

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Vinícius Diniz Oliveira e Xavier

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO DA PREVALÊNCIA
DO TABAGISMO EM GESTANTES EM SANTA CRUZ -
CONSELHEIRO LAFAIETE / MINAS GERAIS**

**Conselheiro Lafaiete- Minas Gerais
2015**

Vinícius Diniz Oliveira e Xavier

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Silvana Spíndola de Miranda

Conselheiro Lafaiete

2015

VINÍCIUS DINIZ OLIVEIRA E XAVIER

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO DA PREVALÊNCIA
DO TABAGISMO EM GESTANTES EM SANTA CRUZ 1 – SANTA
CRUZ - CONSELHEIRO LAFAIETE**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Silvana Spíndola de Miranda, UFMG

Examinador 2: Edison José Corrêa, UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2015

AGRADECIMENTO

A Jesus pela salvação e pelo amor incondicional.

A Equipe de Saúde da Família Santa Cruz 01 pelo tempo que compartilhamos.

A Gessica, minha amada noiva, e minha família, pelo apoio e amizade.

RESUMO

Na gestação, o ato de fumar traz muitos malefícios à mãe e ao concepto. No entanto, apesar das conhecidas intempéries produzidas durante a gravidez este é um hábito comum. Nos Estados Unidos, segundo pesquisa de 2010, observou-se prevalência de 11% durante os três últimos meses de gravidez. No Programa de Saúde da Família, Santa Cruz 1, Conselheiro Lafaiete – MG foi observado que quatro das 18 gestantes eram tabagistas. Assim foi proposto um trabalho de intervenção com objetivo de reduzir entre as gestantes em acompanhamento, a prevalência do tabagismo. Para tanto, durante as consultas de pré-natal das gestantes que eram tabagistas, foram utilizados, no mínimo, 10 minutos da consulta para a abordagem da cessação do hábito de fumar, sendo que foram feitas, em média, oito consultas. Foi utilizado durante as consultas o material “Pare de Fumar sem Mistérios” do Ministério da Saúde. Não houve qualquer abordagem farmacológica. Ao final da intervenção, foi observado queda de 50% na prevalência de tabagismo entre as grávidas da unidade.

Palavras-chave: Gravidez. Tabagismo. Saúde da Mulher

ABSTRACT

In pregnancy, smoking has many harmful effects to mother and fetus. However, despite these known effects, during pregnancy it is a common habit. In the United States, according to a 2010 survey, it was observed prevalence of 11% over the last 3 months of pregnancy. In Family Health Program Santa Cruz 1 in Conselheiro Lafaiete - MG, four of the 18 pregnant women assisted were smokers. This study aimed to reduce, among pregnant women in monitoring, the prevalence of smoking. Therefore, during prenatal visits of pregnant women who were smokers, we used at least 10 minutes of consultation time, in an average of 8 consultations, to approach the cessation of smoking. We used during the consultations the material "Pare de Fumar Sem Mistérios" from Brazilian Ministry of Health. There was no pharmacological treatment. At the end of the intervention, we observed 50% drop in smoking prevalence rate among pregnant women in the unit.

Keywords: Pregnancy. Smoking. Women's Health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 Identificação do município	9
1.2 Histórico e descrição do município	9
1.3 Aspectos demográficos	11
1.4 Aspectos socioeconômicos	11
1.5 Sistema Municipal de Saúde	12
1.6 Unidade de Saúde Santa Cruz	13
2. BASES CONCEITUAIS: TABAGISMO	14
3. JUSTIFICATIVA	15
4. OBJETIVO	17
5. METODOLOGIA	18
6. PASSOS DE IDENTIFICAÇÃO, PRIORIZAÇÃO, DESCRIÇÃO E EXPLICAÇÃO DOS PROBLEMAS E DESCRIÇÃO DE NÓ CRÍTICO	19
5.1 Primeiro passo: Identificação dos problemas	19
5.2 Segundo passo: Priorização dos problemas	19
5.3 Terceiro passo: Descrição do problema	20
5.4 Quarto passo: Explicação do problema	20
5.5 Quinto passo: Identificação de nó crítico	21
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	22
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	26
ANEXO A - Deixando de fumar sem mistérios: entender por que se fuma e como isso afeta a saúde	
ANEXO B - Deixando de fumar sem mistérios: os primeiros dias sem fumar	

ANEXO C - Deixando de fumar sem mistérios: como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar

ANEXO D – Deixando de fumar sem mistérios: benefícios obtidos após parar de fumar

1. INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

Conselheiro Lafaiete é um município localizado na região sudeste de Minas Gerais e fica a 96 km da capital do estado. A população é de 116.512 habitantes, segundo o último censo realizado pelo IBGE em 2010, que ocupam uma área de 370,246 km² com uma densidade populacional de 314,69 hab./ km² (BRASIL, 2014).

1.2 Histórico e descrição do município

Quando a primeira expedição paulista penetrou a região dos Cataguás, em 1681, ali encontrou, nos altos de um contraforte da Mantiqueira, um aldeamento de índios carijós que poucos anos antes emigraram da baixada do Rio de Janeiro fugindo à perseguição dos brancos. A esse agrupamento indígena, localizado na parte alta da atual cidade, foi dada pelos bandeirantes a denominação de Campo Alegre dos Carijós (IBGE, 2014).

Outras bandeiras devassaram a região, merecendo destaque a chefiada por Bartolomeu Bueno de Siqueira, que em 1694 se deteve em Itaverava, onde realizou plantações, para mais tranquilamente explorar as redondezas, em busca de Itacolomi. Essa bandeira constituiu-se no ponto de partida oficial da descoberta de ouro nas "Gerais" - nome que com o tempo substituiu o de Cataguás, pelo qual eram conhecidos os primitivos habitantes, e trouxe, em consequência, o povoamento intenso de uma grande área (BRASIL, 2014).

Situado justamente no ponto de intercessão das regiões dos Cataguás e das Congonhas, foi o aldeamento carijó, durante anos, a entrada obrigatória para quem demandava Itaverava, mete dos bandeirantes que se seguiram a Bartolomeu Bueno de Siqueira. Dada a sua posição excepcional, transformou-se em ponto de atração de aventureiros de toda espécie, predominantemente paulistas, pioneiros das descobertas (BRASIL, 2014).

De início nenhuma importância deram os desbravadores aos cascalhos e areias dos córregos Varginha, Ouro Branco, Soledade, Gagé e Maranhão, afluentes e subafluentes do Paraopeba, dos quais seria extraída, já no século XVIII, grande quantidade de ouro. Quando tal ocorreu, os paulistas logo se apossaram das terras, sendo primeiros concessionários os mineradores Jerônimo Pimentel Salgado e Amaro Ribeiro. Por volta de 1790, quando a exploração aurífera se achava em franco declínio em outras regiões, aí florescia o trabalho da mineração. A origem da vila prende-se às providências da administração colonial no sentido de dirimir conflitos de jurisdição e confusões judiciárias resultantes da indeterminação inicial de limites de diversas vilas e comarcas. Atendendo a suplicas verbais e escritas de pessoas de destaque do povoado, o Governador da Capitania, Visconde de Barbacena, submeteu o assunto ao Conselho Ultramarino. Foi, assim, por ato da Rainha D. Maria I, determinada a criação da Vila Real de Queluz, nome escolhido por haver o documento sido assinado quando a Rainha se encontrava enferma no Palácio de Queluz (BRASIL, 2014).

Passou o Município de Queluz a denominar-se Conselheiro Lafaiete, em homenagem ao juriconsulto, político e estadista Conselheiro Lafaiete Rodrigues Pereira, ali nascido. Aliás, desde que a Estrada de Ferro Central do Brasil alcançou a cidade, foi a estação dessa via férrea denominada Lafaiete, em homenagem àquele vulto eminente. Com esse nome, também, ficou conhecida toda a parte baixa da cidade, onde se localiza a estação, ao passo que a parte alta passou a ser chamada Queluz. Pelo fato de existir cidade com igual nome em São Paulo, foi a denominação definitivamente abolida (BRASIL, 2014).

A cidade teve papel relevante nos acontecimentos do segundo Reinado, notadamente na Revolução Liberal de 1842, quando escreveu uma página de heroísmo. Na era republicana, destacou-se durante a campanha civilista de Rui Barbosa, em 1910 (BRASIL, 2014).

O Distrito foi criado por Ordem Régia datada de 1752. Em 19 de setembro de 1790, foi criado o Município com a denominação de Queluz, em território desmembrado do termo da vila de São José del Rei, mais tarde Tiradentes. Pela Lei provincial n.º

1.276, de 2 de janeiro de 1866, concederam foros de cidade a sede municipal. Queluz e seu distrito-sede passaram a chamar-se Conselheiro Lafaiete pelo Decreto estadual n.º 11.274, de 27 de março de 1934 (BRASIL, 2014).

O município sofreu várias reformulações administrativas, chegando a 1950 com 6 distritos: Conselheiro Lafaiete, Catas Altas da Noruega, Cristiano Otoni, Itaverava, Queluzita e Santana dos Montes. Em dezembro de 1953 sofreu nova reformulação administrativa com a criação dos distritos de Buarque de Macedo e Joselândia. Em 30 de dezembro de 1962, pela Lei estadual n.º 2.764, perdeu seis de seus distritos, para formarem novos Municípios, ficando constituído do distrito-sede e Buarque de Macedo (BRASIL, 2014).

A comarca, com o nome de Queluz, foi criada em 30 de junho de 1833, sendo elevada à categoria de 2.ª entrância em 15 de julho de 1872, por efeito da Lei provincial n.º 1.867. De acordo com o Decreto-lei estadual n.º 667, de 14 de março de 1940, foi classificada de 3ª entrância (BRASIL, 2014).

1.3 Aspectos demográficos

A tabela 1 apresenta a distribuição da população segundo sexo e faixa etária para o ano de 2010 (BRASIL, 2010).

1.4 Aspectos socioeconômicos

1.4.1 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

O IDH médio para o ano de 2010 foi de 0,761 (PNUD/2010). A incidência da pobreza é de 25,67% (BRASIL 2010).

1.4.2 Saneamento básico

Dos 41.431 domicílios recenseados em 2010, 40.699 (98,23%) possuem abastecimento de água tratada (BRASIL, 2010).

Tabela 1: Distribuição da população de Conselheiro Lafaiete segundo sexo e faixa etária, 2010.

Idade	Conselheiro Lafaiete	
	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	2933	2.898
5 a 9 anos	3.856	3.872
10 a 14 anos	4.630	4.455
15 a 19 anos	4.972	4.760
20 a 24 anos	5.449	5.290
25 a 29 anos	5.458	5.313
30 a 34 anos	4.720	4.822
35 a 39 anos	3.907	4.226
40 a 44 anos	3.834	4.402
45 a 49 anos	3.936	4.522
50 a 54 anos	3.591	4.014
55 a 59 anos	2.809	3.112
60 a 64 anos	2.021	2.397
65 a 69 anos	1.419	1.748
70 a 74 anos	937	1.358
75 a 79 anos	614	1.063
80 a 84 anos	362	708
85 a 89 anos	152	309
90 a 94 anos	50	135
95 a 99 anos	13	33
Mais de 100 anos	0	4

Fonte: BRASIL, 2010

1.4.3 Educação

A população residente alfabetizada é de 104,803 (89,95% do total de residentes). 32.217 residentes frequentavam em 2010 creche ou escola (BRASIL, 2010).

1.5 Sistema Municipal de Saúde

O sistema local de saúde possui em seu cadastro 68 estabelecimentos de saúde ao todo, com um total de 267 leitos para internação. Possui também 5 estabelecimentos de emergências clínicas e 19 de apoio à diagnose e terapia (BRASIL, 2009).

1.6 Unidade de saúde Santa Cruz

A Unidade de Saúde Santa Cruz localiza-se na Rua Hermílio Rodrigues Pereira, número 150, Santa Cruz. Ela abriga duas equipes de Saúde da Família: Santa Cruz 1 e Santa Cruz 2. Funciona de segunda a sexta-feira, das 7 horas da manhã às 17 horas.

1.6.1 Recursos humanos

A Equipe de Saúde Santa Cruz possui um médico, que trabalha 32 horas semanais na unidade e 8 horas semanais em programa de especialização pelo Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB); um enfermeiro, que trabalha 40 horas semanais, sete agentes comunitárias de saúde, que cumprem 40 horas semanais, uma técnica de enfermagem, que trabalha 40 horas semanais. Além disso, essa unidade conta com o apoio dos profissionais do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), que realizam atendimentos uma vez por semana no local.

1.6.2 Área física

A Unidade de Saúde destinada ao PSF Santa Cruz 1 não é tão ampla, sendo a recepção feita em sala próxima ao corredor onde ficam os pacientes, com número de cadeiras suficientes para a população, um consultório médico, uma sala de vacina, uma sala de curativos, uma dispensa de medicamentos, um consultório odontológico, sala de despejo para materiais de limpeza, cozinha, sala dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sala administrativa.

2. BASES CONCEITUAIS

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo, causando cerca de seis milhões de mortes por ano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A prevalência de fumantes no mundo é de um bilhão e 300 milhões de pessoas, considerando-se pessoas de 15 anos ou mais, constituindo um terço da população global. Desses, 900 milhões estão em países subdesenvolvidos e 250 milhões são mulheres (MIRRA *et al.*, 2011). No Brasil, a prevalência do tabagismo em 27 cidades estudadas foi de 15,1%, sendo 17,9% no sexo masculino e 12,7% no feminino (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2014).

Apesar dos conhecidos malefícios do cigarro, durante a gestação este é também um hábito comum. Nos Estados Unidos, segundo pesquisa de 2010, observou-se prevalência de 11% durante os três últimos meses de gravidez. Durante todo o período de gestação, as taxas variaram de 4.5 a 30.5%, dependendo do estado em estudo (RODRIGUEZ-THOMPSON, 2014).

O tabagismo durante a gravidez é o mais importante fator de risco modificável associado com desfechos adversos na gestação. Em 2002 nos Estados Unidos, 5% a 8% dos partos pré-termos, 13% a 19% das crianças nascidos a termo com restrição de crescimento, 5% a 7% das mortes relacionadas com nascimento pré-termo, e 23% a 34% das mortes por Síndrome da Morte Súbita Infantil foram atribuídas ao tabagismo na gestação. Acrescido a isso, o tabagismo ativo e passivo aumenta o risco de infertilidade, descolamento de placenta, rotura prematura de membrana e placenta prévia (RODRIGUEZ-THOMPSON, 2014).

Apesar de os já conhecidos efeitos nocivos do cigarro, 23% das mulheres estadunidenses informaram que fizeram uso de cigarros nos três meses antes da gravidez. As estimativas globais da taxa de tabagismo na gravidez variam dependendo do método de coleta de data. Nos Estados Unidos, em 2010, pesquisas relataram uma prevalência de 11% nos últimos três meses de gravidez. O hábito de

fumar foi mais prevalente em mulheres entre 20 a 24 anos (17,6%), que tinha menos de 12 anos de escolaridade (17,4%), e que tiveram cobertura médica durante o pré-natal ou mesmo durante o parto (17,6%). No entanto, a taxa global de tabagismo durante a gravidez vem caindo num ritmo de 0,1% por ano (RODRIGUEZ-THOMPSON, 2014).

A verdadeira prevalência do tabagismo durante a gravidez é difícil avaliar, não só por causa de registros incompletos, mas também porque a maioria dos estudos depende do relato do paciente se ele fuma ou não e, portanto, sujeito à subnotificação. O uso de marcadores bioquímicos, incluindo o monóxido de carbono exalado e cotinina urinária, mostrou que as mulheres grávidas não relatam tanto tabagismo em sim quanto o seu grau. Taxas publicadas em que houve acordo de confidencialidade variam de 24% a 50%. A exposição ao fumo passivo no ambiente pode resultar em níveis de cotinina detectáveis no sangue, saliva ou urina dos não fumantes; no entanto, o nível é tipicamente menor do que em fumantes ativos (RODRIGUEZ-THOMPSON, 2014).

2. JUSTIFICATIVA

Fumar durante a gravidez traz sérios riscos para a saúde da mulher e do feto. Abortos espontâneos, descolamento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas, placenta prévia, trabalho de parto prematuro e nascimentos prematuros, baixo peso ao nascer, e gravidez ectópica. Tais problemas se devem, principalmente, aos efeitos do monóxido de carbono e da nicotina exercidos sobre o feto, após a absorção pelo organismo materno (RODRIGUEZ-THOMPSON, 2014).

No entanto, se a gestante interromper o tabagismo até a 20^a semana de gestação, o risco de ter um bebê com baixo peso ao nascer iguala-se ao das mães não fumantes (LEOPÉRCIO, 2004).

Em nosso serviço, das 18 gestantes atualmente em acompanhamento, quatro são tabagistas, ou seja, 22,22%. Tendo em vista ser essa uma fase em que a mulher encontra-se mais susceptível a mudanças, em favor, principalmente, da chegada de

um novo ser, uma abordagem antitabagismo tem, segundo estudos recentes, uma eficácia melhor que na população em geral.

3. OBJETIVO

Propor um plano de intervenção com vistas na redução da prevalência do tabagismo em gestantes da Unidade de Saúde Santa Cruz – Programa da Saúde da Família Santa Cruz 1.

4. METODOLOGIA

A elaboração desse trabalho parte da atenção a gestantes sob a responsabilidade da descrição de território de atuação da equipe de Saúde da Família Santa Cruz 1, em Conselheiro Lafaiete – Minas Gerais. Para a contextualização do território são utilizados dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e dados locais.

Como base conceitual foram consultados banco de evidências científicas tomando como referências os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para os termos “tabagismo”, “gravidez”, e “saúde da mulher”, com maior enfoque no primeiro.

Para este projeto foi realizado um diagnóstico situacional, para que se inclui reunião com a equipe do PSF, de acordo com o método de diagnóstico situacional de estimativa rápida, considerando a metodologia proposta no módulo “Planejamento e avaliação das ações de saúde”. (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010). Como apoio metodológico para elaboração de trabalho utilizou-se o módulo “Iniciação à metodologia – texto científico” (CORREA, VASCONCELOS e SOUZA, 2013).

6. PASSOS DE IDENTIFICAÇÃO, PRIORIZAÇÃO, DESCRIÇÃO E EXPLICAÇÃO DOS PROBLEMAS E DESCRIÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

5.1 Primeiro passo: Identificação dos problemas

Em nossas reuniões para as discussões dos problemas que assombram nossa unidade, uma lista principal foi realizada:

Idosos acamados: nossa unidade não tem conseguido atender a todos os idosos que necessitam de visita domiciliar. Por serem pacientes com muitas comorbidades, estamos reestruturando algumas ações a fim de cobrir melhor essa demanda.

Dificuldade em se obter contra referência por parte dos outros níveis de atenção à saúde: No início, achávamos que este era nosso principal problema, no entanto, mudamos para o tema Tabagismo na Gestação, pois acreditávamos ser o mais importante.

Falta de espaço para atendimentos de enfermagem e sala de reunião: Esse é um ponto que nos incomoda muito e tem sido tema de debate constante, visto que perdemos em quantidade e qualidade de atendimento.

Número de gestantes tabagistas: tendo em vista ser o tabagismo a principal causa de morte evitável no mundo e, em caso de gestantes, estarem duas pessoas envolvidas no problema, destacamos como principal foco.

5.2 Segundo passo: Priorização dos problemas

A Tabela 2 mostra os critérios aplicados aos principais problemas, de modo a estabelecer uma priorização.

Tabela 2 Priorização dos problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Idosos acamados	Alta	6	Parcial	2
Dificuldade em se obter contra referência por parte dos outros níveis de atenção à saúde	Alta	5	Parcial	3
Falta de espaço para atendimentos de enfermagem e sala de reunião	Alta	6	Parcial	4
Número de gestantes tabagistas	Alta	7	Parcial	1

5.3 Terceiro passo: Descrição do problema

Em nosso serviço, das 18 gestantes atualmente em acompanhamento, quatro são tabagistas, ou seja, 22,22%. O tabagismo na gravidez é responsável por 20% dos casos de fetos com baixo peso ao nascer, oito por cento dos partos prematuros e cinco por cento de todas as mortes perinatais. Acomete também problemas no pós-parto, sendo que 27% das crianças americanas são expostas ao tabagismo passivo em suas residências, e os custos anuais com os parentes de fumantes são estimados em 4,6 bilhões de dólares (LEOPÉRCIO, 2004).

5.4 Quarto passo: Explicação do problema

Causas do número de gestantes tabagistas em nossa área

Acreditamos que a falta de informação e de um projeto bem definido nesta área acarretou no número que temos hoje. Não está entre os maiores índices do mundo, mas não se encontra também entre os menores.

Outras causas importantes, essas de caráter nacional, são a baixa escolaridade das gestantes, deficiência de legislação para restrição do tabagismo e políticas econômicas de aumento de impostos incidentes sobre os produtos do tabaco, dentre outros (MIRRA *et al.*, 2011).

Consequências do número de gestantes tabagistas em nossa área

Aumento do número de complicações na gestação, como crescimento uterino restrito, mal formações fetais, partos prematuros, dentre outros. Há também

inúmeras doenças maternas, tais como diminuição da fertilidade e malformações placentárias, sendo o tabagismo a principal causa de morte evitável no mundo, segundo dados da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

5.5 Quinto passo: Identificação de nó crítico

Acreditamos que a **falta de informação e de programas voltados especificamente para gestantes tabagistas** em nossa área seja o principal nó crítico, com viabilidade, a ser abordado.

Estudos mostram que o aconselhamento dado por qualquer profissional de saúde aumenta as taxas de cessação do tabagismo, chegando a 22,1% de abstinência se houver um aconselhamento intensivo (>10 minutos) (MIRRA *et al.*, 2011). No entanto, nunca havia sido implementada ação para redução do hábito de fumar entre gestantes na área de atuação da equipe de saúde Santa Cruz 01.

Outros nós críticos importantes são baixa escolaridade das gestantes, deficiência de legislação para restrição do tabagismo e políticas econômicas de aumento de impostos incidentes sobre os produtos do tabaco, dentre outros (MIRRA *et al.*, 2011). No entanto, esses nós estão ligados ao quadro de subdesenvolvimento do país, o que os torna inviáveis para serem abordado em nossa realidade, visto que necessitam de intervenções em diversas áreas pelas diversas esferas do poder público.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Segue a seguinte sequência:

Problema prioritário: Redução da prevalência do tabagismo em gestantes, em Santa Cruz - Conselheiro Lafaiete / Minas Gerais.

Nó crítico: falta de informação e de programas voltados especificamente para gestantes tabagistas

Ações / Projetos:

1. Elaboração de material didático, incluindo uma apresentação de *slides* sucinta na qual o tema Tabagismo na Gravidez, abordado de forma direta, prática e acessível, para as gestantes do serviço.
2. Interação educativa, durante as consultas de pré-natal para as gestantes que afirmaram ser tabagistas, 10 minutos da consulta, no mínimo, para abordar o tema Tabagismo na Gravidez, tendo como ferramenta principal a apresentação elaborada e o material “Pare de Fumar sem Mistérios” do Ministério da Saúde do Brasil (Anexo A, B, C e D). Nessas consultas não há intervenções farmacológicas, somente não farmacológicas.

Primeira consulta

Conforme material do Ministério da Saúde (MS), citado anteriormente, a primeira consulta tem como tema “Entendendo porque eu fumo e como isso afeta minha saúde”. Aplicação do Escore de Dependência de Nicotina de Fagerström, e, após exposição sobre a nicotina e outras substâncias presentes no cigarro, assim com algumas de suas consequências para o organismo – focando na dependência -, as gestantes são orientadas a fazer uma lista com os motivos pelos quais deveriam parar de fumar e os motivos pelos quais deveriam continuar fumando. Após a feitura da lista, foi proposto que durante o período até a próxima consulta elas escolhesse

um dia para parar de fumar, assim como o método – abruptamente ou paulatinamente, conforme instrui o manual do MS.

Segunda consulta

O tema deverá ser “Os primeiros Dias sem fumar”. Nesta consulta são discutidos os principais sintomas enfrentados nos primeiros dias após a cessação do tabagismo e como manejar estes sintomas, conforme explicitado no material do MS utilizado. Todas as pacientes já haviam escolhido o dia para parar de fumar.

Terceira consulta:

O tema é “Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar”. O foco desta consulta são as melhorias físicas após a cessação do tabagismo, diminuição das dificuldades respiratórias e aumento da disposição, assim como na prevenção de alguns efeitos adversos, principalmente o ganho de peso.

Quarta consulta

Com o tema “Benefício obtidos após parar de fumar”, o assunto principal é a prevenção de recaídas.

Consultas seguintes no pré-natal

Após essas quatro consultas iniciais, todas as outras serão feitas revisando as já realizadas. Todas as consultas são permeadas por escutas dos problemas enfrentados pelas gestantes, não só a respeito do tabagismo, mas também de outros problemas, como sociais e econômicos.

Foram realizadas com cada uma das quatro gestantes tabagistas oito consultas em média e quatro consultas, no mínimo – visto que uma gestante mudou-se durante o pré-natal. No primeiro Score de Fagerström aplicado, todas as quatro foram avaliadas como tendo baixa dependência de nicotina. Todas se mostraram receptivas às intervenções propostas.

Atores:

Estarão envolvidos na ação o enfermeiro da unidade e os ACS saúde, além do um médico da unidade. As gestantes serão atendidas e avaliadas pelo mesmo médico do PSF Santa Cruz 01. Fica a cargo das ACSs a busca das gestantes. O enfermeiro da unidade foi o responsável pela pré-consulta: pesagem, avaliação da pressão arterial, triagem. A gerência do projeto e principal executor foi realizada pelo médico do PSF Santa Cruz 01.

Recursos críticos:

Será utilizado o espaço físico da unidade de saúde, *tablet* para expor a apresentação feita, formulários de avaliação do tabagismo proposto pelo Ministério da Saúde.

Viabilidade:

Julga-se ser um projeto viável, pois não necessita de ações políticas ou recursos financeiros de grande monta. Boa parte das ferramentas utilizadas já foi elaborada pelo Ministério da Saúde ou outras fontes de pesquisa e são de fácil exequibilidade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do processo, obtivemos os seguintes dados: uma gestante mudou de área, uma gestante manteve a mesma carga tabágica de antes das intervenções e duas gestantes cessaram o tabagismo. Portanto, houve redução de 50% na prevalência de tabagismo entre as gestantes em acompanhamento pela equipe de saúde da família Santa Cruz 01.

A ação sistematizada proposta sobre o nó crítico analisado foi capaz de reduzir o problema prioritário. Importante ressaltar que uso do método simplif (problemas de saúde), que permitiu adequada análise situacional, e o comprometimento da equipe em atuar no quadro proposto foram fatores determinantes para que o objetivo fosse alcançado.

Faz-se necessário, acompanhamento das mulheres envolvidas no estudo, de forma a garantir abstinência do tabagismo. Ótima oportunidade para realizar essa abordagem seriam as consultas médicas de puericultura das crianças nascidas após pré-natal no qual houve a intervenção. Esta ação ainda será implementada pela equipe.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Deixando de fumar sem mistérios: **Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde**. 2. ed. rev. reimp. - Rio de Janeiro: INCA, 2004a. Disponível em:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_01.pdf. Acesso em: 26 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Deixando de fumar sem mistérios: como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar. 2. ed. rev. reimp. - Rio de Janeiro: INCA, 2004**como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar**. 2. ed. rev. reimp. - Rio de Janeiro: INCA, 2004c. Disponível em:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_02.pdf. Acesso em: 26 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Deixando de fumar sem mistérios: **os primeiros dias sem fumar**. 2. ed. rev. reimp. - Rio de Janeiro: INCA, 2004b.

Disponível em:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_03.pdfhttp://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_02.pdf. Acesso em: 26 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Deixando de fumar sem mistérios: **Benefícios obtidos após parar de fumar**. 2. ed. rev. reimp. - Rio de Janeiro: INCA, 2004d. Disponível em:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_04.pdf. . Acesso em: 26 jan. 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p. Disponível em:

https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3. Acesso em: 26 jan. 2015.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia:** textos científicos. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Modulo/3>. Acesso em: 26 jan. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Conselheiro Lafaiete, [online], 2009. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 11 nov. 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Conselheiro Lafaiete, [online], 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 11 nov. 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Conselheiro Lafaiete, [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 11 nov. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. Jovem/Mulher e tabaco.–Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=namira.htm>. Acesso em: 27 jul. 2014

LEOPÉRCIO W.; GIGLIOTTI A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 30, n. 2, p. 176-85, 2004. Disponível em: http://www.redesaude.org.br/generoetabaco/download/327_Tabagismo_peculiaridades_gestacao_uma_revisao_critica.pdf. Acesso em 27 jul.2014

MIRRA A.P.; et al. 2011. **Tabagismo**. In: Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar. Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2015.

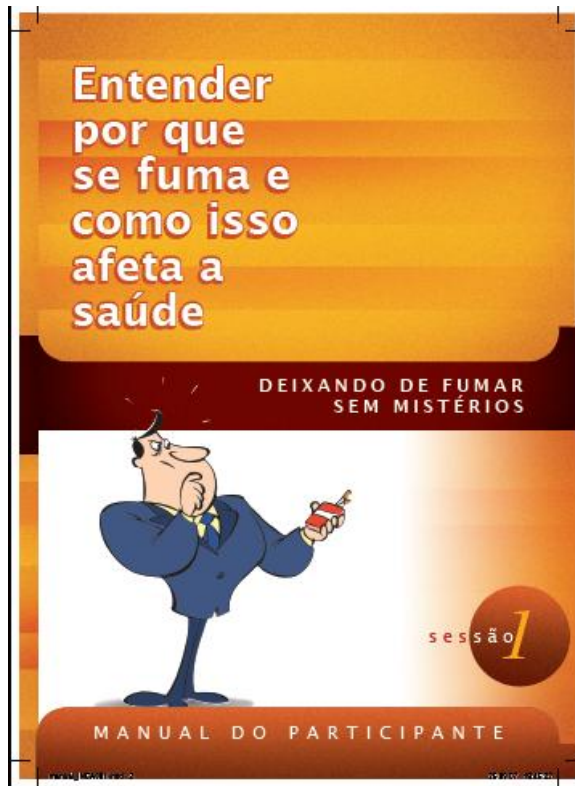
RODRIGUEZ-THOMPSON, D. Cigarette smoking and pregnancy. **UpToDate**. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/cigarette-smoking-and-pregnancy?source=search_result&search=tabagismo+gesta%C3%A7%C3%A3o&selectedTitle=1~150. Acesso em 27 jul. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Fact sheet on tobacco**. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>. Acesso em: 27 jul. 2014.

ANEXO A

Caderno Deixando de fumar sem mistérios: entender por que se fuma e como isso afeta a saúde do material produzido pelo Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_01.pdf .

(BRASIL, 2004a)

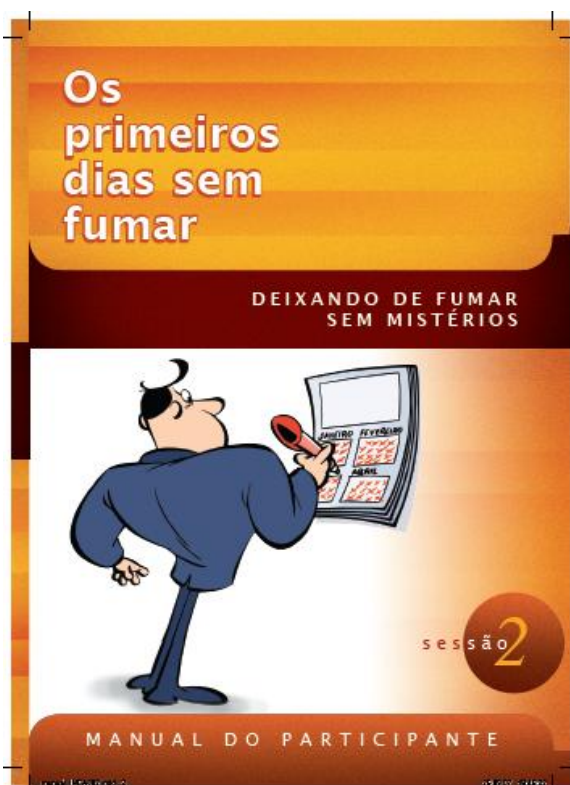


ANEXO B

Caderno Deixando de fumar sem mistérios: os primeiros dias sem fumar, do material produzido pelo Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em:

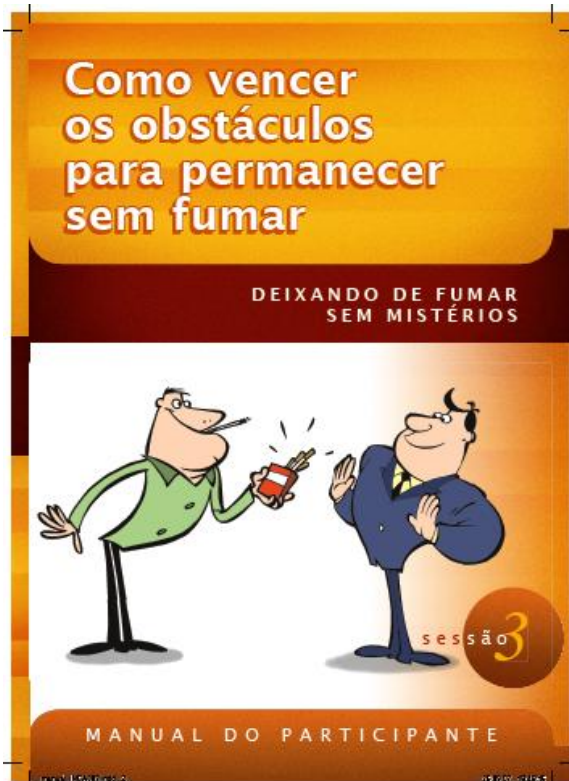
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_02.pdf.

(BRASIL, 2004b)



ANEXO C

Caderno Deixando de fumar sem mistérios: como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar, produzido pelo Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_03.pdf .
(BRASIL, 2004c)



ANEXO D

Caderno Deixando de fumar sem mistérios: benefícios obtidos após parar de fumar, material produzido pelo Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_04.pdf .

(BRASIL, 2004d)

Erro! A referência de hiperlink não é válida.

