

Influência do contexto social na manutenção do tabagismo em gestantes

Influence of the social context in smoking during pregnancy

La influencia del contexto social em el mantenimiento del tabaquismo em el embarazo

Luciôla D'Emery Siqueira¹

ORCID: 0000-0001-5087-9824

Lislaine Aparecida Fracoli¹

ORCID: 0000-0002-0936-4877

Sayuri Tanaka Maeda¹

ORCID: 0000-0002-6571-6523

¹Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Siqueira LD, Fracoli LA, Maeda ST. Influence of the social context in smoking during pregnancy. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 3):259-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0619>

Autor Correspondente:

Luciôla D'Emery Siqueira
E-mail: luciola.demery@gmail.com



Submissão: 05-10-2017 **Aprovação:** 02-03-2019

RESUMO

Objetivo: conhecer as relações sociais e familiares de gestantes e analisar sua influência na manutenção do tabagismo, durante a gestação. **Método:** trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, que teve como sujeitos 10 gestantes tabagistas. Os dados foram coletados de janeiro a março/2015, por meio de entrevistas, e organizados em representações gráficas do genograma/ecomapa e unidades de discurso. **Resultados:** as gestantes tinham baixa escolaridade, precária inserção no mercado de trabalho e relações de grande dependência da família. O consumo do tabaco integra o ambiente familiar e é encarado com naturalidade no meio sociocultural. Na assistência pré-natal, constatou-se inexistência de uma intervenção coordenada e longitudinal para a cessação do tabagismo. **Conclusão:** a cessação do tabagismo sofre forte influência do meio social, sendo a família um importante componente dessa rede. Nesse sentido, as estratégias para abordagem do tabagismo devem possibilitar uma reflexão das normas e regras da família. **Descritores:** Tabagismo; Gestantes; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Rede Social.

ABSTRACT

Objective: to know the social and family relationships of pregnant women and to analyze their influence in keep smoking during pregnancy. **Method:** it is a descriptive-exploratory study with a qualitative approach, which had as subjects 10 pregnant smokers. Data were collected from January to March / 2015, through interviews, and organized into graphical representations of the genogram/ecomap and discourse units. **Results:** pregnant women had low educational level, precarious insertion in the work market and relations of great dependence of the family. Tobacco consumption integrates the family environment and is viewed naturally in the sociocultural environment. In prenatal care, there was no coordinated and longitudinal intervention for smoking cessation. **Conclusion:** smoking cessation is strongly influenced by the social environment, and the family is an important component of this network. In this sense, strategies to approach smoking should allow a reflection of the norms and rules of the family.

Descriptors: Smoking; Pregnant Women; Nursing; Primary Health Care; Social Network.

RESUMEN

Objetivo: conocer las relaciones sociales y familiares de mujeres embarazadas y analizar su influencia en el mantenimiento del tabaquismo durante el embarazo. **Método:** se trata de un estudio descriptivo-exploratorio con abordaje cualitativo, lo cual tuvo como sujetos 10 mujeres embarazadas tabaquistas. La recolección de datos ocurrió desde enero hasta marzo 2015, por medio de entrevistas. Fueron organizados en representaciones gráficas del genograma/ecomapa y unidades de discurso. **Resultados:** esas mujeres tenían baja escolaridad, precaria inserción en el mercado de trabajo y relaciones de gran dependencia con su familia. El consumo del tabaco integra el ambiente familiar y se ve con naturalidad en el medio sociocultural; en la asistencia prenatal, se constató la inexistencia de una intervención coordinada y longitudinal para el cese del tabaquismo. **Conclusión:** el cese del tabaquismo sufre una fuerte influencia del medio social, siendo la familia un importante componente de esa red. En este sentido, las estrategias para el abordaje del tabaquismo deben possibilitar una reflexión de las normas y reglas de la familia.

Descriptor: Tabaquismo; Mujeres Embarazadas; Enfermería; Atención Primaria de Salud; Red Social.

INTRODUÇÃO

Em 2015, mais de seis milhões de mortes globais foram atribuídas ao consumo do tabaco. Apesar de os estudos apontarem para uma redução mundial do consumo nos últimos 25 anos, com uma prevalência de 25% para homens e 5,4% para mulheres, o tabagismo ainda está entre os cinco principais fatores de risco para os anos de vida perdidos ajustados por incapacidades⁽¹⁾. É evidente o impacto da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), documento assinado por quase 200 países na redução do consumo, por implementar ações que abarcam toda a cadeia produtiva do cigarro, com medidas que vão desde a produção agrícola, até a taxação de impostos e restrição de publicidade nos veículos midiáticos⁽²⁾. Apesar de o documento ter sido bem implementado no Brasil, a redução na prevalência foi mais perceptível entre os homens e os indivíduos pertencentes às camadas socioeconômicas mais altas⁽³⁾.

Evidências recentes demonstram a disparidade de gênero no consumo do tabaco. Globalmente, os homens consomem quatro vezes mais tabaco, quando comparados com as mulheres, sendo essa diferença menor nas Américas (1.6 vezes) e maior na região do Pacífico Ocidental (11.4 vezes)⁽⁴⁾. Mesmo com esses dados que apontam para um menor consumo em números para mulheres, uma análise sob a perspectiva de gênero impõe às mulheres uma situação de vulnerabilidade que as predispõe para uma iniciação precoce e dificuldades em abandonar o hábito de fumar⁽⁵⁾.

Dados relacionados à morbimortalidade pelo consumo do tabaco apontam que usuários, tanto do sexo masculino quanto do sexo feminino, sofrem de doenças induzidas pelo tabaco, como câncer de pulmão, doença obstrutiva crônica, doença pulmonar e doença cardiovascular. No entanto, os riscos adicionais à saúde da mulher demonstram maior prevalência de câncer de colo de útero, baixa densidade óssea, problemas relacionados à gravidez e doenças cardíacas associadas ao consumo concomitante de métodos contraceptivos hormonais⁽⁴⁾.

Os fatores que levam as gestantes a fumar estão fortemente associados às condições socioeconômicas⁽⁶⁻⁷⁾. Um estudo sobre a prevalência do tabagismo em gestantes brasileiras evidenciou que 18% permanecem fumando na gravidez, com uma baixa prevalência de cessação, principalmente entre mulheres negras, de baixa renda e com menor escolaridade⁽⁸⁾. Países, como Canadá, Inglaterra e Estados Unidos, implementam uma política efetiva de cessação do tabagismo durante a gestação, devido ao elevado custo do sistema de saúde para o tratamento das intercorrências decorrentes do ato de fumar na gestação. Sabe-se que os efeitos deletérios das substâncias presentes no cigarro impactam no crescimento intrauterino e no desenvolvimento da criança, aumentando as chances, durante a gestação, da ocorrência de eventos adversos para a mãe e o feto⁽⁹⁾.

O atendimento pré-natal na Atenção Básica preconiza a abordagem da problemática do tabagismo nas consultas de concepção, mediante escuta qualificada, que favoreça o vínculo e evite julgamentos a respeito do uso de tabaco e outras drogas na gestação, sendo um momento propício para o abandono do tabagismo⁽⁹⁾.

Existem poucos estudos que buscam compreender e explicar a influência das relações sociais, familiares e comunitárias, na manutenção do hábito de fumar durante a gestação. Um estudo que analisou a influência da rede social na manutenção do

tabagismo na gestação evidenciou que ter familiares e amigos fumantes, percepção de insegurança no bairro/vizinhanças e uma situação de insegurança alimentar, diminui fortemente as chances de cessação do tabagismo⁽¹⁰⁾. Também foi identificado que as mulheres com familiares e amigos tabagistas eram mais propensas ao retorno ao tabagismo no puerpério⁽¹¹⁾.

Diante do exposto, ainda não há clareza sobre os fatores socioculturais e familiares que influenciam as mulheres a permanecerem fumando na gravidez, configurando-se como uma intrigante lacuna científica. Sendo assim, estudos qualitativos podem ajudar a esclarecer essa problemática, por valorizar a heterogeneidade cultural da população brasileira e as questões de gênero às quais a mulher está submetida na sociedade.

Com o intuito de contribuir para essa discussão, formulou-se a seguinte questão: as relações familiares e comunitárias de gestantes influenciam ou não para a permanência do tabagismo durante a gestação? Para este trabalho, foi utilizado o referencial teórico da promoção da saúde, especificamente o modelo de Labonte, que traz a inter-relação de dimensões e interfaces que expressam a complexidade do processo saúde-doença. Esse modelo extrapola abordagens biomédicas e considera os aspectos biopsicossociais como relevantes no processo⁽¹²⁾.

OBJETIVO

Conhecer as relações sociais e familiares de gestantes e analisar sua influência na manutenção do tabagismo, durante a gestação.

MÉTODO

Aspectos éticos

Todas as participantes foram informadas sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após aval do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, conforme disposto na Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para manutenção do anonimato, os nomes das participantes foram fictícios.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com a abordagem qualitativa.

Procedimento metodológicos

Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido em unidades de saúde com Estratégia Saúde da Família, na região Leste da cidade de São Paulo. A escolha dessa região deveu-se por possuir indicadores socioeconômicos de elevada vulnerabilidade e estar dentre as regiões com as taxas mais elevadas de natalidade e fecundidade do município, taxas de mortalidade infantil e neonatal superiores à média municipal⁽¹³⁾. Apesar de a prefeitura não dispor da prevalência de gestantes tabagistas na região, situações de elevada vulnerabilidade social são propensas ao consumo do tabaco⁽¹⁾. Por isso, justifica-se a escolha do cenário da pesquisa.

Fonte dos dados

A seleção da amostra deu-se por conveniência, ou seja, era a equipe de saúde da família que indicava possíveis participantes. Foram sujeitos da pesquisa 10 gestantes. As participantes tinham conhecimento prévio do objetivo da pesquisa. Após aceitação em participar do estudo, foi agendado um dia para que a pesquisadora fosse ao domicílio da participante. Três gestantes se recusaram a participar do estudo. Os critérios de inclusão das participantes foram: (a) ser gestante; (b) fumar tabaco regularmente; (c) encontrar-se em condições para participar da entrevista (do ponto de vista emocional, intelectual e físico).

Coleta e organização dos dados

Os dados foram coletados de duas maneiras: 1) por meio da construção do genograma e do ecomapa e 2) por meio de entrevista individual semiestruturada. A entrevistadora foi a própria pesquisadora, uma enfermeira com especialização em Saúde Coletiva, e familiarizada com a temática. Os dados foram coletados no domicílio, em local privativo, sem a presença de outros membros da família e/ou do Agente Comunitário de Saúde, no período de janeiro/2015 a março/2015. As informações coletadas foram gravadas e transcritas posteriormente. Tiveram como eixo de condução: como se deu o início do consumo do tabaco, como o consumo do tabaco estava sendo vivenciado por ocasião da gestação e qual a percepção da gestante em relação a opinião das pessoas do seu convívio sobre o consumo do tabaco. As entrevistas duraram, em média, 65 minutos e foram feitas adaptações de vocabulário para melhor compreensão dos contextos sociocultural e educacional. Após a abordagem de 10 gestantes, observou-se que os dados relatados estavam repetitivos. Por isso, resolveu-se encerrar a coleta de dados com esse número de sujeitos.

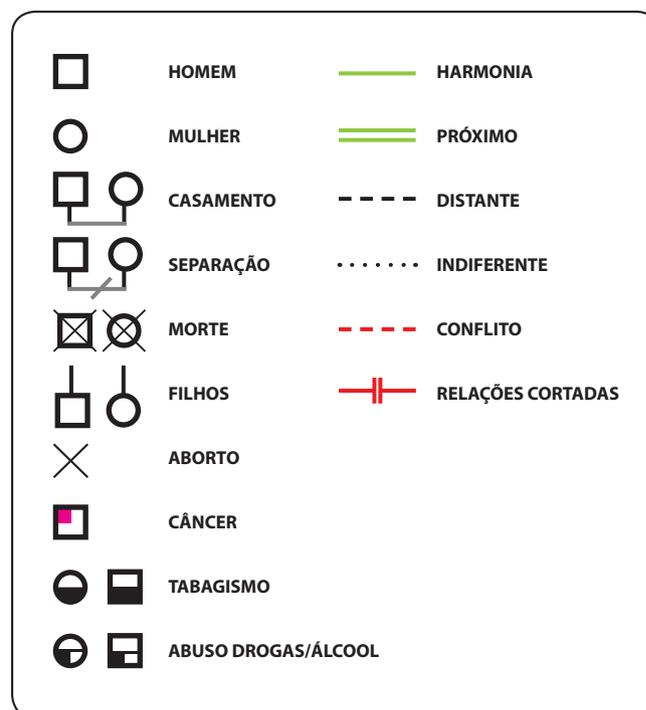
Análise dos dados

Os dados foram analisados de duas formas distintas. Primeiro, com base na caracterização das relações descritas nos genogramas e ecomapas⁽¹⁴⁾ construídos com a gestante durante a coleta de dados. Segundo, com base nos temas surgidos nos relatos obtidos na entrevista e analisados pela análise temática de conteúdo⁽¹⁵⁾. A intersecção dos resultados advindos da interpretação do genograma/ecomapa e relatos sobre o tabagismo permitiu identificar pontos onde o tabagismo e o contexto familiar/social se potencializavam. A análise desses pontos de intersecção gerou duas categorias: (1) Relações Familiares: uma influência forte e (2) Relações Sociais: uma influência a ser construída.

A aposta analítica desta pesquisa é agregar valor interpretativo à construção dos genogramas e ecomapas, entendendo que isto possibilita uma melhor visualização e compreensão das relações familiares e da rede comunitária da gestante, e de como estas influenciam (ou não) o consumo do tabaco. O genograma é uma ferramenta que auxilia na interpretação dos problemas que acometem os membros da família, assim como possibilita a visualização de fontes de resistência, fortalecimento, resiliência e recursos potenciais existentes. As informações ali contidas se

inserem em um contexto cultural, político, espiritual e socioeconômico de seus membros, podendo ser encontradas tanto horizontalmente no contexto familiar, quanto verticalmente através das gerações⁽¹⁴⁾. Com os ecomapas, é possível visualizar várias pessoas e instituições que participam da rede de cuidados em saúde, sendo fundamental para o planejamento das ações, considerando as particularidades daquela família⁽¹⁶⁾. Ferramentas capazes de representar "sentimentos", "percepções", "impressões" são recursos imprescindíveis em pesquisas que buscam compreender e interpretar realidades "vivenciadas" quando o sujeito/entrevistado, muitas vezes, tem dificuldades em se expressar verbalmente dada sua vulnerabilidade social⁽¹⁷⁾.

A representação gráfica por meio do genograma e ecomapa consiste em um desenho onde a família posiciona-se em um círculo central e constroem-se círculos ao redor representando pessoas, órgãos ou instituições que contextualizam o indivíduo e sua família. Utilizou-se o *software* Genopro[®] para auxiliar na diagramação das figuras. Esse *software* tem a capacidade de construir a representação gráfica do genograma e do ecomapa a partir da inclusão de informações sobre os membros da família, além de criar uma base de dados dinâmica⁽¹⁴⁾. O *software* utiliza uma simbologia própria, que está descrita na Figura 1.



Fonte: *software* Genopro[®]. Disponível em: <http://www.genopro.com/>

Figura 1 - Descrição dos símbolos utilizados na construção do genograma e ecomapa, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2015

RESULTADOS

Caracterização da população

As participantes tinham, em média, 28,7 anos, em sua maioria com escolaridade até o Ensino Médio, e casada. Quanto à profissão, atuavam como empregadas domésticas, auxiliares

de limpeza e auxiliares de cozinha, em sua maioria com vínculos empregatícios precários (Tabela 1). O núcleo familiar foi composto majoritariamente por esposo e filhos. Em algumas famílias, havia coabitação de outros membros, como mães e sogras, principalmente em decorrência de uma condição precária de moradia e necessidade de subdividir os cômodos da casa.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e clínico das participantes (N= 10), São Paulo, São Paulo, Brasil, 2015

	n
Estado Civil	
Casada	08
Solteira	02
Escolaridade	
5 – 8 anos	03
> 8 anos	07
Idade	
20 – 29 anos	06
30 – 38 anos	04
Tabagismo durante a gestação	
Manteve o mesmo consumo	02
Aumentou o consumo	02
Diminuiu espontaneamente	02
Profissão	
Empregada doméstica	02
Auxiliar serviços gerais	04
Desempregada	04
Idade Gestacional	
1º trimestre	01
2º trimestre	03
3º trimestre	06
Nº consultas pré-natal	
01-02 consultas	02
03-04 consultas	06
05-06 consultas	02

Relação Familiares: uma influência forte

As famílias das gestantes estão estruturadas sob uma rede de cuidado que envolve várias gerações. Apesar de a família nuclear estar presente na estrutura familiar da maioria das participantes, a integração da rede de parentesco é fundamental na condução das atividades rotineiras. Diante de relações conjugais e situação econômica instável, como percebido nas famílias, o arranjo familiar integra gerações e transcende o modelo familiar nuclear. O genograma da gestante Luciana exemplifica esse arranjo familiar (Figura 2). Apesar de algumas relações familiares expressarem “distanciamento”, “indiferença” ou “conflito” no genograma, elas compõem a rede de suporte da gestante, principalmente pela condição socioeconômica vivenciada.

Em relação ao consumo do tabaco, é evidente a presença do tabagismo no ambiente familiar. Todas as participantes convivem com fumantes e/ou tiveram pais tabagistas. Percebe-se que as gestantes estão envolvidas em um meio social propenso para o tabagismo. Há um padrão de consumo que perpassa as gerações e que parece ser encarado com naturalidade nas normas familiares.

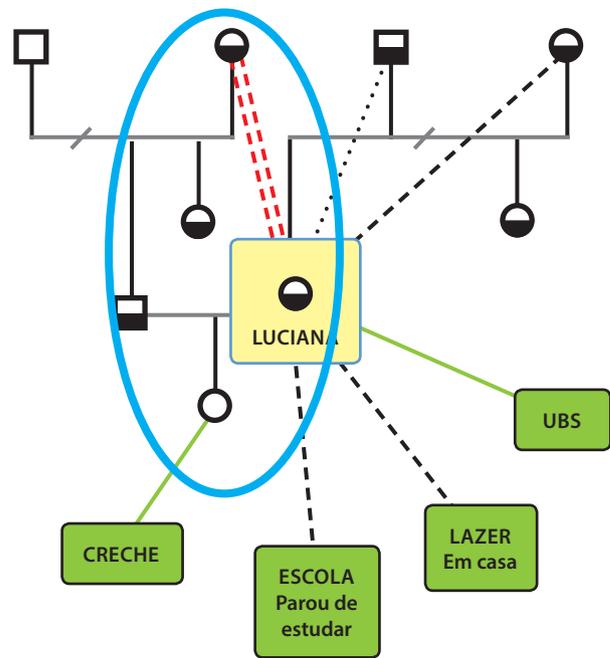


Figura 2 – Representação gráfica do genograma/ecomapa da gestante Luciana, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2015

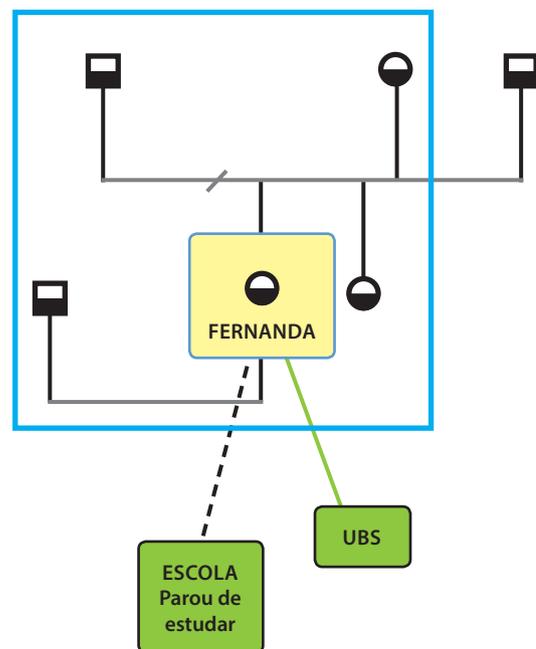


Figura 3 – Representação gráfica do genograma/ecomapa da gestante Fernanda, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2015

A construção dos genogramas e dos ecomapas também possibilitou a visualização da rede social próxima à gestante e, diante disso, podem-se extrair algumas considerações. Há uma precariedade nas instituições/pessoas que compõem a rede social. A Unidade Básica de Saúde (UBS) foi representada como um vínculo “harmônico” em todos os genogramas. Pode-se inferir que as gestantes reconhecem o serviço de saúde como uma fonte genuína de suporte e que atende às necessidades da sua família (Figura 3). A Escola e

a Creche também estiveram presentes, a primeira representando uma situação atual de “distanciamento”, principalmente em decorrência da interrupção dos estudos devido à gravidez atual ou anterior. A creche foi representada por uma relação “harmônica”, principalmente por mulheres que dependem deste serviço para apoiá-las no dia a dia com os cuidados aos demais filhos (Figura 4).

Relações Sociais: uma influência a ser construída

Por entender que o lazer é fundamental para minimizar o estresse, e, quando presente, pode contribuir na cessação do tabagismo, ele foi retratado nos ecomapas. Na maioria das situações, o lazer estava restrito ao ambiente doméstico. Pode-se inferir que a escassa disponibilidade de opções de lazer do bairro, o distanciamento da região central da cidade onde se concentram os dispositivos de lazer, e a violência associada ao tráfico/consumo de drogas no bairro, podem restringir o lazer ao domicílio (Figura 2).

Contraponto a isso, os vizinhos emergiram nos ecomapas de forma positiva, como pessoas muito presentes na rotina das gestantes, o que amplia a sua rede de cuidado (Figura 4). Os vínculos estabelecidos foram retratados como “próximos” e “harmônicos”, em alguns casos, tendo relações de melhor qualidade do que com a própria família.

A análise dos ecomapas evidenciou uma satisfação com o atendimento prestado pelo serviço de saúde. No entanto, as falas demonstram que o tabagismo na gestação não mobilizou a equipe multiprofissional para intervir na redução/cessação. Constata-se, portanto, a inexistência de uma intervenção coordenada e longitudinal para a cessação do tabagismo e, quando presente, apresentou-se fragmentada e pontual.

[...] no pré-natal, já passei por 03 consultas e não perguntaram nem se eu fumava. Eu tenho intenção de parar de fumar, porque ouço muito na televisão que o cigarro faz mal, mas eu acho que eu consigo parar [...]. (Luciana)

[...] na primeira consulta, a ACS e a médica perguntaram se eu fumava, só que não tava fumando porque tava enjoada. Depois, voltei a fumar de novo [...]. (Maria)

[...] aqui, no posto de saúde, ninguém tocou no assunto. Passei uma vez com a médica e agora vou passar com a enfermeira, aí, talvez, amanhã, quem sabe, ela fale alguma coisa [...]. (Paula)

[...] no posto de saúde, só perguntaram se eu fumava. Tô fazendo tratamento com a dentista, ela tá dando um jeito nos meus dentes. Eu acho que ela sabe que eu fumo [...]. (Priscila)

[...] no pré-natal, a médica falou para eu não fumar e me mandou para o grupo de gestantes, mas eu não fui [...]. (Dora)

Durante o pré-natal, abre-se uma janela de oportunidade para redução/cessação do tabagismo, visto que há um forte sentimento de culpa que faz com que a mulher procure justificar o ato de

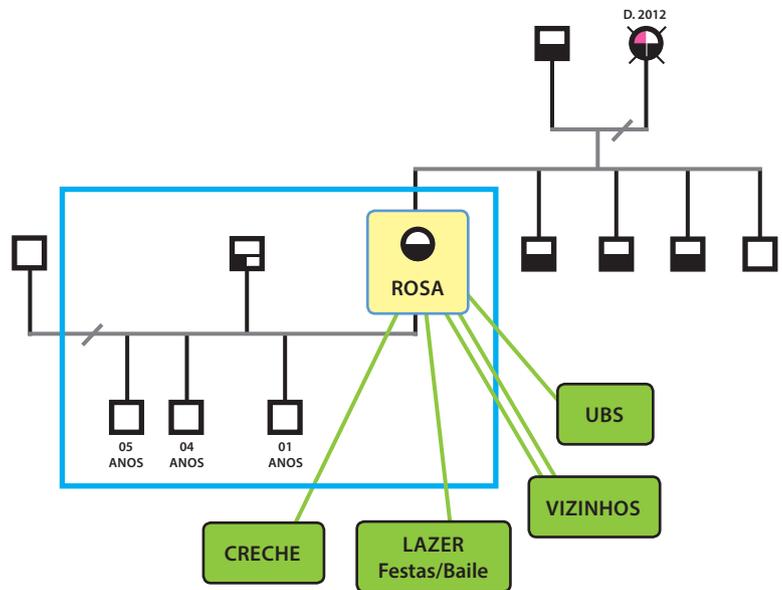


Figura 4 – Representação gráfica do genograma/ecomapa da gestante Rosa, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2015

fumar, demonstrando que apesar de fumar, ela tem conhecimento dos malefícios do tabaco. As gestantes também se queixam de sintomas decorrentes do ato de fumar.

[...] eu tenho intenção de parar de fumar, porque eu ouço muito na televisão que o cigarro faz mal, mas eu acho que eu consigo parar [...]. (Luciana)

[...] eu sei que faz mal, ainda mais agora, porque eu tô grávida. Ontem, eu acho que exagerei, porque tô com um gosto forte de cigarro na boca [...]. (Priscila)

[...] eu sei que não poderia fumar na gravidez, mas é o vício. Eu tenho bronquite, quando ataca, eu fico muito mal. A respiração fica ofegante, o cigarro é uma praga. Credo! Eu quero parar de fumar [...]. (Dora)

DISCUSSÃO

Os resultados apontaram que as relações familiares e comunitárias das gestantes tabagistas influenciam a manutenção do hábito de fumar durante a gestação.

A população estudada tinha baixa escolaridade, precária inserção no mercado de trabalho, dependência econômica de outros membros da família e baixa renda familiar. Um estudo que correlacionou tabagismo com condições socioeconômicas em mulheres canadenses evidenciou que uma baixa renda familiar tem forte relação com o tabagismo, quando comparadas com mulheres com elevada renda familiar⁽¹⁸⁾. Um estudo de fatores associados à manutenção do tabagismo na gestação com mulheres chinesas demonstrou que quanto menor a escolaridade, maiores as chances de a mulher permanecer fumando na gestação⁽¹⁹⁾. Segundo um estudo realizado no Brasil, um elevado nível educacional da gestante e do seu parceiro é mais propenso a famílias livres do cigarro. Mulheres com baixa escolaridade têm menos controle do fumo no ambiente familiar e estão mais propensas ao tabagismo passivo⁽²⁰⁾. De fato, o processo saúde-doença é

realidade complexa, como propõe o modelo de Labonte. Por isso, seria importante que as intervenções educativas no pré-natal tomassem a saúde a partir da determinação social de certos comportamentos tidos como não-saudáveis.

Os resultados mostraram que o hábito de fumar nas famílias das gestantes entrevistadas é algo que perdura gerações, visto com naturalidade nas normas de convívio familiar. Ao estudar a prevalência do tabagismo e sua associação com as relações estabelecidas nas famílias, percebeu-se que quando o consumo do tabaco era indiscriminado dentro e fora do ambiente familiar, muitas vezes, independente da presença de crianças, o percentual de fumantes entre os membros da família era elevado⁽²⁰⁾. Assim, fica clara a necessidade de a assistência pré-natal operar a partir do reconhecimento da gestante como sujeito dotado de vontade própria, mas com limitações na expressão de suas decisões autônomas em consequência do seu pertencimento a um contexto familiar que encara com naturalidade o hábito de fumar. Nesse sentido, as estratégias para abordagem da cessação do tabagismo devem possibilitar uma reflexão das normas e regras da família e não apenas o comportamento de um membro isoladamente.

Em relação ao lazer, observou-se nos ecomapas a escassez de atividades de lazer/relaxamento e, quando presentes, restringiam-se ao ambiente doméstico. Um estudo que implementou atividades voltadas para o lazer/relaxamento como uma estratégia para cessação do tabagismo, evidenciou que a intervenção foi benéfica na redução/cessação do tabagismo. Também considerou relevante envolver familiares e amigos como parceiros para uma ação mais efetiva⁽²¹⁾. As intervenções para a cessação do tabagismo devem ultrapassar as abordagens biomédicas e comportamentais, atuando na vida comunitária com ações intersetoriais.

Contraopondo isso, os resultados mostraram que a assistência pré-natal não tem intervenções coordenadas e longitudinais para a cessação do tabagismo, restringindo-se a ações pontuais e fragmentadas centradas na gestante. Assim, perde-se a oportunidade para a melhoria da saúde da mulher, pois a gestação pode ser um momento propício para mudanças de comportamentos relacionados à saúde, e o atendimento pré-natal tem um papel fundamental nesse processo de sensibilização.

As informações recebidas no acompanhamento pré-natal sobre o tabagismo mobilizaram as gestantes a pensar em parar de fumar⁽²⁰⁾. Entretanto, um estudo qualitativo que investigou barreiras para o processo de cessação do tabagismo, no Canadá, concluiu que a gestante não se sente preparada para a cessação, já que esse hábito é parte do seu estilo de vida e da família, auxiliando na superação de momentos difíceis decorrentes das precárias condições socioeconômicas em que vivem⁽²²⁾. Ao se dar conta da gravidez, a mulher tem pouco tempo para abandonar um hábito tão arraigado na vida familiar e pessoal. Desta maneira, as práticas educativas em saúde, na perspectiva da promoção da saúde, têm um papel importante no empoderamento da gestante, de forma que a abordagem favoreça a construção do conhecimento tanto individual como coletivo, pois possibilita reflexão sobre suas escolhas e tomada de decisão. Ao considerar as relações familiares e comunitárias no acompanhamento pré-natal, as ações para cessação do tabagismo devem incentivar o envolvimento dos familiares, viabilizar o acesso aos métodos de cessação e incluir novas tecnologias de abordagem, como a redução de danos.

Entretanto, em geral, os limites em conhecimento e habilidades das equipes de saúde para o aconselhamento na cessação do tabagismo, levam a uma abordagem fortemente persuasiva para a gestante parar de fumar. Essa ação contundente pode ser percebida pela mulher como uma barreira para a mudança do hábito⁽²³⁾. É preciso reavaliar o enfoque unilateral, que não enfatiza o contexto de vida social e familiar do fumante, desconsiderando os determinantes sociais de saúde⁽²⁴⁾. Uma revisão sistemática sobre abordagens familiares para cessação do tabagismo em grupos específicos, como casais fumantes, pais fumantes, gestantes tabagistas e cardiopatas, evidenciou a forte influência dos membros da família para a mudança de comportamento em relação ao tabagismo. Também constatou que abordagens que agregam a família são escassas e carecem de metodologias apropriadas⁽²⁵⁾.

As mulheres precisam lidar com um conjunto de pressões advindas delas mesmas, da família, da mídia e dos profissionais de saúde, que se configuram como um reforço motivacional para uma reflexão sobre o consumo do tabaco. No entanto, o que se percebe é uma valorização de incentivos negativos, como o excesso de pressão das pessoas ao redor e de abordagens fortemente persuasivas. Além da ausência de alternativas terapêuticas, faz com que elas vivenciem sozinhas as angústias decorrentes desse conflito.

Limitação do estudo

O estudo teve como limitações uma amostra homogênea do ponto de vista socioeconômico, o que pode caracterizar que os achados podem ser relativos a esse perfil analisado. Outra limitação foi a reduzida amostra pesquisada.

Contribuição para a área de enfermagem e saúde

O estudo contribui na elucidação de questões relevantes sobre a permanência do tabagismo na gestação e a forte influência dos determinantes sociais no processo de cessação. O mesmo traz a relação do tabagismo com diversas questões da vida em sociedade que podem ajudar a equipe de saúde a traçar estratégias que se aproximem da realidade social da gestante tabagista. Considerando o relevante papel da Enfermagem no acompanhamento à gestante e sua família na Atenção Básica, tais conhecimentos possibilitam ampliar o olhar da abordagem do tabagismo na gestação e incluir a rede sociocultural e, principalmente, a família da mulher grávida nas estratégias de cessação do tabagismo.

CONCLUSÃO

No acompanhamento pré-natal na Atenção Básica, os profissionais de saúde irão se deparar com essa complexidade de fatores socioculturais envolvidos na manutenção do tabagismo. Esses fatores se relacionam com intensos conflitos e sofrimento emocional, agravados pelas precárias condições socioeconômicas. Para atender a essas demandas, além do conhecimento de técnicas apropriadas para redução/cessação, requer dos profissionais uma sensibilidade aos fatores socioculturais relacionados ao ato de fumar entre as gestantes e as dificuldades em lidar com o problema.

A família é um importante componente na rede social da gestante e, em muitos casos, não há uma relação de suporte social à gestante tabagista. O que se percebe é um padrão transgeracional no consumo do tabaco. Nesse sentido, as estratégias para abordagem do tabagismo devem possibilitar uma reflexão das normas e regras da família, não apenas de um membro isoladamente.

A apresentação dos resultados dá sinais de que as motivações para fumar ou deixar de fumar são variadas e com forte influência do meio social. Essas informações podem ser úteis no contexto da educação em saúde. Abordar o tabagismo no acompanhamento pré-natal significa possibilitar momentos de reflexão sobre suas escolhas e sua própria vida, além de ampliar a capacidade de a mulher controlar a sua vida.

REFERÊNCIAS

1. Global Burden of Disease 2015 Tobacco Collaborators. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2017;389(10082):1885-906. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30819-X
2. Kastler F. Dez anos da Convenção-Quadro de Controle do Tabaco: a função normativa da OMS em socorro da saúde global? *Rev Direito Sanit*. 2016;17(1):54-99. doi: 10.11606/issn.2316-9044.v17i1p54-99
3. Iglesias R, Jha P, Pinto M, Silva VLC, Godinho J. Documento de discussão - saúde, nutrição e população (HNP). Controle do tabagismo no Brasil: resumo executivo. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008;17(4):301-4. doi: 10.5123/S1679-49742008000400007
4. World Health Organization (WHO). Gender, health, tobacco and equity [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited 2017 July 30]. Available from: http://www.who.int/tobacco/publications/gender/gender_tobacco_2010.pdf?ua=1
5. Clair C, Kleijn MJ, Jaunin-Stalder N, Cornuz J. Gender and disparities: the example of tobacco smoking. *Rev Med Suisse*. 2015;11(478):1298-303
6. Schroeder SA. American health improvement depends upon addressing class disparities. *Prev Med*. 2016;92:6-15. doi: 10.1016/j.ypmed.2016.02.024
7. Bauld L, Graham H, Sinclair L, Flemming K, Naughton F, Ford A, et al. Barriers to and facilitators of smoking cessation in pregnancy and following childbirth: literature review and qualitative study. *Health Technol Assess*. 2017;21(36):1-158. doi: 10.3310/hta21360
8. Dias-Damé JL, Juraci AC. Disparities in prevalence of smoking and smoking cessation during pregnancy: a population-based study. *Biomed Res Int*. 2015;2015:345430. doi: 10.1155/2015/345430
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2017 July 30]. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
10. Castro Y, Heck K, Forster JL, Widome R, Cubbin C. Social and environmental factors related to smoking cessation among mothers: findings from the Geographic Research on Welling (Grow) study. *Am J Health Behav*. 2015;39(6):809-22. doi: 10.5993/AJHB.39.6.9
11. Homish GG, Eiden RD, Leonard KE, Kozlowski LT. Social environmental factors related to prenatal smoking. *Addict Behav*. 2012;37(1):73-7. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.09.001
12. Labonte RN. Health promotion and empowerment: practice frameworks. Toronto: Centre for Health Promotion, University of Toronto; 1993.
13. São Paulo (cidade). Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Atlas da Saúde da Cidade de São Paulo [Internet]. São Paulo: Instituto Via Pública; 2011 [cited 2017 July 30]. Available from: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/atlas_da_saude_da_cidade_de_sao_paulo_2011.pdf
14. McGoldrick M, Gerson R, Petry S. Genogramas avaliação e intervenção familiar. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
15. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
16. Musquim CA, Araujo L, Bellato R, Dolina J. Genograma e ecomapa: desenhando itinerários terapêuticos de família em condição crônica. *Rev Eletrônica Enferm*. 2013;15(3):656-66. doi: 10.5216/ree.v15i3.17730
17. Wright LM, Leahey M. Como documentar as entrevistas com a família. In: *Enfermeiras e Família. Um guia para avaliação e intervenção na família*. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2002. p 273-300.
18. Smith P, Frank J, Mustard C. Trends in educational inequalities in smoking and physical activity in Canada: 1974-2005. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63(4):317-23. doi: 10.1136/jech.2008.078204
19. Xu X, Rao Y, Wang L, Liu S, Guo JJ, Sharma M, et al. Smoking in pregnancy: a cross-sectional study in China. *Tob Induc Dis*. 2017;15:35. doi: 10.1186/s12971-017-0140-0
20. Silva KMM, Souza DPO. Tabagismo: abuso físico parental e fatores associados entre pacientes dos ambulatórios do Hospital Universitário Júlio Muller, Cuiabá (MT), 2013. *Cad Saúde Colet*. 2013;21(4):370-6. doi: 10.1590/S1414-462X2013000400003
21. Giatras N, Wanninkhof E, Leontowitsch M, Lewis B, Taylor A, Cooper S, et al. Lessons learned from the London Exercise and Pregnant (LEAP) Smokers randomised controlled trial process evaluation: implications for the design of physical activity for smoking cessation interventions during pregnancy. *BMC Public Health*. 2017;17(1):85. doi: 10.1186/s12889-017-4013-5
22. Borland T, Babayan A, Irfan S, Schwartz R. Exploring the adequacy of smoking cessation support for pregnant and postpartum women. *BMC Public Health*. 2013;13:472. doi: 10.1186/1471-2458-13-472

23. Scheuermann TS, Richter KP, Jacobson LT, Shierman TI. Medicaid coverage of smoking cessation counseling and medication in underutilized for pregnant women. *Nicotine Tob Res.* 2017;19(5):656-9. doi: 10.1093/ntr/ntw263
 24. Bull L. Smoking cessation intervention with pregnant women and new parents (part 2): A focus group study of health visitors and midwives working in the UK. *J Neonatal Nurs.* 2007;13(5):179-85. doi: 10.1016/j.jnn.2007.07.003
 25. Hubbard G, Gorely T, Ozakinci G, Polson R, Forbat L. A systematic review and narrative summary of family-based smoking cessation interventions to help adults quit smoking. *BMC Fam Pract.* 2016;17:73. doi: 10.1186/s12875-016-0457-4
-