a	0,010 ^a
13 a 19	28,9	1,29 (0,84–1,99)	1,76 (1,13–2,74)
20 a 24	25,9	1,16 (0,80–1,67)	1,37 (0,96–1,95)
25 a 29	24,8	1,11 (0,76–1,63)	1,15 (0,79–1,67)
30 ou mais	22,3	1,00	1,00
Vivia com companheiro		0,028	0,058
Não	16,9	1,00	1,00
Sim	27,0	1,59 (1,05–2,42)	1,50 (0,99–2,28)
Socioeconômicas			
Renda (em tercis) ^b		< 0,001 ^a	0,003 ^a
1 (mais pobre)	15,2	1,00	1,00
2	26,6	1,74 (1,17–2,60)	1,56 (1,05–2,31)
3 (mais rico)	33,5	2,20 (1,51–3,20)	1,83 (1,23–2,72)
Escolaridade (anos completos)		< 0,001 ^a	0,001 ^a
1 a 4	9,5	1,00	1,00
5 a 8	22,5	2,36 (1,07–5,20)	2,12 (0,96–4,64)
9 ou +	32,6	3,42 (1,56–7,50)	2,79 (1,27–6,15)
Trabalhou durante a gestação		0,019	0,185
Não	22,0	1,00	1,00
Sim	30,7	1,40 (1,06–1,85)	1,22 (0,91–1,64)
Nível II			
História reprodutiva			
Paridade		0,061	0,883
Primípara	30,9	1,33 (0,99–1,80)	1,02 (0,74–1,41)
Multípara	23,2	1,00	1,00
Parto prematuro prévio (n = 462)		0,072	0,100
Não	24,9	1,00	1,00
Sim	15,0	0,60 (0,35–1,05)	0,63 (0,36–1,09)
Nível III			
Gestação atual			
Iniciaram pré-natal no 1º trimestre (n = 560) ^c		0,014	0,963
Sim	29,1	1,53 (1,09–2,14)	1,01 (0,66–1,55)
Não	19,0	1,00	1,00
Tipo de serviço em que realizou as consultas de pré-natal (n = 560) ^c		0,009	0,028
Público	22,7	1,00	1,00
Privado	33,1	1,46 (1,10–1,94)	0,61 (0,39–0,95)
Número de consultas (n = 560) ^c		0,001	0,019
1–5	13,1	1,00	1,00
6 ou mais	29,5	2,26 (1,42–3,60)	1,84 (1,11–3,05)
Apoio do pai da criança		0,206	0,794
Sim	26,0	1,29 (0,87–1,92)	1,07 (0,64–1,79)
Não	20,2	1,00	1,00
Parceiro fumante		0,082	0,239
Sim	21,9	1,00	1,00
Não	28,1	1,28 (0,97–1,70)	1,23 (0,87–1,74)
Exposição prévia ao tabagismo			
Cigarros/dia antes da gestação		< 0,001	0,071
1–10	37,7	2,61 (1,50–4,53)	1,46 (0,79–2,67)
11–20	18,3	1,27 (0,71–2,25)	0,95 (0,52–1,73)
21 ou mais	14,5	1,00	1,00
Fumo na gestação anterior (n = 442)		< 0,001	< 0,001
Sim	12,2	1,00	1,00
Não	44,3	3,61 (2,53–5,15)	2,93 (1,95–4,41)

^a Valor p de tendência.^b Terceil 1 (mais pobre): 0 a 1,5 salários mínimos; terceil 2: 1,5 a 2,6; terceil 3 (mais rico): 2,7 a 17,7. Salário mínimo em 2013: R\$678,00.^c Excluídas 38 mulheres que não realizaram pré-natal.

Equação I: idade + vivia com companheiro + renda + escolaridade + trabalho durante a gestação (1º nível).

Equação II: Equação I + história de parto prematuro prévio (2º nível).

Equação III: Equação II + tipo de serviço em que realizou as consultas de pré-natal + número de consultas de pré-natal + número de cigarros fumados antes da gestação + fumo na gestação anterior (3º nível).

entre as mulheres com maior renda (RP = 1,83; IC95% 1,23–2,72) e escolaridade (RP = 2,79; IC95% 1,27–6,15), quando comparadas àquelas com menor renda e com um a quatro anos de escolaridade. A razão de prevalências também foi maior entre as parturientes que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal (RP = 1,84; IC95% 1,11–3,05) e entre as que não fumaram na gestação anterior (RP = 2,93; IC95% 1,95–4,41).

DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que 56% das mulheres tentaram parar de fumar e 78% ficaram pelo menos sete dias consecutivos sem fumar entre os seis meses anteriores à gestação e o pós-parto imediato. Somente uma em cada quatro delas deixou de fumar no período gestacional. A cessação associou-se significativamente à menor idade e maior escolaridade maternas, maior renda familiar, maior número de consultas de pré-natal, sobretudo no setor privado, e ausência de tabagismo em gestação anterior.

Na amostra estudada, 56% das mulheres referiram ter tentado parar de fumar, índice superior à prevalência de 38% observada por Pickett et al.⁷ No entanto, esses autores avaliaram apenas o período gestacional e consideraram como tentativa de cessação apenas quando a mulher permaneceu pelo menos sete dias sem fumar. Observaram ainda que a primeira tentativa de cessação ocorreu com maior frequência no primeiro trimestre de gestação (71%). Neste estudo, embora tenha sido avaliado também o período anterior à gestação, a primeira tentativa também ocorreu com maior frequência no primeiro trimestre (44%).

A prevalência de cessação neste estudo foi de 25%, assemelhando-se ao observado em um estudo realizado em Porto Alegre, RS, que incluiu apenas mulheres que realizaram o pré-natal, no qual 25% das parturientes foram classificadas como fumantes em abstinência¹¹. Era esperado que a prevalência de cessação do tabagismo observada em Rio Grande, RS, fosse maior que a encontrada em Pelotas, RS, em 1993 (21%)⁵, pois, apesar da proximidade entre os municípios, as definições de cessação utilizadas não foram as mesmas. No estudo de Horta et al.⁵, a taxa de abandono considerou apenas as mulheres que fumavam no início da gravidez. Além disso, os dois estudos abordaram períodos muito diferentes, com intervalo de 20 anos entre eles.

Em estudo realizado em duas maternidades públicas do estado do Rio de Janeiro em 2011, a prevalência de cessação foi maior de um mês antes da gestação até o primeiro trimestre (18%) em uma das maternidades e entre o primeiro e segundo trimestres (13%) na outra¹⁰. Apesar de o intervalo entre os três meses anteriores e o primeiro trimestre da gestação ter sido considerado, a prevalência observada foi semelhante. Neste estudo, esses dois intervalos também foram os que apresentaram maior prevalência de abandono do tabagismo, respectivamente 17% e 11%.

A idade materna no presente estudo, apesar de não significativa na análise bruta, apresentou associação inversa com a cessação na análise ajustada. Colman e Joyce⁴ também observaram maior prevalência de cessação entre mulheres mais jovens em estudo realizado nos Estados Unidos (1993–1999). Em Pelotas, RS, mulheres mais jovens pararam de fumar em maior proporção que as demais em 1982, não se observando a mesma tendência em 1993, quando o abandono do hábito de fumar foi mais comum nos dois extremos de idade⁵.

O nível socioeconômico tem se mostrado associado a diversos fatores de risco e a diferentes morbidades. Essa associação também ocorre com o tabagismo durante a gestação, observando-se maior prevalência de cessação entre as gestantes com melhor nível socioeconômico. Assim, como observado neste estudo, a maioria das pesquisas demonstra maior probabilidade de parar de fumar durante a gestação entre as mulheres com maior renda^{5,6,9}. Logo, o foco de atuação dos profissionais de saúde deve estar naquelas de pior nível socioeconômico.

Além da associação com a renda familiar, a população estudada apresentou elevada razão de prevalências entre parturientes com pelo menos nove anos de escolaridade (RP = 2,8; IC95% 1,27–6,29), o que pode indicar que esta é uma característica importante na determinação da cessação durante a gestação. Além de indicador socioeconômico, a elevada escolaridade materna pode representar maior acesso às informações sobre os riscos do tabagismo durante a gestação. A associação com a alta escolaridade também foi observada em três estudos realizados nos Estados Unidos com dados de 1991⁷, 1993–1999⁴ e 2000–2005⁹.

O tipo de serviço em que a gestante realizou as consultas de pré-natal (público ou privado) não é por si só um fator de risco, mas pode ser um indicador da exposição a outros fatores como baixa qualidade do pré-natal, menor renda e escolaridade. Na análise bruta, a prevalência de cessação entre aquelas que utilizaram o serviço privado foi 46% maior que entre as usuárias do serviço público. Esperava-se que a direção dessa associação se mantivesse na análise ajustada, porém ela se inverteu após o ajuste, com prevalência de cessação 40% menor entre as mulheres que utilizaram o serviço privado. Esse achado é de difícil compreensão, podendo ser decorrente de outras variáveis não avaliadas neste estudo como, por exemplo, o incremento de mulheres de menor poder aquisitivo realizando consultas no setor privado em decorrência de emprego de algum familiar, sobretudo o companheiro. Essas gestantes passaram a ter acesso a esse tipo de serviço em virtude da geração de milhares de empregos no município de Rio Grande devido à construção de plataformas petrolíferas. Isso precisa, no entanto, ser investigado em profundidade. Essa variável não foi avaliada em outros estudos, mas nos Estados Unidos observou-se maior prevalência de tabagismo na gestação entre mulheres assistidas pelo Medicaid^{20–22} e maior cessação entre aquelas que não eram assistidas por este programa social⁹.

As consultas de pré-natal aumentam a possibilidade de intervenções por parte dos profissionais de saúde. Além disso, um baixo número de consultas pode indicar início tardio do pré-natal, gravidez indesejada e pior nível socioeconômico. Neste estudo, a prevalência de cessação foi maior entre mulheres que realizaram pelo menos seis consultas de pré-natal, em conformidade com achados de estudos em que o número de consultas⁵ ou início do pré-natal no primeiro trimestre^{6,9} apresentaram associação diretamente proporcional com esse índice.

As mulheres que não fumaram na gestação anterior apresentaram prevalência de cessação quase três vezes maior que as outras no presente estudo. Entre as mulheres que fumaram na gestação anterior, apenas 12% deixaram de fumar na gestação atual. Um estudo conduzido na Noruega (1999–2008) mostrou que 31% das mulheres que fumaram na primeira gestação não o fizeram na segunda²³. O fumo na gestação anterior é um indicativo de maior tempo de tabagismo e parece ser um importante fator de risco para a sua manutenção na gestação subsequente. Adicionalmente, os resultados aqui apresentados indicam que o tempo de tabagismo pode ser mais importante que a intensidade do tabagismo (número de cigarros que a mulher fumava antes da gestação), uma vez que essa variável perdeu a significância estatística após o ajuste.

Ao interpretar esses dados, há que ter em mente que eles se tratam de informação obtida pelo relato da mãe, o que pode ter superestimado a prevalência de cessação do tabagismo. Kharrazi et al.²⁴ mostraram que as gestantes fumantes tendem a relatar menos o tabagismo em questões do tipo “sim ou não”, em comparação a múltiplas questões que permitem indicar mudanças nesse comportamento durante a gestação. Para tentar minimizar a omissão do tabagismo neste estudo, foram aplicadas várias perguntas sobre o assunto, cujas respostas deveriam ser coerentes, investigando o tabagismo antes e durante a gestação, além de tentativas de cessação e períodos de abstinência. Estudos recentes demonstram que a omissão do tabagismo durante a gestação pode ser maior ou menor dependendo de fatores como o ponto de corte utilizado para o marcador bioquímico²⁵, o tipo das questões utilizadas²⁴ e o momento da coleta das informações²⁶.

De qualquer forma, a prevalência de cessação do tabagismo observada neste estudo foi baixa. Se ela de fato estiver superestimada, a necessidade de trabalhar este assunto é ainda maior. É amplamente sabido que o período gestacional é muito apropriado para incentivar

a cessação do tabagismo, pois a mulher está mais disposta a colaborar. A equipe de saúde, sobretudo médicos e enfermeiros, precisa trabalhar de forma mais intensa e repetida o abandono do tabagismo em todo e qualquer momento em que a gestante estiver no serviço de saúde. Nesse sentido, este estudo pode contribuir de maneira expressiva porque conseguiu identificar as características das puérperas que abandonaram o tabagismo e o momento de maior probabilidade dessa atitude. Isso possibilita direcionar a ação do profissional de saúde e, por certo, alcançar maior impacto nesta intervenção.

Também há que considerar a possibilidade de continuar desencorajando o tabagismo após o parto, nas consultas de rotina sobre imunização e no monitoramento do desenvolvimento e do crescimento infantil até o quinto ano de vida. A abstinência não implica, necessariamente, interrupção definitiva do tabagismo para boa parte das mães. Para ter sucesso, essas intervenções precisam ser repetidas toda vez que a mãe estiver nos serviços de saúde. Campanhas desencorajando o tabagismo poderiam também ser veiculadas de forma mais intensa pelos diferentes tipos de mídia, de maneira a atingir essas mulheres em outros momentos. Reduzir o impacto danoso do tabagismo sobre a saúde materno-infantil continua sendo um importante desafio a ser vencido.

REFERÊNCIAS

1. Dietz PM, England LJ, Shapiro-Mendoza CK, Tong VT, Farr SL, Callaghan WM. Infant morbidity and mortality attributable to prenatal smoking in the U.S. *Am J Prev Med.* 2010;39(1):45-52. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.009>
2. Polakowski LL, Akinbami LJ, Mendola P. Prenatal smoking cessation and the risk of delivering preterm and small-for-gestational-age newborns. *Obstet Gynecol.* 2009;114(2 Pt 1):318-25. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181ae9e9c>
3. Horta BL, Victora CG, Menezes AM, Halpern R, Barros FC. Low birthweight, preterm births and intrauterine growth retardation in relation to maternal smoking. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 1997;11(2):140-51. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3016.1997.d01-17.x>
4. Colman GJ, Joyce T. Trends in smoking before, during, and after pregnancy in ten states. *Am J Prev Med.* 2003;24(1):29-35. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00574-3](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00574-3)
5. Horta BL, Victora CG, Barros FC, Santos Ida S, Menezes AMB. Tabagismo em gestantes de área urbana da região Sul do Brasil: 1982 e 1993. *Rev Saude Publica.* 1997;31(3):247-53. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000300005>
6. Mohsin M, Bauman AE. Socio-demographic factors associated with smoking and smoking cessation among 426,344 pregnant women in New South Wales, Australia. *BMC Public Health.* 2005;5:138. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-138>
7. Pickett KE, Wakschlag LS, Dai L, Leventhal BL. Fluctuations of maternal smoking during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2003;101(1):140-7. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(02\)02370-0](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(02)02370-0)
8. Schneider S, Huy C, Schutz J, Diehl K. Smoking cessation during pregnancy: a systematic literature review. *Drug Alcohol Rev.* 2010;29(1):81-90. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00098.x>
9. Tong VT, Jones JR, Dietz PM, D'Angelo D, Bombard JM; Centers for Disease Control and Prevention. Trends in smoking before, during, and after pregnancy - Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), United States, 31 sites, 2000-2005. *MMWR Surveill Summ.* 2009 [citado 18 abr 2018];58(4):1-29. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5804a1.htm>
10. Kale PL, Fonseca SC, Silva KS, Rocha PMM, Silva RG, Pires ACA, et al. Smoking prevalence, reduction, and cessation during pregnancy and associated factors: a cross-sectional study in public maternities, Rio de Janeiro, Brazil. *BMC Public Health.* 2015;15:406. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1737-y>
11. Motta GCP, Echer IC, Lucena AF. Fatores associados ao tabagismo na gestação. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2010;18(4):809-15. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000400021>
12. Lauritsen J, editor. EpiData data entry, data management and basic statistical analysis system. Odense (DK): EpiData Association; 2000-2008 [citado 18 abr 2018]. Disponível em: <http://www.epidata.dk>

13. Bickerstaff M, Beckmann M, Gibbons K, Flenady V. Recent cessation of smoking and its effect on pregnancy outcomes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2012;52(1):54-8. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2011.01387.x>
14. Räisänen S, Sankilampi U, Gissler M, Kramer MR, Hakulinen-Viitanen T, Saari J, et al. Smoking cessation in the first trimester reduces most obstetric risks, but not the risks of major congenital anomalies and admission to neonatal care: a population-based cohort study of 1,164,953 singleton pregnancies in Finland. *J Epidemiol Community Health*. 2014;68(2):159-64. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-202991>
15. Harrod CS, Reynolds RM, Chasan-Taber L, Fingerlin TE, Glueck DH, Brinton JT, et al. Quantity and timing of maternal prenatal smoking on neonatal body composition: the Healthy Start study. *J Pediatr*. 2014;165(4):707-12. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.06.031>
16. Kirkwood BR, Sterne JAC. *Essentials of medical statistics*. 2.ed. Malden: Blackwell Science; 2003.
17. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7. <https://doi.org/10.1093/ije/26.1.224>
18. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3:21. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-3-21>
19. StataCorp. *Stata statistical software: release 11.2*. College Station: Stata Corporation; 2011.
20. Allen AM, Dietz PM, Tong VT, England L, Prince CB. Prenatal smoking prevalence ascertained from two population-based data sources: birth certificates and PRAMS questionnaires, 2004. *Public Health Rep*. 2008;123(5):586-92. <https://doi.org/10.1177/003335490812300508>
21. Tong VT, Dietz PM, Farr SL, D'Angelo DV, England LJ. Estimates of smoking before and during pregnancy, and smoking cessation during pregnancy: comparing two population-based data sources. *Public Health Rep*. 2013;128(3):179-88. <https://doi.org/10.1177/003335491312800308>
22. D'Angelo DV, Williams L, Harrison L, Ahluwalia IB. Health status and health insurance coverage of women with live-born infants: an opportunity for preventive services after pregnancy. *Matern Child Health J*. 2012;16 Suppl 2:222-30. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1172-y>
23. Hauge LJ, Aaro LE, Torgersen L, Vollrath ME. Smoking during consecutive pregnancies among primiparous women in the population-based Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Nicotine Tob Res*. 2013;15(2):428-34. <https://doi.org/10.1093/ntr/nts147>
24. Kharrazi M, Epstein D, Hopkins B, Kreutzer R, Doebbert G, Hiatt R, et al. Evaluation of four maternal smoking questions. *Public Health Rep*. 1999;114(1):60-70. <https://doi.org/10.1093/phr/114.1.60>
25. Dietz PM, Homa D, England LJ, Burley K, Tong VT, Dube SR, et al. Estimates of nondisclosure of cigarette smoking among pregnant and nonpregnant women of reproductive age in the United States. *Am J Epidemiol*. 2011;173(3):355-9. <https://doi.org/10.1093/aje/kwq381>
26. Bailey BA, Wright HN. Assessment of pregnancy cigarette smoking and factors that predict denial. *Am J Health Behav*. 2010;34(2):166-76. <https://doi.org/10.5993/AJHB.34.2.4>

Contribuição dos Autores: Todos os autores participaram de todas as etapas do artigo, aprovaram a versão final do manuscrito e assumem a responsabilidade pública pelo seu conteúdo.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.