UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Tabagismo na gravidez e sua relação com baixo peso ao nascer.

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Dra. Yoanka Rodríguez Betancourt.

Orientadora: Cibelli Rizzo Cohrs.

Guarujá, Brasil, Janeiro 2015

SUMÁRIO

1. Introdução----------1

2. Objetivos----------3

Geral ----------3

Específicos----------3

3. Metodologia----------4

3.1 Cenários da intervenção ----------4

3.2 Sujeitos da intervenção ----------4

3.3 Estratégias e ações ----------4

Primeira Etapa----------4

Segunda Etapa----------5

Terceira Etapa----------5

3.4 Avaliação e monitoramento----------6

4. Resultados Esperados----------7

5. Cronograma----------8

6. Referência ----------9

1. INTRODUÇÂO

O tabagismo é considerado um grave problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de doença e morte no mundo. Produz efeitos deletérios sobre o organismo, causando diferentes malefícios à saúde. Antes visto como um estilo de vida, é atualmente conhecido como uma dependência química que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas[1].

A incidência de tabagismo na população do sexo feminino em idade fértil vem aumentando ao longo dos anos. Sabe-se que o hábito de fumar na gravidez não é prejudicial somente à mãe, mas também ao feto.[1] O tabagismo na gestação tem implicações que vão além dos prejuízos à saúde materna: os malefícios sobre a saúde fetal são tantos, que justificam dizer que o feto é um verdadeiro fumante passivo[2].

O fumo na gravidez é responsável por aumento nos casos de baixo peso ao nascer, partos prematuros e mortes perinatais[3]. Estudos associam o tabagismo na gestação com alterações no desenvolvimento do sistema nervoso central e com a síndrome da morte súbita[4].

O tabagismo materno durante a gravidez associa-se, de acordo com vários estudos, ao parto pré-termo, ao baixo peso ao nascer, à microcefalia, ao Índice de Apgar baixo aos 5 minutos de vida, a abortos e à morte neonatal[5-9].

Esta associação é mais significativa quando se considera um consumo igual ou superior a 10 cigarros/dia[6]. O tabagismo materno durante a gravidez parece também ser fator de risco da síndroma da morte súbita do lactente[6], da pieira[10, 11] da diminuição da função pulmonar nos primeiros anos de vida[12] e da obesidade na criança[12-15]. Têm sido igualmente descritos os seus efeitos adversos em longo prazo no desenvolvimento neurocognitivo[10]e na qualidade do sémen do adulto[14].

O tabagismo é tem uma prevalente de 24% em mulher de países desenvolvidos[16]. Alguns estudos mostram uma maior frequência deste hábito na grávida jovem, com menor escolaridade, oriunda de classe social mais baixa ou sem companheiro[7]. Em Portugal a percentagem de fumadoras era, em 1995, de 15%, sendo, pois inferior à de muitos outros países. Contudo esta proporção aumentou bastante nos últimos 20 anos, sendo igualmente perceptível entre as adolescentes[17].

Apesar de existirem alguns estudos epidemiológicos sobre os hábitos tabágicos dos portugueses, em ambos os sexos, o comportamento face ao consumo de tabaco durante a gravidez é relativamente desconhecido no Brasil[17].

O tabagismo materno durante a gestação constitui um importante problema de saúde pública global por conta de sua elevada prevalência e impacto negativo sobre a saúde materna e fetal [18,19]. Numerosos estudos demonstram associação inversa entre tabagismo materno durante a gestação e peso ao nascer[20, 21,22]. Metanálise com 23 estudos revela que filhos de mães fumantes durante a gestação apresentam risco cerca de duas vezes maior de ter baixo peso (< 2.500g) ao nascer RR= 1,82; IC95% (intervalo de 95% de confiança): 1,67; 1,97] [23], tendo sido o retardo de

crescimento intrauterino apontado como o responsável pela sua ocorrência[21, 24,25]. O impacto do tabagismo materno durante a gestação nas outras medidas antropométricas, tais como comprimento e perímetro cefálico ao nascer, não foi ainda investigado de forma suficiente[26, 27]. A aferição simultânea dos três parâmetros antropométricos do recém-nascido (peso, comprimento e perímetro cefálico ao nascer) pode fornecer dados mais completos para avaliar a influência do fumo materno durante a gestação sobre o crescimento intrauterino.

A RCIV (Redução do Crescimento Intra Uterino) é uma das doenças mais relacionadas ao tabagismo, pois durante as últimas seis a oito semanas de gravidez, a velocidade de crescimento de fetos de mães tabagistas é bem menor que o normal. Geralmente, o peso de recém nascidos cujas mães fizeram uso frequente de tabaco é 200 g menor do que o de recém nascidos de mães não tabagistas. Consequentemente temos um número elevado de mortes neonatais em recém nascidos com baixo peso (menor ou igual a 2500g) e com peso muito baixo (1500g ou menos) [28].

Mulheres que fumam durante a gravidez apresentam maior risco de complicações, como placenta prévia, ruptura prematura das membranas, descolamento prematuro, aborto espontâneo, gestação ectópica, crescimento intrauterino restrito, baixo peso ao nascer, morte súbita do recém nascido e comprometimento do desenvolvimento físico da criança[29, 30].

Diante dessa realidade, o presente estudo visa identificar as possíveis causas determinantes do hábito de fumar na gravidez, as circunstâncias de risco para as mesmas, suas percepções sobre o baixo peso ao nascer produto do tabagismo.

Cabe aos profissionais de saúde intervir para promover estilos de vida saudáveis na população em geral e nas mulheres gravidas em particular, orientando, se for necessário, para apoios especializados em cessação do tabagismo.

Considerando que o tabagismo na gravidez é um problema de saúde pública na população em estudo e a fim de intervir com ações educativas sobre tabagismo na mulher gravida e dar orientações ou guiar o preventivo e trabalhar em cuidados primários de saúde com ajuda da equipe de saúde da familia (ESF) em favor da saúde materna e infantil faz-se necessário definir os motivos que levam a este processo, a fim de proporcionar menos crianças com baixo peso ao nascer.

Justamente a razão do presente estudo, é melhorar conhecimento sobre baixo peso ao nascer produto do tabagismo na mulher gravida.

2. OBJETIVOS

Geral:

Aumentar o conhecimento sobre tabagismo e sua relação com baixo peso ao nascer, para as gestantes.

Específicos:

1. Identificar variáveis sociodemográficas das gestantes.
2. Levantar hábito de fumar ou exposição passiva ao fumo durante a gestação.
3. Identificar o nível de conhecimento sobre baixo peso ao nascer e fonte de informação das grávidas relativamente aos efeitos do tabagismo durante a gravidez.
4. Apresentar um plano de ação educativo, para diminuição ou cessação do tabagismo durante a gravidez.

3. Metodologia.

Trata-se de um estudo de intervenção desenvolvido no âmbito do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade Ensino à Distância (EAD), que será feito a traves de conversas individuais, palestras na comunidade e na unidade de saúde.
A trajetória metodológica será pautada na abordagem qualitativa, na modalidade de pesquisa-ação que é uma estratégia de pesquisa social em que ocorre interação entre o pesquisador e as pessoas envolvidas na situação investigada. Dessa interação resulta a priorização de problemas e a tomada de decisão, por meio de ações concretas, para resolver ou esclarecer uma situação observada no coletivo.

3.1 Cenário de intervenção

O presente projeto faz parte de um trabalho de intervenção que será realizado em uma área de saúde da família, localizada na Unidade de Saúde da Família (USAFA) Perequê, município brasileiro de Guarujá, São Paulo, que atende a usuários do Serviço Único de Saúde (SUS). A instituição possui quatro equipes de saúde e 24 micro-áreas.

3.2 Sujeitos envolvidos na intervenção

Será realizada intervenção educativa (palestras, conversas individuais, folhetos, jornais), para as grávidas da USAFA da comunidade que estão cadastradas SISPRENATAL (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pre- Natal e Nascimento). Para realização dessa intervenção, também, serão envolvidos os profissionais da equipe da Saúde da Família que atuam no atendimento a essas mulheres.
A população do estudo será constituída pelas gravidas da USAFA da comunidade de Perequê, cidade com população cadastrada pelas equipes de saúde de 10.786 habitantes e uma população do sexo feminino em idade fértil de 3.411 segúm Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).
Será parte do projeto todas as grávidas pertencentes à USAFA Perequê que se dispusera a participar, e assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE. As entrevistas com as gravidas serão realizadas por pessoas devidamente treinadas, utilizando um formulário previamente testado.

3.3 Estratégias e Ações

Serão obtidas informações referentes a fatores comportamentais da gestante (hábito de fumar antes e durante a gestação, número de cigarros fumados ao dia, tempo de tabagismo e exposição passiva ao fumo durante a gestação), assistência no pré-natal, fatores sócio-econômicos (idade, escolaridade, estado civil e situação laboral) além de classificar o nível de conhecimento das grávidas sobre baixo peso ao nascer e fonte de informação delas aos efeitos do tabagismo durante a gravidez. Serão consideradas de risco as mulheres gravidas que fumem cinco a mais cigarros ao dia.

Será criado um banco de dados no Dbase III com todas as variáveis. As análises estatísticas serão realizadas utilizando os softwares Epi-info (Centers ofDiseaseControlandPrevention, 1990) e Multlr (Campos-Filho e Franco, 1989). O estudo das variáveis será feitas por meio de porcentagens, médias, desvios-padrão e medianas. Realizará testes de diferenças das médias do número de cigarros fumados por dia durante a gestação.

Os dados serão coletados pelo pesquisador em três etapas distintas.

Primeira etapa: Entrevista pessoal na primeira consulta de pré-natal.

Será realizada entrevista pessoal as mulheres grávidas na primeira consulta de pré-natal feita na unidade de saúde, identificação prévia de mulheres grávidas por meio de SISPRENATAL, os dados necessários serão colhidos em uma ficha e em entrevista, onde será aplicado um questionário semi-estruturado individual e preenchido pelo médico. As informações coletadas serão: idade, estado civil, escolaridade, ocupação da mãe (variáveis sociodemográficas das gestantes), hábito de fumar ou exposição passiva ao fumo durante a gestação, nível de conhecimento sobre baixo peso ao nascer e fonte de informação das grávidas relativamente aos efeitos do tabagismo durante a gravidez.
As variáveis: idade materna, escolaridade, estado civil e situação laboral, serão consideradas de interesse para o estudo, pois a literatura as apresenta como os fatores mais relacionados com baixo peso ao nascer. [7,8]

Segunda etapa: intervenção educativa.

Após entrevistar todas as grávidas será realizada intervenção educativa grupal de forma dialógica e reflexiva, pelo médico envolvido no projeto, por meio de exposição dialogada direcionadas às mulheres grávidas, com maior ênfase aquelas gestantes fumantes. Para realizar a intervenção será necessário, além do espaço-ambiente e recursos de tecnologia da informação como computador, TV, vídeo e aparelho de som, serão utilizados outros recursos didáticos como quadro de escrever, mapas, cartazes, álbuns seriados, livros, revistas, jornais, folders e panfletos para enriquecer a atividade e aproximar o conteúdo à realidade das mães. Serão convidadas para participar dessa atividade as enfermeiras, os agentes comunitários de saúde, os assistentes sociais, os auxiliares administrativos, assim como os auxiliares de serviços gerais e demais trabalhadores da USAFA e famílias das gestantes que desejarem participar. Os encontros terão duração de 45 minutos, uma vez por semana durante todo o estudo. Serão abordadas as causas que levaram ao tabagismo e sua relação com baixo peso ao nascer. Os encontros acontecerão no auditório da Unidade de Saúde da Família após término da consulta de aleitamento materno.

Terceira etapa: Agendamento de consultas individuais para avaliação das grávidas com riscos.

Nesta fase será inquérito abordado a todas as grávidas, de acordo com seu risco, que irá examinar corretamente e elas serão encaminhados ao obstetra de alto risco de consulta (consultas com especialista) para evitar um bebê de peso baixo do nascimento.
Apresentar um plano de ação educativo, para diminuição ou cessação do tabagismo durante a gravidez.

3.4 Avaliação e monitoramento:

A avaliação e monitoramento ocorrerão durante todo o processo de planejamento e implantação da intervenção. Serão consideradas para avaliação a participação, aderência e interesse das gestantes na primeira, segunda e terceira fase, bem como seus comentários, dúvidas e opiniões que venham a surgir, inclusive da equipe de saúde que participará da intervenção. Em qualquer fase do projeto poderá haver ajustes para adequá-lo as necessidades e realidade local. As respostas obtidas nas entrevistas serão comparadas, avaliadas e dispostas em planilha do Microsoft Excel 2007.
Os dados analisados irão subsidiar a tomada de decisão e incrementar a implementação do projeto com intuito de alcançar os objetivos e melhorar os resultados finais. As informações obtidas em todas as etapas do projeto serão expressas em relatório contendo dados qualitativos e quantitativos que serão analisados e apresentados também em forma de tabelas e gráficos. Esses dados serão apresentados e discutidos junto com a equipe de saúde da UBS a fim de avaliar os resultados obtidos para possível manutenção da estratégia como forma de prevenção ao tabagismo e baixo peso ao nascer.

4. RESULTADOS ESPERADOS.

Com a implantação do projeto de intervenção, espera-se melhorar em o conhecimento das grávidas em relação à tabagismo e baixo peso ao nascer; reduzir o número de gestantes fumantes e com isso diminuir o risco de baixo peso ao nascer e suas conseqüências; melhorar acesso da mulher ás informações sobre tabagismo e outros riscos de baixo peso. Brindar ás referências para pré-natal de alto risco, atenção ao parto de risco habitual ou não. Com isso desejamos obter melhores resultados, contribuindo para a redução da morbimortalidade infantil.

5. CRONOGRAMA

Atividades	Maio	Junho	Julho	Augusto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Elaboração e aprovação do projeto	X							
Estudo da Literatura	X	X	X	X	X	X	X	
Coleta de Dados		X	X	X	X	X	X	
Implementação do projeto na unidade		X	X	X	X	X	X	
Avaliação e monitoramento	X	X	X	X	X	X	X	
Elaboração e socialização de relatório com resultados finais							X	
Relatório								X

6. REFÊRENCIA

1. Médica Ginecologista e Obstetra. Membro do Serviço de Obstetrícia do HSL-PUCRS. Mestranda da Faculdade de Medicina da PUCRS.
2. Professora Adjunta do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Medicina da PUCRS. Especialista em Educação. Doutora em
Clínica Médica. Vice-Diretora da Faculdade de Medicina da PUCRS.
3. Centers for Disease Control. Health benefits of smoking cessation. JAMA. 1990;264:1930.
4. Lambers DS, Clark KE. The maternal and fetal physiologic effects of nicotin.SeminPerinatolol. 1996;20:115-26.
5. SPENCER N, LOGAN S: Social influences on birth weight. JEpid Com Health 2002;56:326-7
6. KALLE K: The impact of maternal smoking during pregnancy on delivery outcome. Europ J Pub Health 2001;11:329-33
7. BADLISSI D, GUILLEMETTE A, FADIN A: Prématurié et petit poids à la naissance : les effects du tabagismactif et passif
durantlagrossesse. RevueCanadSanté Pub 2001;92(4):272-5
8. WINDHAM GC, HOPKINS B, FENSTER L, SWAN SH: Prenatal active or passive tobacco smoke exposure and the risk of preterm delivery or low birth weight. Epidemiology 2000;11(4):427-33
9. LIGHTWOOD JM, PHIBBS CS, GLANTZ S: Short-term health and economic benefits of smoking cessation: low birth weight. Pediatrics 1999;104(6):1312-20.
10. WANG X, TAGER IB, VUNAKIS HV, SPEIZER F, HANRAHAN JP: Maternal smoking during pregnancy, uterine cotine concentrations and birth outcomes. A prospective cohort study.Int J Epid 1997;26(5):978-88
11. RUSCONI F, GALASSI C, CORBO GM et al: Amer J RespCrit Care Med 1999;160:1617-22
12. MARTINEZ FD, HELMS PJ: Types of asthma and wheezing. EuropResp J 1998;12(27):3S-8S
13. MARTINEZ FD, WRIGHT AL, TAUSSIG LM, HOLBERG CJ, HALONEN M, MORGAN WJ: Asthma and wheezing in the first six years of life. New Engl J Med 1995;332:133-8
14. JENSEN TK, JORGENSEN N, PUNAB M et al: Association of in utero exposure to maternal smoking with reduced semen quality and testis size in adulthood: a cross-sectional study of 1,770 young men from de general population in five European countries. Am J Epid 2004;159:49-58
15. TOSCHKE AM, MONTGOMERY SM, PFEIFFER U, KREIS RV: Early intrauterine exposure to tobacco-inhaled products and obesity. Am J Epid 2003; 158: 1068-74
16. Tabagismo – Dados Epidemiológicos: Comissão de Tabagismo, disponível em www.sppneumologia.pt/docspdfs/epitabaco.pdf (Acedido em 1 de Junho de 2006)
17. DIAS CM, GRAÇA MJ, FALCÃO JM: Algumas características socio-económicas dos fumadores na população de Portugal Continental. Resultados do Inquérito Nacional de Saúde de 1995/1996. ONSA-INS Dr. Ricardo Jorge 1999
18. Salihu HM, Wilson RE. Epidemiology of parental smoking and perinatal outcomes.EarlyHumDev 2007; 83:713-20.
19. Leopércio W, Gigliotti A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. J Bras Pneumol 2004; 30:176-85.

20. Simpson WJ. A preliminary report on cigarette smoking and the incidence of prematurity.Am J ObstetGynecol 1957; 73:807-15.
21. Horta BL, Victora CG, Menezes AM, Halpern R, Barros FC.Low birthweight, preterm births and intrauterine growth retardation in relation to maternal smoking.PaediatrPerinatEpidemiol 1997; 11:140-51.
22. Bernstein IM, Mongeon JA, Badger GJ, Solomon L, Heil SH, Higgins ST. Maternal smoking and its association with birth weight. ObstetGynecol 2005; 106:986-91.
23. DiFranza JR, Lew RA. Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome.J FamPract 1995; 40: 385-94.
24. Mello PR, Pinto GR, Botelho C. The influence of smoking on fertility, pregnancy and lactation.JPediatr (Rio J.) 2001; 77:257-64.
25. Kramer MS. Intrauterine growth and gestational duration determinants. Pediatrics 1987; 80:502-11.
26. Cliver SP, Goldenberg RL, Cutter GR, Hoffman HJ, Davis RO, Nelson K. The effect of cigarette smoking on neonatal anthropometric measurements.ObstetGynecol 1995; 85:625-30.
27. Lindley AA, Backer S, Gray RH, Herman AA. Effect of continuing or stoping smoking during pregnancy on infant birth weight, crown-heel length, head circumference, ponderal index, and brain:body weight ratio. Am J Epidemiol 2000; 152:219-25.
28. MARCONDES, E. Pediatria Básica. 9 ed. Sao Paulo: Sarvier, 2002.
29. Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Viegas CAA, Silva CAR, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. J BrasPneumol. 2004; 30 Supp 2:1-76.
30. Ministério de Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer, Secretaria de Vigilância em Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003 – Tabagismo. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2004.