

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem**

CAROLINA DE CASTILHOS TEIXEIRA

**AÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE EM RELAÇÃO À GESTANTE/ PUÉRPERA
TABAGISTA.**

Porto Alegre

2012

CAROLINA DE CASTILHOS TEIXEIRA

**AÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE EM RELAÇÃO À GESTANTE/ PUÉRPERA
TABAGISTA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina de TCC-II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Isabel Cristina Echer

Porto Alegre

2012

CAROLINA DE CASTILHOS TEIXEIRA

**AÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE EM RELAÇÃO À GESTANTE/ PUÉRPERA
TABAGISTA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina de TCC-II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado pela banca examinadora em 13 de dezembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Isabel Cristina Echer - UFRGS

Orientadora

Profª Virgínia L. Moretto - UFRGS

Profª Leandro B. de Pinho- UFRGS

Dedico esta pesquisa à minha mãe Fátima e às dindas, Giane e Lílian, primeiras gestantes tabagistas que conheci e que conseguiram parar de fumar. São mulheres vitoriosas e guerreiras fonte de minhas inspirações.

AGRADECIMENTOS

Ao fim de mais uma etapa, posso olhar para trás e ver a caminhada profissional construída até então. Foram momentos felizes, momentos de grandes vitórias, alguns mais difíceis de suportar, mas nenhum deles teria sido tão intenso se eu não estivesse ao lado de pessoas tão especiais que deram sentido a tudo isso.

Agradeço a toda a sociedade, que de alguma forma contribui para que eu estudasse em uma universidade de qualidade como a UFRGS.

A todos os professores, mestres, doutores e enfermeiros que dividiram comigo um pouco dos seus conhecimentos.

Aos colegas de curso que tornaram as aulas mais agradáveis e descontraídas.

Aos meus amigos que souberam me roubar dos livros nas horas certas, antes que eu enlouquecesse.

A minha querida professora Isabel Echer, pela confiança, paciência e carinho a mim dedicados ao longo dos três anos de bolsa de iniciação científica. Confiança que, por vezes, nem eu mesma tinha em mim, obrigada.

A minha família pelo apoio e incentivo ao longo de toda a faculdade;

Aos meus avós Alziro e Zigela pelas muitas idas ao vestibular em que me acompanharam, vocês são os melhores avós do mundo, obrigada.

Aos meus dindos, Lílian e Rinaldo, que fizeram parte da minha formação, meus eternos mestres, pessoas que admiro demais e aos meus dindos Giane, Rodilon e Ivan pelo incentivo e carinho.

Ao meu irmão Rodrigo, por nem sempre tornar meus estudos tão fáceis, mas com certeza mais divertidos e inusitados. Obrigada por existir e estar sempre comigo.

Ao meu pai, por todo incentivo e carinho. E por nunca mediu esforços para que eu tivesse todas as possíveis e melhores formas de estudar. Obrigada por tornar tudo isso realidade, pai.

E finalmente à minha mãe, mulher generosa, responsável por tudo que tenho, tudo que conquistei, tudo que sou hoje. Obrigada por depositar em mim tudo a tua vida toda Obrigada por todos os momentos de conversa e os de silêncio.

"Mantenha seus pensamentos positivos, porque seus pensamentos tornam-se suas palavras.
Mantenha suas palavras positivas, porque suas palavras tornam-se suas atitudes.
Mantenha suas atitudes positivas, porque suas atitudes tornam-se seus hábitos.
Mantenha seus hábitos positivos, porque seus hábitos tornam-se seus valores.
Mantenha seus valores positivos, porque seus valores... tornam-se seu destino."

Mahatma Gandhi

RESUMO

INTRODUÇÃO: Morrem no Brasil por ano em média 1600 mulheres por morte materna e 50 mil crianças de até um ano. A quase totalidade das complicações com mulheres e recém-nascidos tem sido associada ao consumo de substâncias psicoativas durante a gravidez, dentre elas a nicotina. O período de gestação, parto e puerpério é o momento em que a mulher tabagista está mais propensa a interromper seu comportamento tabágico e a atuação dos profissionais neste momento, juntamente com o desenvolvimento de novos tratamentos medicamentosos, métodos de intervenção para a cessação e educação em saúde têm grande potencial para mudar esta realidade. **OBJETIVO GERAL:** Identificar as ações desenvolvidas pela equipe de saúde em relação à gestante/puérpera tabagista. **MATERIAL E MÉTODO:** Estudo quantitativo com abordagem transversal, realizado com profissionais de saúde que atendem à gestante/puérpera em um hospital universitário de grande porte do Sul do Brasil. A amostra de conveniência, não proporcional, foi composta por 135 membros das equipes de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista, acadêmicos, entre outros). A coleta de dados foi realizada por meio do instrumento elaborado pelas pesquisadoras. Os dados foram digitados e organizados em banco de dados e analisados com ajuda do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 18. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Instituição sob nº120260. **RESULTADOS:** A caracterização da amostra apontou para uma maioria de mulheres, 102 (75,6%), uma média de idade de 35,78 ±12,53 anos, com média de 17,1 ±5,05 anos de estudo. Quanto às ações da equipe em relação a cessação do tabagismo 76(56,3%) referiram abordar sempre. Destacaram-se os médicos e os enfermeiros com maior percentual em realizar a abordagem sempre. Para 92(70,2%) dos participantes essa abordagem ocorre em até duas vezes ao longo da internação/consulta e em 62(45,9%) dos casos essa abordagem não inclui os familiares. Noventa e três por cento avaliaram a eficácia de suas próprias ações para o processo de cessação como regular, ou ruim e 105(81,4%) referiram a necessidade de atualizar ou aprofundar seus conhecimentos na área “tabagismo e gestação”, para qualificar a sua assistência às pacientes. **CONCLUSÕES:** Evidenciou-se uma realidade com ações distantes do que é preconizado pelo Instituto Nacional do Câncer para essas pacientes, o que ressalta a importância em capacitar a equipe de saúde para que possam durante a prática clínica identificar, informar, tratar e acompanhar as gestantes/puérperas tabagistas no difícil processo de cessação do tabaco de forma qualificada.

Descritores: Tabagismo, Equipe de Assistência ao Paciente, Educação em saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In Brazil, 1600 women die on average per year of maternal deaths and also 50 thousand children under one year. Almost the totality of complications with women and newborns has been associated with substance use during pregnancy, among the nicotine. The period of pregnancy, childbirth and postpartum is the moment when the smoker woman is more likely to stop her smoking behavior; the performance of health professionals in prenatal and postpartum with the development of new drug treatments, intervention methods to nicotine cessation and health education has a big potential to change this reality.

OBJECTIVE: identify the developed actions by the health team in relation to smoker pregnant/postpartum women. **MATERIAL AND METHODS:** Quantitative study with a cross-sectional approach, it was accomplished with health team members serving pregnant/postpartum women in a large University Hospital of southern Brazil. A convenience sample, not proportional, was composed by 135 health team members (physician, nurse, nutritionist, undergraduate students, among others). The data collection was done using an instrument developed by researchers, the data was typed and organized into a database and analyzed with the Statistical Package for Social Science (SPSS) version 18 program. The institution's Research Ethics Committee approved the project on nº120260. **RESULTS:** The characterization of the sample pointed to majority of women, 102 (75,6%), a mean age of $35,78 \pm 12,53$ years, mean of $17,1 \pm 5,05$ years of studies. Regarding the actions of the health team related to cessation of smoking 76 (56,3%) reported approaching always. Among the health team members, physicians and nurses contrasted with the biggest percentage of approaching always. To 92 (70,2%) participants this approach happens until twice along hospitalization/consultation and in 62 (45,9%) of participants this approach does not include relatives. Ninety-three percentage evaluated the effectiveness of their own actions to the cessation process as regular or bad, and 105 (81,4%) referred the necessity to update or deepen their knowledge about "smoking and pregnancy" to qualify their assistance to patients. **CONCLUSIONS:** Showed up a distant reality of actions recommended by the National Cancer Institute to these patients, which highlight the importance of capacitating the health team so they will be able to, along the clinical practice, identify, inform, treat and follow smoker pregnant/postpartum women in the difficult process of smoking cessation on a qualified way.

Keywords: Smoking, Patient Care Team, Health Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVO GERAL.....	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 O papel social do tabaco e o uso pela população feminina.....	14
3.2 Implicações do tabaco na fisiologia humana e na saúde do binômio mãe-bebê.....	16
3.3 Intervenções dos profissionais da saúde	17
4 MÉTODO	20
4.1 Tipo de estudo.....	20
4.2 Campos de estudo	20
4.3 População e amostra	20
4.4 Coleta de dados	21
4.5 Análise de dados	21
4.6 Aspectos éticos	21
5 RESULTADOS	23
6 DISCUSSÃO	30
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados	40
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	45
ANEXO A- Comprovante de aprovação do projeto pela COMPESQ/EEUFRGS	46
ANEXO B- Comprovante de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	47

1 INTRODUÇÃO

A qualidade de vida e de saúde de uma população pode ser aferida por meio de dois indicadores: o Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM), que consiste na morte de uma mulher durante ou até 42 dias após a gestação, por motivos relacionados a este período, e a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), que consiste na morte de uma criança até o seu primeiro ano de vida (BRASIL, 2009; VERMELHO; COSTA; KALE, 2002 apud ANDRADE et al, 2006). Estes indicadores traduzem a qualidade do acesso à assistência em saúde e o quão adequado o sistema de saúde está em responder às necessidades de uma população não considerada “doente”, como gestantes, puérperas e crianças (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2000; MONTEIRO; NAZÁRIO, 2000 apud SILVA et al, 2011).

No Brasil, ao longo dos últimos dez anos, apesar da discreta melhora destes indicadores, os índices ainda são preocupantes. Em média morrem por ano no Brasil 1600 mulheres por morte materna e 50 mil crianças de até um ano. Dentre as principais causas encontram-se a eclampsia, a infecção puerperal, a hemorragia pós-parto, o descolamento prematuro de placenta, a septicemia bacteriana do recém-nascido (RN), o desconforto respiratório do RN, a asfixia ao nascer e a hipóxia intra-uterina do recém nascido (BRASIL, 2008). Nas últimas décadas, a quase totalidade destas complicações tem sido associada ao consumo de substâncias psicoativas durante a gravidez, dentre elas a nicotina.

Estudos indicam uma tendência à feminização quanto ao comportamento tabágico (OMS apud GALÃO et al, 2009; BRASIL, 2003) e as consequências desse comportamento são de grande prejuízo tanto para a mulher quanto para o feto (GALÃO et al, 2009; SÉ; AMORIM, 2009; BRASIL, 2003). Atualmente, este problema de saúde pública tende a se agravar a medida que mais mulheres e jovens se tornam dependentes do tabaco, e poucas delas conseguem abandonar o vício sem assistência específica (ECHER; BARRETO, 2011; BRASIL, 2003).

Estudos do sul do país revelaram uma prevalência de gestante tabagista entre 19,1% a 23%. Esses índices são considerados elevados se comparados ao percentual da população adulta feminina que é de 15,9%. Estudos ainda apontam que gestantes tabagistas apresentaram menor nível de escolaridade e fizeram menos consultas de pré-natal que o grupo de gestantes não-fumantes. Dentre as 23% fumantes, apenas 1,19% recebeu algum tipo de tratamento medicamentoso (GALÃO et al, 2009; MOTTA; ECHER; LUCENA, 2010; BRASIL, 2009).

O período de gestação, parto e puerpério é um momento em que a mulher tabagista está mais propensa a interromper seu comportamento tabágico, uma vez que o bebê é uma razão motivadora para a cessação, além de ser também o momento de maior contato com profissionais da saúde (MOTTA; ECHER; LUCENA, 2010). Estudo mostra que mais de 40% das mulheres grávidas nos Estados Unidos da América param de fumar antes da primeira consulta de pré-natal, motivadas pelo senso de responsabilidade pertinente ao período gestacional, entretanto apenas um terço delas conseguem permanecer em abstinência em um ano (LUMLEY et al, 2009 apud LOMBARDI et al, 2011). Para que a mudança de comportamento ocorra torna-se essencial romper preconceitos e estigmas de profissionais quanto à dependência a substâncias psicoativas, além de preparar/qualificar esta equipe para o atendimento desta mulher visando melhor qualidade de saúde para o binômio mãe/bebê (ECHER; BARRETO, 2011; MOTTA; ECHER; LUCENA, 2010).

O Ministério da Saúde prevê uma abordagem a gestantes e puérperas tabagista baseada no suporte cognitivo-comportamental que consiste em: preparar o fumante para resolução de seus problemas; estimular habilidades para resistir ao fumo; preparar para prevenir a recaída e preparar a fumante para lidar com o estresse; e ainda a associação com suporte medicamentoso adequado para os casos de alta dependência à nicotina. A abordagem cognitivo-comportamental é considerada a intervenção base, essencial para a cessação e apresenta uma taxa de cessação diretamente proporcional ao tempo dedicado à ela, podendo alcançar 100% de cessação com abordagens de 10 minutos. Sugere ainda que a equipe multiprofissional procure compreender a dependência à nicotina (suas formas e relações), conheça as estratégias cognitivo-comportamentais e se aproprie de conhecimento sobre os medicamentos utilizados e os critérios para utilização (BRASIL, 2001; REICHERT et al, 2008).

A atuação destes profissionais na atenção de pré-natal e puerpério juntamente com o desenvolvimento de novos tratamentos medicamentosos, métodos de intervenção para a cessação e educação em saúde têm grande potencial para mudar esta realidade. Borges e Simões-Barbosa (2008, p.2835) propõem uma ação multiprofissional com olhar holístico, em que a intervenção da cessação do tabagismo vai além do “retirar o cigarro”, e se propõe a apoiar as tabagistas para que ocorra a libertação da dependência que acarreta graves implicações e danos para a vida e saúde destas pacientes.

Logo, motivada pela relevância desta problemática e pelo envolvimento enquanto bolsista de iniciação científica em projetos desenvolvidos nesta área, este estudo vem traduzir a preocupação da autora com o desenvolvimento de ações multiprofissionais para que

gestantes/puérperas tabagistas sejam amparadas durante o difícil processo de cessação do tabagismo. Para isso, o estudo se propõe a responder a seguinte pergunta norteadora: *Que ações têm sido desenvolvidas pela da equipe de saúde em relação à gestante/puérpera tabagista?*

Neste estudo, entende-se por ações toda a atividade, intervenção e orientação da equipe de saúde com propósito de promoção da saúde em relação ao tabagismo. A contribuição deste estudo se dará a medida que seus resultados oportunizarão evidenciar as lacunas existentes nesta prática na área obstétrica e a partir delas propor ações visando qualificar a assistência a essas mulheres.

2 OBJETIVO GERAL

- Identificar as ações desenvolvidas pela equipe de saúde em relação à gestante/puérpera tabagista.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O papel social do tabaco e o uso pela população feminina

A partir de 1500, o Brasil foi incorporado como colônia portuguesa, o que contribuiu para a disponibilidade de mão-de-obra barata para produtos de exportação da metrópole, restrição de comércio interno e produção agrícola, e imposição de importações de produtos portugueses. No final do século XVIII, a crise que Portugal vivia com a ameaça da concorrência de exportações o que contribuiu para que muitas restrições à colônia fossem derrubadas. Na vinda de Dom João ao país, o tabaco já correspondia a 3,8% das exportações dentre outras mercadorias. Sua vinda influenciou o desenvolvimento da capital e de seus costumes, implicados na trama da construção do papel feminino no país (FERNANDES, 1997).

O tabaco desde o início de seu plantio teve importância econômica e era cultivado por portugueses e brasileiros, devido seu baixo custo na lavoura. Sua produção era centrada em pequenas propriedades, raramente ultrapassando dois hectares ou empregando mais do que vinte escravos. Ao longo do domínio português desta época, a produção se manteve como importante fonte de renda, principalmente após a abertura dos portos em 1808, o que favoreceu o comércio direto. Sua exportação ao mercado europeu e africano, utilizado como moeda para obtenção de escravos, só era superada pelo açúcar (AQUINO, 2000).

Nesta época, o papel social da mulher foi construído a partir de culturas patriarcais em que a mulher tinha importância como bem pertencente ao homem ou objeto sexual. Isto repercutiu até os dias de hoje onde a combinação das diversas culturas formadoras da população brasileira ainda é reproduzida em traços de seu passado histórico.

A cultura indígena era centrada na figura masculina como responsável por toda tribo, que valorizava a poligamia como formação de alianças entre as famílias, geralmente compostas pelo marido - *xamã*, guerreiro, pescador ou caçador- e três ou quatro esposas, em que uma era selecionada como preferida e parceira sexual. Na sociedade açucareira a dicotomia da casa-grande - casa do senhor do engenho – e a senzala não distinguia a importância feminina, em que de um lado lhes cabiam as tarefas do lar, cuidado com alimentação, criação de filhos, corte, costura, submissão e obediência aos seus senhores; e de outro, mulheres escravas que eram utilizadas como foco de prazer para o senhor e seus filhos (AQUINO, 2000).

A partir do início século XX, mulheres que até então eram apenas donas-de-casa passaram a formar clubes de mães, que aos poucos se tornaram importante instrumento de poder por reivindicações públicas como: iluminação de ruas, linhas de ônibus, calçamento de bairros entre outros. Essa organização feminina ganhou muita força na participação da mobilização popular contra o período de repressão do regime militar, o que posteriormente motivou a luta pela igualdade dos sexos, divisão das tarefas de casa e direitos políticos. Isto provocou a conquista de espaço da mulher na sociedade, com novo papel feminino nas relações afetivas e de trabalho (PIRES, 1985).

Na década de sessenta, a mulher ganhou destaque a partir de reflexões do movimento feminista sobre a opressão histórica sofrida, o que modificou o curso da mulher no país. Neste período, propagandas nos maços de cigarro mostravam a imagem da mulher inspiradora, sensual e silenciosa como própria forma de linguagem de protesto e repressão à resistência (BORGES; BARBOSA, 2009; LOMBARDI et al, 2011). As empresas de cigarro se aproveitaram do momento e começaram a vender seu produto como símbolo de renúncia à exploração e parte da “mulher moderna”.

É a partir desta década, com a chamada conquista da ‘liberdade sexual’, que as mulheres passam a assumir sozinhas a responsabilidade pela anticoncepção, o que, atrelado à difusão do uso do cigarro, se transforma numa ‘bomba relógio’ para sua saúde (BORGES; BARBOSA, 2009, p.1135).

A “liberdade” feminina conquistada repercutiu em uma realidade problemática, no qual mulheres ganharam o direito a uma jornada de trabalho e a responsabilidade de gerar renda para o sustento familiar. Entretanto seguem com as tarefas consideradas de sua propriedade, como cuidar da casa, dos filhos e de outros membros da família, cozinhar e servir ao marido (BERMAN, 1997 apud BORGES; BARBOSA, 2009). Dentro desta nova sociedade em que a mulher tem papel produtivo e reprodutivo, o tabaco surge para atender a necessidades de enfrentamento de situações intrínsecas às questões de gênero.

A mulher do século XXI vivencia conflitos que perpassam sua feminilidade, muitas vezes observados por mensagens contraditórias, por se ver feminina, dependente e frágil em situações de estresse e sofrimento, e também o poder de adotar um hábito até então dito masculino que é associado à força e independência (BORGES; SIMÕES- BARBOSA,2008).

3.2 Implicações do tabaco na fisiologia humana e na saúde do binômio mãe-bebê

Atualmente, o tabaco é conhecido mundialmente como inimigo da saúde, em mulheres apontado como fator de risco para as doenças com alto índice de mortalidade no país como: doença cardiovascular, neoplasias e doenças respiratórias, dentre elas se destacam a doença coronariana, hipertensão arterial, acidente encefálico, câncer de mama, câncer de pulmão e enfisema pulmonar (BRASIL, 2001). As doenças de aparelho circulatório estão relacionadas ao maior nível de interleucina 6 (IL6) - substância ativadora do sistema imunológico humano, células granulócitas-macrófagas na melula óssea - estresse oxidativo, e menor reserva de fluxo coronariano proporcionados pela nicotina. Esse ambiente nocivo a células do organismo causa alterações importantes na homeostase, vida e função das células do sistema cardiovascular (ROOKS et al, 2011; GUYTON; HALL, 2006).

O câncer ocorre devido ao crescimento desordenado de células por mutação ou ativação anormal de genes, os quais são causados por diversos fatores (ambientais, fisiológicos, hereditários) não totalmente compreendidos pela ciência. Uma meta análise mostrou que o tabagismo apresenta correlação positiva com a hipermetilação do gene $p16^{INK4a}$ em tecidos tumorais de pacientes com carcinoma pulmonar, com uma frequência de 2,25 vezes maior do que pacientes não-fumantes. Este gene faz parte de um grupo seletivo de genes que têm função ligada à supressão de tumores específicos, o que pode apontá-lo como um dos fatores causais do desenvolvimento do câncer (GUYTON; HALL, 2006; ZHANG et al, 2011).

O enfisema pulmonar é caracterizado por alterações fisiológicas decorrentes do consumo prolongado do tabaco que gera acúmulo excessivo de ar no espaço pulmonar. A presença da nicotina no sistema respiratório causa paralisação dos cílios do epitélio respiratório, irritação da mucosa com estimulação de muco - que proporcionam maior crescimento de microrganismos - e inativação de macrófagos alveolares e consequente processo de infecção e edema inflamatório que por sua vez causam obstrução crônica das pequenas vias aéreas e dificuldade de expiração. O ar aprisionado em hiperdistensão do alvéolo somado ao processo infeccioso causa destruição das paredes alveolares (GUYTON; HALL, 2006).

Inúmeros estudos apontam sérios problemas de saúde causados pelo cigarro, entretanto ele é considerado um fator de risco de escolha pessoal, em que o tabagista opta por correr estes riscos. Contudo existem duas situações em que os prejuízos do consumo do tabaco podem afetar terceiros: o tabagismo passivo em que o tabagista contamina o ar,

obrigando que outras pessoas inalem a fumaça, problema este parcialmente sanado com restrições ao tabaco em áreas específicas; e a situação mais grave de fumo passivo de fetos de mães tabagistas que recebem as substâncias do tabaco consumido pela via placentária (MARIN et al, 2003).

Filhos de mães tabagistas têm alto risco de nascimento prematuro, baixo peso ao nascer (< 2,500mg), morte intra-uterina, apgar <6 após 5 minutos de vida e síndrome da membrana hialina. Exames laboratoriais de sangue do cordão umbilical de bebês de mulheres tabagistas apontaram para menores níveis de neutrófilos evidenciando potencial para imunodeficiência o que os predispõe a infecções (TIAGO; CALDEIRA; VIEIRA, 2008; MARIN et al, 2003).

Grande parte das alterações na formação do feto se deve à concentração de nicotina e monóxido de carbono que se difundem por meio da placenta e causam efeitos inotrópicos e cronotrópicos positivos ao miocárdio e aumento na concentração de carboxi-hemoglobina fetal de até 15% maior que o materno. Este ocorre devido à alta afinidade do monóxido de carbono à hemoglobina do feto, causando padrão de perfusão materno-fetal de resistência vascular placentária aumentada, com hipóxia fetal crônica (LONGO, 1977 apud PINTO; BOTELLO, 2000).

Mesmo após o nascimento o uso de tabaco por puérperas lactantes é potencial de alterações orgânicas ao RN. Além da nocividade da nicotina presente no leite materno, estudos apontam para menores níveis de interleucina 1 (IL1) no colostro e leite de transição, possível causa de disfunção imunológica que pode levar à Síndrome da Morte Súbita do RN (ZANARDO et al, 2005).

3.3 Intervenções dos profissionais da saúde

O tabagismo é um fator de risco preocupante, presente em diversas doenças. Com a nova reforma sanitária e a reestruturação do modelo de saúde do país, o controle do tabaco passou a ser valorizado e alvo de ações e políticas de saúde. No ano de 1989, pesquisa governamental mostrou que 32,6% da população acima de 15 anos fazia uso do cigarro (BRASIL, 2003). Ao final da década de 80 o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer iniciaram a organização de ações sistemáticas, período em que a Política e o Programa Nacional de Controle do Tabagismo foram construídos com o apoio das vertentes de ações de prevenção voltada para o público jovem e de estímulo a cessação voltada para adultos

fumantes. Estas atividades foram estruturadas em ações educativas em ambientes de trabalho, unidades escolares e unidades de saúde; e ações legislativas e econômicas com intuito de alertar, cobrar, estimular e pressionar as esferas responsáveis pela legislação. Em 2001, o Ministério da Saúde publicou um manual de orientação aos profissionais de saúde sobre a abordagem e o tratamento de fumantes (BRASIL, 2001; BRASIL, 2003).

As ações preconizadas pelo Ministério da Saúde ao atendimento da gestante/puérpera tabagista se aproximam das direcionadas ao fumante adulto. É importante que seja garantido a esta mulher fumante o atendimento com abordagem cognitivo-comportamental e nos casos de fumantes pesadas com elevada dependência a nicotina, o apoio farmacológico. A abordagem cognitivo-comportamental tem o objetivo de detectar junto da fumante as situações de possíveis recaídas e desenvolver estratégias de enfrentamento, preparando esta fumante para o processo de cessação (SILVA; SERRA, 2004). Dentre as técnicas mais utilizadas encontram-se a automonitoração, o controle de estímulos e técnicas de relaxamento (BRASIL, 2001).

No atendimento às pacientes tabagistas a avaliação clínica inicial é essencial para o tratamento, o profissional poderá planejar as ações necessárias para cada caso a partir da avaliação do grau de dependência à nicotina e o grau de motivação para a mudança, (ECHER; BARRETO, 2011; REICHERT et al, 2008). Os métodos mais utilizados para essa avaliação são a escala de dependência de nicotina de Fagerström e os estágios motivacionais para a Cessação do Tabagismo de Proshaska e Di Clemente (REICHERT et al, 2008).

A abordagem do profissional da saúde aos fumantes pode ocorrer de diferentes formas:

- Breve/mínima - perguntar, avaliar, aconselhar e preparar; realizada em até 3 minutos por qualquer profissional da saúde;
- Básica - perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar; realizada em 3 a 5 minutos por qualquer profissional da saúde;
- Específica/ intensiva – realizada em ambulatório específico individual ou em grupo, com periodicidade semanal com carga horária de 90 minutos nos quatro primeiros encontros, que então passam a duplicar o tempo de retorno;
- Fumantes com lapso ou recaíram – devem receber abordagem básica com análise das circunstâncias da recaída, estímulo à retomada da decisão de parar e possível encaminhamento para abordagem específica/ intensiva;

- Fumante que não deseja parar de fumar – devem ser abordados sobre a importância da cessação, rever os motivos para não parar de fumar e realizar intervenções motivacionais;
- Não-fumante – devem ser questionamentos sobre familiares/amigos/colegas fumantes e orientados sobre os riscos do fumo passivo (BRASIL, 2001).

Apesar do risco do uso de fármacos durante a gestação, em casos de alto grau de dependência à nicotina e/ou insucesso da abordagem cognitivo comportamental o seu uso é recomendado, devido ao custo-benefício. A terapia de reposição de nicotina (adesivo e goma de mascar), o anti-depressivo (bupropiona) e o antitabagismo (vareniclina) são os fármacos de 1ª linha sendo primeiramente utilizados em monoterapia ou terapia combinada. Especificamente para a gestante/puérpera é indicado apenas a goma de mascar de nicotina, pois a absorção de nicotina deste não é contínua, reduzindo os riscos (BRASIL, 2001; REICHERT et al, 2008).

O processo de trabalho nas instituições de saúde habitualmente é regido conforme normas ministeriais, protocolos e publicações científicas. A organização do cuidado é estruturada seguindo o estabelecimento de diagnósticos individuais. A Classificação Internacional de Doenças - CID 10 traz uma lista de diversos diagnósticos relacionados ao hábito de fumar como o Transtorno mental e comportamental devido ao uso de fumo - síndrome de abstinência, Transtorno mental e comportamental devido ao uso de fumo - intoxicação aguda, e Feto e recém nascido afetados pelo uso de fumo pela mãe (CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS- CBCD, 200-).

Na área da enfermagem a taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA INTERNACIONAL, 2010) descreve o diagnóstico Autonegligência que tem dentre os seus fatores relacionados, o abuso de substâncias e o estilo de vida/escolhas e como uma de suas características definidoras, a falta de adesão a atividades de saúde. Para o tratamento do mesmo, a *Nursing Interventions Classifications*, indica a intervenção denominada Assistência Para Parar de Fumar que tem dentre suas diversas atividades as propostas de registro da atual situação do uso do cigarro e a história do fumo do paciente; a determinação da motivação do paciente para abandonar o cigarro; e a orientação sobre sintomas físicos da retirada da nicotina (BULECHEK; NUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo quantitativo com abordagem transversal, em que todas as medições são feitas em uma única ocasião, oportunizando explorar associações de variáveis preditoras e de desfecho, definidas apenas com base na hipótese de causa-efeito do investigador (HULLEY et al, 2006).

4.2 Campos de estudo

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre em unidades de atendimento à gestante/puérpera: ambulatório obstétrico, centro obstétrico e unidade de internação pré e pós-parto.

4.3 População e amostra

A população do estudo se constituiu dos membros das equipes multidisciplinares que atuam nas unidades de ambulatório obstétrico, centro obstétrico e unidade de internação pré e pós-parto. A amostra foi de conveniência, não proporcional, composta por todos os membros das equipes de saúde (médico contratado, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, farmacêutico, assistente social, técnico/auxiliar de enfermagem, médico residente e acadêmicos) que aceitaram participar do estudo.

Critérios de inclusão: fazer parte da equipe de saúde e atuar nas unidades de atendimento à gestante/puérpera (ambulatório obstétrico, centro obstétrico e unidade de internação pré e pós-parto) no período de coleta de dados da pesquisa; os alunos de graduação a partir do segundo semestre do curso que atuavam nestas unidades também fizeram parte da amostra.

Critérios de exclusão: membros da equipe de saúde que estavam afastados por motivo de doença no período da coleta.

O tamanho amostral foi calculado com base no estudo de Desalu et al (2009), que estudou uma amostra de 436 e obteve uma prevalência de 61,5% de profissionais que

abordavam o tabagismo. Considerando essa prevalência foi realizado o cálculo amostral no setor de Bioestatística e Epidemiologia da instituição, e obteve-se um tamanho amostral de 91 participantes com um intervalo de confiança de 95% e um erro de aceitável de 10%. Foram convidados a participar do estudo 170 profissionais da área da saúde que atuavam nas unidades selecionadas e 135 profissionais devolveram o questionário respondido constituindo a amostra do presente estudo. Alguns dos instrumentos não foram preenchidos na sua totalidade, logo na apresentação dos resultados foi considerado apenas o percentual válido.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio do instrumento elaborado pelas pesquisadoras (Apêndice A) entregue aos participantes durante o seu horário de trabalho. As pesquisadoras orientaram sobre o objetivo do estudo e estiveram disponíveis para o esclarecimento de dúvidas a respeito do preenchimento do instrumento. Este foi preenchido pelos participantes no seu local de trabalho e recolhido em envelope fechado visando a não identificação dos mesmos. O tempo para o seu preenchimento foi de aproximadamente 7 minutos.

4.5 Análise de dados

Os dados foram digitados e organizados em banco de dados e analisados com ajuda do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 18. Inicialmente foi realizada a análise descritiva de frequência absoluta e relativa, média, mediana, desvio padrão e percentis. Para as variáveis categóricas e contínuas foi realizado o teste Exato de Fisher, o teste de Qui-quadrado, o teste de Mann-Whitney e teste de Kruskal-Wallis (CALLEGARI-JAQUES, 2003). Toda associação e diferença com p valor $\leq 0,05$ foi considerada estatisticamente significativa.

4.6 Aspectos éticos

Visando atender às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, previstas pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde o projeto aprovado sob nº 23358 pela Comissão de pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO A) e aprovado sob nº 120260 pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto

Alegre (ANEXO B), e encontra-se disponível na Plataforma Brasil sob CAEE 05182112.2.0000.5327. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias formalizando assim a sua disposição em participar do estudo (Apêndice B). Foi garantido o anonimato aos participantes, assim como as informações fornecidas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa.

As pesquisadoras solicitaram apoio das áreas envolvidas (médica, enfermagem, e administrativa) para a realização da coleta de dados em horário de trabalho dos profissionais. As pesquisadoras se comprometeram em guardar todos os arquivos e materiais da pesquisa por cinco anos.

Os benefícios desta investigação são as de permitir conhecer as ações desenvolvidas pela equipe de saúde diante do tabagismo, especialmente no que se refere a dar suporte a gestante/puérpera que deseja ou necessita parar de fumar, uma vez que estudos mostram ser necessário a existência de equipes multiprofissionais treinadas para o tratamento da dependência da nicotina nas instituições hospitalares. O projeto não previu riscos, a não ser o desconforto e o tempo despendido para o preenchimento do instrumento.

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 135 membros da equipe de saúde, dos quais 102 (75,6%) eram mulheres, com média de idade de $35,78 \pm 12,53$ anos, 66(48,9%) solteiras, com média de $17,1 \pm 5,05$ anos de estudo. A composição da equipe de saúde estava distribuída em acadêmicos de medicina, enfermagem e psicologia 49(36,3%), auxiliares/técnicos de enfermagem 37(27,4%) e médicos 23(17%). Atuavam na área da saúde há 10 anos [IQ=5-21] e 3 anos [IQ=0,5-15] na área obstétrica (Tabela 1).

Tabela 1- Caracterização dos membros da equipe de saúde atuantes nas áreas obstétricas, Porto Alegre/RS, 2012

Caracterização da amostra		N (%)
Idade		$35,8 \pm 12,5^*$ 30 [25-49] [#]
Sexo		
	Feminino	102 (75,6)
	Masculino	33 (24,4)
Estado Civil		
	Solteiro(a)	66 (48,9)
	Casado(a)/ companheiro(a)	55 (40,7)
	Divorciado(a)/ separado(a)	12 (8,9)
	Viúvo(a)	2 (1,5)
Anos de estudo		$17,1 \pm 5,05^*$ 17 [14,2- 18,5] [#]
Equipe de saúde		
	Acadêmico(a)	49 (36,3)
	Auxiliar/técnico de enfermagem	37 (27,4)
	Médico(a)	23 (17)
	Enfermeiro (a)	17 (12,6)
	Residente de medicina	5 (3,7)
	Nutricionista	2 (1,5)
	Assistente social	1 (0,7)
	Farmacêutico	1 (0,7)
Tempo de atuação na área da saúde		$13,4 \pm 10^*$ 10 [5-21] [#]
Tempo de atuação na área obstétrica		$8,9 \pm 10,5^*$ 3 [0,5-15] [#]

* tempo médio em anos # mediana em anos

Fonte: TEIXEIRA, Carolina de Castilhos. **Ações da equipe de saúde em relação à gestante/puérpera tabagista.** Porto Alegre, 2012.

Dos acadêmicos participantes, 44(97,8%) já haviam concluído mais da metade da totalidade do seu curso e 14(31,1%) estavam no 8º semestre, 11(24,4%) no 12º semestre e 8(17,8%) no 11º semestre.

Quanto ao status tabágico 116(87,2%) referiram não fumar, 11(8,3%) já fumaram, mas não fumam há mais de seis meses e 6(4,5%) fumavam pelo menos um cigarro por dia (Tabela 2).

Tabela 2- Características da equipe de saúde que atuam na área materna em relação ao tabagismo, Porto Alegre/RS, 2012

Características da amostra em relação ao tabagismo	N (%)
STATUS TABÁGICO	
Não- fumante	116 (87,2)
Fumante em abstinência	11 (8,3)
Fumante	6 (4,5)
FUMANTES	
Nº de cigarros consumidos/dia	10,4 ± 4,9*
	10 [7-14] [#]
Tempo de consumo do tabaco	21,2±13,7*
	22,5 [7,5- 33,7] [#]
Fuma durante o trabalho	3 (60)
Utiliza área reservada a fumantes	3 (100)
Tentou parar de fumar	2 (40)
FUMANTES EM ABSTINÊNCIA	
Tempo em abstinência	10,2 ± 9,48*
	8 [2,4-16,3] [#]
Como parou de fumar ^{##}	
<i>Parou sozinho</i>	8 (72,7)
<i>Uso de medicação</i>	2 (18,2)
<i>Acompanhamento profissional</i>	1 (9,1)

* tempo médio em anos # mediana em anos ## questão de escolha múltipla

Fonte: TEIXEIRA, Carolina de Castilhos. **Ações da equipe de saúde em relação à gestante/puérpera tabagista.** Porto Alegre, 2012.

Houve dez membros da equipe de saúde que se encontravam em abstinência e um participante afirmou ter utilizado mais de um método de cessação do tabagismo, o que justifica a frequência de 11 na questão ‘*Como deixou o tabaco*’.

Quando comparadas as médias de idade de fumantes, fumantes em abstinência e não fumantes houve associação significativa com $p > 0,001$. O grupo de fumantes e fumantes em

abstinência obteve uma mediana de idade de 54 anos [IQ=34-58,5] enquanto que o grupo de não-fumantes obteve uma mediana de 28 anos [IQ=25-42].

Quanto à abordagem sobre questões relacionadas ao tabagismo 76(56,3%) referiram abordar sempre, 46(34,1%) apenas às vezes, e 13(9,6%) referiram não fazer abordagem com suas pacientes. Esta abordagem ocorre em até duas vezes ao longo da internação/consulta para 92(78,6%) dos participantes e três vezes ou mais para 25(21,4%), e não inclui os familiares para 62(45,9%) da amostra, inclui às vezes para 53(39,3%) e inclui sempre para 20(14,8%). Ao distribuir entre os membros da equipe destacaram-se médicos e os enfermeiros com maior percentual em realizar a abordagem sempre (Quadro 1).

Quadro 1 - Abordagem da equipe de saúde em relação à gestante/puérpera tabagista, Porto Alegre/RS, 2012

Profissão	Aborda	N(%)	Nº de abordagens	N(%)	Inclui o familiar	N(%)
Médico	Sim	17(73,9)	1 vez	12(52,2)	Sim	5(21,7)
	Às vezes	5 (21,7)	3 a 4 vezes	5(21,7)	Às vezes	8(34,8)
	Não	1 (4,3)	Mais de 4 vezes	5(21,7)	Não	10(43,5)
Enfermeiro	Sim	12(70,6)	1 vez	8(47,1)	Sim	3(17)
	Às vezes	5(29,4)	2 vezes	4(23,5)	Às vezes	9(52,9)
	Não	0(0)	3 a 4 vezes	2(11,8)	Não	5(29,4)
			Mais de 4 vezes	3(17,6)		
Acadêmico	Sim	31(64,6)	1 vez	32(66,7)	Sim	6(12,5)
	Às vezes	14(29,2)	2 vezes	7(14,6)	Às vezes	21(43,8)
	Não	3(6,3)	3 a 4 vezes	2(4,2)	Não	21(43,8)
			Mais de 4 vezes	4(8,3)		
Auxiliar/técnico enfermagem	Sim	13(35,1)	1 vez	18(48,6)	Sim	6(16,2)
	Às vezes	17(45,9)	2 vezes	4(10,8)	Às vezes	11(29,7)
	Não	7(18,9)	3 a 4 vezes	2(5,4)	Não	20(54,1)
			Mais de 4 vezes	1(2,7)		

Fonte: TEIXEIRA, Carolina de Castilhos. **Ações da equipe de saúde em relação à gestante/puérpera tabagista**. Porto Alegre, 2012.

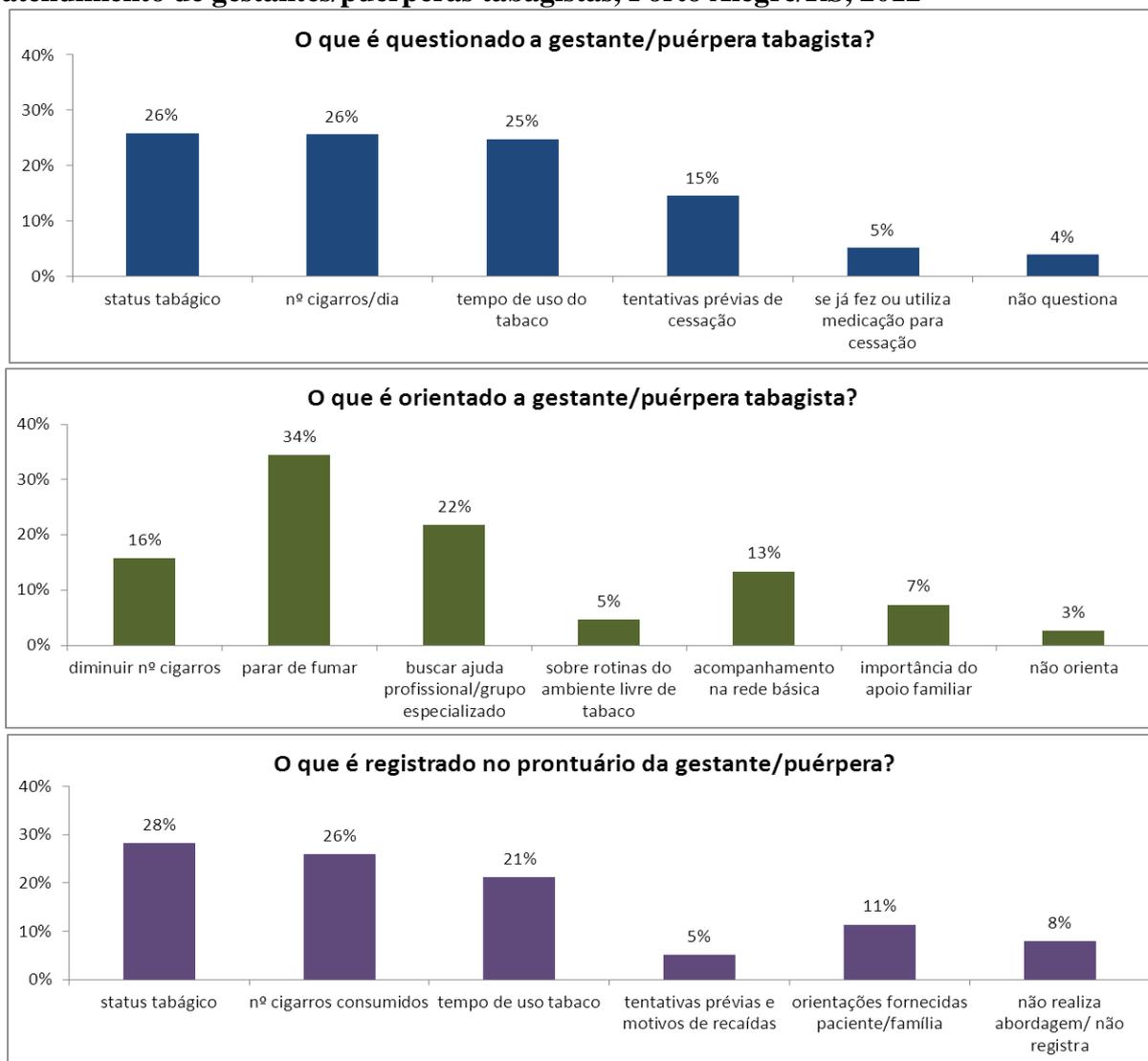
Para preservar a identidade dos participantes, apenas foram feitas associações nas categorias profissionais que obtiveram um $N \geq 10$. Logo, nutrição, serviço social, farmácia e residência em medicina não fizeram parte das análises por categoria profissional. A associação entre a questão “aborda a paciente sobre questões relacionadas ao tabagismo” e os diferentes membros da equipe foi estatisticamente significativa, com $p = 0,025$, assim como a associação de “números de abordagens” e “membros da equipe” com $p = 0,008$. As análises de

resíduos mostraram que auxiliares/técnicos de enfermagem fizeram menos abordagem do que o esperado.

Quando questionados a respeito de sua atitude diante de uma gestante/puérpera que se mostra resistente a deixar o seu comportamento tabágico, 102(80,3%) sujeitos afirmaram que reforçam com a paciente os prejuízos que o tabaco pode acarretar para à saúde da mãe e do o bebê, assim como os benefícios associados à cessação do tabagismo; 15(11,8%) referiram não insistir no assunto e preferem aguardar uma nova consulta para retomar o problema; 13(10,2%) preferem respeitar a opção da paciente em permanecer fumando e não abordam mais essa questão, e 10(7,9%) agem com choques de ideias tentando sensibilizá-la a abandonar o comportamento tabágico pelo medo.

Os questionamentos da equipe à gestante/puérpera tabagista foram voltados principalmente para os status tabágico em 94(26%) dos casos, número de cigarros consumidos por dia 93(2,6%) e o tempo de uso do tabaco 90(25%). A orientação da equipe foi principalmente para cessar o tabagismo em 103(34,4%), buscar ajuda de profissional/grupo especializado 65(22%) e diminuir o número de cigarros consumidos 47(16%). O registro em prontuário ocorreu em relação ao status tabágico da paciente em 89(28,3%) casos, número de cigarros consumidos por dia 82(26%) e tempo de uso do tabaco 67(21,3%) (Figura 1).

Figura 1 – Questionamento, orientação e registro da equipe de saúde em relação ao atendimento de gestantes/puérperas tabagistas, Porto Alegre/RS, 2012



Fonte: TEIXEIRA, Carolina de Castilhos. **Ações da equipe de saúde em relação à gestante/puérpera tabagista.** Porto Alegre, 2012.

Quanto ao uso de instrumentos que auxiliam nas intervenções ao tabagismo, 103(82,4%) afirmaram não fazer uso de nenhum instrumento de intervenção; enquanto que 17(13,6%) realizaram a abordagem cognitivo-comportamental, 5(4%) utilizaram a Escala de Fagerström e 3(2,4%) avaliaram o estágio de motivação conforme Proshaska e Di Clemente. Entre os que afirmaram fazer uso da abordagem cognitivo-comportamental 8(16%) eram dos acadêmicos, 6(20%) dos técnicos/auxiliares de enfermagem, 2(12,5%) dos enfermeiros e 1(4,3%) médico. A aplicação da Escala de Fargerström e dos Estágios de Motivação para Cessação do Tabagismo foram realizadas apenas pelos acadêmicos em 8(17%) casos.

As possíveis barreiras que impediram a intervenção no processo de cessação do tabaco foram a falta de tempo nas consultas 73(61,9%), o pouco incentivo institucional 32(27,1%), a

falta de habilidade/conhecimento sobre a cessação do tabagismo 27(22,9%), a indisponibilidade de tratamento específico 23(19,5%) e outros 20(16,9%) sendo citados neste item o vínculo breve com a paciente internada, a resistência das pacientes à abordagem e o fato dos membros da equipe assistencial terem esquecido de fazê-la.

Cinquenta (38,8%) dos participantes afirmaram sentir dificuldade para orientar gestantes/puérperas quanto à cessação do tabagismo sendo 17(51,5%) dos técnicos/auxiliares de enfermagem, 18(38,3%) dos acadêmicos, 5(29,4%) dos enfermeiros e 5(21%) dos médicos.

Setenta e três (57%) sujeitos afirmaram que as ações da equipe de saúde em relação ao processo de cessação do tabagismo às gestantes/puérperas, contribuem às vezes, enquanto que 30(23,4%) acreditavam que sempre contribui e 25(19,5%) que não contribui para o processo de cessação.

Noventa (70,3%) sujeitos avaliaram a eficácia de suas próprias ações para o processo de cessação como regular, 29(22,7%) como ruim e 9(7%) como ótimo/bom. Para 67(51,1%) participantes a discussão do tema “tabaco e gestação” não ocorre nos locais de atuação e 105(81,4%) dos profissionais sentiram a necessidade de atualizar ou aprofundar seus conhecimentos na área “tabagismo e gestação” para qualificar a sua assistência.

Trinta e seis (26,7%) sujeitos fizeram sugestões de ações que a equipe de saúde poderia realizar para auxiliar às gestantes/puérperas a pararem o comportamento tabágico. As principais se referiram à ações de prevenção, orientações e abordagem no nível primário de atendimento, ações de educação à redução de danos e produção de palestras e informativos, sugeridos por 21(58,3%); à formação de uma equipe multiprofissional especializada para o atendimento dessas pacientes sugerido por 10 (27,8%) profissionais; e intensificar as capacitações para a equipe multiprofissional que atende esta gestante, sugerido por 2(1,5%); e os demais sugeriram a formação de mais grupos de tabagistas e melhorar a disponibilização de fármacos de auxílio para a cessação.

A associação entre ‘aborda a paciente sobre questões relacionadas ao tabagismo’ e ‘status tabágico da equipe de saúde’, ‘anos de estudo’ e entre ‘profissionais e acadêmicos’ não foram estatisticamente significativas com valores de $p=0,385$, $p=0,216$ e $p=0,430$, respectivamente.

Quando associadas as ‘ações realizadas com a gestante/puérpera tabagista’ aqui compreendidas a abordagem referente, ao que questiona, orienta, registra e os instrumentos que utiliza para a abordagem, com a ‘dificuldade referida para orientar pacientes tabagistas’ e ‘necessidade de aprofundar conhecimentos na área’ houve relevância estatística com valores

de $p=0,001$ e $p=0,027$, respectivamente. As análises de resíduos mostraram que os membros da equipe com maior dificuldade realizaram menos ações junto da paciente tabagista e que membros da equipe que sentem necessidade de aprofundar seus conhecimentos na área “tabagismo e gestação” foram os que mais realizaram ações junto às pacientes.

6 DISCUSSÃO

As ações da equipe de saúde referente à gestante/puérpera tabagista vêm sendo desenvolvidas parcialmente por metade da amostra estudada. A abordagem a estas pacientes ocorre até duas vezes ao longo da internação ou consulta, não se estende ao familiar e é prevalentemente realizada pelo médico e enfermeiro. Os profissionais não têm realizado a avaliação do grau de dependência por meio da Escala de Fagerström, nem da Escala de Motivação para a mudança de comportamento e um número reduzido de profissionais realizam a abordagem cognitivo-comportamental. Esses resultados evidenciam uma realidade distante daquela preconizada pelo Ministério da Saúde que orienta a realização da abordagem cognitivo-comportamental com todas as gestantes/puérpera baseada na avaliação inicial da dependência da paciente e apoio medicamentoso em situações especiais (BRASIL, 2001).

Apenas pouco mais da metade da amostra seguiu parcialmente as diretrizes do Ministério da Saúde referente a abordagem à paciente tabagista. A diretriz também preconiza assistência a todas pacientes em relação ao seu comportamento tabágico, e reitera a importância de que ela ocorra de forma continuada, podendo ser um aconselhamento intensivo, breve ou mínimo (BRASIL, 2001). Essa abordagem deficitária reflete nos resultados da auto-avaliação da equipe de saúde em relação à cessação quando em que mais de 90% se avaliam como regular ou ruim.

O status tabágico do membro da equipe de saúde não está associado às orientações fornecidas pelo mesmo. Este resultado pode estar comprometido, pelo fato de o número de profissionais tabagistas ter sido bastante reduzido. Entretanto estudo mostra que médicos fumantes orientam menos seus pacientes em relação aos malefícios do tabagismo comparado aos médicos em abstinência da nicotina ou não fumantes (GUAZZELLI; FILHO; FISS, 2005). A prevalência do presente estudo é similar comparada às encontradas na literatura (GUAZZELLI; FILHO; FISS, 2005; SAAVEDRA; FERREIRA; PILLON, 2010). A diminuição desta prevalência entre os profissionais é importante, uma vez que estes são exemplo de bons hábitos de vida e saúde à população leiga.

Os profissionais médico e enfermeiro foram os que por mais vezes prestaram assistência à paciente tabagista durante a internação e incluíram o familiar/ acompanhante neste processo. Esse achado vão ao encontro de outro estudo que também refere que estes profissionais e o familiar são a principal fonte de informações/intervenções e orientações sobre o tabagismo às pacientes (MOTTA; ECHER; LUCENA, 2010).

No entanto, é sabido que mudança de comportamento necessita de muito mais do que duas intervenções para que ele possa ocorrer, por isso é imperativo que essa intervenção ocorra de forma sistemática para que de fato a equipe possa ajudar esse grupo de pacientes a abandonar o cigarro.

Ainda em relação à orientação a paciente tabagista, é preocupante o achado de que os auxiliares/técnicos de enfermagem foram os que menos vezes abordaram e os que afirmaram ter mais dificuldade para orientar à gestante/puérpera. Levando-se em consideração que essa é a categoria mais numerosa na assistência hospitalar comparados aos demais profissionais e ao fato de eles terem maior contato com essa paciente na internação existe a necessidade de buscar estratégias para capacitá-los para atuarem junto a esse grave problema de saúde pública. Estudo mostra que a desvalorização ou omissão do profissional frente ao comportamento tabágico pode ser interpretada pelo paciente como se esse comportamento não tivesse relação com o seu processo de doença e recuperação (PAMPLONA, 2007). Estudo evidencia (ECHER; BARRETO, 2008) o quanto uma breve intervenção da equipe de saúde pode ser decisiva para a tomada de decisão em relação a sua motivação para parar de fumar e por isso é necessário que ela aconteça sempre em todas as oportunidades.

Os questionamentos, as orientações e os registros dos profissionais da equipe de saúde do presente estudo estão voltados principalmente no sentido de identificar o status tabágico da gestante/puérpera, o número de cigarros consumidos por dia, o tempo de uso do tabaco, orientações para cessar o tabaco e buscar de apoio especializado. Estas informações são imprescindíveis no contexto do processo de cessação, uma vez que, é a partir delas que é definida a escolha pelo tratamento mais adequado. No entanto, para que a cessação aconteça não basta apenas a coleta de informações é necessário que as pacientes sejam acompanhadas ao longo da internação e ou consultas de ambulatório com a utilização da abordagem cognitivo-comportamental.

A questão “orientações” foi a que menos apresentou a opção “não realizo”, o que é positivo. Levando-se em consideração que a literatura (MOTTA; ECHER; LUCENA, 2010; MACHADO; LOPES, 2009) evidencia que gestantes/puérperas fumantes têm menor grau de instrução e que os fatores de risco para a recaída são a pouca credibilidade sobre os malefícios do tabaco ao feto, crença de baixa capacidade de cessar o tabaco, falta de suporte social, estresse, baixa escolaridade, entre outros, reforça a necessidade de que as estas orientações sejam realizadas de maneira adequada ao nível de compreensão da gestante/puérpera de modo sistemático para que de fato obtenha êxito.

A Escala de Fagerström e a Escala de Motivação de Proshaska e Di Clemente foram utilizadas exclusivamente por acadêmicos de medicina e enfermagem, este fenômeno segundo a literatura pode estar relacionado ao fato de estes instrumentos não serem de domínio de conhecimento da maioria dos profissionais (LOTUFO, 2007). Com base neste resultado, sugere-se a capacitação das equipes de saúde com a distribuição desses simples instrumentos que podem ajudar efetivamente na condução da escolha pelo melhor tratamento.

A ação mais realizada pela amostra frente à paciente tabagista que não deseja parar de fumar foi a orientação sobre os malefícios que o cigarro pode causar tanto à mãe quanto ao bebê, somados aos benefícios de sua cessação. Essa é também a atitude orientada pelo Ministério da saúde juntamente com a avaliação da motivação de parar ou não com o tabaco e a realização de intervenções motivacionais (BRASIL, 2001). Esta abordagem é essencial para auxiliar a gestante/puérpera tabagista a refletir sobre os riscos de manter o seu comportamento tabágico e os benefícios da mudança.

A prevalência de tabagismo entre os diferentes membros das equipes de saúde foi baixa comparada à da população geral, que é de 15% (BRASIL, 2009). A análise desse resultado mostrou que as equipes tabagistas e as em abstinência pertencem a um grupo de média de idade estatisticamente maior comparado aos não fumantes, o que pode ser explicado pelo fato que ao longo das últimas três décadas com a legislação contra o tabagismo e programas de amparo à cessação está ocorrendo uma tendência de regressão do uso do tabaco no país (BRASIL, 2003).

As barreiras no processo de cessação do tabaco apontadas pela amostra estão relacionadas à falta de tempo nas consultas, ao pouco incentivo institucional e a falta de habilidade ou conhecimento dos membros da equipe de saúde. Este é um dado preocupante uma vez que estudo de revisão (MACHADO; LOPES, 2009) mostra que os melhores resultados e o momento mais eficiente para a abordagem desta paciente é a consulta pré-natal, a qual alcança índices de abstinência de até 70%. Em contrapartida mais de 80% dos membros da equipe entrevistados referiram interesse em atualizar e aprofundar seus conhecimentos na área, o que é positivo e necessita ser implementado na prática clínica para que estas pacientes possam ser mais bem assistidas.

O número maior de sugestões de ações para serem desenvolvidas pela equipe de saúde com a gestante/puérpera tabagista foi relacionado às ações de prevenção, orientação, e abordagem na atenção primária de saúde. Segundo a literatura o tema tabagismo tem sido pouco valorizado, o que se torna uma importante lacuna a ser preenchida por futuras pesquisas, uma vez que a equipe de saúde por meio da educação tem grande potencial de

prevenir a iniciação do tabaco desde a infância (MOURA et al, 2011). Estudo mostra que ações desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família, por meio de grupos especializados sobre a cessação do tabagismo, oportuniza uma melhor avaliação, tratamento e acompanhamento do paciente usuário do tabaco, aproximando as ações da equipe multiprofissional daquelas preconizadas pelas diretrizes nacionais de controle do tabaco (RAMOS; SOARES; VIEGAS, 2009; REICHERT et al, 2008).

Apesar disso, resultados alcançados na atenção básica em programas de cessação do tabagismo estão em torno de 35% (RAMOS;SOARES;VIEGAS, 2009), um pouco mais elevado do que os encontrados na literatura, mostrando a importância de todo e qualquer contato com o paciente tabagista, tanto na consulta da rede básica quanto na internação hospitalar, uma vez que a internação possui um fator diferencial que é a presença da doença clínica que pode estar relacionada ao comportamento tabágico, além de ser um momento propício para alterar a rotina do fumante (MOTTA; ECHER; LUCENA, 2010; PRESMAN; CARNEIRO; GIGLIOTTI, 2005; PAMPLONA, 2007).

A partir dos resultados defende-se a ideia que o tabagismo dever ser avaliado, acompanhado e tratado como um sinal vital, a exemplo dos demais sinais que são acompanhados pela equipe de saúde todos os dias e várias vezes em um mesmo dia, com intervenções da equipe nos momentos necessários. Assim, as pacientes de fato serão acompanhadas neste processo de cessação que para algumas é longo e difícil com avanços, sucessos e recaídas.

A limitação do estudo é o fato de os membros da equipe terem respondido ao questionário impresso, o que pode tornar as perguntas diferentes para cada um levando-se em consideração a interpretação pessoal; e ainda o fato de que os próprios membros da equipe estavam respondendo sobre suas ações, o que pode haver um viés de superestimação.

7 CONCLUSÕES

Conclui-se que as ações preconizadas para o atendimento de gestantes/puérperas tabagistas estão sendo desenvolvidas parcialmente por parte dos membros da equipe de saúde, predominantemente por médico e enfermeiro. Esta abordagem acontece em até duas vezes ao longo das internações/consultas e não se estende aos familiares. As equipes de saúde não têm utilizado os instrumentos de avaliação da paciente tabagista e os questionamentos, orientações e registros estão voltados exclusivamente para a coleta de dados. Quase metade do grupo afirma ter dificuldade de orientar a respeito do tabagismo, e a grande maioria avalia a eficácia de suas ações como regular ou ruim. A sugestão dos participantes é a sua capacitação para qualificar o atendimento na atenção básica.

Diante desta realidade é imperativa uma mudança no processo de trabalho destes profissionais e acadêmicos, uma vez que apesar de sensibilizados para a problemática, não conhecem e não disponibilizam de tempo na prática clínica para agir sobre esse problema. Para que a equipe de saúde possa melhor colaborar com a mudança de comportamento destas gestantes e puérperas, é necessário que estes sejam capacitados para essa importante tarefa e assim pode-se quebrar barreiras de tempo, de desinformação, de insegurança no processo de auxiliar essas mulheres a pararem de fumar.

Esses achados reforçam a importância de melhor capacitar estes profissionais que estão diariamente em contato com tabagistas e assim com a oportunidade de fazer algo pela mudança.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio; MATSUO, Tiemi; SOUZA, Regina Kazue Tanno de; MATHIAS, Thaís Aidar de Freitas; IWAKURA, Maria Luiza Hiromi; ZEQUIM, Maria Angelina. Condições de vida e mortalidade infantil no Estado do Paraná, Brasil, 1997/2001. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 22, n.1, p.181-189, 2006.

AQUINO, Rubim Santos Leão de. **Sociedade brasileira**: uma história através dos movimentos sociais. 3 ed. Rio de Janeiro: Record, 2000, p.599.

BORGES, Márcia Teresinha Trotta; SIMÕES- BARBOSA, Regina Helena. Cigarro “companheiro”: o tabagismo feminino em uma abordagem crítica de gênero. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.24, n.12, p.2834-2842, 2008.

BORGES, Marcia Terezinha Trotta; BARBOSA, Regina Helena Simões. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 14, n.4, p.1129-1139, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Estatísticas Vitais**. Brasília: DATASUS, 2008. Disponível em:
<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>> Acessado em: 1 março 2012.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Abordagem e Tratamento do Fumante- Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer**. Rio de Janeiro: INCA [internet], 2003. Disponível em:
<<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=namira.htm>> Acessado em: 26 fev 2012.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3 ed.** Brasília-DF, 2009.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008 – Tabagismo**. Rio de Janeiro (RJ): IBGE, 2009.

BULECHEK, Gloria M; NUTCHER, Howard K; DOCHTERMAN, Joanne McCloskey. **Classificações de enfermagem (NIC)**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, p.901.

CALLEGARI-JAQUES, Sídia M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. 1ed. Porto Alegre: Artmed, 2003, p.255.

CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS- CBCD. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10**. [200-] Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>> Acessado em: 29 maio 2012.

DESALU, Olufemi Olumuyiwa; ADEKOYA, Adebawale Olayinka; ELEGBEDE, Adetokunbo Olujimi; DOSUNMU, Adeolu; KOLAWOLE, Tolutope Fasanmi; NWOGU, Kelechukwu Chukwudi. Conhecimento e práticas para a cessação do tabagismo entre médicos nigerianos. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, vol.35, n.12, p.1198-1203, 2009.

ECHER, Isabel Cristina; BARRETO, Sérgio Saldanha Menna. **Cessação do tabagismo: estratégias de intervenção da equipe de saúde**. 1ed. São Paulo: editora GEN, 2011. p.120.

ECHER, Isabel Cristina; BARRETO, Sérgio Saldanha Menna. Determina o e apoio como fatores de sucesso no abandono do tabagismo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [on line]**, Ribeirão Preto, vol.16, n.3, 2008.

FERNANDES, Paula Porta S. **A corte portuguesa no Brasil (1808-1821)**.1ed. São Paulo: Saraiva, 1997, p.48.

GALÃO, Adriani Oliveira; SODER, Stephan Adamour; GERHARDT, Moisés; FAERTES, Theo Halpern; KRÜGER, Marília Sfredo; PEREIRA, Diego Fraga; BORBA, Clarissa Moreira. Efeitos do fumo materno durante a gesta o e complica es perinatais. **Revista HCPA**, Porto Alegre, vol. 29, n.3, p. 218-224, 2009.

GUAZZELLI, Adriano Cesar; FILHO, Mário Terra; FISS, Elie. Tabagismo entre médicos da Região do ABC Paulista. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, vol. 31, n. 6, p. 516-22, 2005.

GUYTON, Arthur C; HALL, John E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HULLEY, Stephen B.; CUMMINGS, Steven R.; BROWNER, Warren S.; GRADY, Deborah; HEARST, Norman; NEWMAN, Thomas B. **Delineando a pesquisa clínica**: Uma abordagem epidemiológica. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.374.

LAURENTI, Ruy; MELLO-JORGE, Maria Helena P. de; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. **Caderno de Saúde Pública** [online], São Paulo, vol.16, n.1, p. 23-30, 2000.

LOMBARDI, Elisa Maria Siqueira; PRADO, Gustavo Faibichew; SANTOS, Ubiratan de Paula; FERNANDES, Frederico Leon Arrabal. O tabagismo e a mulher: Riscos, impactos e desafios. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, vol.37, n.1, p.118-128, 2011.

LOTUFO, João Paulo Becker. O conhecimento dos pediatras e pneumopediatras sobre tabagismo. **Pediatria**, São Paulo, vol.29, n.1, p.75-76, 2007. Carta.

MACHADO, Julia de Barros; LOPES, Maria Helena Itaquí. Abordagem do tabagismo na gestação. **Scientia Medica**, Porto Alegre, vol. 19, n. 2, p. 75-80, 2009.

MARIN, Gustavo Horacio; DELGADO, Liliana; SAGER, Gustavo; VISENTÍN, Silvana; AZZARO, Sebastiana; TOZZI, Mabel. Consequences of smoking during pregnancy for mother and child. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, vol.3, n.2, p.159-164, abr./jun. 2003.

MOTTA, Giordana de Cássia Pinheiro da; ECHER, Isabel Cristina; LUCENA, Amália de Fátima. Fatores associados ao tabagismo na gestação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.18, n.4,[08 telas], jul-ago 2010.

MOURA, Marcione Aparecida de Souza; MENEZES, Maria de Fátima Batalha de; MARIANO, Renata Dória; SILVA, Vagnára Ribeiro da; SOUZA, Luana Pinheiro de. Intervenções de Enfermagem no Controle do Tabagismo: uma Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, vol. 57, n. 3, p.411-419, 2011.

NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.456.

PAMPLONA, Paula. Fumador internado? – A intervenção apropriada. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, vol. XIII, n. 6, p. 801-826, 2007.

PINTO, Gilberto Rodrigues; BOTELLO, Clovis. Influência do tabagismo no Sistema Vascular Materno- fetal: Estudo com dopplervelocimetria. **RGO Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, vol.22, n.10, p. 641-646, 2000.

PIRES, Cecília. **A violência no Brasil**. 14ed. São Paulo: Editora Moderna, 1985. p.71.

PRESMAN, Sabrina; CARNEIRO, Elizabeth; GIGLIOTTI, Analice. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, vol. 32, n.5, p. 267-275, 2005.

RAMOS, Donatela; SOARES, Thaís da Silva Tavares; VIEGAS, Karin. Auxiliando usuários de uma unidade de saúde a parar de fumar: relato de experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.14, supl. 1, p. 1499-1505, 2009.

REICHERT, Jonatas; ARAÚJO, Alberto José de; GONÇALVES, Cristina Maria Cantarino; GODOY, Irma; CHATKIN, José Miguel; SALES, Maria da Penha Uchoa; SANTOS, Sergio Ricardo Rodrigues de Almeida. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, vol. 34, n.10, p. 845-880, 2008.

ROOKS, Cherie; FABER, Tracy; VOTAW, John; VELEDAR, Emir; GOLDBERG, Jack; RAGGI, Paolo; QUYYUMI, Arshed A; BREMNER, Douglas J; VACCARINO, Viola. Effects of Smoking on Coronary Microcirculatory Function: A twin Study. **Atherosclerosis**, vol.215, n.2, p.500-506, april 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3082474/?tool=pubmed>> Acessado em: 15 maio 2012.

SAAVEDRA, Vilma Pérez; FERREIRA, Paulo Sérgio; PILLON, Sandra Cristina. Tabaquismo en las enfermeras de un hospital nacional de Lima, Perú. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 18, p. 550-6, 2010.

SÉ, Carla Coutinho Sento; AMORIM, Wellington Mendonça de. Ações de enfermagem frente às implicações clínicas do tabagismo na saúde da mulher. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, vol.5, n.1, p. 1-18, 2009.

SILVA, Claudio Jerônimo da; SERRA, Ana Maria. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol.26, supl I, p. 33-39, 2004.

SILVA, Sabrina Letícia Couto da; FACHEL, Jandyra Maria Guimarães; KATO, Sergio Kakuta; BASSANESI, Sergio Luiz. Visualização dos padrões de variação da taxa de mortalidade infantil no Rio Grande do Sul, Brasil: comparação entre as abordagens Bayesiana

Empírica e Totalmente Bayesiana. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 7, p.1423-1432, jul 2011.

TIAGO, Laudimara Ferreira; CALDEIRA, Antônio Prates; VIEIRA, Maria Aparecida. Fatores de risco de baixo peso ao nascimento em maternidade pública do interior de Minas Gerais. **Pediatria**, São Paulo, vol. 30, n.1, p.8-14, 2008.

ZANARDO, Vincenzo ; NICOLUSSI, Silvia; CAVALLIN, Stefania; TREVISANUTO, Daniele; BARBATO, Angelo; FAGGIAN, Diego; FAVARO, Flaviano; PLEBANI, Mario. Effect of Maternal Smoking on Breast Milk Interleukin-1 α , β -Endorphin, and Leptin Concentrations. **Environ Health Perspect**, vol. 113, n.10, p.1410-1413, october 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1281289/?tool=pubmed>> Acessado em: 24 maio 2012.

ZHANG, Bo; ZHU, Wei; YANG, Ping; LIU, Tao; JIANG, Mei; HE, Zhi-ni; ZHANG, Shi-xin; CHEN, Wei-Qing; CHEN, Wen. Cigarette Smoking and *p16^{INK4 α}* Gene Promoter Hypermethylation in Non-Small Cell Lung Carcinoma Patients: A Meta-Analysis. **Plos one**, vol.6, n.12, p. e28882, december 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3236763/?tool=pubmed>> Acessado em: 17 maio 2012.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

- 1) Qual a sua idade? _____ anos.

- 2) Você é do sexo:
 - 1.() feminino
 - 2.() masculino

- 3) Qual o seu estado civil?
 - 1.() casado(a)/companheiro(a)
 - 2.() solteiro(a)
 - 3.() divorciado(a)/separado(a)
 - 4.() viúvo(a)

- 4) Quantos anos de estudo você tem? _____ anos. (incluindo Ensino Fundamental, Médio, Técnico e Superior)

- 5) Você é:
 - 1.() médico
 - 2.() enfermeiro
 - 3.() auxiliar ou técnico de enfermagem
 - 4.() nutricionista
 - 5.() fisioterapeuta
 - 6.() assistente social
 - 7.() farmacêutico
 - 8.() acadêmico. Qual o semestre do curso? _____
 - 9.() residente.
 - 10.() outro qual? _____

- 6) Há quanto tempo está atuando na área da saúde? _____ anos.

- 7) Há quanto tempo está atuando na área obstétrica? _____ anos.
- 8) Como você se classifica em relação ao tabagismo?

- a() fumante (pessoa que fuma regularmente pelo menos 1 cigarro por dia)
b() fumante em abstinência (pessoa que parou de fumar há mais de 6 meses)
c() não-fumante (pessoa que não fuma ou que já experimentou o fumo, mas não se tornou fumante)

a. Se você é fumante informe:

Qual o número de cigarros consumidos por dia? _____ cigarros.

Há quanto tempo você fuma? _____ anos.

Você fuma durante o turno de trabalho?

- 1.() sim
2.() não

Se a resposta anterior for sim, você utiliza a área reservada a fumantes?

- 1.() sim
2.() não

Já tentou parar de fumar?

- 1.() sim. Quantas vezes? _____.
2.() não

b. Se você é fumante em abstinência, informe:

Há quanto tempo parou de fumar? _____ anos.

Como conseguiu deixar o tabaco? *Escolha múltipla*

- 1.() usei medicação
2.() fiz acompanhamento com profissional da saúde
3.() recebi ajuda de familiar/de amigos
4.() não obtive nenhum tipo de auxílio, “parei sozinho”
5.() outra Qual? _____

AÇÕES DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO À GESTANTE/PUÉRPERA

- 9) Você aborda com suas pacientes as questões relacionadas ao tabagismo?
1.() sim
2.() às vezes
3.() não

10) Quantas vezes você aborda a cessação do tabagismo com gestantes/puérperas tabagistas na internação/consultas?

- 1.() 1 vez
- 2.() 2 vezes
- 3.() 3 a 4 vezes
- 4.() mais de 4 vezes
- 5.() não abordo

11) Você tem como rotina conversar com os familiares da gestante/puérpera sobre a cessação do tabagismo da sua paciente?

- 1.() sim, sempre
- 2.() as vezes
- 3.() não converso sobre o tabagismo com os familiares

12) Quando a gestante se mostra resistente a deixar o comportamento tabágico, qual sua atitude?

Escolha múltipla

- 1.() não insiste e prefere aguardar uma nova consulta para tratar do assunto
- 2.() respeita a opção da gestante/puérpera em permanecer fumando e não aborda mais essa questão
- 3.() age com “choque de ideias” tentando sensibilizá-la a parar de fumar, nem que seja pelo susto
- 4.() reforça a paciente explicando os problemas de saúde que este comportamento podem trazer para ela e o bebê e os benefícios associados à cessação do tabagismo

13) Na sua prática clínica em relação à gestante/puérpera usuária de tabaco, você **questiona** sobre:

Escolha múltipla

- 1.() status tabágico (se o paciente é fumante, fumante em abstinência ou nunca fumante)
- 2.() número de cigarros consumidos por dia
- 3.() tempo de uso do tabaco
- 4.() tentativas prévias de cessação do tabaco
- 5.() se já fez ou utiliza medicação para cessação do tabagismo
- 6.() não questiona

14) Na sua prática clínica em relação à gestante/puérpera usuária de tabaco, você **orienta**:

Escolha múltipla

- 1.() a diminuir o número de cigarros consumidos
- 2.() a parar de fumar
- 3.() a buscar ajuda profissional/grupo especializado para conseguir parar de fumar
- 4.() sobre as rotinas do ambiente livre de tabaco existente na instituição
- 5.() sobre a possibilidade de fazer acompanhamento na rede básica
- 6.() sobre a importância do apoio familiar
- 7.() não oriento

15) Na sua prática clínica em relação à gestante/puérpera usuária de tabaco, você **registra em**

prontuário: Escolha múltipla

- 1.() o status tabágico (se é fumante, fumante em abstinência ou nunca fumante)
- 2.() o número de cigarros consumidos
- 3.() o tempo de uso do tabaco
- 4.() as tentativas prévias de cessação e motivos das recaídas
- 5.() as orientações fornecidas ao paciente e família
- 6.() não realizo abordagem em relação à cessação do tabagismo
- 7.() outro Qual? _____

16) Fazem parte da sua assistência à gestante/puérpera tabagista: Escolha múltipla

- 1.() realizar abordagem cognitivo-comportamental
- 2.() aplicar a Escala de Fargerström
- 3.() avaliar o estágio de motivação conforme Proshaska e Di Clemente
- 4.() não utilizo nenhum dos instrumentos acima listados

17) Você sente dificuldade para orientar gestantes/puérperas tabagistas quanto à cessação do tabaco?

- 1.() sim
- 2.() não

18) Quais são as possíveis barreiras que impedem você de intervir na cessação do tabagismo com gestantes/puérperas? Escolha múltipla

- 1.() falta de tempo nas consultas/internações
- 2.() falta de habilidade/conhecimento sobre a cessação do tabagismo
- 3.() indisponibilidade de tratamentos (terapia de reposição de nicotina, bupropiona)
- 4.() pouco incentivo institucional
- 5.() outro. Qual _____

19) Em sua opinião as ações da equipe de saúde têm contribuído para a cessação do tabagismo de gestantes/puérperas usuárias de tabaco?

- 1.() sim
- 2.() às vezes
- 3.() não

20) Como você avalia a eficácia de suas ações com gestantes/puérperas usuárias de tabaco?

- 1.() ótimo/bom
- 2.() regular
- 3.() ruim

21) O tema “tabaco e gestação” tem sido discutido/estudado no seu local de atuação?

- 1.() sim
- 2.() não

22) Você sente necessidade de atualizar ou aprofundar seus conhecimentos na área “tabagismo e gestação” para qualificar a assistência?

- 1.() sim
- 2.() não

23) Você tem alguma sugestão de ações que a equipe multidisciplinar poderia realizar para ajudar na cessação do tabagismo em gestantes/puérperas?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto: Ações da equipe de saúde em relação à gestante/puérpera tabagista

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo que tem como objetivo fazer um diagnóstico das ações desenvolvidas pela equipe de saúde em relação à paciente tabagista que interna em unidades de atendimento à gestante/puérpera no HCPA. O projeto será desenvolvido no contexto do Curso de Bacharel em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Os benefícios desta investigação permitirão conhecer as ações desenvolvidas pela equipe de saúde diante do tabagismo, especialmente no que se refere a dar suporte a gestante/puérpera que deseja ou necessita parar de fumar, uma vez que estudos mostram ser necessária a existência de equipes multiprofissionais treinadas para o tratamento da dependência da nicotina nas instituições hospitalares. O projeto não prevê riscos, a não ser o desconforto e o tempo despendido para o preenchimento do instrumento.

Estima-se um tempo de 7 minutos para o preenchimento das questões. Se você se sentir constrangido em relação em alguma questão, tem a liberdade de não respondê-la. Os custos do projeto ficarão a cargo dos pesquisadores.

A participação tem caráter voluntário, há possibilidade de desistência a qualquer momento, sem prejuízo algum nas suas atividades institucionais. As informações coletadas serão utilizadas somente para fins acadêmicos e a identidade dos participantes será preservada. Os instrumentos serão entregues aos participantes durante o seu horário de trabalho. Este será preenchido pelos participantes e recolhido em envelope fechado visando a não identificação dos mesmos. Em qualquer etapa do estudo é possível solicitar esclarecimentos à pesquisadora Carolina de Castilhos Teixeira, aluna de graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS ou à Isabel Cristina Echer, pesquisadora responsável por este projeto, professora da Escola de Enfermagem da UFRGS, pelo telefone 33598597. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, telefone (51) 33598304. Convidamos você a participar do estudo, respondendo às questões do questionário.

DATA: __/__/__

Nome do participante

Nome do pesquisador

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO A- Comprovante de aprovação do projeto pela COMPESQ/EEUFRGS

Dados do Projeto de Pesquisa

Projeto N°: 23358

Título: AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE EM RELAÇÃO À GESTANTE TABAGISTA.

Área do Conhecimento: Enfermagem

Início: 01/06/2012

Previsão de conclusão: 31/07/2013

Situação: projeto em andamento

Origem: Escola de Enfermagem

Departamento de Assistência e Orientação Profissional

Projeto Isolado com linha temática NULL

Objetivo: Identificar as ações da equipe de saúde em relação à gestante/puérpera tabagista.

Palavras-Chave

Enfermagem

Equipe Interdisciplinar De Saúde

Tabagismo

Equipe UFRGS

Nome: Isabel Cristina Echer

Participação: Coordenador

Início: 01/06/2012

Nome: Carolina De Castilhos Teixeira

Participação: Pesquisador

Início: 01/06/2012

Anexos

[Projeto Completo](#)

Data de Envio: 05/06/2012

Avaliações

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 25/06/2012

ANEXO B- Comprovante de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

PROJETO DE PESQUISA

Título: AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE EM RELAÇÃO À GESTANTE/ PUÉRPERA TABAGISTA

Área Temática:

Pesquisador: Isabel Cristina Echer

Versão: 1

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

CAAE: 05182112.2.0000.5327

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 50750

Data da Relatoria: 04/07/2012

Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo de caráter quantitativo com abordagem transversal que será realizado no HCPA, nas unidades de ambulatório obstétrico, centro obstétrico e unidade de internação pré e pós-parto. A amostra será de conveniência, não proporcional, composta 91 profissionais (médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, farmacêutico, assistente social, técnico/auxiliar de enfermagem, residente médico e multidisciplinar e acadêmicos) que aceitarem participar do estudo. A coleta de dados será realizada por meio do instrumento elaborado pelas pesquisadoras entregue aos participantes durante o seu horário de trabalho.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

- Identificar as ações da equipe de saúde em relação a gestante/puerpera tabagista.

Objetivos Específicos

- Associar as orientações fornecidas com relação à cessação do tabagismo com o status tabagico do profissional;

- Comparar as ações das diferentes profissões em relação à abordagem a gestante/puerpera tabagista.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto não deixa clara a relação risco-benefício.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver outros comentários.

Critérios de inclusão não são claros.

Critérios de exclusão: ausentes.

Cálculo de tamanho da amostra: não fica claro qual pesquisa foi usada como base para o cálculo, pois numa o número de participantes foi de 438 e na outra foi de 128. Segundo as autoras a amostra será de conveniência, não proporcional, composta por todos os profissionais. Entretanto, para que os objetivos sejam atingidos faz-se necessário um cálculo estimativo do número de profissionais de cada área da equipe multiprofissional para tornar a amostra representativa. As pesquisadoras precisam realizar um levantamento na Instituição para identificar quantos profissionais de cada profissão trabalham nas áreas onde será aplicado o questionário. Esses dados são necessários para identificar as ações da equipe de saúde em relação a gestante/puerpera tabagista.

O segundo objetivo específico requer outro cálculo de tamanho de amostra para comparar as ações das diferentes profissões em relação à abordagem a gestante/puerpera tabagista.

Aspectos éticos - Participantes pertencentes a grupos especiais, funcionários do HCPA.

É necessário que se saiba quantos nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais e farmacêuticos realizam assistência direta às gestantes/puérperas, Caso seja apenas um profissional de cada uma

dessas profissões, como as pesquisadoras pretendem preservar a privacidade e confidencialidade dos mesmos?

Orçamento - não segue o modelo do HCPA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em relação ao TCLE - adicionar campo para nome do pesquisador e nome do participante, além do campo de assinatura. Também deve-se incluir campo para data. Incluir quais os riscos possíveis e os benefícios prováveis.

Recomendações:

Avaliação - recomenda-se consultoria com estatística para planejar a análise dos dados de acordo com os objetivos do estudo.

Cálculo do tamanho da amostra - recomenda-se que seja realizada consultoria com estatística para a amostra contemplar os objetivos do estudo.

O projeto deverá ser cadastrado na WebGPPG para avaliação das questões logísticas e financeiras.

O pesquisador deverá apresentar uma carta em resposta a este parecer, indicando as alterações que foram realizadas no projeto e/ou TCLE, bem como as novas versões dos documentos que forem alterados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- 1) Descrever os critérios de exclusão.
- 2) Revisar tamanho da amostra conforme comentário acima.
- 3) Revisar análise dos dados conforme comentário acima.
- 4) Descrever em que local será realizado o preenchimento do instrumento de coleta de dados.
- 5) Solicitar apoio para o projeto nas áreas envolvidas: VPA, VPM e Grupo de Enfermagem, para que os profissionais das referentes áreas participem da pesquisa no horário de trabalho.
- 6) Descrever como será realizado o armazenamento dos dados.
- 7) Elaborar orçamento conforme modelo HCPA, esclarecendo quais materiais serão solicitados ao Fundo de Incentivo a Pesquisa e Eventos (FIPE).
- 8) Realizar adequações no TCLE.

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Sem outras considerações.

PORTO ALEGRE, 05 de Julho de 2012

Assinado por:
José Roberto Goldim