

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TOBIAS LEMOS DA COSTA

**PERCEPÇÃO E AVALIAÇÃO DO TABAGISMO E  
ALCOOLISMO POR GESTANTES DO MUNICÍPIO DE  
CUITÉ-PB**

Cuité/PB

2013

TOBIAS LEMOS DA COSTA

**PERCEPÇÃO E AVALIAÇÃO DO TABAGISMO E ALCOOLISMO POR  
GESTANTES DO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carina Scanoni Maia

Cuité /PB  
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

C837p Costa, Tobias Lemos da.

Percepção e avaliação do tabagismo e alcoolismo por gestantes do município de Cuité - PB. / Tobias Lemos da Costa – Cuité: CES, 2013.

67 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.

Orientadora: Dra. Carina Scanoni Maia.

1. Obstetrícia. 2. Gestante - tabagismo. 3. Gestante – álcool - consumo. I. Título.

CDU

618.2

TOBIAS LEMOS DA COSTA

**PERCEPÇÃO E AVALIAÇÃO DO TABAGISMO E ALCOOLISMO POR  
GESTANTES DO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB**

Monografia apresentada ao Curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande–Campus de Cuité, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

APROVADO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Profª. Dra. Carina Scanoni Maia  
Orientadora – UFCG

---

Profª. Ms Fernanda das Chagas Angelo Mendes Tenório  
Membro titular – UFCG

---

Prof. Ms. Gyl Everson de Souza Maciel  
Membro titular – UFPE

Cuité- PB, 23 de Setembro de 2013

A Deus, Jesus e Maria por esta comigo em todos os momentos da minha vida, nos momentos tristes e alegres, por sempre me ajudar a enfrentar as tempestades de cabeça erguida e com os pés no chão. Por me dar sabedoria, firmeza, perseverança, Fé, e proporcionar tantos momentos felizes.

A meus pais, Luis Lemos de Oliveira e Maria Odete Costa de Oliveira, por sempre acreditarem na minha caminhada acadêmica, por viverem comigo esse sonho que hoje esta sendo realizado. Por serem pessoas idôneas, justas, bondosas, amorosas, servindo de parâmetro de espelhos para que seus três filhos os tenham como referencias. Dedico a vocês meus pais essa conquista, se não fosse por vocês nada disso teria acontecido.

A minhas irmãs, Talina Lúcia Lemos da Costa e Thaisa Lúcia Lemos da Costa, por todos os momentos que vivemos juntos, pelo amor, carinho, companheirismo. Tenho muito orgulho de telas como irmãs.

A minha namorada Ana Emilia Nascimento, por esta comigo em todos os momentos, por ter me ajudado a enfrentar momentos difíceis no decorrer de todos esses anos e servir como ancora no fortalecimento desse namoro. Tenho orgulho de ser seu namorado.

A minha Avó Francisca de Souza Carvalho, por todos os seus ensinamentos, mulher forte, guerreira, por ter conseguido educar e ser ao mesmo tempo pai e mãe, para cinco filhos tornando-os pessoas dignas e honradas. Por amar todos seus netos. Parabéns Vó Chiquinha, que Deus te de muitos anos de vida.

A meus tios paternos Arnaldo Marcelino, Aldo Marcelino, Adárcio Marceino e Júnior Marcelino. A meus tios maternos, Onélia Costa, Odaléia Costa, Ozilene Costa, Costa Neto e todos meus primos por sempre acreditarem e torcerem por minha felicidade. Obrigado a todos.

*In memoriam* de meus amigos, Pedro Ferreira Filho, José Erico Leite Felix e Julius Roberto Martins e Oliveira, por termos vivenciados momentos ímpares.

A todos meus amigos conterrâneos que tanto acreditam no meu sucesso.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha orientadora Professora Dra. Carina Scanoni. Muito obrigado pela confiança, apoio, paciência, por sua dedicação, competência, compromisso, idoneidade, por acreditar na ideia do projeto e se dispor a ajudar, sendo a responsável direta para concretização desse trabalho, por sua contribuição para meu crescimento pessoal e profissional.

Aos professores da banca de monografia, Gyl Everson de Souza Maciel e Fernanda das Chagas Ângelo Mendes Tenório pelas suas contribuições. Aos amigos do Curso de Bacharelado em Enfermagem CES/UFCG, José Barros, Fagner Samuel, Jadiel Haniel, Danilo Wilk, Aparecida Myriam, Celina Laura, Aline Souto, Ana Cléia, Gésska Oliveira, Luana Rodrigues, Sara Medeiros, Bruno Ferreira, Jan Necheell, Clécio Alves, Alisom Lins, Bruno Braz, Antonio Neto. Meus agradecimentos pelo companheirismo, amizade, apoio, farras, pelos momentos que partilhamos durante esses cinco anos.

A meus amigos da maravilhosa Cidade Cuité, Fabio Coelho, Crizanto, Dr. Inaldo Lira e sua esposa Fábila Ires, Maneiros Bar e sua esposa Fátima, pela amizade e acolhimento muitas vezes sendo muito mais que amigos, verdadeiros familiares.

Ao Diretor e vice Diretor do CES- Cuité, Dr. Hamilton Marinho e Dr. José Justino, por sempre apoiar a classe estudantil, e tornar nosso centro referencia para todas as universidades. Muito obrigado.

Aos professores da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cuité, do curso de Enfermagem que muito contribuíram para minha formação profissional. Aos professores Dr. Daniel Judson, Mr. Marcio Frazão, Dr. Toshiyuki Nagashima, pela amizade e por terem contribuído de forma direta e indiretamente na minha vida acadêmica. Meu muito obrigado.

A professora Kalina Celly, por nos apoiar e assumir uma árdua tarefa de supervisionar uma turma de trinta e três alunos. Obrigado por tudo e que Deus a proteja.

A meu amigo e técnico administrativo José Leoniltom Dantas, por tanto me ajudar e desempenhar seu trabalho com tanta competência sendo quase o coordenador do nosso curso. Muito obrigado.

A todos os profissionais do CES- Cuité, Jesiel Ferreira bibliotecário, Rosa, Vital do Nascimento, Jardel da Silva, entre tantos por todos momentos bons. Muito obrigado.

A todos os profissionais das Unidades Básicas de Saúde d Cuité e Pícuí-PB, como todos os profissionais do Hospital Universitário Alcides Carneiro, por todos os ensinamentos paciência contribuindo de forma significativa na nossa formação.

A Otácilio da Costa e Maria Aparecida, donos da cantina, por todos os cafés antes das provas. Boa sorte.

A todas gestantes que contribuíram significativamente para a realização deste trabalho. Obrigado pelos momentos dispensados a mim e por terem compartilhado comigo as particularidade de suas vidas.

Sei o que é passar necessidade e sei o que é ter fartura. Aprendi o segredo de viver contente em toda e qualquer situação, seja bem alimentado, seja com fome, tendo muito, ou passando necessidade. Tudo posso naquele que me fortalece.

**Filipenses 4: 12- 13**



## RESUMO

O consumo de bebidas alcoólicas e tabaco têm aumentado entre a população feminina e, em especial, entre as gestantes. Em virtude das inúmeras consequências tanto para o organismo materno como para o embrião, objetiva-se conhecer o perfil, avaliar o conhecimento e fazer um levantamento sobre o consumo de álcool e tabaco por gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) no município de Cuité-PB. O presente trabalho consiste numa pesquisa exploratória e descritiva com abordagem quantitativa, com amostra constituída por 60 gestantes todas residentes na zona urbana da devida cidade. Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido pelas gestantes, os dados foram coletados por meio de questionários. Os resultados mostram que as gestantes apresentam idades variando entre 14 e 45 anos com média de idade entre 24 anos, 73,33% eram agricultoras, 66,67% são casadas, 38,33% tem ensino fundamental incompleto, 85% com renda familiar inferior ao ate um salário mínimo. Com relação a seus conhecimentos e hábitos de vida, 43,33% referiu ser primigesta, 86,67% referiram não fumar, 80% relataram não fazer uso de álcool, 63,33% referem morar com alguém que fuma, e 78,33% relataram ter conhecimento sobre os efeitos do consumo de álcool e tabaco para o feto. O número de jovens grávidas ainda é relevante e mesmo apresentando algum nível de conhecimento sobre os males causados pelo consumo de álcool e tabaco durante a gestação, as mesmas relatam consumir e serem fumantes passivas. Tais fatores geralmente estão relacionados ao baixo grau de escolaridade e nível socioeconômico. Sendo assim, faz necessário à implementação de estratégias, conscientização e acompanhamento das gestantes pelos profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, nas Unidades Básicas de Saúde de Cuité-PB.

**Palavras-chaves:** Gestantes, Álcool e Tabaco.

## ABSTRACT

The consumption of alcoholic beverages and tobacco has increased among the female population and in particular among pregnant women. Because of the numerous consequences for both the maternal organism as to the embryo, the objective is to understand the profile, assess knowledge and make a survey on the consumption of alcohol and tobacco by pregnant women in the Basic Family Health (UBSF) in municipality Cuité-PB. This study is a descriptive and exploratory research with a quantitative approach with a sample consisting of 60 patients all lived in the city proper of town. After approval of the research by the Ethics Committee and signed the Terms of Consent by pregnant women, data were collected through questionnaires. The results show that participants ages ranging from 14 to 45 years with mean age of 24 years , farmers were 73.33 % , 66.67 % are married , 38.33% have elementary education , 85 % with family income until less than minimum wage. With regard to their knowledge and lifestyle habits , 43.33% reported being first pregnancy, 86.67 % reported not smoking, 80 % reported not using alcohol, 63.33 % reported living with someone who smokes, and 78.33 % reported being aware of the effects of alcohol and tobacco to the fetus. The number of young pregnant women is still relevant and even with some level of knowledge about the harms caused by alcohol and tobacco during pregnancy, reported consuming them and many are passive smokers. Such factors are usually related to the low level of education and socioeconomic status. So, it needed to implement strategies, awareness and monitoring of pregnant women by health professionals, especially nurses, in the Basic Health Cuité-PB.

Keywords: Pregnant, Alcohol and Tobacco.

## LISTA DE TABELA

<b>Tabela 1</b> – Estatística descritiva para a variável idade em anos das gestantes. Cuité-PB, 2013.....	38
---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Distribuição percentual das participantes quanto a variável: profissão. Cuité-PB, 2013.....	39
<b>Gráfico 2</b> – Distribuição percentual das gestantes referentes à variável: estado civil. Cuité-PB, 2013.....	40
<b>Gráfico 3</b> - Distribuição percentual das participantes referente à variável: escolaridade. Cuité-PB 2013.....	41
<b>Gráfico 4</b> – Distribuição percentual das gestantes referentes à variável: renda familiar. Cuité-PB, 2013.....	42
<b>Gráfico 5</b> – Distribuição percentual das gestantes referente à variável: Numero de gestações no decorrer da vida. Cuité-PB, 2013.....	43
<b>Gráfico 6</b> – Distribuição percentual das gestantes referente à variável: Fumante. Cuité-PB, 2013.....	44
<b>Gráfico 7</b> – Distribuição percentual das gestantes referente à variável: Uso de álcool. Cuité-PB, 2013.....	45
<b>Gráfico 8</b> – Distribuição percentual das gestantes referente à variável: Tabagismo passivo entre as gestantes. Cuité-PB, 2013.....	46
<b>Gráfico 9</b> – Distribuição percentual das gestantes referente à variável: Conhecimento das gestantes de que os compostos presentes no álcool e no tabaco podem causar malformação congênita. Cuité-PB, 2013.....	47

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BPN	Baixo Peso ao Nascer
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DC	Defeitos Congênitos
DPP	Deslocamento Prematuo da Placenta
GE	Gravidez Ectópica
GT	GTGravidez Tubária
IBGE	Instituto Nacional de Geografia e Estatística
MCG	Malformação Congênita
MPRA	Microcefalia Primária Recessiva autossômica
Mc	Monóxido Carbono
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIG	Pequeno Para Idade Gestacional
ESF	Estratégia Saúde da Família
RN	Recém Nascido
RM	Retardo Mental
RCIU	Retardo do Crescimento Intra Uterino
SAF	Síndrome Alcoólica Fetal
SARA	Síndrome da Angustia Respiratória
SDRA	Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo
SPAs	Substância Psicoativa
TP	Trabalho de Parto
TPP	Trabalho Prematuro de Parto
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSF	Unidade Básica saúde da família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
2.1 Objetivo Geral .....	18
2.2 Objetivos Específico .....	18
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>19</b>
3.1 Alcoolismo e Tabagismo na Gestação.....	19
3.2 Complicações Decorrentes do Álcool e Tabaco Para Gestante.....	23
3.3 Complicações Decorrentes do Álcool Para o Feto e recém Nascido.....	26
3.4 Anomalias Crânio Faciais – Microcefalia, Microftalmia, Anomalias Articulares.....	28
3.5 Complicações decorrentes do Tabaco para o feto e Recém Nascido.....	30
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>33</b>
4.1 Tipo de Estudo .....	33
4.2 Local da Pesquisa .....	33
4.3 População e Amostra .....	34
4.4 Critérios de Inclusão.....	34
4.5 Instrumento de Coleta de Dados .....	35
4.6 Procedimentos de Coleta de Dados .....	35
4.7 Análise dos Dados .....	36
4.8 Aspectos Éticos .....	36
<b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>38</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>49</b>

### APÊNDICES

**Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Responsável Legal**

**Apêndice B – Termo de Assentimento**

**Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Participante**

**Apêndice D – Instrumento de Coleta de Dados**

### ANEXOS

**1. Termo de Autorização Institucional**

**2. Termos de Anuência**

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse no desenvolvimento humano é grande e se torna visível antes do nascimento, em grande parte sobre os primórdios da nossa formação e também pelo desejo de melhorar a qualidade de vida. Todas as etapas de desenvolvimentos as quais os bebês se submetem através de uma única célula são miraculosos, e poucos eventos são mais excitantes do que a visão de uma mãe tem do seu bebê durante um exame ultra-sonográfico (MOORE, 2004).

No entanto, o uso de substâncias nocivas à saúde no período gravídico-puerperal, como drogas lícitas e ilícitas, deve ser investigado e desestimulado, pois crescimento fetal restrito, aborto, parto prematuro, deficiências cognitivas no concepto, entre outros, podem estar associados ao uso e abuso dessas substâncias (FREIRE; PANDILHA; SAUNDERS, 2009).

Ao longo de décadas, nas sociedades modernas, com o desenvolvimento científico, cultural e socioeconômico transformaram os estereótipos tradicionais femininos, resultando em um efeito indireto sobre o consumo de produtos que acarretam dependência, como o tabaco e o álcool, explicando de certa forma o aumento de toxicomanias na população feminina (OLIVEIRA; SIMÕES, 2007).

O uso de álcool, tabaco e outras drogas vêm se mostrando um grande problema de saúde pública, repercutindo de maneira assustadora na sociedade em que vivemos. Nas gestantes, esse problema ganha ainda mais importância, pois a exposição dessas pacientes às drogas pode levar ao comprometimento irreversível da integridade do binômio mãe-feto (YAMAGUCHI et al., 2008).

O tabagismo é amplamente reconhecido hoje como doença crônica gerada pela dependência da nicotina estando por isso inserido na Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS). O usuário de produto de tabaco é exposto continuamente a mais de 4.000 substâncias tóxicas, muito delas cancerígenas e esta exposição, faz do tabagismo o mais importante fator de riscos isolados de doenças graves e fatais (INCA, 2012).

O consumo de cigarros durante o período gestacional tem diversas implicações que vão além dos prejuízos à saúde materna, proporcionando malefícios sobre o desenvolvimento e a saúde do feto, essas implicações são tantas que se justifica dizer que o feto é um verdadeiro fumante ativo. (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

Dentre os diversos componentes químicos que interferem na evolução da gravidez, destaca-se a ação da nicotina, monóxido de carbono e o alcatrão. A nicotina age no sistema cardiovascular, provocando liberação de catecolaminas na circulação materna, e como consequência disso, ocorre taquicardia, vasoconstricção periférica, e redução do fluxo sanguíneo placentário. O monóxido de carbono (CO), ao combinar-se com a hemoglobina materna e fetal, estabelece hipóxia na mãe e no feto, podendo ser um dos fatores de sofrimento fetal crônico nas gestantes fumantes. Já o alcatrão interfere no transporte de substância a placenta, diminuindo a passagem de nutrientes essenciais ao crescimento fetal (MELLO; PINTO; BOTELHO, 2001).

É importante ressaltar ainda que o tabaco também causa complicações obstétricas como, por exemplo, abortamento espontâneo, líquido amniótico meconial associado a sofrimento fetal agudo, trabalho de parto prematuro, anóxia, deslocamento prematuro da placenta, placenta previa, rotura das membranas, síndrome da angustia respiratória, sangramentos vaginais, perdas perinatais, malformação congênita, gravidez tubária dentre outros. Já em relação às complicações neonatais mais comuns pode ser crescimento intrauterino retardado (RCIU), diminuição do peso fetal, síndrome da angústia respiratória, icterícia neonatal, pequena circunferência cefálica e morte fetal (SILVA; TOCCI, 2002).

O consumo de álcool durante a gestação também é um sério problema de saúde pública, pois envolve grande risco relacionado à embriotoxicidade e teratogenicidade ao feto, desencadeando danos irreparáveis ao mesmo (FABBRI; FURTADO; LAPREGA, 2007).

Numa gestante etilista todo o álcool ingerido pela mesma atravessa a membrana placentária e o feto fica exposto à mesma concentração que a mãe. No entanto, a exposição é maior para o conceito porque o metabolismo e a eliminação são mais lentos, o líquido amniótico fica impregnado de álcool não modificado e de acetaldeído, pois o mesmo não possui a quantidade necessária de enzimas para sua biodegradação (KAUP; MERIGHI; TSUNECHIRO, 2001).

É importante destacar que os efeitos teratogênicos relacionados ao uso de álcool foram inicialmente descritos em 1968, mas só em 1973 foi definido um padrão específico de malformações nas crianças nascidas de mulheres etilistas, denominadas de Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) (FREIRE et al., 2005).

A SAF corresponde a um conjunto de características e atrasos no desenvolvimento de crianças nascidas de mães que consumiram álcool durante a gravidez. Este padrão característico de anomalias inclui déficit de crescimento pré-natal ou pós-natal, anomalias crânio faciais típicas com certas características (tais como fissuras palpebrais curtas, filtro liso



e lábio superior fino) e algumas anormalidades do sistema nervoso central (MOMINO; SANSEVERINO; SCHÜLER, 2008).

Esta síndrome ainda pode ser caracterizada por: retardo no crescimento intrauterino, alterações na coordenação motora, anomalias articulares, malformação congênita, malformações cardíacas, redução da capacidade intelectual, entre outros. Além disso, filhos de mulheres que consumiram moderadamente bebida alcoólica podem apresentar agitação, deficiência de sucção durante o aleitamento, irritabilidade, sudorese e padrões anormais de sono, caracterizando um quadro de síndrome de abstinência (OLIVEIRA; SIMÕES, 2007).

O consumo de bebidas alcólicas vem aumentando na população feminina, em especial nas regiões Norte e Nordeste (GALDURÓZ; CAETANO, 2004), no entanto, uso e o abuso do álcool durante a gravidez devem ser motivo de grande preocupação e acurada investigação por parte dos enfermeiros e demais profissionais de saúde que assistem as mulheres no pré-natal, bem como prevenção da SAF e demais complicações decorrentes do uso de álcool pelas gestantes (FIORENTIN; VARGAS, 2006).

A incidência de tabagismo na população do sexo feminino em idade fértil também vem aumentando ao longo dos anos (LEOPERCIO; GIGLIOTTI, 2004). No entanto, pesquisas indicam que a gestação pode ser o momento ideal para a cessação do tabagismo, pois estudos apontam que aproximadamente 25% a 40% das mulheres fumantes que engravidam tentam parar de fumar na gestação (AAGAARD et al., 2008). Sendo assim, os profissionais da saúde têm um importante papel quanto ao esclarecimento e processo educativo das gestantes sobre as consequências do cigarro (MACHADO; LOPES, 2009).

Em capitais, tanto o consumo de álcool como de tabaco, é bastante relatado na literatura, porém, é de domínio público que este também está ascendendo em pequenos municípios brasileiros em especiais na Região Nordeste. Sendo assim, torna-se extremamente relevante avaliar o conhecimento e o possível uso desses compostos por gestantes no interior do Estado da Paraíba, no intuito de direcionar campanhas preventivas na área de educação em saúde em especial pela fragilidade e susceptibilidade do embrião/feto.

A gestação é uma fase da vida que muitas mulheres esperam ansiosamente, pois confere o sentido da continuidade e complementariedade familiar. No entanto, com as mudanças no estilo de vida e uma maior emancipação que as mulheres adquiriram ao longo dos anos, observou-se uma maior frequência do consumo abusivo de álcool e tabaco tanto nas grandes como pequenas cidades. É importante ressaltar que nos pequenos municípios ainda existe uma grande carência de informações relacionadas à condução de uma gestação

saudável, ou seja, muitas das mulheres desconhecem que tais substâncias são agentes teratogênicos.

Essa pesquisa teve como início a constatação na literatura científica sobre o aumento de mulheres que consomem álcool e tabaco nos pequenos municípios brasileiros. Sendo assim, esse trabalho será de grande relevância para a cidade de Cuité (PB). É válido ressaltar que em posse dos dados sobre o conhecimento e utilização desses compostos por mulheres gestantes nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do referido município, será possível contribuir para o direcionamento de palestras informativas e campanhas contra o uso do álcool e do tabaco.

As ações descritas acima visam atingir principalmente as mulheres de origem mais carente e de baixa escolaridade, proporcionando uma melhor relação entre o binômio mãe-feto.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Avaliar o perfil, conhecimento e consumo de álcool e tabaco por gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) no município de Cuité-PB.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Realizar um levantamento nas UBSF no município de Cuité-PB para saber quantas gestantes são atendidas em média nos referidos centros;
- Relacionar os dados obtidos nos questionários com o perfil socioeconômico das entrevistadas;
- Identificar as gestantes que fazem uso de álcool e/ou tabaco antes e durante a gravidez;
- Analisar a percepção e o conhecimento das mesmas, sobre os potenciais riscos desses compostos para ela e também para o embrião/feto;
- Realizar atividades pedagógicas no intuito de esclarecê-las e torná-las multiplicadoras sobre os efeitos dos compostos químicos do álcool e do tabaco tanto no organismo materno como fetal.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 Alcoolismo e Tabagismo na Gestação

Ao longo de décadas, a maioria dos grupos sociais tem convivido com diversas substâncias psicoativas (SPAs) que vão desde produtos de origem natural até aqueles produzidos em laboratório, que proporcionam efeitos agradáveis ou não, percebidos pelo sistema nervoso central. Tais efeitos resultam em alterações na mente, no corpo e na conduta, as pessoas sempre tentaram modificar o humor, as percepções e sensações por meio de SPAs, com finalidades religiosas, culturais, curativas, relaxantes ou simplesmente recreativas. Entre as várias substâncias psicoativas, o álcool e o tabaco merecem um destaque, pois são drogas lícitas, socialmente aceitas, mas que nem por isso deixam de causar os mesmos males à saúde acarretados pelas drogas ilícitas (PADUANI et al., 2008).

No início do surgimento das bebidas, as mesmas tinham conteúdo alcoólico relativamente baixo, como, por exemplo, o vinho e a cerveja, já que sua produção dependia exclusivamente do processo de fermentação. Com o advento do processo de destilação, introduzido na Europa pelos Árabes na Idade Média, surgiram novos tipos de bebidas alcoólicas, que passaram a ser utilizadas em sua forma destilada. Nessa época, esse tipo de bebida passou a ser considerado um remédio para todas as doenças, pois "dissipavam as preocupações mais rapidamente que o vinho e a cerveja, além de produzirem um alívio mais eficiente da dor", surgindo, então, a palavra uísque, do gálico *usquebaugh*, que significa "água da vida" (OLIVEIRA et al., 2012).

Ainda segundo Kachani, Brasileiro e Hochgraf (2008) tanto a fabricação como o consumo de bebidas alcoólicas constituem uma tradição presente na cultura de todos os povos. Utilizado de forma ritual ou social, o álcool é apreciado em função de seu sabor, encanto, cor, aroma e outros efeitos inebriantes que dele provêm. É importante destacar ainda que, o aumento do consumo de álcool vem crescendo na população feminina em idade fértil e as bebedoras moderadas têm maior chance de parar ou reduzir seu consumo durante o período de gestação, porém, entre as bebedoras mais assíduas, dois terços diminuem o consumo e um terço continua a abusar do álcool durante toda a gestação (COSTA et al., 2010).

O consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação é um fato preocupante, pois seu consumo envolve grande risco, devido à embriotoxicidade e teratogenicidade fetal que a ele estão relacionadas, transformando-se em sério problema de saúde pública. O álcool, quando

ingerido pela gestante, atravessa a membrana placentária e faz com que o feto receba as mesmas concentrações da substância que a futura mãe. Porém, a exposição fetal é maior, devido ao fato de que o metabolismo e eliminação são mais lentos, fazendo com que o líquido amniótico permaneça impregnado de álcool não modificado em acetaldeído, essa situação é ocasionada pela ausência de enzimas em quantidade necessária para a degradação de tais substâncias (FIORENTIN; VARGAS, 2006).

O alcoolismo feminino distingue-se por vários fatores dos observados no homem, distintas respostas são encontradas quando se discute essa problemática. Partindo do ponto de vista biológico, as mulheres são metabolicamente menos tolerantes ao álcool do que os homens, seu peso e a menor quantidade de água corporal, em detrimento da maior quantidade de gordura, associado a menor quantidade de enzimas metabolizadoras de álcool, implica o fato de que a intoxicação ocorra com o uso de metade da quantidade usada pelo homem, a vulnerabilidade para o desenvolvimento de complicações clínicas é maior entre as mulheres, e as mesmas sofrem mais risco de mortalidade que os homens (NOBREGA; OLIVEIRA, 2005).

No entanto, na gestação, tal consumo ganha maior importância, pois a ingestão alcoólica pode levar ao comprometimento tanto da saúde materna quanto do feto, na gravidez, o álcool pode levar ao abortamento, descolamento prematuro da placenta, hipertonia uterina, trabalho de parto prematuro e aumento do risco de infecções. Em relação ao feto, o consumo materno associa-se à deficiência de crescimento pré e pós-natal, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, microcefalia, disfunção motora fina e dismorfismo facial, além de fenda palatina e anomalias cardíacas. O efeito tardio se manifesta por mudanças na capacidade intelectual, de aprendizagem, atenção e comportamento (SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

Em mulheres gestantes, a exposição intra-uterina ao álcool ocasiona vários efeitos deletérios ao embrião e ao feto. Esses, agrupados sobre o termo espectro desordens fetais alcoólicas (fetal alcohol spectrum disorders – FASD) incluem alterações físicas, mentais, comportamentais e/ou de aprendizado. Existem grandes chances dessas alterações se perpetuarem por toda a vida com alto risco de os indivíduos afetados se tornarem dependentes de álcool e de outras drogas, terem problemas mentais, dificuldades escolares e no trabalho, comportamento sexual inapropriado e problemas com a justiça. O FASD engloba a síndrome alcoólica fetal (SAF), os defeitos congênitos relacionados ao álcool (alcohol-related birth defects - ARBD) e as desordens de neurodesenvolvimento relacionadas ao álcool (alcohol-related neurodevelopmental disorders - ARND), sendo o quadro mais grave representado pela

primeira. Atualmente, considera-se que o álcool é o agente teratogênico fetal mais comum, tendo-se tornado um problema de saúde pública no Brasil e no mundo (MESQUITA; SEGRE, 2009).

Ainda segundo Fiorentin e Vargas (2006), a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) é caracterizada por baixo peso ao nascer, hipotonia, incoordenação, irritabilidade, retardo do desenvolvimento, anormalidades craniofaciais e cardiovasculares, retardo mental leve e moderado, hiperatividade e baixo rendimento escolar.

Tendo sua origem na Américas Central e do Sul, o tabaco era e ainda é usado em rituais religiosos como forma de obtenção de experiências transcendentais em tribos indígenas. Após as grandes navegações o uso de fumo passou a ser disseminado na Europa através de marinheiros, soldados e piratas. Seu cultivo obteve importância econômica a partir do século XVII e seu uso podia ser visto em todas as camadas da sociedade. Podia ser mascado, usado na forma de rapé, ou fumado em cachimbos, charutos; mas foi na forma de cigarro que o hábito de fumar se difundiu maciçamente, a partir das décadas finais do século XIX, aliado ao processo de urbanização e industrialização da sociedade (JAQUES; GONÇALVES, 2009).

Atualmente o consumo de tabaco vem sendo descrito como uma doença crônica recorrente cujo ciclo se inicia ainda na infância ou adolescência e se mantém na vida adulta. O tabagismo vem se expandindo no mundo contemporâneo como se fosse uma doença “transmissível” impulsionada pela intensa propaganda e promoção dos cigarros junto ao público alvo da indústria: os jovens, isto explica porque 90% dos fumantes começam a fumar antes dos 20 anos de idade. E a maior causa evitável de doenças e mortes precoces em todo o mundo e um fator de risco para 55 doenças provocadas pela exposição ativa ou passiva aos componentes do tabaco (ARAÚJO, 2009).

Com o passar dos tempos e as mudanças no papel social da mulher, a mesma amplia suas atribuições para além dos cuidados com os filhos e com o lar, passando a se inserir no mercado de trabalho que, ao mesmo tempo, pode torná-la objeto de exploração e assalariamento ou tornar-se estratégia para emancipação. O empoderamento do gênero feminino o torna alvo para a indústria do tabaco, que passou a divulgar o cigarro como símbolo de independência, isso vem acarretando em um aumento da prevalência do tabagismo entre as mulheres, principalmente nas faixas etárias cada vez mais jovens (SÉ; AMORIM, 2009).

Com a maior incidência do hábito tabágico pelas mulheres, é importante salientar uma maior preocupação porque muitas delas continuam fumando durante a gestação, fato que

implica consequências danosas para a mãe e para o feto. O tabagismo determina hipóxia fetal pré-placentária pela diminuição da PO<sub>2</sub> da mãe, além de causar vasoconstrição das artérias do espaço interviloso da placenta com conseqüente menor absorção de nutrientes. Este prejuízo na absorção de nutrientes leva a uma diminuição do ganho de peso fetal intrauterino (GALÃO et al., 2009).

Observa-se que mais de 30% das mulheres em idade reprodutiva sejam tabagistas e que apenas uma em cada cinco abandona o vício ao engravidar. Tem-se percebido que um terço das gestantes americanas e um quarto das brasileiras são tabagistas e o hábito de fumar acarreta riscos fetais decorrentes do amadurecimento placentário precoce, redução do aporte nutricional, podendo provocar restrição do crescimento fetal. Adicionalmente, a aceleração da maturidade placentária tem sido associada a aumento na incidência de descolamento prematuro da placenta além de acarretar riscos perinatais, o tabagismo materno pode também afetar o desenvolvimento mental, intelectual e comportamental das crianças expostas na vida fetal ao fumo (FILHO et al., 2006).

Como o cigarro tem em sua constituição mais de 4000 substâncias que provocam reações diversas, a nicotina é uma das principais substâncias responsável pelos efeitos deletérios na gravidez, pois provoca a vasoconstrição dos vasos uterinos, com conseqüente redução da disponibilidade de oxigênio e nutrientes para o feto (PASSATO; PARADA; TONETE, 2007).

É imprescindível que em qualquer fase do ciclo vital e para qualquer sexo, a cessação do uso do tabaco promove benefícios à saúde, sobretudo diminuindo riscos cardiovasculares e de alguns cânceres. Entre as gestantes, os benefícios são ainda maiores, haja vista que o hábito tabágico leva a riscos adicionais para a mulher, seu concepto e para o recém-nascido, associando-se a um risco maior de aborto, placenta prévia, ruptura prematura das membranas, descolamento prematuro de placenta, gravidez tubária, aborto espontâneo, nascimentos pré-termo, baixo peso ao nascer, defeitos congênitos (fenda palatina) e maior risco de alergias e infecções para a criança (FONTANELLO; SECCO, 2012).

Ainda segundo CORREIA et al., (2007) o tabagismo materno durante a gravidez associa-se ao parto pré-termo, ao baixo peso ao nascer, à microcefalia, ao Índice de Apgar baixo aos 5 minutos de vida, a abortos e à morte neonatal. Esta associação é mais significativa quando se considera um consumo igual ou superior a 10 cigarros/dia. O tabagismo materno durante a gravidez parece também ser fator de risco da síndrome da morte súbita do lactente, da pieira, da diminuição da função pulmonar nos primeiros anos de vida e da obesidade na

criança. Têm sido igualmente descritos os seus efeitos adversos em longo prazo no desenvolvimento neurocognitivo e na qualidade do sêmen do adulto.

## **3.2 Complicações Decorrentes do Álcool e Tabaco Para Gestante**

### **3.2.1 Aborto Espontâneo**

O consumo de drogas lícitas e ilícitas por mulheres durante a gravidez podem causar inúmeras complicações e aborto espontâneo (MOTTA; ECHER; LUCENA, 2010). O aborto representa um grave problema de Saúde Pública e se traduz em diversas repercussões para a saúde da mulher e sua qualidade de vida. É caracterizado pela expulsão espontânea ou provocado do embrião/feto (NERY et al., 2006).

As complicações do aborto são importantes causas de morbidade e mortalidade nas mulheres tendo em vista que normalmente resultam do próprio processo de abortamento ou pelos procedimentos realizados para tratamentos de complicações decorrentes do aborto. Essas complicações podem ser classificadas em grandes hemorragias, perfurações uterinas decorrentes de sondas ou cânulas, ulcerações do colo ou vagina por uso de comprimidos, infecções, esterilidade secundária a salpingite, salpingite crônica, algias pélvicas, transtornos menstruais e complicações obstétricas, tais como inserção anormal da placenta, abortamentos habituais, partos prematuros, dentre outras (DOMINGOS; MERIGHI, 2010).

Dentre todos os componentes do cigarro, a nicotina atua como um fortíssimo agente constritor causando redução do aporte de oxigênio e nutrientes ao feto, sendo o principal fator relacionado ao prejuízo do crescimento fetal. Tal redução é causada pelo aumento da resistência à chegada do sangue na placenta, pela diminuição da permeabilidade placentária e pela ligação estável do monóxido de carbono às hemácias, em detrimento do oxigênio causando hipóxia fetal e muitas vezes aborto (PACCOLA; PAULINO, 2007).

É válido destacar ainda que, em gestantes tabagistas ocorre uma redução na síntese de óxido nítrico (NO) presentes nas vilosidades da placenta, que age como um potente relaxante do miométrio, a fim de prevenir contrações precoces que podem evoluir a um parto prematuro. O tabagismo reduz também, a inativação do fator de ativação de plaquetas que está diretamente envolvido no início e na manutenção do trabalho de parto causando contrações uterinas, levando a um parto prematuro ou até mesmo ao aborto (BLAUT, 2012).



### **3.2.2 Parto Prematuro**

O parto prematuro é a principal causa de morbidade e mortalidade perinatal, apesar do melhor conhecimento dos fatores envolvidos na parturição e dos recursos terapêuticos à disposição do obstetra para bloquear o trabalho de parto, a incidência de parto pré-termo não tem declinado nos últimos 50 anos (OLIVEIRA et al., 2000).

Tendo como definição, parto prematuro é a ocorrência do nascimento antes de 37 semanas completas de gestação (<259 dias), contadas a partir do último período menstrual. A prematuridade pode ser classificada, segundo a sua evolução clínica, em eletiva ou espontânea. Na prematuridade eletiva, a gestação é interrompida em virtude de complicações maternas (por exemplo, doença hipertensiva, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, consumo de álcool, tabaco etc.) e/ou fetais (por exemplo, restrição do crescimento fetal ou sofrimento fetal), em que o fator de risco é geralmente conhecido e corresponde a 25% dos nascimentos prematuros. Já prematuridade espontânea corresponde a 75% dos casos e decorre do trabalho de parto prematuro (BITTAR; ZUGAIB, 2009).

É importante ressaltar que a nicotina age no sistema cardiovascular, provocando a liberação de catecolaminas na circulação materna e como consequência, ocorre taquicardia, vasoconstrição periférica e redução do fluxo sanguíneo placentário, com consequente má nutrição e oxigenação fetal. O acúmulo de cotinina na circulação fetal, metabólito da nicotina, contribui para que ocorram problemas durante a gestação como trabalho prematuro de parto (MOTTA, 2008).

### **3.2.3 Deslocamento Prematuro da Placenta**

O descolamento prematuro da placenta (DPP), é um tipo de complicação que é definido como separação da placenta implantada no corpo do útero, antes do nascimento do feto, em gestação de 20 ou mais semanas completas, resulta de uma série de processos fisiopatológicos, muitas vezes de origem desconhecida. Essa complicação obstétrica tem um elevado potencial de morbimortalidade materna e fetal, a mesma está associada a uma maior incidência de anemias, coagulopatias, hemotransfusão, histerectomia e infecções puerperais, também representa risco à vida da gestante e do feto. Além disso, resultados perinatais adversos, com frequência acompanham esse diagnóstico, tais como: prematuridade, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal e morte perinatal (CABAR et al., 2008).

Conforme já mencionado, a etiologia do deslocamento prematuro da placenta ainda não é totalmente conhecida e pode ser dividida em traumática e não traumática. A primeira, também chamada de mecânica, pode ser classificada em interna e externa. As causas traumáticas externas possuem valor limitado na atualidade, restritas aos grandes acidentes e traumas. Entre as causas traumáticas internas, merecem destaque o cordão curto, escoamento rápido de polidrâmnio, movimentos fetais excessivos, retração uterina após o parto do primeiro gemelar, hipertonia uterina (primária ou por abuso de ocitócicos), entre outras. As causas não traumáticas de DPP constituem o aspecto etiológico mais importante, com destaque para os chamados fatores predisponentes tais como: hipertensão arterial, idade materna avançada, relato de DPP em gestação anterior, restrição do crescimento intra-uterino, gemelidade, tabagismo, etilismo e dentre outros (SOUZA; CAMANO, 2006).

No que concerne ao tabagismo, segundo a literatura, o monóxido de carbono se liga à hemoglobina fetal, diminuindo sua capacidade de transporte e a nicotina leva à vasoconstrição, além da redução da síntese de prostaciclina, com aumento final da resistência vascular. A placenta das fumantes apresenta várias características que sugerem hipoperfusão, com papel importante no processo hipóxico, como necrose decidual marginal, endarterite obliterativa e microinfartos. Estas alterações induzidas pelo tabaco predisõem ao descolamento prematuro da placenta (PACCOLLA; PAULINO, 2007).

### **3.2.4 Gravidez Ectópica**

A gravidez tubária (GT) ou gravidez ectópica (GE) é a principal causa de morte materna no primeiro trimestre da gestação, com isso faz-se necessário uma atenção especial para o diagnóstico precoce. Com a suspeita clínica e a realização de exames subsidiários, como a dosagem sérica da fração  $\beta$  (beta) do hormônio gonadotrófico coriônico ( $\beta$ -hCG) e a ultra-sonografia transvaginal (USTV), é imperativo que o diagnóstico de gravidez ectópica deva ser realizado antes da ruptura tubária (JUNIOR et al., 2008).

Vários fatores se associam ao aumento de risco para GE durante a vida reprodutiva. Dentre eles são citados o uso de dispositivo intrauterino (DIU), citrato de clomifeno, antecedente de cirurgia tubária e de doença inflamatória pélvica entre os que mais contribuem para o risco relativo. Outros fatores são citados, como infertilidade, aborto induzido, aderências pélvicas, cirurgias abdominais, malformações uterinas, miomas e contraceptivos de progestágenos. Em estudo recente com populações europeias, entre os mais importantes

fatores de risco para GE foram citados o antecedente de doença pélvica infecciosa e o hábito de fumar (FERNANDES et al., 2004).

O tabagismo materno numa situação pré-concepcional e pré-natal influencia negativamente o processo da gravidez. A nicotina induz a liberação de adrenalina e noradrenalina no sangue materno, com diminuição da irrigação placentária. Valores elevados de carboxihemoglobina, detectados em mães fumadoras ativas ou passivas, são também detectados no feto. A placenta não garante proteção contra a passagem de nicotina e outras substâncias particuladas, fato confirmado pelo aumento dos valores de cotinina no líquido amniótico quando mãe fumadora ativa ou passiva, sendo fator predisponente de complicações como gravidez ectópica (FIGUEIREDO; BORGES, 2009).

### **3.3 Complicações Decorrentes do Álcool Para o Feto e Recém Nascido**

#### **3.3.1 Síndrome Alcoólica Fetal**

O consumo de bebidas alcoólicas atualmente por mulheres é muito comum, e, como consequência, é elevado o número das que bebem durante a gestação (NASCIMENTO et al., 2007). A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) consequência do aumento do etilismo feminino tem sua etiologia ambiental e sua severidade advém da combinação da ingestão de álcool pela mãe com algumas modalidades de fatores de risco, tais como quantidade e frequência com que o álcool foi consumido pela gestante, período da gestação em que a mãe ingeriu a substância, idade materna e seus aspectos genéticos, nutricionais e físicos, o uso concomitante de tabaco e/ou outras drogas, fatores socioeconômicos, psicológicos, familiares e tolerância da mãe e do feto aos possíveis efeitos teratogênicos do álcool (GARCIA; ROSSI; GIACHETI, 2007).

A SAF é caracterizada clinicamente em sua forma clássica por três grupos de sintomas: atraso do desenvolvimento pré e/ou pós-natal (baixo peso, baixa estatura ou circunferência craniana menor que o percentual 10 para a idade gestacional); comprometimento do sistema nervoso central (SNC), defeitos neurológicos e retardo mental de grau variável – atraso no desenvolvimento intelectual, principalmente distúrbios da aprendizagem e do comportamento; déficit da memória e da atenção; hiperatividade; impulsividade e agressividade; dismorfias craniofaciais: microcefalia (circunferência craniana pequena), microftalmia, micrognatia (área maxilar achatada) e lábio superior fino (NASCIMENTO et al., 2007).

### **3.3.2 Baixo peso**

Entre vários problemas decorrentes do uso abusivo do álcool e tabaco, podemos citar o baixo peso ao nascer (BPN) que é definido como recém nascido (RN) com menos de 2.500g, enquanto que os RN com menos de 1.500g são considerados de muito baixo peso e aqueles com menos de 1.000g de elevado baixo peso. O BPN pode resultar da deficiência no suprimento de nutrientes fetais e levar a adaptações das células em períodos críticos do crescimento, o que altera permanentemente o metabolismo. Assim, o feto na tentativa de preservar tecidos nobres, promove alterações hormonais para adaptar o organismo ao menor aporte calórico e proteico, comprometendo o desenvolvimento de órgãos e sistemas e predispondo o RN a afecções cardiovasculares, doença vascular cerebral, diabetes melito tipo II, obesidade, hipertensão arterial, osteopenia, alguns tipos de câncer e de doenças mentais (ROJAS et al., 2012).

Ainda segundo Santos, Martins e Souza (2008) as crianças com (BPN) que sobrevivem têm alto risco de uma série de complicações ao longo de suas vidas, incluindo prejuízos auriculares, mentais e visuais, autismo e paralisia cerebral. Além disso, crianças com BPN, mesmo dentro da classe normal, é um fator de risco para desenvolvimento posterior de obesidade, apoplexia, diabetes mellitus, disfunção imunológica e doença cardiovascular. Estas doenças são preocupações maiores na sociedade moderna, e a redução da incidência de BPN é identificada como prioridade nas grandes pesquisas para promover a saúde e o bem-estar das mulheres e suas famílias.

### **3.3.3 Malformações congênitas**

Os defeitos congênitos (DC) ou malformação congênita (MC) incluem todos os defeitos estruturais presentes ao nascimento, que podem ser classificados como malformações primárias, secundárias e deformações. Podem ser definidos como anomalia funcional ou estrutural do desenvolvimento do feto decorrente de fator originado antes do nascimento, seja ele genético, ambiental ou desconhecido. Presente ao nascimento ou podendo manifestar-se anos mais tarde, como certas enfermidades crônicas degenerativas. Podem se apresentar como formas isoladas (quando o recém-nascido (RN) apresenta somente uma malformação, envolvendo sistemas corporais isolados) ou associadas (quando coexistem múltiplas malformações envolvendo muitos órgãos) (GEREMIAS; ALMEIDA; FLORES, 2009).

O álcool é um teratôgeno químico que exerce efeitos citotóxicos significativos, estimulando a morte celular excessiva por ativação anômala da apoptose e alterando processos bioquímicos e metabólicos importantes a nível celular, como a produção de prostaglandinas e ácidos gordos, fundamentais na comunicação intercelular e na constituição de células respectivamente. A exposição fetal ao álcool numa fase mais precoce do desenvolvimento embrionário, a organogênese, está, sobretudo associada ao aparecimento de malformações maior e num período mais tardio, o período fetal (a partir das nove semanas) surgem, sobretudo alterações funcionais ou malformações menor. Como exemplo dessas malformações divididas por sistemas observa-se: Cardíaco, comunicação interauricular, comunicação interventricular, tetralogia de fallot; musculo-esquelétrico: unhas hipoplásticas, clinodactilia, campilodactilia, quinto dedo curto, escoliose, sinostose radio-cubital, síndrome de Klippel-Feil; Urológicos: rins aplásticos, displásticos, hipoplásticos, em ferradura, hidronefrose; Oculares; estrabismo, erros de refração; Auditivos: surdez neonatal (BRITO et al., 2006).

Os defeitos congênitos ocorrem em até 5% dos recém-nascidos, sendo hoje responsáveis por uma parcela significativa das taxas de mortalidade infantil em muitos países do mundo. Sabe-se que as causas dos defeitos congênitos são múltiplas na maioria das vezes, e que fatores maternos e fetais influenciam a prevalência de alguns tipos, entre eles, o sexo, a idade das mulheres, assim como as condições socioeconômicas (GUERRA et al., 2008). Todas as populações estão expostas aos riscos e desenvolverem (MC), no entanto podem-se enfatizar como principais fatores etiológicos como as condições hereditárias (genéticas), exposição a substâncias (medicamentos, álcool e drogas ilícitas), infecções (citomegalovirose, rubéola e toxoplasmose) e radiações, sendo que na maioria das vezes as razões são desconhecidas. O impacto das malformações congênitas sobre a mortalidade infantil depende de vários fatores, incluindo a prevalência das anomalias, a qualidade e a disponibilidade de tratamento médico e cirúrgico e a presença de efetividade das medidas de prevenção primária (ARRUDA; AMORIM; SOUZA, 2008).

### **3.4 Anomalias Crânio Faciais – Microcefalia, Microftalmia, Anomalias Articulares**

#### **3.4.1 Microcefalia**

Entre os diversos tipos de anomalias crânio faciais podemos destacar a microcefalia, que é de etiologia ambiental e/ou genética, podendo estar acompanhado de outros defeitos

morfológicos (forma sindrômica) ou não (microcefalia não-sindrômica). Alguns distúrbios como hipóxia perinatal, infecções congênitas (tais como rubéola, citomegalovirose, toxoplasmose e herpes-virose tipo 2), exposição intra-uterina a radiação ionizante e a drogas (como álcool e hidantoína), e fenilcetonúria materna são algumas das causas ambientais de microcefalia. A microcefalia geneticamente determinada pode resultar de alterações monogênicas, anomalias cromossômicas ou distúrbios multifatoriais (LEAL, 2005).

Ainda segundo Leal (2005) a microcefalia primária autossômica recessiva (MPAR) é uma das formas de microcefalia genética. Os indivíduos afetados apresentam redução do perímetro cefálico - como consequência de uma diminuição na espessura do córtex cerebral associado à retardo mental, não se observando dismorfias, malformações ou outras alterações neurológicas significativas.

No organismo materno após o consumo de álcool, o etanol é convertido em acetaldeído, cuja presença no sangue está relacionada com diversas alterações morfofuncionais nos fetos em desenvolvimento. Estudos experimentais com células astrogliais isoladas demonstraram inibição do crescimento e migração neuronal, aumento da morte celular por necrose e apoptose além de alterações em fatores do crescimento como o IGF-1 e IGF-2 na presença de acetaldeído, resultando em evidente microcefalia, interferindo no desenvolvimento psicomotor e intelectual da criança (ARCANJO et al., 2010).

### **3.4.2 Retardo Mental**

O retardo mental (RM) é um distúrbio do sistema nervoso central, que se caracteriza por limitações substanciais no funcionamento atual dos indivíduos, sendo caracterizado por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, existindo concomitantemente com relativas limitações associadas a duas ou mais áreas de condutas adaptativas, indicadas a seguir: comunicação, autocuidado, vida no lar, habilidades sociais, desempenho na comunidade, independência na locomoção, saúde, segurança, habilidades acadêmicas e funcionais, lazer e trabalho, geralmente o retardo mental se manifesta antes dos dezoito anos de idade (ALMEIDA, 2004).

O retardo mental é determinado por causas que podem ser genéticas ou ambientais, e congênitas (por exemplo, exposição fetal a teratógenos, distúrbios cromossômicos) ou adquiridas (por exemplo, infecção do sistema nervoso central, traumatismo craniano). Pode, ainda, ser categorizado em sindrômico, isto é, a criança apresenta características dismórficas associadas que levam à identificação de uma síndrome genética, ou não-sindrômico. Convém

mencionar que os recém-nascidos diagnosticados com defeitos estruturais congênitos têm uma chance 27 vezes mais alta de receber o diagnóstico de RM aos sete anos de idade (VASCONCELOS, 2004).

A deficiência mental está inserida em sistemas categoriais há séculos, figurando como demência e comprometimento permanente da racionalidade e do controle comportamental. Essa compreensão pode ter contribuído para a manutenção de preconceito e influenciado pensamentos e atitudes discriminatórios acerca da deficiência mental, como se verifica em muitas sociedades modernas. Denunciar o estigma da loucura e da incompetência associados a esse fenômeno é imperativo para estudiosos da área, pesquisadores e profissionais que atuam na intervenção (CARVALHO; MACIEL, 2003).

Segundo ARCANJO et al., (2010), o álcool consumido pelas gestantes atravessa a barreira placentária e atinge o feto, alcançando rapidamente as mesmas concentrações séricas maternas. O consumo de álcool no primeiro, segundo e terceiro trimestre provocam lesões no cérebro, hipocampo e córtex pré-frontal, desencadeando retardo mental. As áreas cerebrais passíveis de lesões secundárias à presença de álcool durante a gestação e suas funções são: cérebro: controle da consciência e dos processos voluntários; corpo caloso: conexão entre os hemisférios; córtex: funções psíquicas superiores (raciocínio, abstração, resolução de problemas); área septal: emoção; hipocampo: emoção e memória; tálamo: fornecimento de informação ao córtex; hipotálamo: manutenção do equilíbrio das funções do organismo; cerebelo: equilíbrio, postura e coordenação.

### **3.5 Complicações Decorrentes do Tabaco Para o Feto e Recém Nascido**

#### **3.5.1 Síndrome da Angustia Respiratória**

A síndrome da angústia respiratória aguda (SARA) ou síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) é definida como uma síndrome de insuficiência respiratória de instalação aguda, caracterizada por infiltrado pulmonar bilateral à radiografia de tórax, compatível com edema pulmonar; hipoxemia grave, definida como relação  $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 200$ ; pressão de oclusão da artéria pulmonar  $\leq 18$  mmHg ou ausência de sinais clínicos ou ecocardiográficos de hipertensão atrial esquerda; presença de um fator de risco para lesão pulmonar (AMATO et al., 2007).

A taxa metabólica nas crianças é mais alta, enquanto que a capacidade residual funcional e a reserva de oxigênio são mais baixas. Assim, em razão de disfunção respiratória,

as crianças tornam-se rapidamente hipoxêmicas. Considerando que o quadro de aumento no trabalho respiratório, em geral, antecede a alteração nos gases arteriais, é de fundamental importância a monitorização clínica do paciente, ao invés da obtenção apenas de dados laboratoriais, o que poderia permitir tratamentos mais precoces e restringir as indicações para o uso de ventilação mecânica (PIVA et al., 1998).

A doença pulmonar na SARA é dinâmica e áreas de complacência relativamente adequadas podem adquirir característica de complacência bastante diminuída em questão de horas, acompanhando a rápida evolução dessa síndrome que se apresenta com disfunção alveolar, crescimento da permeabilidade da barreira alvéolo-capilar, destruição dos pneumócitos tipo I e II com destruição do surfactante pulmonar, desequilíbrio na ventilação perfusão, diminuição da distensibilidade, edema pulmonar, atelectasia e inflamação pulmonar (FERREIRA; ROCHA, 2007).

De acordo com SILVA; TOCCI (2002), o tabaco possui mais de 4000 substâncias presentes na sua composição, porém, muitas delas ainda não têm suas ações conhecidas, mas sabe-se que repercutem sobre o desenvolvimento do feto. Uma gestante tabagista tanto ativa quanto passiva pode através da inalação da fumaça conduzir alguns compostos danosos ao mesmo causando comprometimento no desenvolvimento da função intelectual, neurológica e SARA.

### **3.5.2 Retardo do Crescimento Intra Uterino**

A placenta humana é o centro funcional da unidade mãe feto, desempenhando funções respiratória, nutritiva, excretora, endócrina e imunológica. Agressões que incidam sobre a unidade útero-placentária, poderão desviar o feto do seu potencial genético de crescimento, determinando crescimento intrauterino retardado (RCIU) (OLIVEIRA; XAVIER; LANA, 2002).

Segundo ARAÚJO (2009), além da nicotina, o cigarro contém alcaloides do alcatrão, metais pesados, nitrosaminas, elementos radioativos, aldeídos e outros agentes altamente tóxicos. GALÃO et al., (2009) relata que o tabagismo causa hipóxia fetal pré-placentária pela diminuição da pO<sub>2</sub> da mãe, além de causar vasoconstrição das artérias do espaço intervilo da placenta com conseqüente menor absorção de nutrientes. O comprometimento na absorção deste último leva a uma diminuição do ganho de peso fetal intrauterino, além de se constatar que, placentas de mães fumantes também apresentam aumento da calcificação, o que está



associado a recém-nascidos abaixo do percentil 10 de crescimento com consequente alteração de morbidade e mortalidade neonatais.

Ainda segundo ROJAS et al., (2012), o RCIU e o baixo peso ao nascer (BPN) pode resultar da deficiência no suprimento de nutrientes fetais e levar a adaptações das células em períodos críticos do crescimento, o que altera permanentemente o metabolismo. Assim, o feto na tentativa de preservar tecidos nobres, promove alterações hormonais para adaptar o organismo ao menor aporte calórico e proteico, comprometendo o desenvolvimento de órgãos e sistemas e predispondo o RN a afecções cardiovasculares, doença vascular cerebral, diabetes melito tipo II, obesidade, hipertensão arterial, osteopenia, alguns tipos de câncer e de doenças mentais.

O desequilíbrio que desencadeia o crescimento fetal intrauterino retardado prevalece em nascidos vivos considerados “pequenos para idade gestacional” (PIGs), constitui-se em importante fator de risco para a mortalidade neonatal. Por sua vez, os fatores de risco associados ao RCIU são: pequeno ganho de peso materno durante a gestação, baixo peso materno anterior à gestação, baixa estatura da mãe, os quais são considerados como indicadores de possível presença de desnutrição materna, mães com idade menor que vinte anos e maior que 35 anos, gestantes múltiparas (ALMEIDA; JORGE, 1998).

As crianças que nasceram com RCIU apresentam um aumento da mortalidade e da morbidade nos primeiros anos de vida. Além disso, essas crianças apresentam maior risco de desenvolverem doenças crônicas na idade adulta, tais como diabetes, hipertensão e doença coronariana. Conseqüentemente, a prevenção do nascimento de crianças RCIU terá efeitos a curto e longo prazo. Ainda enfatizando o que se refere à etiologia de PIG, os principais fatores de risco são: raça negra, baixa ingestão calórica ou baixo ganho de peso na gravidez, baixo peso pré-gestacional, tabagismo materno e baixa estatura materna (ZAMBONATO et al., 2004).

Com a emancipação das mulheres no decorrer das décadas, e conseqüentemente um maior consumo de álcool e tabaco (teratógenos) pelas mesmas, hábitos continuados no decorrer da gestação, torna-se um fator determinante para problemas maternos e fetais descritos anteriormente. Esse estudo é relevante, pois irá identificar o total de gestantes que fazem uso de tais substâncias, e através de intervenções públicas, e o cuidado do(a) profissional Enfermagem frente ao atendimento de pré-natal, possa se fazer campanhas de prevenção para que as mesmas tenham uma gestação saudável e que seus filhos possam nascer isentos de quaisquer malformações congênitas.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Estudo**

O presente trabalho consiste numa pesquisa exploratória e descritiva com abordagem quantitativa. Segundo Gil (2010), a pesquisa exploratória tem como finalidade proporcionar maior familiaridade com o problema proposto, com vista a torná-lo mais explícito ou a construir hipótese, seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos aos fatos ou fenômenos estudados. De maneira geral, utiliza-se levantamento bibliográfico, entrevista com pessoas que tiveram experiência prática com o assunto e análise de estudos que estimulem a compreensão. Ainda segundo o autor, já a pesquisa descritiva, tem como objetivo a descrição das características relacionadas à determinada população, pode ser elaboradas para identificações de possíveis relações com as variáveis, uma de suas características está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados que tem como objeto de estudo as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental etc.

A pesquisa quantitativa de acordo com Boaventura (2007) utiliza-se para o desenvolvimento de sua pesquisa trabalho que se expressa através de números e dados estatísticos, se utilizando na coleta e análise dos dados, de percentagem, média, mediana, moda, desvio- padrão, análise de regressão ou de correlação.

### **4.2 Local de pesquisa**

O estudo foi realizado na cidade de Cuité-PB, que geograficamente se encontra na Latitude: 06° 29' 01" S e Longitude: 36° 09' 13" W, com altitude de 649 metros acima do nível do mar, a mesma se localiza na microrregião do Curimataú Paraibano, a 230 km da Capital João Pessoa. Conforme dados do Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), com uma área de 742 Km<sup>2</sup>, possui um contingente populacional de aproximadamente 19.978 habitantes, dos quais 9.833 são do sexo masculino e 10.145 são do sexo feminino.

O campo de atuação para o desenvolvimento desta pesquisa foram as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) vinculadas Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cuité (PB), que tem em sua cidade nove UBSF, no entanto, duas dessas unidades serviram como alvo de estudo. A Unidade Básica Saúde da Família Luiza Dantas de Medeiros,

localizada no Bairro: Antonio Mariz (Tambor), na Rua: Francisca Maria de Jesus, s/n°, Área: 006, com seu Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (CNES): 2605740, tendo mil e onze (1011) famílias cadastradas que fazem uso do serviço, com vinte e oito gestantes (28) em acompanhamento de pré-natal. A outra UBSF é a Diomedes Lucas de Carvalho, localizada no Bairro: Bela vista, Rua: Projetada s/n, Área: 004, com CNES: 2342618, tendo mil vinte e oito (1028) famílias cadastradas, no qual trinta e duas (32) gestantes fazem acompanhamento de pré-natal na unidade. Ambas as unidades contam com uma equipe constituída por médico, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, recepcionistas, diretor e auxiliar de serviços gerais SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUITÉ-PB, (2012).

As Unidades Básicas de Saúde fazem parte da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

#### **4.3 População e amostra**

A população que fez parte deste estudo foram gestantes assistidas pelo programa de pré-natal de UBSF do município de Cuité-PB. Mas especificamente, esse estudo foi realizado na Unidade Básica Saúde da Família Luiza Dantas de Medeiros que conta com aproximadamente vinte e oito (28) gestantes que faz uso deste serviço, e a Unidade Básica Saúde da Família Diomedes Lucas de Carvalho que contou com aproximadamente trinta e duas (32) gestantes inclusas no sistema, no período correspondente a de 2012 e 2013, totalizando um numero de sessenta (60) gestantes atendidas nas devidas unidades.

#### **4.4 Critérios de inclusão**

Os critérios de inclusão adotados na pesquisa são mulheres gestantes que faziam uso do programa de Pré-natal nas UBSF Luiza Dantas de Medeiros e Diomedes Lucas de Carvalho, sem limite de faixa etária, residente na área pesquisada, e no período de tempo acima citado. Ainda como critérios de inclusão foi a aceitação por parte das mesmas em

participar do estudo voluntariamente seguindo os preceitos éticos, após entrega e visualização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

#### **4.5 Instrumento de coleta de dados**

Há diversas maneiras e formas de se coletarem dados pra investigação de problemas em uma população, no entanto, o instrumento de coleta de dados depende do tipo de pesquisa e de dados que se pretende alcançar, dentre tais instrumentos podemos citar o questionário, a entrevista, a observação, entre outros. Para a realização deste estudo foi escolhido o questionário (Apêndice A) a ser preenchido pelas gestantes selecionadas para amostra.

O questionário é uma ferramenta importante de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, comportamento presente e passado. Esse método de coleta de dados consiste em traduzir os objetivos da pesquisa em questões específicas. As respostas a esses questionamentos irão fornecer as características da população pesquisada ou testar hipóteses da pesquisa (GIL, 2008).

O questionário deste estudo será elaborado pelo pesquisador participante, sendo composto por duas etapas: a primeira levantará dados socioeconômicos da amostra, e a segunda relacionada aos objetivos propostos para o estudo contendo exclusivamente questões objetivas de múltipla escolha.

#### **4.6 Procedimento de coletas de dados**

Para realização desta pesquisa foi seguido os seguintes procedimentos: solicitação de autorização para o desenvolvimento deste estudo, através de um requerimento, o Termo de Autorização Institucional do Diretor do Centro e Educação e Saúde - CES, da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, campos Cuité-PB, Professor Dr. Ramilton Marinho (Anexo 1); ao Secretário Municipal de Saúde do município de Cuité-PB, Sr. Gentil Venâncio Palmeira Filho para realizar a pesquisa nas referidas Unidades Básicas de Saúde da Família foi requisitado o Termo de Anuência (Anexo 2) com sua devida assinatura. Posteriormente, o projeto (com as referidas autorizações) foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

Após a autorização do CEP, foi dado início as atividades de coleta de dados nas respectivas Unidades Básicas de Saúde, onde inicialmente, foram realizadas reuniões com os enfermeiros (a) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das respectivas unidades para

possibilitarem o acesso ao grupo a ser pesquisado. A coleta de dados foi realizada junto com os mesmos, quando estes foram fazer visitas nas residências das gestantes e também com o (a) enfermeiro (a) durante a realização do pré-natal das mesmas nas respectivas unidades.

Ao contatar as gestantes, o pesquisador apresentou a pesquisa, mostrou sua importância e finalidade e convidou a participar desta. As mesmas só participaram mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE (Apêndice A), pelo responsável legal quando estas forem menores de idade e neste caso também, deverão assinar o Termo de Assentimento (TA) (Apêndice B).

No caso gestantes maiores de idade, as mesmas assinaram o TCLE do participante (Apêndice C) concordando em participar da pesquisa. Em seguida foram entregues as participantes um questionário para a coleta de dados (Apêndice D), para se obter as respostas a serem utilizadas na referida pesquisa.

#### **4.7 Análise dos dados**

A análise dos dados foi feita após o término da aplicação dos questionários, tendo como finalidade, sintetizá-los e organizá-los, possibilitando a aquisição de resposta para o problema proposto na pesquisa.

Para tanto, foram utilizadas tabelas de frequências e medidas estatísticas utilizando-se ainda o Software Excel 2010 para facilitar a obtenção dos dados utilizados.

#### **4.8 Aspectos éticos**

Os princípios éticos que orientam pesquisas que envolvem seres humanos têm sido alvo de constantes discussões, principalmente quanto a possíveis abusos por parte da comunidade científica, no entanto, para submeter-se um pesquisa que envolva seres humanos é necessário que a mesma siga os preceitos e diretrizes da Resolução 196/96 determinando que toda e qualquer pesquisa com seres humanos, em qualquer área do conhecimento, devem ser aprovadas por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (HARDY, 2004).

No entanto, vendo a importância e a necessidade de se proceder corretamente, o posicionamento ético dos pesquisadores com relação à pesquisa foi norteado a partir dos preceitos éticos disposto nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecido na resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país, principalmente no que diz respeito ao Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido do participante, bem como a garantia de seu anonimato e o sigilo de dados confidenciais. De acordo com HARDY (2002) o objetivo do consentimento informado é prover a possíveis sujeitos a informação necessária para que eles possam tomar uma decisão sobre participar ou não, voluntariamente, de um estudo. Do ponto de vista ético, portanto, a exigência do consentimento informado visa a que a autonomia dos sujeitos seja respeitada, bem como se observem os princípios de beneficência e justiça.

Vale também ressaltar que foram respeitados os princípios éticos contemplados no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEM), Capítulo III das responsabilidades, deveres e proibições concernentes ao ensino, pesquisa e produção técnico-científica. Sendo assim, o devido projeto será encaminhado ao CEP para devida apreciação e aprovação, tendo em vista que a coleta de dados só será iniciada após aprovação do mesmo.

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão expostos os resultados obtidos por meio do procedimento de coleta de dados junto as gestantes participantes da pesquisa, assim como a análise e discussão pertinente. Para uma melhor apresentação dos resultados, os dados quantitativos foram dispostos em gráficos e tabela, além de serem divididos em duas sessões didaticamente construídas: a primeira relacionada à caracterização socioeconômica das participantes; e a segunda relativa ao consumo de álcool de tabaco e seus conhecimentos dos efeitos teratogênicos que esses compostos podem proporcionar durante o processo da embriogênese, das gestantes atendidas na Estratégia Saúde da Família com sua respectiva avaliação e discussão.

A amostra do estudo foi composta por 60 gestantes que participaram da pesquisa, todas residentes na zona urbana do Município de Cuité-PB, com idade gestacional variando entre a sétima e a trigésima segunda semana gestacional. Os dados socioeconômicos estão dispostos em tabela e gráficos, abrangendo cinco variáveis: faixa etária, profissão, estado civil, escolaridade e renda familiar, caracterizadas abaixo.

No que concerne à faixa etária, observou-se que a média para as gestantes entrevistadas foi de 24 anos, com um desvio padrão de 7,86 anos, indicando uma baixa variabilidade dos dados em torno da média, apresentando uma mediana igual a 22, o que significa que 50% das gestantes tinham idade inferior a esta última (Tabela 1).

**Tabela 1 – Estatística descritiva para a variável idade em anos das gestantes. Cuité – PB, 2013.**

Variável	N	Idade mín	Idade Max	Média	Desvio padrão	Mediana
Idade	60	14	45	24	7,864	22

Fonte: Dados da pesquisa 2013.

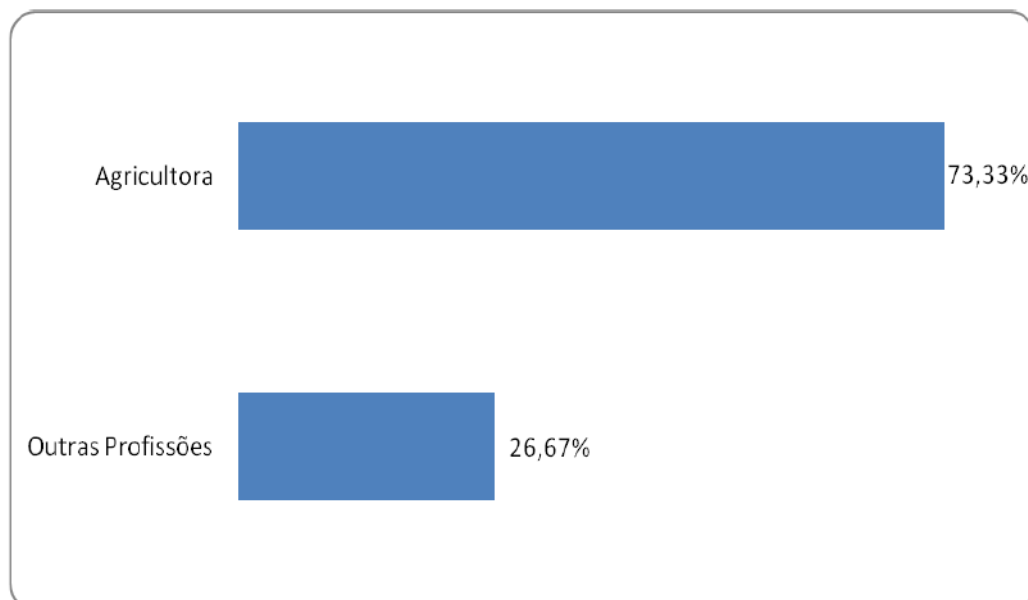
Os achados corroboram com duas pesquisas realizadas por Moraes e Reichenheim (2007) em três maternidades públicas da cidade do Rio de Janeiro e com Mesquita e Segre (2009) realizado em um Hospital Municipal na cidade de São Paulo onde mulheres jovens apresentaram uma média de 23,6 anos e 25 anos, respectivamente, com idades variando entre 13 e 44 anos.

Com base nos resultados de ambas as pesquisas discriminadas acima, pode-se constatar que, embora tenham sido realizadas em grandes cidades, a variável idade na gestação, não difere dos pequenos municípios situados em outras regiões. Ainda sobre essa variável, é importante ressaltar que 21,6% das gestantes tinham apenas entre 14 e 17 anos o que representa uma quantidade elevada de menores de idade que estão grávidas.

Segundo Helena et al., (2008), a gravidez na adolescência ocorre em um organismo que ainda está em desenvolvimento físico e emocional, sofrendo as mudanças corporais e emocionais próprias desse período da vida. Ainda segundo Vitta, Sousa e Padovani (2001) as questões de saúde ligadas à gestação, parto e puerpério de adolescentes são responsáveis por uma significativa taxa de morbimortalidade, causada por problemas sócio culturais, financeiros, biológicos, dentre outros.

Em relação à profissão, constatou-se que o maior percentual foi representado por agricultoras com 73,33% (44/60). Demais profissões, como, por exemplo, estudante, professora, dona de casa, funcionária pública, agente comunitária de saúde e dentre outras somaram 26,67% (16/60) (Gráfico 1).

**Gráfico 1 – Distribuição percentual das participantes quanto a variável: profissão. Cuité- PB, 2013.**



**Fonte: Dados da pesquisa 2013.**

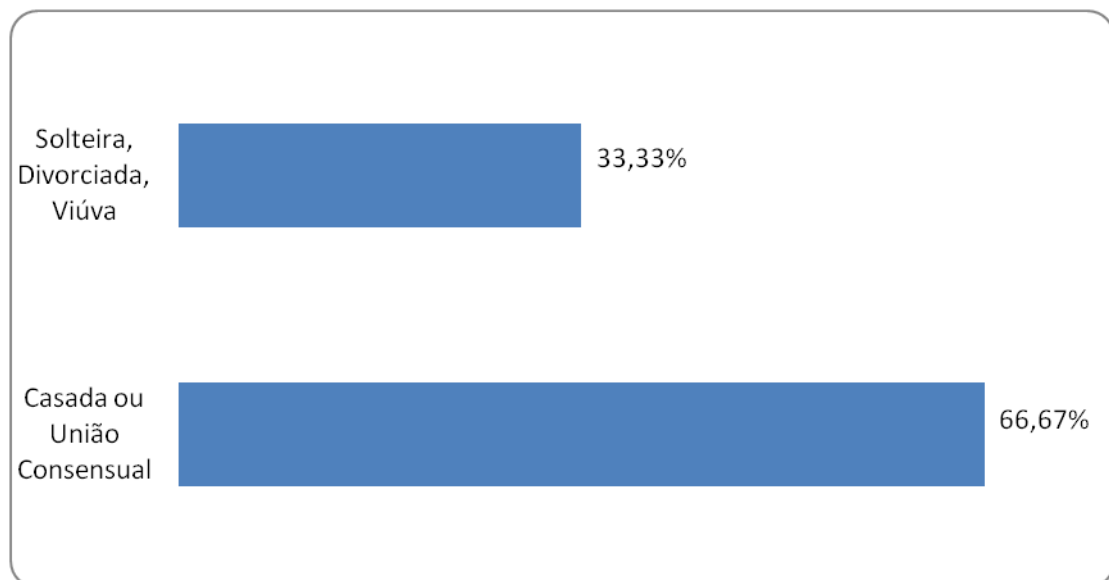
Tais observações corroboram com estudos realizados por Silva (2012) no município de Monte Horebe (PB), onde constatou que 61,7% das gestantes eram agricultoras. Porém,



discordam dos achados de Lima (2011) que realizou sua pesquisa em Campina Grande (PB) e constatou um percentual de 52%. Sugere-se, portanto, que o percentual de agricultoras diferiu nesta última, tendo em vista a maior urbanização da Cidade de Campina Grande, pois a profissão de agricultora é mais comum em pequenos municípios que apresentam zona rural e consequentemente, uma população mais carente que utilizam o serviço público.

Quanto a variável estado civil, observou-se que o percentual referente às gestantes casadas ou com união consensual foi de 66,67% (40/60) e das solteiras, divorciadas e viúvas foi de 33,33% (20/60) (Gráfico 2).

**Gráfico 2 – Distribuição percentual das gestantes referentes à variável: estado civil. Cuité – PB, 2013.**



**Fonte: Dados da pesquisa 2013.**

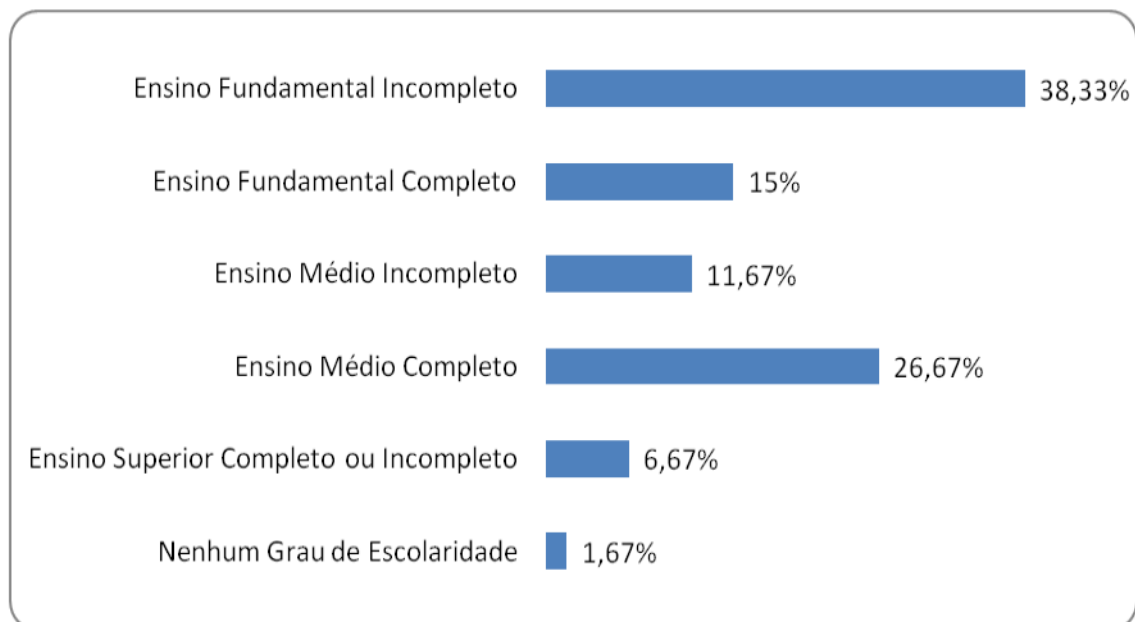
Os achados diferem dos constatados por Fontanella e Secco (2012) em São Carlos (SP), pois constataram 50% de casadas ou com união consensual e também diferem dos estudos de Souza, Santos e Oliveira (2012) que em sua pesquisa realizada na cidade de Uberlândia (MG) constatou um percentual de 73%.

No entanto, segundo Oliveira e Simões (2007), em geral, constata-se uma maior ocorrência de consumo de bebidas alcoólicas e do uso de tabaco na gestação em mulheres solteiras, quando comparadas com as casadas, na medida em que a gestação destas está associada, frequentemente, a outros fatores de risco como, por exemplo, baixo nível socioeconômico e gravidez indesejada.

É importante ressaltar que na presente pesquisa, observou-se um número elevado de gestantes solteiras, divorciadas e viúvas. Fato preocupante, pois a gestação é uma fase onde a mulher necessita de bastante atenção, cuidado e carinho, e se faz necessário o apoio e compreensão não apenas de familiares e amigos, mas principalmente do conjuge, tendo em vista que esse último poderá contribuir para tornar esta importante etapa, a mais prazerosa possível.

No quesito grau de escolaridade, o maior percentual observado foi de gestantes com apenas ensino fundamental incompleto, 38,33% (23/60) (Gráfico 3).

**Gráfico 3- Distribuição percentual das participantes referente à variável: escolaridade. Cuité-PB, 2013.**

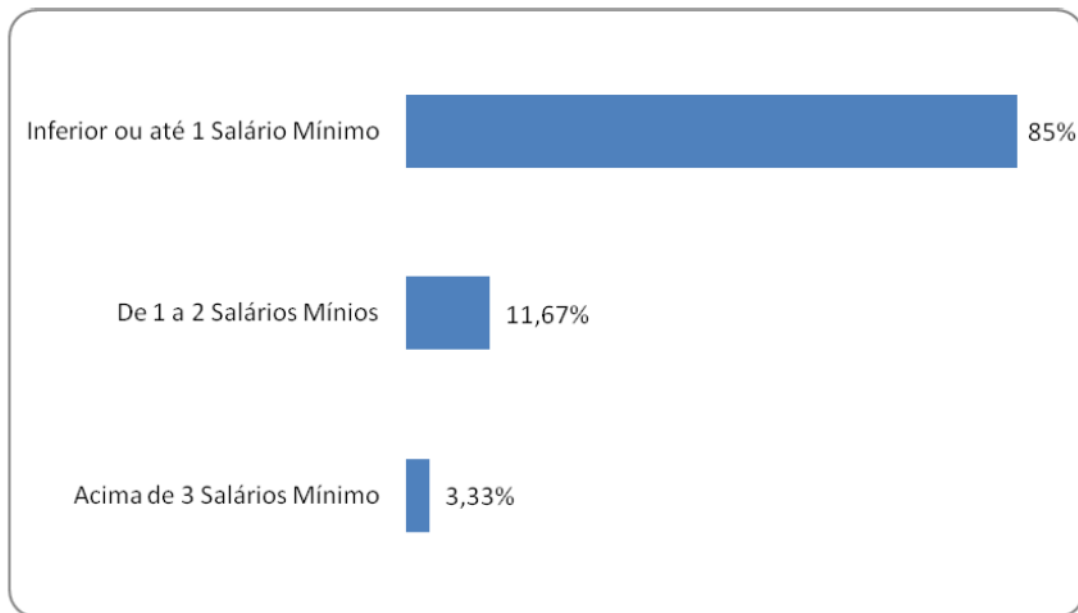


**Fonte: Dados da pesquisa 2013.**

Esse resultado difere dos percentuais encontrados nas pesquisas realizadas por Kroeff et al., (2004) em Manaus (AM), Fortaleza (CE), Salvador (BA) e Fabbri, Furtado e Laprega (2007) em Ribeirão Preto (SP), onde constatou-se percentuais de 55,3% e 46% respectivamente. No entanto, os dados da presente pesquisa e da supracitadas, sugerem uma relação entre um menor o nível de escolaridade e maior percentual de prematuridade da gravidez. Tal achado concorda com os relatos de Oliveira e Simões (2007), tendo em vista que e em geral, constata-se uma maior ocorrência do consumo de tais substâncias em gestantes com baixo grau de escolaridade.

Já quanto à renda familiar, os resultados mostram que 85% (51/60) das gestantes tem renda familiar inferior a um salário mínimo, 11,67% (7/60) recebem entre um a dois salários mínimos e apenas 3,33% (2/60) acima de três salários mínimos (Gráfico 4).

**Gráfico 4 – Distribuição percentual das gestantes referentes à variável: renda familiar. Cuité – PB, 2013.**

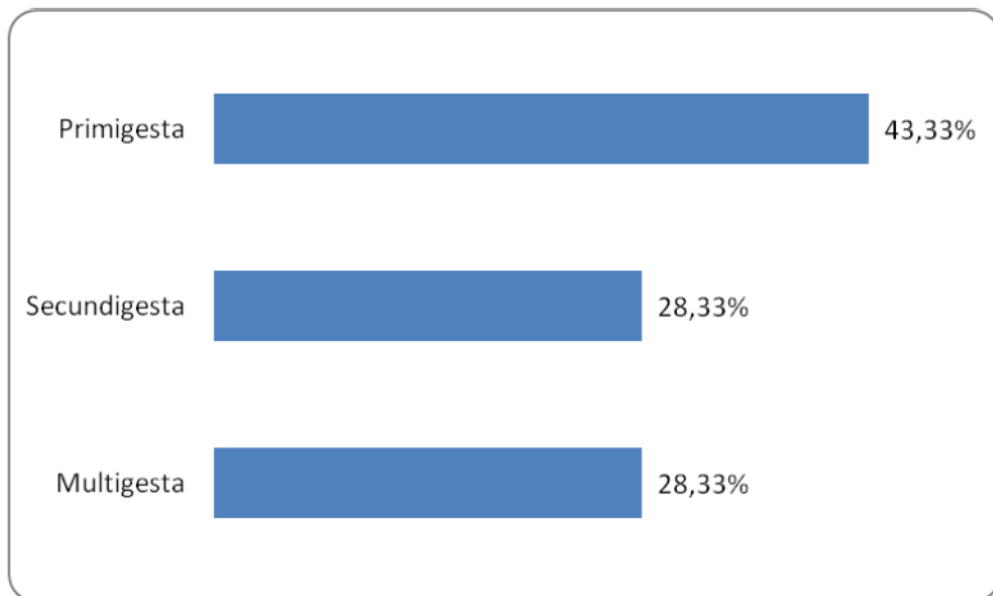


**Fonte: Dados da pesquisa 2013.**

Os achados acima corroboram com as pesquisas realizadas por Carvalho, Araujo (2007) na cidade de Recife (PE) e Caputo e Bordim (2008) realizada na cidade Marília (SP), onde 82% e 80% das puérperas respectivamente, também recebiam valores inferiores a um salário mínimo. Com base nos resultados observados na presente pesquisa e comparados com outras realizadas em grandes centros urbanos, consta-se que as renda familiar das gestantes se assemelham nos pequenos e grandes municípios.

Quanto ao número de gestações no decorrer da vida das parturientes, podemos observar que 43,33% (26/60) das gestantes relataram estar vivenciando a primeira experiência de gestação de suas vidas, 28,33% (17/60) das entrevistadas relataram já ter vivido a experiência de uma primeira gestação e se encontram diante de sua segunda, e 28,33% (17/60) das parturientes relataram terem vivenciado o momento de gestação por mais de duas vezes no decorrer de suas vidas (Gráfico 5).

**Gráfico 5 – Distribuição percentual das gestantes referente à variável:  
Número de gestações no decorrer da vida. Cuité – PB, 2013.**

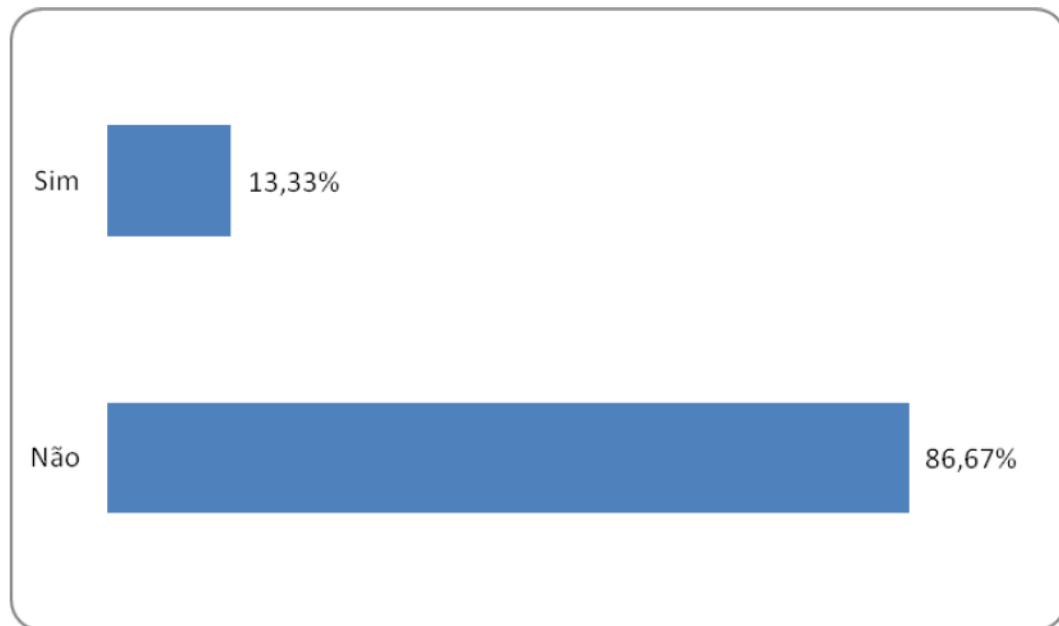


**Fonte: Dados da pesquisa 2013.**

Sobre esse perfil, os dados são semelhantes aos relatados por Quadros et al., (2011), que numa pesquisa com gestantes de Pelotas (RS) constaram 38% de primigestas, 23,1% secundigestas e 33,8% multigestas. Porém, diferem do realizado por Oliveira et al., (2011) em Recife (PE), onde constatou-se 82,25%, 11,77% e 5,88% respectivamente.

Sobre o hábito de tabagismo durante a gestação, 86,67% (52/60) afirmaram não fazer uso no entanto, 13,33% (8/60) sim.

**Gráfico 6 – Distribuição percentual das gestantes referente à variável: Fumante. Cuité – PB, 2013.**



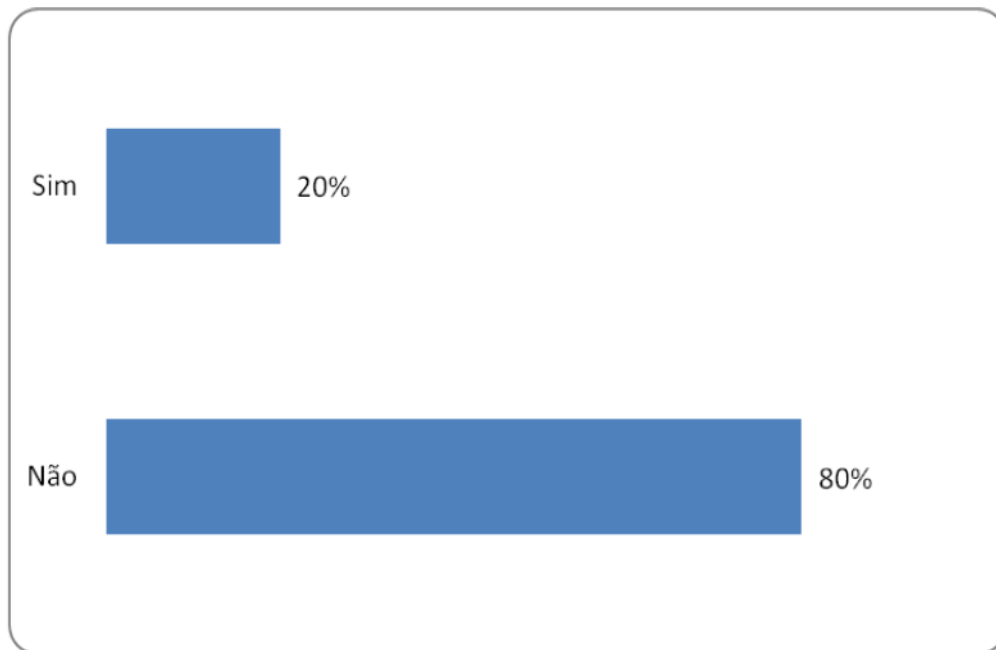
Fonte: Dados da pesquisa 2013.

Os achados diferem da pesquisa realizada por Andreto et al., (2006) em Recife (PE) , pois constataram que 28,6% das gestantes referiram ser tabagistas. Também discorda dos achados de Zhang et al., (2011), cuja pesquisa foi desenvolvida no Município de Rio Grande (RS) em duas maternidades e o percentual foi de 23,3%.

É importante destacar que, segundo Lopes, Arruda (2010), os produtos derivados do cigarro como monóxido de carbono e a nicotina atravessam facilmente a barreira hematoplacentária, podendo causar hipóxia fetal e vasoconstrição placentária, respectivamente.

Já sobre o consumo de álcool, observa-se que 80% (48/60) das parturientes relatam não fazer uso de bebida alcoólica durante o período gestacional, no entanto, 20% (12/60) relataram que sim (Gráfico 6).

**Gráfico 7 – Distribuição percentual das gestantes referente à variável: Uso de álcool. Cuité – PB, 2013.**



**Fonte: Dados da pesquisa 2013.**

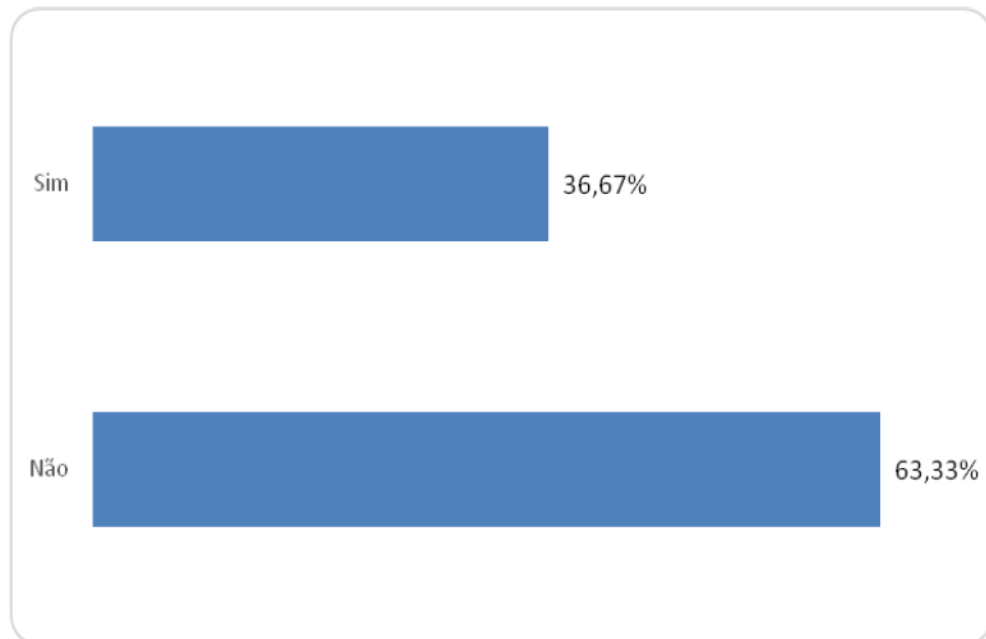
Tais constatações concordam com os relatos de Mesquita e Segre (2009) num estudo feito em Vila Nova Cachoeirinha (SP), onde constataram um percentual de 21%. Porém, discordam dos resultados encontrados por Pinheiro, Laprega e Furtado (2005), realizado em Ribeirão Preto (SP), onde o percentual foi de apenas 15%.

Segundo Soares, Gonçalves e Cunha (2012), o álcool quando ingerido cronicamente chega ao feto em concentrações maiores do que a ingerida pela mãe, pois o metabolismo do feto é mais lento prejudicando seu desenvolvimento embrionário e produzindo milhares de consequências, como a má-formação, alterações no seu desenvolvimento, anomalias congênitas, deslocamento da placenta e alterações dos fatores genéticos. Ainda segundo Silva et al., (2011), durante a gestação tal situação é bastante preocupante, pois como não se conhecem níveis seguros de consumo de álcool durante esse período qualquer concentração pode ser prejudicial.

Isto pode indicar que o consumo de bebidas alcoólicas e outros compostos tóxicos pelas gestantes, por menor percentual que seja, está sendo subdiagnosticado pelo serviço pré-natal realizado nas Unidades Básicas de Saúde. Tal fato pode estar relacionado à carência de uma investigação apropriada sobre os hábitos de vida das mesmas, refletindo a necessidade de acompanhamento e orientação pelos profissionais de saúde.

Quanto ao relato sobre morar com alguém fumante, tornando-se assim fumantes passivas, a referida pesquisa mostra um dado preocupante, pois 36,6% (22/60) das gestantes referiram coabitar com pessoas fumantes ativas, e apenas 63,33% (38/60) referiram não (Gráfico 7).

**Gráfico 8 – Distribuição percentual das gestantes referente à variável:  
Tabagismo passivo entre as gestantes. Cuité – PB, 2013.**

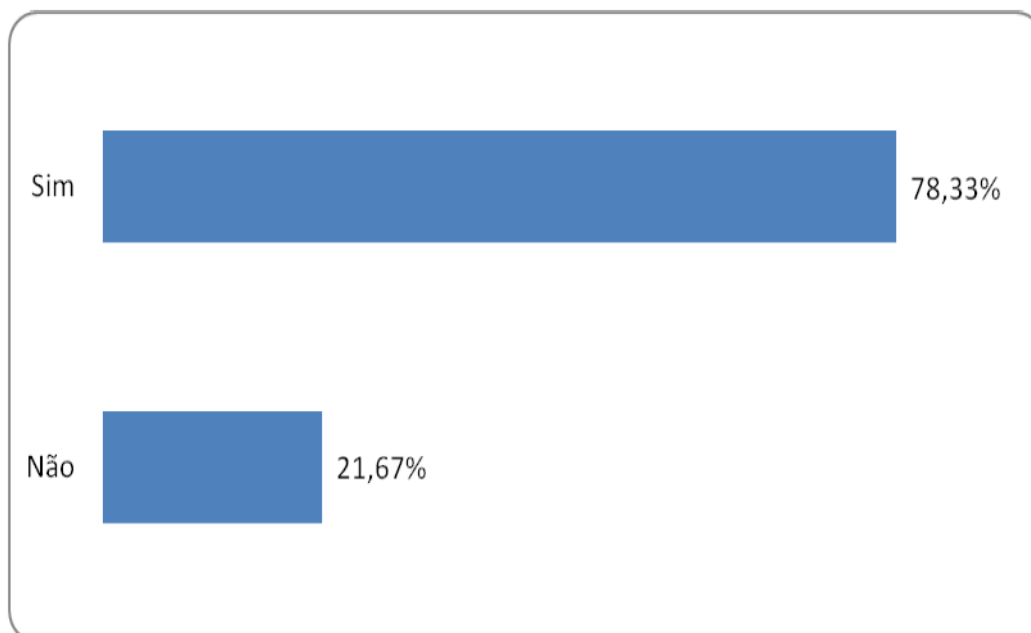


**Fonte: Dados da pesquisa 2013.**

Os dados do presente trabalho são corroborados com os de Zhang et al., (2011), que ao realizar um transversal de base populacional no Município de Rio Grande (RS), constatou que 33,3% das gestantes também residiam com alguém que fumava.

Quanto ao conhecimento sobre os possíveis defeitos congênitos no embrião causados pelo consumo de tabaco e bebida alcóolica durante a gestação, foi constatado que 78,33% (47/60) relataram ter algum conhecimento sobre esse fato e apenas 21,67% (13/60) não (Gráfico 10).

**Gráfico 9 – Distribuição percentual das gestantes referente à variável: Conhecimento das gestantes de que os compostos presentes no álcool e no tabaco podem causar malformação congênita. Cuité – PB, 2013.**



**Fonte: Dados da pesquisa 2013.**

Os achados discordam de Fiorentim e Vargas (2006), realizado na cidade de Ribeirão Preto (SP) tendo em vista que os mesmos relataram que apenas 5 % das entrevistadas tinham conhecimento dos efeitos nocivos do álcool. No entanto, concordam com Freire et al., (2005) que em sua pesquisa realizada no Rio de Janeiro (RJ) relataram 84,5% , com os estudos de Costa et al., (2010) em Minas Gerais (MG), 85,5% e Fontanela e Seco (2012), em SP, 81%. Porém, é importante chamar atenção para o fato de que, mesmo apresentando algum nível de conhecimento sobre os malefícios destes compostos na formação embrionária, foi constatado um razoável número de gestantes que fazem uso de álcool e tabaco.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O número de jovens grávidas ainda é relevante, principalmente em pequenos municípios da Região Nordeste. Mesmo apresentando algum nível de conhecimento sobre os possíveis danos causados ao binômio mãe-feto, algumas gestantes relataram consumir bebidas alcoólicas e fumar durante o período puerperal e, quando não fazem o uso deste último, muitas são fumantes passivas. Tais fatores geralmente estão relacionados ao baixo grau de escolaridade e nível socioeconômico, independentemente da região ou tamanho da cidade.

Porém, como a utilização contínua e progressiva dessas substâncias interrompe o curso fisiológico do organismo propiciando elevados índices de mortalidade materna, natimortalidade e mortalidade neonatal, faz-se necessário uma adequação e implementação de estratégias em saúde e educação nas UBSFs do Município de Cuité – PB, a fim de tornar os profissionais da área de saúde, em especial os enfermeiros, aptos a desempenharem trabalhos de conscientização sobre os efeitos de tais compostos durante a fase gestacional.

## REFERÊNCIAS

AAGAARD-TILLERY KM et al. In utero tobacco exposure is associated with modified effects of maternal factors on fetal growth. **Am J Obstet Gynecol**, [S. l.], v. 198, n. 1, p.1-66, jan, 2008.

ALMEIDA, M. A. Apresentação e análise das definições de deficiência mental proposta pela AAMR, Associação Americana de Retardo Mental de 1908 a 2002. **Revista de Educação PUC- Campinas**, v. 30, n. 16, p. 33-48, jun, 2004.

ALMEIDA, M. F; JORGE, M. H. P. M. Pequenos para idade gestacional: fator de risco para mortalidade neonatal. **Revista de Saúde Pública**, v.32, n.3, p. 217-224, jun. 1998.

AMATO, M. B. P.; CARVALHO, C. R. R.; VIEIRA, S.; ISOLA, A.; ROTMAN, V.; MOOCK, M.; JOSÉ, A.; FRANCA, S. A. Ventilação Mecânica na Lesão Pulmonar Aguda / Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 3, p. 374-383, jul, 2007.

ANDRETO, L. M.; SOUZA, A. I.; FIGUEIROA, J. N.; FILHO, J. E. C. Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2401-2409, nov, 2006.

ARAÚJO, A. J. Tratamento do tabagismo pode impactar a DPOC. **Atualizações Temáticas**, v. 1, n. 1, p. 20-33, 2009.

ARCANJO, A. M. S et al. Os efeitos do álcool no período gestacional. **Revista Multidisciplinar da Saúde**, [S.I.], v. 20, n. 4, 2010.

ARRUDA, T. A. M; AMORIM, M. M. R; SOUZA, A. S. R. Mortalidade determinada por anomalias congênitas em pernambuco, brasil, de 1993 a 2003. **Revista Associação de Medicina Brasileira**, v. 54, n. 2, p. 122-126, abr, 2008.

BEZERRA, L. C; OLIVEIRA, S. M. J. V; LATORRE, M. R. D. O. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 2, p. 67-75, jun, 2006.

BITTAR, R. E; ZUGAIB,M. Indicadores de risco para o parto prematuro. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, n. 4, p. 203-209, abr, 2009.

BLAUTH, B. **Exposição pré-natal a fumaça do tabaco: toxicidade, biomarcadores e métodos de detecção.** 2012. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso- Universidade Feevale, Novo Hamburgo, São Paulo, 2012.

BOAVENTURA, E.M. **Metodologia da pesquisa:** monografia, dissertação, tese. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

BRITO, N; SANTOS, E; FERNADES, B; BORGES, L. O síndrome fetal alcoólico e efeitos fetais do álcool. **Revista Saúde Infantil**, Coimbra- Portugal, v. 28, n. 1, p. 11-18, abr, 2006.

CABAR, F. R; NOMURA, R. M. Y; MACHADO, T. R. S; ZUGAIB, M. Óbito fetal no descolamento prematuro da placenta: comparação entre dois períodos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 3, p. 265-260, jun, 2008.

CAPUTO, V. C; BORDIM, I. A. Gravidez na adolescência e uso frequente de álcool e drogas no contexto familiar. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 402-410, fev, 2008.

CARVALHO, E. N. S; MACIEL, D. M. M. A. Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation - AAMR: sistema 2002. **Temas em Psicologia da SBP**, v. 11, n. 2, 2003.

CARVALHO, V. C. P; ARAÚJO, T. V. B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 3, p. 309-317, jul/set, 2007.

CASATTI, G. F. S. Efeitos Neurológicos da Exposição Pré-Natal à Cocaína/Crack. **Ensaio e Ciências, Ciências Biológicas**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 67-74, 2011.

CORREIA, S.; NASCIMENTO, C.; GOUVEIA, R.; MARTINS, S.; SANDES, A. R.; FIGUEIRA, J.; VALENTE, S.; ROCHA, E.; SILVA, L. Gravidez e Tabagismo Uma Oportunidade para Mudar Comportamentos. **Acta Med Port**, v. 20, n. 2, p. 201-207, jun, 2007.

COSTA, T. S. et al. Percepções de adolescentes grávidas acerca do consumo de álcool durante o período gestacional. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 6, n. 1, p. 33-48, 2010.

DOMINGOS, S. R. F.; MERINGHI, M. A. B. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 1, p. 177-181, mar, 2010.

ELITO JUNIOR, J.; MOTA, N. A.; MONTENEGRO, M.; SOARES, R. C.; CAMANO, L. Gravidez ectópica não rota: diagnóstico e tratamento. Situação atual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v. 30, n. 3, mar, 2008.

FABBRI, C. E.; FURTADO, E. F.; LAPREGA, M. R. Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 6, dez, 2007.

FERNANDES, A. M. S.; RIBEIRO, L. P.; MORAES, F. H.; MEIRA, P. C.; SOLLERO, C. A.; YAMADA, E. M. Prevalência de Gestação ectópica de Tratamento Cirúrgico los Hospital Público de 1995-2000. **Rev. Assoc. Med. Chem.Bras.** , São Paulo, v. 50, n. 4, dez, 2004.

FERRIER, M. H. O; ROCHA, S. P. O. Acondroplasia e complicações respiratórias em unidade de terapia intensiva pediátrica: Relato de caso. **Respirafisio**, [S.I], mar. 2007.

FIGUEIREDO, S; BORGES, T. **Influências da Exposição ao Fumo de Tábaco: Consequências no desenvolvimento, crescimento da criança e em patologia**. 2009. 19f. Trabalho de conclusão de curso. Instituto de ciências Biomédicas Abel salazar- Universidade do Porto. 2009.

FIORENTIN, C. F.; VARGAS, D. O uso de álcool entre gestantes e o seus conhecimentos sobre os efeitos do álcool no feto. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool drogas**, v. 2, n. 2, ago. 2006.

FONTANELLA, B. J. B.; SECCO, K. N. D. Gestação e tabagismo: representações e experiências de pacientes de Unidades de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 3, p. 168-175, 2012.

FREIRE, T. M et al. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 7, p. 376-381, jul, 2005.

FRIRE, K; PADILHA, P. D. C; SAUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, v.31, n.7, p.335-41, jul, 2009.

GALÃO, A. O.; SODER, S. A.; GERHARDT, M.; FAERTES, T. H.; KRÜGER, M. S.; PEREIRA, D. F.; BORBA, C. M. Efeitos do fumo materno durante a gestação e complicações perinatais. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 218-224, nov, 2009.

GALDURÓZ, J.C.F.; CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 1, p. 3-6, mai, 2004.

GARCIA, R; ROSSI, N. F; GIACHETI, C. M. Perfil de habilidades de comunicação de dois irmãos com a síndrome alcoólica fetal. **Revista CEFAC**, v. 9, n. 4, p. 461-468, out/dez, 2007.

GEREMIAS, A. L; ALMEIDA, M. F; FLORES, L. P. O. Avaliação das declarações de nascido vivo como fonte de informação sobre defeitos congênitos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 1, p. 60-68, mar, 2009.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5.Ed, São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**, 6. Ed, São Paulo: Atlas, 2008.

GUERRA, F. A. R.; JR, J. C. L.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B.; FILHA, M. M. T. Defeitos congênitos no Município do Rio de Janeiro, Brasil: uma avaliação através do SINASC (2000-2004). **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 140-149, jan, 2008.

HARDY, E. et al. Comitês de Ética em Pesquisa: adequação à Resolução 196/96. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 4, p. 457-62, dez, 2004.

HARDY, E.; BENTO, S. F.; OSIS, M. J. D. Consentimento Informado Normatizado pela Resolução 196/96: Conhecimento e Opinião de Pesquisadores Brasileiros. **RBGO**, v. 24, n.1, p.59-65, jan, 2002.

INCA. **Tabagismo**. P.15. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/causalidades\\_tabagismo.pdf](http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/causalidades_tabagismo.pdf)>. Acesso em : 31 de janeiro de 2013. /

KACHANI, A.T.; BRASILIANO, S.; HOCHGRAF, P. B. O impacto do consumo alcoólico no ganho de peso. **Revista de Psiquiatria clínica**, v. 35, n. 1, p. 23-30, 2008.

KAUP, Z. O. L.; MERIGHI, M. A. B.; TSUNECHIRO, M. A. Avaliação do consumo de bebida alcoólica durante a gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 9, p. 575-580, out, 2001.

- KROEFF, L. R et al. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. **Revista Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 261-267, 2004.
- LEAL, G. F. Microcefalia primária autossômica recessiva em três famílias pernambucanas: aspectos clínicos e moleculares. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 2, jun, 2005.
- LEOPÉRCIO, W.; GIGLIOTTI, A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. **Jornal Brasileiro de Pneumologista**, v. 30, n. 2, p. 176-185, abr, 2004.
- MACHADO, J.B.; LOPES, M.H.I. Abordagem do tabagismo na gestação. **Scientia Medica**, v.19, n.2, p. 75-80, abr/jun, 2009.
- MATOS, J. C; MELLO, J. M; COLOMBO, J. V. P; MELO, S. R. Efeitos Neurológicos da Exposição Pré-Natal à Cocaína/Crack. **Arquivo do MUDI**, Maringá- PR, v. 15, n. 1, p. 35-40, 2011.
- MELLO, P. R. B.; PINTO, G. R; BOTELHO, C. Influencia do tabagismo na fertilidade, gestação e lactação. **Jornal de Pediatria**, v. 77, n. 4, p. 257-264, 2001.
- MESQUITA, M. A.; SEGRE, C. A. M. Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 1, p. 63-67, 2009.
- Ministério da Saúde (BR). Não existe sociedade sem droga. [on-line] **2005. [citado 28 maio 2005] Disponível em: <http://www.saude.gov.br>**.
- MOMINO, W; SANSEVERINO, M. T. V.; FACCINI, L.S. A exposição pré-natal ao álcool como fator de risco para comportamentos disfuncionais: o papel da pediatria. **Jornal de Pediatria, Porto Alegre**, v. 84, n. 4, p. 1-8, ago. 2008.
- MOORE, K. L; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia Clínica**. 7. Ed, Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- MORAES, C. L; REICHENHEIM, M. E. Rastreamento do uso de álcool por gestantes do serviço público do Rio de Janeiro. **Revista Saúde Pública**, [S.l.] v. 41, n. 5, p. 696- 703, 2007.
- MOTTA, G. C. P.; ECHER. I. C.; LUCENA, A. F. Fatores associados ao tabagismo na gestação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 20-28, jul/ago.2010.

MOTTA, G. D. C. P. D. **Fatores relacionados ao tabagismo na gestação.** Trabalho de conclusão de curso. 2008. 55f. Escola de Enfermagem- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. 2008.

NASCIMENTO, F. A et al. Enfermeira pediatra cuidando de crianças/adolescentes com síndrome alcoólica fetal (SAF). **Revista de Enfermagem, Escola Anna Nery**, v. 11, n. 4, p. 619-624, dez, 2007.

NERY, I. S.; MONTEIRO, C. F. S.; LUZ, M. H. B. A.; CRIZÓSTOMO, C. D. Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 14, n. 1, p. 67-73, jan/mar, 2006.

NOBREGA, M. P. S. S.; OLIVEIRA, E. M. Mulher usuária de álcool: análise qualitativa. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 816-823, out, 2005.

OLIVEIRA, G. C. et al. Consumo abusivo de álcool em mulheres. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 60-68, jun. 2012.

OLIVEIRA, L. H; XAVIER, C. C; LANA, A. M. A. Alterações morfológicas placentárias de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 5, 2002.

OLIVEIRA, S. C et al. Análise do perfil de adolescentes grávidas de uma comunidade no Recife-PE, **Revista Rene**, v. 12, n. 3, p. 561-567, jul/set, 2011.

OLIVEIRA, T. R.; SIMÕES, S.M.F. O consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes, um estudo exploratório. **Esc Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 632-638, jan, 2007.

OLIVEIRA, T. A.; CARVALHO, C. M. P.; SOUZA, E.; SANTOS, J. F. K.; GUARÉ, S. O.; NETO, C. M.; CAMANO, L. Avaliação do risco de parto prematuro: teste da fibronectina fetal e medida do colo uterino. **RBGO**, v. 22, n. 10, p. 63-639, dez. 2000.

PACCOLA, C. C; PAULINO, C. A. Contribuição ao estudo dos efeitos do cigarro durante a gestação e suas implicações para o feto e o neonato. **Revista Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 137-143, set. 2013.

PADUANI, G. F.; BARBOSA, G. A.; MORAIS, J. C. R.; PEREIRA, J. C. P.; ALMEIDA, M. F.; PRADO, M. ; ALMEIDA, N. B. C.; RIBEIRO, M. A. Consumo de álcool e fumo entre estudantes da faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 66-75, jan/mar, 2008.

PASSATO, M.; PARADA, M. G. L.; TONETE, V. L. P. Representação de gestantes tabagistas sobre o uso do cigarro: estudo realizado em hospital do interior paulista. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 41, n. 3, p. 434-440, 2007.

PIVA, J. P.; GARCIA, P. C. R.; SANTANA, J. C. B.; BARRETO, S. S. M. Insuficiência respiratória na criança. **Jornal de Pediatria**, v. 74, n. 8, 1998.

PNHEIRO, S. N.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, E. F. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista de saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 593-598, mar. 2005.

QUADROS, L. C. M et al. Avaliando a realização de exames laboratoriais pelas gestantes durante o pré-natal, **Revista de Enfermagem e Saúde**, Pelotas (RS), v. 1, n. 1, p. 99-106, jan/mar. 2011.

ROJAS, P. F. B; FRANCISCO, C. C; SIQUEIRA, L. F. M; CARMINATTI, A. P. S. Fatores modificáveis associados ao baixo peso ao nascer da gravidez na adolescência. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 41, n. 2, p. 64-69, abr/mar, 2012.

SANTOS, G. H. N. D.; MARTINS, M. D. G; SOUSA, M. D. S. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 5, maio, 2008 .

SARAIVA FILHO, S. J.; MORON, A. F.; BAILÃO, L. A.; RIZZI, M. C. S.; NAKAMURA, M. U. Repercussões do tabagismo na ultra-sonografia da placenta e a doplervelocimetria útero-placentária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 6, jun, 2006 .

SÉ, C. C. S; AMORIM, W. M. Ações de enfermagem frente às implicações clínicas do tabagismo na saúde da mulher. **SMAD, Revista de Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 5, n. 1, fev, 2009.

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.** Informação sobre o quantitativo de profissionais nas Unidades Básicas de Saúde. 2012.

SILVA, I.; QUEVEDO, L. A.; SILVA, R. A.; OLIVEIRA, S. S.; PINHEIRO, R. T. Associação entre abuso de álcool durante a gestação e o peso ao nascer. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 5, out. 2011.

SILVA, T.P.; TOCCI, H. A. Efeitos obstétricos, fetais e neonatais relacionados ao uso de drogas, álcool e tabaco durante a gestação. **Revista de Enfermagem UNISA**, v. 3, p. 50-56, 2002.



SOARES, M. F; GONÇAVES, F. E; CUNHA, R. G. Drogas de abuso e suas implicações nas gestantes / fetos. **Periódico ciência do núcleo de biociência do CUMIH**, v. 2, n. 4, p. 20-31, dez, 2012.

SOUZA, E; CAMANO, L. Deslocamento prematuro da placenta. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 3, p. 125-127, jun. 2006.

SOUZA, L. H. R. F.; SANTOS, M. C.; OLIVEIRA, L. C. M. Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados. **Revista Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia**, Rio de janeiro, v.34, n. 7, p. 296-303, jul, 2012.

VASCONCELOS, M. M. Retardo mental. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, abr. 2004.

VITTA, F. C. F; SOUSA, A. F; PADOVANI, C. R. Promoção do desenvolvimento infantil: um trabalho com gestantes. **Revista Saúde pública**, v. 22, n. 1, p. 119-132, 2001.

YAMAGUCHI, E. T.; CARDOSO, M. M. S. C.; TORRES, M. L. A.; ANDRADE, A. G. Drogas de abuso e gravidez. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 1, p. 22-27, 2008.

ZAMBONATO, A. M. K; PINHEIRO, R. T; HORTA, B. L; TOMASI, E. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. **Revista Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 24-29, fev., 2004.

ZHANG, L et al. Tabagismo materno durante a gestação e medidas antropométricas do recém nascido: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 9, p. 1768-1776, set., 2011.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a) **RESPONSÁVEL LEGAL**,

**Esta pesquisa é sobre** A PERCEPÇÃO E AVALIAÇÃO DO TABAGISMO E ALCOOLISMO POR GESTANTES DO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB, esta sendo desenvolvida pelo Discente do curso de graduação em Enfermagem da UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE (CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE) TOBIAS LEMOS DA COSTA, **sob a orientação do (a) Prof. (a) CARINA SCANONI MAIA.**

**O objetivo do presente estudo** é avaliar o conhecimento e fazer um levantamento sobre o consumo de álcool e tabaco por gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) no município de Cuité-PB. **Para tanto, serão realizadas as seguintes etapas:**

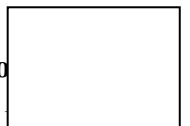
- I. Apresentação do trabalho, e seus devidos fins, esclarecimento e informações sobre o TCLE.
- II. Aplicação de questionários para as gestantes que fazem uso da Estratégia Saúde da Família, nas Unidades Básicas de Saúde da Família no Município de Cuité-PB, sendo assistidas pelo programa de pré-natal nas devidas UBSF.

**A finalidade deste trabalho** é contribuir (juntamente com as UBSF) na orientação e prevenção do consumo de álcool e tabaco por parte das gestantes nesse momento crucial para o desenvolvimento fetal, prevenindo assim possíveis malformações congênitas decorrentes do uso exacerbado de tais substâncias.

**Solicitamos sua AUTORIZAÇÃO E COLABORAÇÃO** para realização das atividades descritas no tópico objetivo, como para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de educação e saúde e publicar em revista científica.

Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome e de todos os participantes serão mantidos em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde. **Esclarecemos que a participação DO(A) MENOR no estudo é voluntária** e, portanto, o(a) **senhor(a) responsável pelo(a) mesmo(a)** não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não autorizar a participação do menor no estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, nem o Sr. e nem o menor sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

**Caso me sinta prejudicado (a) por autorizar a participação do(a) menor no estudo desta pesquisa, poderei recorrer ao Centro de Educação e saúde-CES da Universidade**



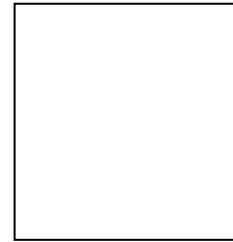
Espaço para  
rubrica

de Campina Grande-UFCG, Campos Cuité-PB, localizado no endereço: Olho D'Água da Bica s/n, Cuité-PB, CEP 58175-000, Telefone: (83) 33721900.

**Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha



Espaço para impressão  
dactiloscópica

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com o Pesquisador (a) Responsável pelo telefone (83) 9915-9079 ou pelo e-mail [carina.scanoni@ufcg.edu.br](mailto:carina.scanoni@ufcg.edu.br). Endereço (Setor de Trabalho): Rua Olho D'água da Bica, Sn, Cuité-PB Tel: (83) 3372-2289

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Participante



Espaço para rubrica

## APÊNDICE B

### TERMO DE ASSENTIMENTO (menores com idades entre 12 e 18 anos)

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa PERCEPÇÃO E AVALIAÇÃO DO TABAGISMO E ALCOOLISMO POR GESTANTES DO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB. Neste estudo pretendemos avaliar o conhecimento e fazer um levantamento sobre o consumo de álcool e tabaco por gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) no município de Cuité-PB. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é relatar os conhecimentos das gestantes a respeito do consumo de álcool e tabaco pelas mesmas, e percebendo a prevalência de consumo procurar meios de intervenções para diminuir os índices desse consumo.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): Tipo de pesquisa a ser realizada, local de pesquisa, qual a população e amostra a ser pesquisada, quais serão os critérios de inclusão, os instrumentos de coleta de dados utilizados, qual o procedimento de coleta de dados, como será realizado a análise dos dados, e aspectos éticos necessários para o desenvolvimento da pesquisa.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo (ou risco maior que o mínimo, se for o caso), isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento

Rubrica:

encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_ (se já tiver documento), fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Cuité, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) menor

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) pesquisador(a)

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com o Pesquisador (a) Responsável pelo telefone (83) 9915-9079 ou pelo e-mail [carina.scanoni@ufcg.edu.br](mailto:carina.scanoni@ufcg.edu.br). Endereço (Setor de Trabalho): Rua Olho D'água da Bica, Sn, Cuité-PB Tel: (83) 3372-2289

Rubrica:

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a) **PARTICIPANTE**,

**Esta pesquisa é sobre A PERCEPÇÃO E AVALIAÇÃO DO TABAGISMO E ALCOOLISMO POR GESTANTES DO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB**, esta sendo desenvolvida pelo Discente do curso de graduação em Enfermagem da UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE (CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE) TOBIAS LEMOS DA COSTA, **sob a orientação do (a) Prof. (a) CARINA SCANONI MAIA**.

**O objetivo do presente estudo é avaliar o conhecimento e fazer um levantamento sobre o consumo de álcool e tabaco por gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) no município de Cuité-PB. Para tanto, serão realizadas as seguintes etapas:**

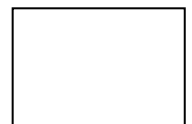
- I.** Apresentação do trabalho, e seus devidos fins, esclarecimento e informações sobre o TCLE.
- II.** Aplicação de questionários para as gestantes que fazem uso da Estratégia Saúde da Família, nas Unidades Básicas de Saúde da Família no Município de Cuité-PB, sendo assistidas pelo programa de pré-natal nas devidas UBSF.

**A finalidade deste trabalho é contribuir (juntamente com as UBSF) na orientação e prevenção do consumo de álcool e tabaco por parte das gestantes nesse momento crucial para o desenvolvimento fetal, prevenindo assim possíveis malformações congênitas decorrentes do uso exacerbado de tais substâncias.**

**Solicitamos a sua Colaboração para** realização das atividades descritas no tópico objetivo, como também **sua Autorização** para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de educação e saúde e publicar em revista científica.

Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome e de todos os participantes serão mantidos em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para para a sua saúde.

**Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária** e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.



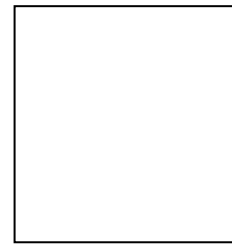
Espaço para rubrica

Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao **Centro de Educação e Saúde-CES da Universidade Federal de Campina Grande-UFPG, Campos Cuité-PB**, localizado no endereço: Olho D'Água da Bica s/n, Cuité-PB, CEP 58175-000, Telefone: **(83) 33721900**.

**Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante (Discente maior de idade)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha



Espaço para impressão  
dactiloscópica

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com o Pesquisador (a) Responsável pelo telefone (83) 9915-9079 ou pelo e-mail [carina.scanoni@ufcg.edu.br](mailto:carina.scanoni@ufcg.edu.br). Endereço (Setor de Trabalho): Rua Olho D'água da Bica, Sn, Cuité-PB Tel: (83) 3372-2289

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Participante



Espaço para  
rubrica

## APÊNDICE D

### QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

\* Dados relacionados à caracterização socioeconômica e o conhecimento sobre teratógenos (álcool e tabaco) e seus efeitos durante a gestação das participantes.

Questionário nº: \_\_\_\_\_

1- Idade: \_\_\_\_\_

2- Profissão: \_\_\_\_\_

3- Estado Civil:

( ) Solteira ( ) Casada ( ) Viúva ( ) União consensual ( ) Divorciada

4- Escolaridade:

- ( ) Ensino Fundamental incompleto
- ( ) Ensino Fundamental completo
- ( ) Ensino Médio incompleto
- ( ) Ensino Médio completo
- ( ) Ensino superior
- ( ) Nenhuma

5- Renda Familiar:

- ( ) até 1 salário mínimo
- ( ) de 1 a 2 salários mínimos
- ( ) acima de 3 salários mínimos

6- Quantas gestações no decorrer da vida:

- ( ) Primigesta
- ( ) Secundigesta
- ( ) Multigesta
- ( ) Aborto

Estilo de vida:

7- Fumante:

- ( ) não
- ( ) sim, \_\_\_\_\_ unidades /dia

8- Uso de bebida alcoólica: ( ) sim, \_\_\_\_\_ vezes/semana ( ) Não.



**9- Você coabita com alguém que faz uso de cigarro:**

( ) não

( ) sim

**10- Você tem conhecimento de que os compostos presentes no álcool e no tabaco podem causar malformação congênita:**

( ) não

( ) sim

# ANEXO 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

## ANEXO A

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilmo. Sr. Diretor da Fundação Assistencial da Paraíba

O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta no seu Programa de Graduação, com o curso de Bacharelado em Enfermagem. Nesse contexto, o graduando Tobias Lemos da Costa, matrícula nº 508220077, RG 2334403, CPF: 069.721.534-25, está realizando uma pesquisa intitulada por: Percepção e Avaliação do Tabagismo e Consumo de Álcool por Gestantes do Município de Cuité-PB.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso do referido graduando para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição.

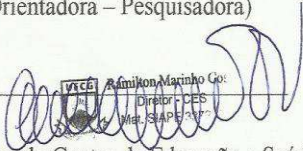
Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para a realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho desta instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

\_\_\_\_\_  
(Orientando – Pesquisador)

\_\_\_\_\_  
(Orientadora – Pesquisadora)

  
\_\_\_\_\_  
Diretor do Centro de Educação e Saúde da UFCG

## ANEXO 2



### ANEXO B TERMO DE ANUÊNCIA I

Ilmo. Sr. Gentil Venâncio Palmeira Filho  
Secretario Municipal de Saúde de Cuité-PB

O centro de Educação e Saúde da UFCG conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Bacharelado em Enfermagem. Nesse contexto, Tobias Lemos da Costa, matricula nº 508220077, CPF nº 069.721.534-25, RG: 2334403, está realizando uma pesquisa intitulada por Percepção e Avaliação do Tabagismo e Consumo de Álcool Por Gestantes do Município de Cuité-PB, sob orientação da profª Dra. Carina Scanoni Maia, a qual necessita coletar dados que subsidiem este estudo junto aos órgãos competentes por esse serviços como as equipes da Estratégia de Saúde da Família do referido município.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar o acesso do graduando para a realização da coleta de dados, como a utilização no relatório final da investigação de nome dos órgãos já citados. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso bem como para a publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho desta Secretaria, agradecemos antecipadamente.

Cuité, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

  
\_\_\_\_\_  
Gentil Venâncio Palmeira Filho  
Secretario Municipal de Saúde