UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LUCÍOLA D'EMERY SIQUEIRA

TENSÃO ENTRE O FUMAR E O NÃO FUMAR EM GESTANTES: A
DIMENSÃO SOCIAL

SÃO PAULO
2015

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LUCÍOLA D'EMERY SIQUEIRA

TENSÃO ENTRE O FUMAR E O NÃO FUMAR EM GESTANTES: A
DIMENSÃO SOCIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Cuidados em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr^a. Sayuri Tanaka Maeda

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO
2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: __ / __ / __

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Siqueira, Lucíola D’Emery.

Tensão entre o fumar e o não fumar em gestantes: a dimensão social./ Lucíola D’Emery Siqueira. – São Paulo, 2015. 113p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª sayuri Tanaka Maeda

Nome: Lucíola D'Emery Siqueira

Título: Tensão entre o fumar e o não fumar em gestantes: a dimensão social

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Às gestantes que permitiram o meu acesso às suas vidas.

À Henrique pelo apoio incondicional e compreensão.

À minha família pelo amor mesmo a distância.

À professora Sayuri pelo acolhimento.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pela educação emancipadora e pelo estímulo a criatividade e a liberdade de expressão;

Ao meu marido Henrique pelo amor, carinho e compreensão;

À minha irmã Mariana por toda a correção do texto e apoio incondicional;

À minha avó Mariinha que esteve rezando por mim durante toda a minha trajetória;

Aos meus colegas de trabalho, Adriano, Andréia, Henrique, Yale e Mariana pela compreensão e apoio nos momentos que estive ausente;

À Andréia pela dedicação e paciência nas aulas de inglês;

À Prof. Fernanda Cruz, Prof. Daniel Vazquez e Prof. Conceição Ohara pelo apoio institucional;

Aos funcionários da EE/USP pelo bom atendimento, em especial ao ENS, à portaria e ao Bernardo;

Às docentes do ENS pelos valiosos ensinamentos nas disciplinas cursadas;

Aos meus amigos que torceram por mim, mesmo a distância;

À Marta Pozanni e as gestoras das UBSs de Cidade Tiradentes pelo acolhimento e receptividade;

À Prof. Dra. Lislaine e Prof. Dra. Ana Claudia pelas recomendações ao estudo;

Em especial à Prof. Dra. Sayuri por ter acreditado em mim em todos os momentos e me fazer crer que eu era capaz.

Enquanto o tempo acelera e pede presa. Eu me recuso, faço hora, vou na valsa.
A vida é tão rara. (Lenine, 1999)

Siqueira LD. Tensão entre o fumar e o não fumar em gestantes: a dimensão social [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: O consumo do tabaco é a principal causa mundial de mortes preveníveis, com estimativa de seis milhões de mortes por ano atribuíveis ao fumo. Configurando-se, então, como uma problemática de proporção mundial que compromete não apenas a qualidade de vida das pessoas, mas influencia índices e perfis de morbimortalidade em diversas regiões do mundo. Da mesma forma que o tabagismo não afeta de maneira homogênea países com desenvolvimento econômico distintos, seus efeitos são mais perceptíveis em países pobres e em desenvolvimento; numa população são as pessoas de classes sociais menos favorecidas que mais consomem o tabaco. Nesse sentido, as mulheres têm um perfil vulnerável para o consumo do tabaco e especificamente a gestação, configura-se como um momento propício para o abandono do tabagismo. Os fatores que levam as gestantes a fumar durante a gestação estão fortemente associados as suas condições socioeconômicas. **Objetivo:** conhecer a rede social da gestante tabagista acompanhada na Atenção Básica e sua interferência em seu estado de saúde. **Método:** trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, que utilizou a entrevista para construção do genograma e ecomapa das participantes. Participaram do estudo 10 gestantes tabagistas acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde do bairro de Cidade Tiradentes, na região Leste da cidade de São Paulo. **Resultados:** o estudo evidenciou que as famílias estão estruturadas sob uma rede de cuidado que envolve várias gerações. Apesar de a família nuclear estar presente, a integração da rede de parentesco é fundamental na condução das atividades rotineiras. As características socioeconômicas demonstram baixa escolaridade das gestantes, precária inserção no mercado de trabalho, dependência econômica de outros membros da família e baixa renda familiar. Em relação ao tabagismo, o meio social apresentou-se permeado pelo consumo do tabaco, perpassando gerações e sendo encarado com naturalidade nas normas familiares. As instituições que fazem parte da vida familiar são a creche, a UBS, o trabalho, a vizinhança e a família ampliada. O lazer raramente foi citado e quando presente estava restrito ao ambiente doméstico. Em relação à abordagem do tabagismo no acompanhamento pré-natal, constatou-se a inexistência de uma intervenção coordenada e longitudinal e esta, quando presente, mostrou-se fragmentada e pontual. Diante da análise temática das falas das gestantes, foi possível apreender elementos que podem ser facilitadores ou dificultadores para a cessação do tabagismo. **Conclusão:** dificuldades de lidar com o estresse e questões relacionadas à dinâmica familiar demonstram que o tabagismo precisa ser encarado como uma escolha individual fortemente influenciada por um contexto social. Compreender a rede social e reciprocidade no apoio é fundamental para abordar a questão do tabagismo numa perspectiva social do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo. Gestantes. Promoção da Saúde. Atenção Primária à Saúde.

Siqueira LD. Tension between the smoking and non-smoking in pregnant women: the social dimension [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Due to the magnitude of tobacco problem for public health, and, specifically, due to the damage for the mother and her baby, this study aimed at knowing the social network of smoking pregnant women followed in primary care and its interference in her health. This was an exploratory-descriptive study with a qualitative approach that used interviews to build the genogram and eco-map of the participants. The data were analyzed using thematic analysis and discussed by means of a theoretical framework for health promotion. Ten pregnant smokers, followed in primary care in Cidade Tiradentes neighborhood, in the east of the city of São Paulo participated in the study. The study showed that the families are structured in a transgenerational care network. Although the nuclear family is present, the integration of a kinship network is necessary to conduct routine activities. In terms of socioeconomic characteristics, the participants showed low educational level, poor integration into the labor market, economic dependence on other family members and low income. Regarding smoking, the social environment is permeated by tobacco consumption, which spreads through generations and is seen as common in family rules. The institutions that are part of family life are the day care center, public health center, work place, neighborhood and the extended family. The bonds are poor and based on relationships involving favors and/or cooperation. Leisure was rarely mentioned and when present, it was restricted to the domestic environment. Regarding smoking treatment in prenatal care, there was a lack of coordinated and longitudinal intervention, which was fragmented and occasional. The thematic analysis of the participants discourse revealed elements that can be facilitators or obstacles to smoking cessation. These elements suggest the relevance of smoking to the pregnant women and help direct the intervention to a more effective approach. Difficulties in dealing with stress and issues related to the family dynamics show that smoking must be seen as an individual choice strongly influenced by the social context. Understanding the social network and the importance of reciprocal support is critical to address the issue of smoking in a social perspective of care.

KEYWORDS: Smoking. Pregnant Women. Health Promotion. Primary Health Care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Supervisões Técnicas da Coordenadoria Regional Leste	32
Figura 2	Descrição dos símbolos utilizados na construção do genograma e ecomapa	36
Figura 3	Dimensões do modelo de Labonte	46
Figura 4	Descrição do Genograma e Ecomapa de Luciana	50
Figura 5	Descrição do Genograma e Ecomapa de Andréia	53
Figura 6	Descrição do Genograma e Ecomapa de Rosa	56
Figura 7	Descrição do Genograma e Ecomapa de Maria	59
Figura 8	Descrição do Genograma e Ecomapa de Paula	62
Figura 9	Descrição do Genograma e Ecomapa de Mariana	65
Figura 10	Descrição do Genograma e Ecomapa de Gabriela	68
Figura 11	Descrição do Genograma e Ecomapa de Priscila	71
Figura 12	Descrição do Genograma e Ecomapa de Dora	74
Figura 13	Descrição do Genograma e Ecomapa de Fernanda	77

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	12
1	INTRODUÇÃO	13
1.1	O CONTEXTO DO TABAGISMO	14
1.2	A PROBLEMÁTICA SOCIAL DO TABAGISMO	17
1.3	A MULHER NO PERÍODO GESTACIONAL	18
1.4	A ABORDAGEM DO TABAGISMO NA ATENÇÃO BÁSICA	23
1.5	A FAMÍLIA NA ABORDAGEM DO TABAGISMO	25
1.6	JUSTIFICATIVA E PROBLEMA DE PESQUISA	26
2	OBJETIVOS	27
2.1	OBJETIVO GERAL	28
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
3	MÉTODO	29
3.1	TIPO DE ESTUDO	30
3.2	LOCAL DO ESTUDO	31
3.3	SUJEITO DO ESTUDO	33
3.4	A COLETA DE DADOS	34
3.4.1	A Entrevista	34
3.4.2	Construção do genograma e ecomapa	35
3.4.3	A observação participante	37
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	38
3.6	CONSIDERAÇÕES RELATIVAS À ÉTICA EM PESQUISA	40
4	BASE CONCEITUAL	41
4.1	OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	42
4.2	PROMOÇÃO DA SAÚDE	43
4.2.1	Dimensões de Saúde e Bem-estar	45
5	RESULTADOS	47
6	DISCUSSÃO	79
6.1	ANÁLISE DO GENOGRAMA E ECOMAPA	80
6.1.1	A Família	80
6.1.2	Vida Comunitária	82
6.2	ABORDAGEM DO TABAGISMO NO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL	86
6.3	DESAFIOS E FACILITADORES NO PROCESSO DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO	89
6.3.1	Dificuldades em lidar com o estresse	89
6.3.2	Convívio com fumantes	91
6.3.3	Baixa percepção de apoio social	92
6.3.4	Dificuldade em concretizar o projeto de vida	93
6.3.5	Preocupação com a saúde do bebê	94
6.3.6	Percepção de apoio social	95
6.3.7	Conhecimento dos malefícios do cigarro	96
7	CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
	REFERÊNCIAS	101
	APÊNDICE	110
	ANEXO	111

APRESENTAÇÃO

A minha prática como enfermeira de uma equipe multiprofissional que trabalha com uma população jovem diversos temas, dentre eles o tabagismo, fez surgir o interesse por essa temática e pesquisar políticas nacionais e internacionais preocupadas com as consequências do tabagismo na sociedade. O aperfeiçoamento junto ao Centro de Referência em Álcool, Tabaco e outras Drogas – CRATOD do estado de São Paulo e o treinamento para abordagem farmacológica e comportamental do tabagismo no PREVFUMO/UNIFESP possibilitou aproximação com técnicas para a abordagem qualificada do problema e a obtenção de melhores taxas de sucesso na intervenção para cessação do tabagismo.

A condução da abordagem grupal para cessação do tabagismo possibilitou vivenciar a problemática do tabagismo e a subjetividade. A percepção dos sujeitos a respeito do consumo do tabaco e as crenças e valores relacionados com o ato de fumar precisam ser considerados para que a estratégia de cessação esteja imbuída de sentido e se aproxime da realidade do indivíduo.

Abordar essa problemática em gestantes é um grande desafio. Primeiro por que no Brasil há escassez de pesquisas nessa população, principalmente com desenhos qualitativos, apesar da relevância do tema para a Atenção Básica e para as políticas de saúde da mulher. O segundo desafio foi adentrar um território completamente desconhecido para mim, que é o sistema de saúde pública de São Paulo. Entender como funciona a atuação das Organizações Sociais na gestão das Unidades de Saúde e sua relação com as demandas de saúde da população, apesar de não ser o objeto de estudo, fez parte do processo de autorização para a realização da pesquisa.

Com o estudo, pretendeu-se trabalhar o tabagismo na gestação em seu sentido mais amplo, compreender o contexto de vida da gestante, suas relações comunitárias e familiares e como se dá a abordagem do tabagismo no acompanhamento pré-natal na Atenção Básica. Para que, a partir dessa análise, se extraia elementos que possam atuar como dificultadores ou facilitadores para implantação de uma estratégia de cessação/redução do tabagismo.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O CONTEXTO DO TABAGISMO

O consumo do tabaco é a principal causa mundial de mortes preveníveis, com estimativa de seis milhões de mortes por ano atribuíveis ao fumo. Configurando-se, então, como uma problemática de proporção mundial que compromete não apenas a qualidade de vida das pessoas, mas influencia índices e perfis de morbimortalidade em diversas regiões do mundo (Organização Mundial da Saúde, 2013). Os dados indicam que a epidemia do tabaco não afeta os países de maneira homogênea, pois são nas áreas mais pobres e em desenvolvimento que a indústria do tabaco encontra as condições favoráveis para o seu estabelecimento, valendo-se de incentivos fiscais e financiamento bancário e, ainda, de um amplo mercado consumidor em expansão. (Lal, 2012) Porém, com desenvolvimento de pesquisas que evidenciam os malefícios causados pelo consumo, produção do tabaco e exposição à fumaça, tanto danos individuais, sociais e ambientais, quanto os financeiros para os sistemas de saúde, organismos internacionais se apressaram em desenvolver políticas intersectoriais que impeçam e minimizem a iniciação ao fumo e o crescimento das doenças tabaco-relacionadas.

Uma iniciativa muito bem sucedida foi a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), que articulou uma resposta eficaz, apropriada e integral para a problemática relacionada ao consumo do tabaco. A ação considerou além dos danos causados na população em geral, enfatizou os malefícios do tabagismo em populações específicas: o aumento do consumo entre crianças e adolescentes como iniciação cada vez mais precoce; os profundos danos causados a exposição da mulher no período gestacional associado ao desenvolvimento infantil; o aumento do consumo entre mulheres em todo o mundo; o elevado número de fumantes entre indígenas; e, o impacto das sofisticadas estratégias de marketing no perfil de consumo do tabaco.

Com isso, compreende-se que um dos objetivos da CQCT foi elaborar um documento que se torne uma referência para medidas de controle do tabaco que devem ser implementadas pelos países signatários, com o intuito de reduzir a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco. Atualmente, dos 192

países membros da Organização das Nações Unidas, 178 são signatários do acordo e se comprometeram em desenvolver medidas de controle localmente.

Em seus termos, aborda não somente as questões relativas à redução da demanda de tabaco, como uma maior incidência de impostos e consequente elevação no preço, a regulação ambiental de proteção à fumaça do tabaco e a regulamentação do conteúdo, da divulgação das informações, da embalagem e da etiquetagem dos produtos de tabaco. E, ainda, estabelece a proibição da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco com o intuito de provocar substancial redução à dependência com medidas relativas à redução da oferta, como o combate ao comércio ilícito e a proibição da venda aos menores de idade ou por eles (OMS, 2003).

Assim, as medidas e diretrizes da Convenção-Quadro nortearam o Brasil na elaboração da Política Nacional de Controle do Tabaco, que por meio de ações intersetoriais e coordenadas busca intervir em todos os aspectos que viabilizam a indústria do tabaco, desde os produtores agrícolas até a sociedade que está exposta involuntariamente à sua fumaça. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT, 2003), a regulamentação e fiscalização dos derivados do tabaco, a vigilância epidemiológica, o Programa Nacional de Diversificação da Produção em Áreas Cultivadas com Tabaco, a inclusão dos princípios da CQCT na Política Nacional sobre Drogas, a política de preços e impostos para o setor fumo compõem as ações que integram a política nacional.

Em consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde (2010), o PNCT (2003) sistematiza ações educativas e mobiliza ações legislativas que reduzam não somente a aceitação social do tabagismo, mas também os estímulos para que jovens comecem a fumar. E o programa objetiva ainda a implantação de projetos para cessação de fumar e promoção de ambientes livres do fumo na rede do Sistema Único de Saúde. Dessa maneira, protege a população da exposição à poluição tabagística, aumenta o acesso dos fumantes ao apoio para cessação de fumar e, em parceria com o Ministério da Educação, estimula iniciativas de promoção da saúde no ambiente escolar.

Conforme um estudo realizado para avaliar a situação do tabagismo no Brasil, principalmente enfatizando o papel do Programa Nacional de Controle do

Tabagismo e comparado com experiências e outros países, o Brasil apresentou um declínio na prevalência do tabagismo entre os anos de 1989 a 2006. Apesar de o PNCT ser bastante inovador e apresentar resultados positivos de suas ações, faz-se necessário a continuidade no investimento das ações de cessação e combate à iniciação ao tabagismo, com amplo apoio e financiamento da esfera Federal. Também, a implementação de um monitoramento eficaz da epidemia do tabagismo, através de estudos que forneçam dados relevantes sobre a prevalência, o impacto na mortalidade e o custo das doenças tabaco-relacionadas para as famílias, para o sistema de saúde, para o mercado de trabalho e para a economia (Iglesias, et al; 2008). A estimativa dos custos relativos às internações para o tratamento de doenças tabaco-relacionadas como o câncer, doenças do aparelho respiratório e circulatório no SUS no ano de 2005, para usuários acima de 35 anos - devido nessa população a carga tabágica se manifestar em maior frequência em termos de morbidade - demonstrou que entre as patologias pesquisadas, 6,9% (R\$ 262.265.161,14) dos custos são atribuíveis ao tabaco, evidenciando a magnitude do problema já que o tratamento demanda procedimentos de alta complexidade. (Pinto, Ugá; 2010)

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD no ano de 2008 elaborou uma Pesquisa Especial de Tabagismo, em que traçou o panorama atual do tabagismo no Brasil. O estudo demonstrou que o percentual de pessoas acima de 15 anos que fumam é de 17,2%, sendo mais prevalente na região Sul e o menos nas regiões Sudeste e Centro-Oeste; a idade média para iniciação ao tabaco variou no Brasil de 17 a 19 anos, sendo inferior na região Nordeste; pessoas com menor nível de instrução tinham a iniciação cada vez mais precoce, anterior aos 15 anos. A pesquisa apontou também uma tendência mundial na relação entre a escolaridade e o consumo do tabaco - quanto menor o nível de instrução maior o consumo do tabaco - a mesma relação inversa também foi encontrada para a renda familiar (PNAD, 2008; Iglesias; 2008).

Da mesma forma que o tabagismo não afeta de maneira homogênea países com desenvolvimento econômico distintos, seus efeitos são mais perceptíveis em países pobres e em desenvolvimento; numa população são as pessoas de classes sociais menos favorecidas que mais consomem o tabaco (PNAD, 2008). Porém, essa questão precisa ser analisada sob a perspectiva dos determinantes que

influenciam a adoção desse hábito, superando dessa forma abordagens centradas no indivíduo e priorizando ações que valorizem e intervenham no contexto social onde o fumante se insere.

1.2 A PROBLEMÁTICA SOCIAL DO TABAGISMO

O tabagismo é considerado uma doença crônica decorrente da dependência da substância nicotina, presente na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS e inserido na categorização de Transtornos Mentais e Comportamentais. Segundo dados do INCA, o impacto do tabagismo tem uma relação com o agravamento e surgimento de neoplasias, sendo responsável no Brasil por 90% dos casos de câncer no pulmão e 30% das mortes decorrentes de outras neoplasias (boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, rim, bexiga, colo de útero, leucemia), além 25% das mortes causadas por doenças coronarianas e 85% por doenças pulmonares obstrutivas crônicas.

Apesar de o Brasil experimentar uma fase de redução no percentual de fumantes na população geral - caindo de 35% da população em 1989 para 16% em 2006 - a percepção dos números e sua relação com a situação socioeconômica demonstra a fragilidade do sistema de saúde em ofertar o proposto no Programa Nacional do Controle do Tabagismo de forma universal, já que pesquisas populacionais demonstraram que as reduções na prevalência e na intensidade do fumo foram maiores entre os homens, entre os mais jovens e entre os indivíduos pertencentes às camadas socioeconômicas mais altas. (Iglesias, et al; 2008)

A análise do tabagismo numa perspectiva de gênero evidencia um processo de feminização, pauperização e juvenilização do tabaco, onde marcas de desigualdades de gênero impõe a mulher uma situação desfavorável em relação ao consumo do tabaco. Há uma feminização da pobreza, devido ao crescimento do papel da mulher como provedora da família, associado à feminização de agravos à saúde que eram prioritariamente masculinos, dentre eles o tabagismo (Barbosa, Borges; 2009). Também o consumo cada vez mais precoce do tabaco, demonstra o poder do marketing da indústria do cigarro em atingir um grande número de adolescentes e em especial as mulheres (Samet, Yoon; 2010).

Deve-se considerar ainda, o fato das mulheres serem mais propensas a distúrbios de humor, aliadas a sua atual condição na sociedade, com a sobrecarga da jornada de trabalho, afazeres domésticos, uma maior responsabilidade na educação dos filhos e questões relacionadas à imposição de um padrão de beleza que contribuem para a iniciação ao fumo, mantêm as mulheres numa situação de extrema vulnerabilidade para o consumo cada vez mais precoce do tabaco (Otero, De La Rosa, 2004; Barbosa, Borges, 2009). Na interseção da categoria raça/etnia, classe social e gênero, as mulheres negras encontram-se numa situação ainda mais desfavorável, onde baixos salários, dificuldade de inserção no mercado de trabalho, baixa escolaridade, precariedade nas condições de moradia as colocam numa situação de maior vulnerabilidade às doenças, sendo potencializada pelo consumo do tabaco (Barbosa, Borges; 2009).

Para Otero e De La Rosa (2004), apesar de o tabagismo afetar ambos os sexos de maneira similar, existem algumas patologias que são específicas do sexo feminino e merecem destaque na elaboração de ações preventivas, como alterações no ciclo menstrual e na reprodução, cânceres específicos da mulher, maior probabilidade de problemas de densidade óssea e osteoporose e efeitos estéticos que são mais perceptíveis e preocupam mais as mulheres. Para os autores, ainda existem influências específicas do gênero feminino que contribuem para o início do tabagismo, como o fato da mulher associar mais comumente o ato de fumar com estados de ânimo negativos (depressão, ansiedade, estresse); uma maior carga de trabalho atribuída à mulher na sociedade, como a necessidade imposta de conciliação do trabalho fora de casa e o cuidado do lar e dos filhos; uma maior sensibilidade e expectativa em relação à vida, o que leva a frustrações e estados de ânimo negativos e o fator peso corporal, principalmente em adolescentes e mulheres jovens.

1.3 A MULHER NO PERÍODO GESTACIONAL

Diversos estudos apontam a gestação como um momento propício para o abandono do tabagismo (Flemming, et al; 2013; Borland, et al; 2013; NICE, 2010; Kroeff; 2004). Os efeitos deletérios das substâncias presentes no cigarro e seus

derivados impactam no crescimento intrauterino e no desenvolvimento da criança, aumentando as chances durante a gestação da ocorrência de eventos adversos maternos e fetal, tais como: gravidez ectópica, aborto espontâneo, diminuição do crescimento e peso fetal, complicações placentárias, parto prematuro, pré-eclâmpsia e malformações fetais (British Medical Association, 2004), amiorrexe prematura e descolamento prematuro de placenta (Brasil, 2012).

Sabe-se, pois, que as substâncias presentes no cigarro exercem efeito nos mecanismos de nutrição placentária ocasionando mais comumente retardo no crescimento intrauterino e baixo peso ao nascer. A nicotina além de provocar alterações súbitas no sistema cardiovascular, com alteração da frequência cardíaca e da pressão arterial (Leopércio, Gigliotti, 2004), induz a vasoconstrição e reduz a oferta de nutrientes e oxigênio para a placenta; o monóxido de carbono como produto da combustão do cigarro também reduz a oferta de oxigênio e interfere no desenvolvimento placentário (British Medical Association, 2004). Na análise da relação entre áreas contaminadas e desfecho de gestação, Guimarães (2012) encontrou relações estatísticas relacionadas com o aborto quando a mulher além de residir em terrenos contaminados ainda fumava em relação às mulheres que viviam nas mesmas condições, porém não fumavam.

Os fatores que levam as gestantes a fumar durante a gestação estão fortemente associados as suas condições socioeconômicas (Al-Sahab et al, 2010; Kroeff, 2004; Flemming et al., 2013; Smith, Frank, Mustard, 2009). No Brasil não há estudos que demonstrem a prevalência do tabagismo entre gestantes de modo amplo, para subsidiar com consistência a efetivação de políticas promotoras de saúde nessa população. Países como Canadá, Inglaterra e Estados Unidos implementam uma política efetiva de cessação do tabagismo durante a gestação, principalmente devido ao custo financeiro do sistema de saúde para o tratamento das intercorrências decorrentes do ato de fumar na gestação.

Naqueles países, a prevalência do tabagismo na gestação é em média 10%, onde a renda familiar, o lugar de residência e a escolaridade materna são fatores associados negativamente com o tabagismo durante a gestação. Mulheres que possuíam uma baixa renda familiar são mais propensas ao tabagismo quando comparadas com mulheres com elevada renda familiar, assim como gestantes solteiras, primíparas e com pouca idade. A exposição ao tabagismo passivo, à falta

de assistência pré-natal e experiências estressantes antes e durante a gestação também aumentam a probabilidade do tabagismo no período (Al-Sahab et al, 2010). Fanslow et al (2008) demonstrou uma forte relação de eventos estressores e o tabagismo na gestação, onde o ato de fumar foi frequentemente relatado e significativamente mais comum entre mulheres que sofreram violência na gestação. Sendo assim, compreende-se que mulheres que sofreram violência durante a gestação têm cinco vezes mais chances de fumar na última gravidez, quando comparadas com mulheres que nunca sofreram violência.

Dessa maneira, o conhecimento sobre a percepção da gestante em relação ao tabagismo auxilia na elaboração de ações direcionadas para essa população. Para mulheres que fumam, ser fumante é um fator identitário, uma dependência difícil de romper e um recurso para os momentos de estresse, também são percebidos benefícios associados ao tabagismo, como uma fonte de prazer reforçada por experiências sociais e uma oportunidade de relaxar naquele momento. Já para as mulheres grávidas que fumam, é criada uma tensão entre o fato de ser fumante e as expectativas maternas, sendo manifestada por um sentimento de culpa o que é reforçado pela desaprovação social (Possato, Parada, Tonete, 2007). As mulheres reconhecem que durante a gestação, há uma pequena tolerância da sociedade com as gestantes que fumam, havendo uma elevada expectativa social para que o hábito seja abandonado (Flemming et al., 2013).

A percepção do risco do tabagismo na gestação recai prioritariamente sobre os danos à criança, o que desencadeia ansiedade, culpa e uma sensação de censura social. Mulheres motivadas a parar de fumar devido à saúde fetal são importantes por minimizar os riscos associados ao tabagismo na gestação, entretanto essa percepção encoraja as mulheres a suspenderem o hábito mais que pararem definitivamente. As estratégias de cessação do tabagismo devem auxiliar a mulher a perceber os benefícios de parar de fumar para além da saúde fetal (Flemming et al., 2013; NICE; 2010). O estudo de Borland et al (2013) identificou barreiras para a adesão e o acesso aos serviços de cessação do tabagismo em gestantes, demonstrado que uma coordenada estratégia para cessação do tabagismo requer o envolvimento de diversos setores o que favorece o acesso e a efetividade das ações. A Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) a preços acessíveis foi considerada como um facilitador no processo, porém foi percebida

uma hesitação por parte dos profissionais na prescrição da TRN para gestantes, necessitando do aprimoramento dos profissionais envolvidos no atendimento perinatal.

Uma revisão sistemática sobre a farmacoterapia de cessação do tabagismo na gestação não encontrou achados significativos que garantissem a eficácia e segurança da Terapia de Reposição de Nicotina em gestantes, além de não identificar estudos com o uso da vareniclina e bupropiona, não recomendando portanto o uso dessas drogas na gestação (Trivedi, 2013). No Brasil, o Consenso sobre o Tratamento da Dependência da Nicotina (2001) não recomenda a utilização da abordagem farmacológica em gestantes, apenas a terapia comportamental, porém, o Manual Técnico de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (2012), além de orientar a TRN, com a ressalva que o adesivo deve ser retirado durante a noite, recomenda ainda a abordagem de redução de danos quando não foi conseguida a cessação do tabagismo.

As diretrizes do Treating Tobacco Use and Dependence (2008) do governo norte-americano recomendam sempre que possível, deve ser oferecido as gestantes tabagistas a intervenção psicossocial personalizada e presencial que exceda o aconselhamento mínimo para parar de fumar. Diz ainda que profissionais de saúde devem oferecer intervenções eficazes para a cessação, tanto na primeira consulta pré-natal como nas subquentes. O Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) que monitora dentre outras coisas, o tabagismo antes, durante e depois do parto em gestantes nos EUA identificou que, do ano de 2000 a 2010 não houve efetividade das ações para reduzir o tabagismo antes da gestação. No entanto, durante e após a gravidez houve redução do tabagismo, variando de 13,3% a 12,3% e 18,6% a 17,2% respectivamente, ainda muito além da meta nacional de redução do tabagismo na gestação (CDC, 2013).

Uma pesquisa na Austrália comparou a intervenção de cessação do tabagismo no serviço público antes e depois da implementação de um protocolo de atendimento. O estudo demonstrou que a padronização elevou a probabilidade da gestante receber aconselhamento para parar de fumar da equipe de saúde, distribuição de material educativo, encaminhamento para serviços especializados e ampliou a discussão sobre o tema para além da primeira consulta. No entanto, apesar de uma abordagem mais ampliada do problema, metade das mulheres

relatou que não receberam nenhum tipo de informação a respeito do tabagismo no acompanhamento pré-natal (Perlen, Brown, Yelland; 2013).

Um estudo que investigou a utilização dos 5As (ask, advice, assess, assist and arrange) nas consultas de pré-natal nos EUA evidenciou que, a gestante foi questionada em relação ao tabagismo em 98% das consultas, porém apenas 21% utilizaram 3 ou mais dos 5As e em nenhuma consulta foram utilizados todos os 5As (Chang, et al; 2013).

A avaliação de intervenções de cessação do tabagismo em gestantes e no período puerperal que utilizou como estratégias a visita domiciliar, o acompanhamento telefônico, o envio de cartões parabenizando a cessação, a criação de uma linha telefônica de suporte, o incentivo ao envolvimento de familiares, o fácil acesso a suporte e aconselhamento e a elaboração de material educativo demonstrou que para as participantes, o material educativo disponibilizado foi percebido como de maior ajuda, seguido pela visita domiciliar e acompanhamento via telefone. As mulheres consideraram que a linha telefônica de apoio e a abordagem grupal não foram úteis, devido ao fato de não se sentirem confortáveis compartilhando o problema com outras pessoas. O envolvimento de familiares também foi avaliado positivamente, contribuindo para a mudança de comportamento do parceiro/família com o consumo do cigarro (Chalmers, Gupton, Katz; 2004).

Percebe-se que diversos países têm se esforçado em desenvolver estratégias eficazes para minimizar os efeitos do tabagismo na gestação, de forma a compreender as peculiaridades nessa fase da vida da mulher. Para Falcone et al (2005) a gestação configura-se como um período de intensas transformações na vida da mulher, sejam elas fisiológicas, psíquicas e no seu papel sócio-familiar. Vivenciar essa fase de reorganização corporal, bioquímica, hormonal, familiar e social, torna a mulher mais propensa a transtornos psíquicos, necessitando de uma atenção especial aos aspectos que interferem no seu bem-estar e no vínculo materno-fetal. Uma assistência pré-natal numa perspectiva integral deve incluir as necessidades biopsicossociais e culturais da família grávida durante o atendimento.

1.4 A ABORDAGEM DO TABAGISMO NA ATENÇÃO BÁSICA

A abordagem para cessação do tabagismo no SUS é coordenada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), que tem a função de organizar e articular ações para a efetivação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Para o cumprimento do objetivo do PNCT de ampliar o acesso de fumantes as estratégias de cessação e minimizar a iniciação ao tabagismo, o INCA desenvolveu ações voltadas para a operacionalização do programa, como:

“a capacitação de profissionais de saúde e o financiamento de ações voltadas para a abordagem e tratamento do fumante na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), elaboração de um consenso nacional sobre métodos eficazes para cessação do tabagismo, divulgação desses métodos através de campanhas, da mídia, e de eventos dirigidos a profissionais de saúde e implantação do Disque Pare de Fumar com inserção do número desse serviço nas embalagens dos produtos derivados de tabaco ao lado de advertências sanitárias contundentes.”
(MS, 2004, p. 03)

Conforme o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento no SUS (MS, 2004) qualquer unidade de saúde ambulatorial ou hospitalar que integre a rede pública de saúde pode fazer parte da rede de atenção ao tabagista, desde que atenda a alguns critérios, como contar com no mínimo um profissional de saúde de nível universitário capacitado, dispor de local e instrumentos apropriados e proibição de fumar no interior do estabelecimento. O plano estabelece ainda a estruturação de uma rede descentralizada e hierarquizada que possibilite o fluxo de informações entre Unidades de Saúde, Coordenação Municipal, Coordenação Estadual e Coordenação Nacional que viabilize a distribuição de medicamentos padronizados e monitore o quantitativo de participantes.

Em 2001, a Sociedade Brasileira de Psiquiatria publicou o Consenso para o Tratamento da Dependência de Nicotina, onde organiza recomendações básicas para o tratamento da dependência da nicotina nos serviços de saúde. Segundo o

consenso, todos os indivíduos que acessam os serviços de saúde devem ser questionados quanto ao hábito de fumar, seguidos de orientação para deixar de fumar ou da utilização estratégias motivacionais para cessação do tabagismo. Além de critérios para utilização da farmacoterapia e da terapia comportamental, estabelece recomendações para a abordagem em populações específicas (comorbidades psiquiátricas, câncer, jovens, doenças circulatórias e respiratórias, vulnerabilidade socioeconômica, pacientes hospitalizados).

A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) objetiva reorientar a prática em saúde centrada na família, favorecendo o vínculo entre profissionais de saúde e a comunidade além da compreensão ampliada do processo saúde-doença. Nesse sentido, apresenta-se como um ambiente propício para o estabelecimento de estratégias de cessação do tabagismo em gestantes. Sendo na Atenção Básica onde se programa ações individuais e coletivas de *“promoção e proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde”* (BRASIL, 2012, p. 19), promovendo a autonomia das pessoas e impactando nos determinantes de saúde. Permite também o planejamento das ações de forma descentralizada e intersetorial, conforme a situação de saúde da região adscrita.

O atendimento pré-natal na Atenção Básica preconiza a abordagem da problemática do tabagismo desde as consultas pré-concepção, através de uma escuta qualificada que favoreça o vínculo e evite julgamentos a respeito do uso de tabaco e outras drogas na gestação. Os benefícios de abandonar o hábito de fumar devem ser enfatizados desde a primeira consulta, sendo discutidos abertamente com a gestante os riscos do tabagismo na gestação (BRASIL, 2012). O Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério do estado de São Paulo (2010) aborda a questão do tabagismo de forma mais imprecisa, orientando apenas que o profissional de saúde desencoraje o consumo do tabaco, porém não define uma ação programada, tampouco uma rede de encaminhamento.

Como os objetivos do tratamento do tabagismo baseiam-se na necessidade de dotar as pessoas de uma capacidade de controle para que sejam capazes de decidir conscientemente em situações que conduzam ao consumo. Faz-se necessário a adoção de recursos específicos, como a valorização da individualização do tratamento de forma a auxiliar no enfrentamento de situações

concretas e de recursos inespecíficos, como ampliação do apoio social e terapia farmacológica, que possibilitam um suporte na motivação, principalmente nos momentos de abstinência (Otero, De La Rosa; 2004).

1.5 A FAMÍLIA NA ABORDAGEM DO TABAGISMO

Ao escutar a família, pretende-se conhecer uma realidade internalizada pelos sujeitos através do discurso. Permite conhecer como a família se constrói e se organiza dentro de uma cultura (Sarti, 2004). Na assistência a família, na lógica da ESF, o profissional deve atentar para a necessidade de desprendimento da sua própria noção de família, permitindo-se enxergar outros arranjos familiares, diferentes de modelos sociais, mas igualmente legítimos (Fonseca, 2004).

Anterior à análise das famílias sob a luz do problema de pesquisa, cabe compreender o conceito de família que subsidiará a discussão. Para Sarti (2004),

“a família não se define, portanto, pelos indivíduos unidos por laços biológicos, mas pelos significantes que criam os elos de sentido nas relações, sem os quais essas relações se esfacelam, precisamente pela perda, ou inexistência de sentido” (pg. 18).

As transformações ocorridas na família contemporânea sejam de ordem econômica, organização do trabalho, liberalizações dos hábitos, fortalecimento da lógica individualista, modificaram o arranjo familiar para formas variadas. Além do empobrecimento financeiro, a vulnerabilidade à pobreza também está relacionada a arranjos familiares que não conseguem administrar a dinamicidade da vida diante de nascimentos, mortes, crescimento, envelhecimento, separações (Mito, 2004). A necessidade de compartilhar permeia as relações familiares dando um sentido de rede de cuidado. Para Sarti (1994),

“a família pobre não se constitui como um núcleo, mas como uma rede, com ramificações que envolvem a rede de parentesco como um todo, configurando uma trama de obrigações morais que enreda os indivíduos em dois sentidos: ao dificultar sua individualização e ao viabilizar sua existência com apoio e sustentação básicos” (pg. 49).

A noção de totalidade que está associada às famílias, faz com que os problemas e as soluções, principalmente na área da saúde, não possam ser pensados isoladamente. No entanto, as políticas públicas vêm sendo estruturadas para um coletivo de indivíduos, devido à fragmentação da atenção às famílias. O que deriva é um atenção voltada para segmentos da sociedade, criança, adolescente, idoso, mulher e mais especificamente em situações extremas, como na doença, no abandono, na violência (Miotto, 2004).

Abordar o tabagismo numa perspectiva social do cuidado requer a compreensão da rede social da gestante e sua interferência no seu estado de saúde. As dimensões socioeconômicas e socioculturais trazem informações relevantes para uma abordagem personalizada, são componentes que dificilmente são acessados quando se utiliza instrumentos com itens globais e impessoais, impossibilitando determinar aspectos específicos da rede social do indivíduo.

1.6 JUSTIFICATIVA E PROBLEMA DE PESQUISA

Tendo em vista o que foi apresentado, justifica-se o desenvolvimento do estudo pela relevância social do tema e as peculiaridades relacionadas ao tabagismo na gestação, além dos desafios postos na atualidade de uma rede de atenção que atenda às necessidades da população de forma integral. Ao escutar a gestante, o estudo possibilita o protagonismo da mulher e uma melhor compreensão das suas escolhas de vida. Propiciar tal reflexão favorece o planejamento de intervenções que fortaleçam o papel da mulher perante a sociedade e propiciem caminhos para fortalecer a integralidade e intersetorialidade da atenção à saúde da mulher no SUS.

O trabalho tem como pressuposto que as relações familiares e comunitárias das gestantes tabagistas têm uma relação com a permanência do tabagismo na gestação.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a rede social da gestante tabagista acompanhada na Atenção Básica e sua interferência em seu estado de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as relações familiares e comunitárias da gestante;
- Verificar a abordagem do tabagismo no acompanhamento pré-natal, na percepção da gestante;
- Identificar elementos dificultadores e facilitadores para subsidiar estratégias de redução e/ou cessação do tabagismo.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa.

O método qualitativo busca a compreensão do significado do objeto em estudo numa perspectiva individual ou coletiva para a vida das pessoas. A partir do significado dado a uma determinada coisa (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos) que as pessoas irão se organizar socialmente e estabelecer cuidados com a saúde. Sendo fundamental compreendê-lo no processo saúde-doença, para auxiliar na relação profissional-família-paciente-instituição, além de possibilitar uma melhor adesão ao tratamento e o entendimento dos sentimentos, ideias e comportamentos dos doentes, familiares e profissionais (Turato, 2005).

A pesquisa qualitativa aborda um universo difícil de ser quantificado, sendo relevante para compreensão do problema de pesquisa estabelecido anteriormente, o conhecimento das crenças, valor, significado, aspirações dos sujeitos envolvidos. O trabalho de campo é fundamental nesse processo, sendo um momento enriquecedor tanto para o pesquisador quanto para o grupo investigado. Faz-se necessário que o pesquisador vá a campo sem esperar respostas já sabidas, o encontro com o novo, com o inesperado e com a subjetividade dos participantes faz a relação entre pesquisador e pesquisados torna-se horizontal e despida de julgamentos (Minayo, 2004).

Para Minayo (2008), no processo de construção do conhecimento, as visões de mundo tanto do investigado como do investigador estão envolvidas desde a concepção do objeto até a obtenção dos resultados. A utilização de um instrumental teórico metodológico auxiliará na construção da realidade a ser estudada e manutenção crítica da influência da subjetividade dos atores envolvidos.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na região Leste da cidade de São Paulo, na Supervisão Técnica de Saúde da Cidade Tiradentes com uma população de 217.127 mil habitantes, mais precisamente nas Unidades de Saúde que trabalham na lógica da Estratégia de Saúde da Família, sendo elas: Barro Branco, Carlos Gentile de Melo e Ferroviários.

A escolha pela STS Cidade Tiradentes deveu-se por ali se observar indicadores socioeconômicos de elevada vulnerabilidade. A região está dentre as que possuem as taxas mais elevadas de natalidade e fecundidade do município, além de possuir taxas de mortalidade infantil e neonatal superiores à média municipal. Devido ao elevado percentual de mulheres com menos de 18 anos que têm filhos, a região possui um estabelecimento direcionado a saúde sexual e reprodutiva da mulher, a Casa Ser.

Apesar da elevada cobertura do atendimento pré-natal, 89,1% das mães paulistanas passaram por 7 ou mais consultas em 2011, evidenciando-se um elevado percentual de crianças com menos de 2,5Kg ao nascer na Cidade Tiradentes (SMS, 2012).

Em relação às condições socioeconômicas, a Cidade Tiradentes tem os maiores índices de analfabetismo do município, entre 7,2% e 11% e está entre os distritos com o maior número de domicílios com renda mensal *per capita* abaixo de ½ salário mínimo. A distribuição de homicídios dolosos na capital paulistana é maior em distritos cujos indicadores demográficos e socioeconômicos apontam condições precárias de vida urbana coletiva, como em Cidade Tiradentes (SMP, 2008).

Figura 1 – Supervisões Técnicas da Coordenadoria Regional Leste. SMS, 2013

Fonte: Supervisões Técnicas de Saúde. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=5406#LE>

O Índice de Necessidades de Saúde (INS) do município de São Paulo, que identificou áreas na cidade prioritárias para alocação de recursos e categorizou a região de Cidade Tiradentes como de alta necessidade na expansão da oferta de serviços de saúde (SMS, 2012).

Em relação aos estabelecimentos de saúde, a região possui 02 Assistências Médicas Ambulatoriais (AMAs), 12 Unidades Básicas de Saúde, 01 Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS), 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Hospital Municipal, 01 Centro de Testagem e Aconselhamento DST/AIDS, 01 Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR), 01 Pronto-socorro Municipal, 01 Centro de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva da Mulher (Casa Ser). (SMS, 2013)

O bairro foi classificado como uma região de média densidade de famílias beneficiárias dos programas de transferência de renda (Programa Bolsa Família, Programa Renda Cidadã, Programa Renda Mínima) (SMDAS, 2013). Dispõe ainda de 10 Centros para Crianças e Adolescentes, 02 Centros para Juventude, 01 Núcleo de Proteção Jurídico Social e Apoio Psicológico, 02 Serviços de Assistência Social à Família e Proteção Social Básica no Domicílio, 01 Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), 01 Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e

Adolescentes, 01 Centro de Defesa e Convivência da Mulher, 01 Núcleo de Convivência do Idoso, 58 escolas municipais e 19 escolas estaduais (SMDAS, 2013).

No ano de 2012 foi criado o Centro de Formação Cultural Cidade Tiradentes que tem por objetivo apoiar e estimular as iniciativas culturais do bairro. Além disso, o bairro dispõe de 03 Pontos de Leitura (SMC, 2013).

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Primeiramente foi realizado um contato com as gestoras das UBSs explicando-lhes sobre a pesquisa e solicitando-lhes que indicassem gestantes tabagistas em acompanhamento pré-natal na unidade. Para que, posteriormente, fosse estabelecido um contato com as gestantes averiguando o interesse em participar da pesquisa.

Concordaram em participar do estudo 10 gestantes. O cenário em que se deu a pesquisa foi o domicílio das gestantes. Através de uma Visita Domiciliária (VD) em companhia do ACS a gestante era convidada a participar do estudo. A VD teve como objetivos conhecer outros membros da família, buscar um ambiente acolhedor para a gestante e observar a sua condição de vida para melhor identificação de suas necessidades.

A seleção da amostra numa abordagem qualitativa não se atém a uma representatividade numérica, mas busca um aprofundamento da compreensão do problema de estudo, sendo suficiente quando abarcou todas as dimensões do objeto estudado. Para Minayo (2008), o dimensionamento desse quantitativo deve ser por saturação, onde o próprio pesquisador entende que aquele conhecimento obtido apresenta-se suficiente para a análise do objeto.

3.4 A COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio da entrevista para construção do genograma e ecomapa, no período de dezembro/2014 e janeiro/2015 após aval dos Comitês de Ética.

3.4.1 A Entrevista

Ao considerar o caráter de interação social da entrevista, passa-se a vê-la submetida às condições comuns de toda interação face a face, permeadas de relações de poder e desigualdade. Onde a natureza das relações entre entrevistador/entrevistado influenciam tanto o seu curso como o tipo de informação que aparece. No “conversar” tem-se um contínuo ajuste de ações e emoções, onde o entrevistado organiza respostas para aquela situação, entre atores sociais. Esse processo interativo complexo tem um caráter reflexivo, num intercambio contínuo entre significados e o sistema de crenças e valores, perpassados pelas emoções e sentimentos dos protagonistas (Szymanski, Aleida, Brandini, 2004).

No presente estudo as entrevistas iniciaram-se a partir da pergunta norteadora **Conte-me como você iniciou o hábito de fumar?** Esse questionamento abriu espaço para que a conversa fluísse desde a adolescência até a gestação atual. Foram incluídas perguntas referente a organização familiar, fundamental para a construção do genograma e dos vínculos comunitários, para o desenho do ecomapa.

Para Angelo et al. (2009), estudos que envolvam membros de famílias demandam um adequado método para coleta dos dados. Para situações onde se pretende conhecer a experiência de um membro da família sobre determinada situação, a entrevista individual pode ser um recurso adequado.

As entrevistas foram gravadas com autorização das entrevistadas, transcritas na íntegra e na sequência, para que nenhuma informação fosse perdida. Para apresentação dos resultados foram utilizados nomes fictícios para preservar o anonimato das participantes.

3.4.2 Construção do genograma e ecomapa

Para a construção da rede de cuidado da gestante tabagistas numa perspectiva ampliada que envolva a família e sua rede de apoio na comunidade foram construídos o genograma e o ecomapa de cada família na perspectiva da gestante através da entrevista.

O genograma é uma ferramenta que auxilia na interpretação dos problemas que acometem os membros da família, assim como possibilita a visualização de fontes de resistência, fortalecimento, resiliência e recursos potenciais existentes. As informações ali contidas se inserem em um contexto cultural, político, espiritual socioeconômico de seus membros, podendo ser encontradas tanto horizontalmente no contexto familiar, quanto verticalmente através das gerações (McGoldrick, Gerson, Petry, 2012).

Para McGoldrick, Gerson, Petry (2012), os padrões de funcionamento dos sistemas familiares se repetem entre as gerações, podendo assumir diferentes comportamentos no curso das ações. A compreensão do contexto atual e histórico da família requer o entendimento de um contexto individual, familiar e sociocultural descrito em um eixo vertical e horizontal que se distribuem na dinâmica do genograma.

Dada a complexidade das relações tecidas no seio familiar, uma pesquisa que trabalhe apenas com os dados sociodemográficos inviabiliza uma análise mais aprofundada da estrutura e relação familiar. A utilização do genograma apesar de capturar o momento atual, possibilita o conhecimento ao longo de várias gerações e conter informações relativas aos aspectos genéticos, médicos, sociais, comportamentais e culturais da família (Wendt, Crepaldi; 2008).

O genograma é amplamente utilizado em medicina, psicologia e serviço social, fornecendo informações relevantes que vão desde dados simples, como nascimento, casamentos e óbitos, até informações mais complexas das relações familiares. Reflete o ponto de vista do membro da família que o construiu, podendo haver diferentes perspectivas de acordo com a lente de quem o construir (Olsen, Dudley-Brown, McMullen, 2004).

Com o ecomapa é possível visualizar várias pessoas e instituições que participam da rede de cuidados em saúde, sendo fundamental para o planejamento das ações considerando as particularidades daquela família (Musquim, et al; 2013), demonstrando também a percepção do apoio recebido e utilizado (Souza, Kantorski, 2009). A análise das redes sociais possibilita uma melhor orientação para o tratamento das pessoas buscando uma conexão com as relações do indivíduo com a sociedade. Para representá-lo graficamente, coloca-se o genograma da família em um círculo central e se constrói círculos ao redor representando pessoas, órgãos ou instituições que contextualizam o indivíduo e sua família.

Foi utilizado o software Genopro© para auxiliar na diagramação das figuras. Esse software tem a capacidade de construir a representação gráfica do genograma e do ecomapa a partir da inclusão de informações sobre os membros da família, além de criar uma base de dados dinâmica (McGoldrick, Gerson, Petry, 2012). O software utiliza uma simbologia própria, que será descrita a seguir.

Figura 2 - Descrição dos símbolos utilizados na construção do genograma e ecomapa.

Fonte: Software Genopro®. Disponível em: <http://www.genopro.com/>

Há uma distinção sobre pesquisa de indivíduos e de famílias, desmembrando em diversas modalidades de pesquisa. Desde abordagens individuais que a família serve como contexto até o foco mútuo em indivíduos e famílias e seus subsistemas.

Nesse estudo o foco é o indivíduo como parte de um subgrupo familiar, onde a família serve como contexto e a ênfase está no fenômeno individual (Angelo et al., 2009).

3.4.3 Percepções da Pesquisa em Campo

Na fase de indicação das gestantes tabagistas, foi de fundamental importância o conhecimento dos ACS sobre a comunidade. Além de consultar os prontuários e banco de dados em busca dessa informação, os ACSs fizeram indicações baseando-se em seu conhecimento do território, já que em algumas ocasiões não havia indicação no prontuário que a gestante fumava.

Em algumas situações o questionamento à gestante sobre o tabagismo foi feito na sala de espera da UBS, pois não havia conhecimento de nenhum membro da equipe, nem relato no prontuário sobre o tabagismo.

Em uma das UBSs visitadas, no dia marcado para início da coleta de dados, a gestora solicitou minha participação na reunião de equipe. Na reunião, fui informada que só havia uma gestante tabagista na área e que ela teria consulta agendada no final da manhã daquele dia, já que era dia de consulta pré-natal. No entanto, a médica da equipe iria perguntar para as gestantes que iam passar em consulta naquela dia se elas fumavam, então as direcionava para que eu pudesse entrevistá-las. Foi dessa forma que tive contato com duas gestantes, não sendo possível nesses casos a visita domiciliária.

A inserção no contexto de vida das gestantes foi uma experiência muito enriquecedora e impactante. O momento do encontro com as mulheres, dentro de suas residências e em meio a suas rotinas, descortinou uma realidade que não me pareceu fácil.

Na companhia das ACS pude percorrer longas ruas do bairro, sempre alertada a respeito da falta de segurança e que não podia circular sozinha no bairro e sem identificação. Atenda às orientações da equipe de saúde, conversávamos sobre a dinâmica do bairro e de forma bastante espontânea a ACS já me adiantava o que estava por vir, em relação à gestante e as dificuldades em lidar com a família. Mas o encontro com o desconhecido e inesperado era a parte mais interessante,

perguntava-me como as gestantes iriam reagir sobre conversar com uma desconhecida um tema que na gestação assume um papel dramático e culposos.

Devido ao cronograma de pesquisa não seria possível encontros adicionais e minha ansiedade de pesquisadora em responder as questões de pesquisa não podiam atropelar o respeito a individualidade e o direito da mulher em querer conversar ou se negar. No entanto, em campo me deparei com muitas surpresas, a maior delas foi a receptividade calorosa das gestantes, a princípio em contribuir com a pesquisa, já que na região não é comum a presença de pesquisadores; e segundo pela forma descomplicada e na maioria dos casos com bastante franqueza com que abordavam a questão. Refiro-me na maioria dos casos e não sua totalidade, por que percebi que a presença de membros da família envolvida com atividades consideradas ilícitas pela sociedade gerou um desconforto com a minha presença o que refletiu no diálogo com a gestante.

3.5 A ANÁLISE DOS DADOS

Os dados provenientes das entrevistas foram analisados sob a ótica da Análise de Conteúdo. Para Bardin (2009, p. 40), *“a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição do conteúdo das mensagens”*.

A utilização de técnicas de Análise do Conteúdo visam superar o senso comum e o subjetivismo na interpretação dos resultados dos estudos. A princípio realiza-se uma leitura do material para que se atinge um sentido mais profundo do texto, de modo a relacionar as estruturas semânticas com estruturas sociológicas com intuito de compreender a realidade em seu sentido mais amplo. Por se tratar de uma técnica, possui componentes objetivos e sistemáticos que permitem a replicação dos procedimentos a ponto de se chegar nos mesmos resultados. (Minayo, 2008).

A análise de conteúdo possui diferentes fases para o tratamento dos dados, sendo a primeira delas a pré-análise, que é a fase de organização propriamente dita, através da leitura flutuante e da escolha dos documentos que serão utilizados;

seguida pela exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Bardin, 2009).

A modalidade de Análise de Conteúdo utilizada foi a Análise Temática. Fazer uma análise de temas significa descobrir núcleos de sentido no conteúdo que está sendo analisado (Minayo, 2008). Essa modalidade é operacionalizada em três etapas: a primeira delas consiste numa pré-análise do material através de uma leitura flutuante, constituição do corpus e reformulação de hipóteses e objetivos.

Nessa primeira etapa, foi preciso a reformulação dos objetivos do estudo. Inicialmente pretendia-se conhecer a trajetória de cuidado da gestante tabagista, no entanto, ao deparar-me com o material e no desenvolvimento do trabalho em campo percebeu-se que não seria possível conhecer essa trajetória, pois intencionalmente ela não existe. O tabagismo não é visto como um problema, sequer é abordado na maioria das situações. Portanto, os objetivos foram revisitados e remodelados em decorrência da análise do material.

A segunda etapa consiste na exploração do material e categorização das expressões ou palavras em função das quais o conteúdo será organizado. A terceira etapa consiste o tratamentos dos resultados obtidos e interpretação. Nesse estudo, os resultados foram agrupados em dois grandes grupos: elementos facilitadores e desafiadores para o processo de cessação do tabagismo. A partir disso foram categorizados em subcategorias, tais como: dificuldades em lidar com o estresse, convívio com fumantes, baixa percepção de apoio social, dificuldade em concretizar o projeto de vida, preocupação com a saúde do bebê, percepção de apoio social e conhecimento dos malefícios do cigarro.

3.6 CONSIDERAÇÕES RELATIVAS À ÉTICA EM PESQUISA

Os princípios éticos e a legislação referente à ética em pesquisa foram respeitados. Todas as participantes foram informadas sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo), que contém informações relativas aos objetivos da pesquisa, riscos, participação voluntária e desistência a

qualquer momento. O estudo não prevê a realização de procedimentos invasivos tampouco a administração de medicamentos.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem/USP e da Secretaria de Saúde da Prefeitura de São Paulo, sendo aprovado pelo Parecer nº 884.461, conforme disposto na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Cabe comentar todos os trâmites para a realização da pesquisa. A etapa de aprovação nas diversas instâncias da prefeitura, universidade e Organização Social demandou bastante tempo e atenção da pesquisadora. Iniciou-se com a autorização da regional região Leste da Secretaria Municipal de Saúde, em seguida o projeto foi submetido à Plataforma Brasil. Após alguns meses de espera, o projeto finalmente foi aprovado. Segue-se a comunicação à SMS/SP que autoriza a entrada na área onde a pesquisa foi realizada. É feito o contato com as gestoras locais, que solicitam aval da Organização Social que gere as unidades.

Após todas essas interlocuções e autorizações, inicia-se a pesquisa após aprovação do cronograma pelas gestoras locais. O que ficou evidente foi a burocratização e lentidão nos trâmites éticos para a realização da pesquisa, gerando muito desgaste e desperdício de tempo.

4 BASE CONCEITUAL

4.1 OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) conceitua os DSS como "*fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população*" (Buss, Filho; 2007, p. 78). A análise da relação dos determinantes sociais e a saúde requer o estabelecimento de uma hierarquia de fatores sociais, econômicos e políticos e como esses fatores irão incidir na vida das pessoas, o que permite identificar a melhor forma de intervir no sentido de minimizar as iniquidades em saúde (Buss, Filho; 2007)

Para compreender como os determinantes sociais se relacionam de pose a interferir no processo saúde/doença, Dahlgren e Whitehead propuseram um modelo em que os determinantes eram dispostos em camada, desde as características individuais - como fatores genéticos de idade, sexo, estilo de vida e comportamento – a influência da rede comunitária, os fatores relacionados às condições de vida e trabalho, como educação, habitação, serviços sociais de saúde, ambiente de trabalho, e até as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais (Buss, Filho; 2007). No modelo de Dahlgren e Whitehead, pessoas em desvantagem social tendem a adotar comportamentos mais susceptíveis ao adoecimento, como o tabagismo, a inatividade física e dietas alimentares pobres, decorrente da dificuldade financeira para adoção de estilos de vida mais saudáveis. Nessa população, os indicadores de organização comunitária são mais frágeis, caracterizados por uma menor disponibilidade de redes de apoio, serviços sociais e lazer. Além da precariedade das condições de habitação e ambiente de trabalho mais propenso ao estresse e situações de riscos. As condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais influenciam todos os outros níveis abaixo, pois são responsáveis pela disponibilidade do mercado de trabalho e situação econômica do país (Rocha, 2011).

Neste aspecto, diversas abordagens podem surgir a partir do estudo dos Determinantes Sociais da Saúde, no caso do tabagismo, o enfoque nos fatores psicossociais permite analisar a situação de saúde como resultado, não de forma exclusiva, mas relacionando-a com percepções e distintas experiências das pessoas em relação à própria saúde (Buss, Carvalho, 2009).

4.2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Com o fito de possibilitar melhorias na qualidade de vida e a incorporação da participação social na gestão das políticas públicas saudáveis, a Promoção de Saúde deve se entendida como estratégia intersectorial nos âmbitos individual e coletivo, que desempenhe papel primordial nas situações de vulnerabilidade e riscos à saúde da população (Brasil, 2010).

Para tanto, as Conferências Internacionais de Promoção de Saúde, reforçam o conceito de saúde não como a ausência de doenças, mas reflexo de uma complexa rede de determinantes sociais que interagem entre si e afetam, diretamente, a maneira de viver de toda uma sociedade. Que tem como consequência lógica, também, a interferência no estado de saúde coletiva. Para Moysés, Moysés, Krempel, (2004), essa nova percepção de saúde atua como a instituidora da exigência na reformulação das políticas institucionais promotoras de saúde, incorporando princípios de integralidade das ações e da participação social no processo.

Sendo assim, as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde buscaram ampliar e aprimorar o campo de atuação da Promoção de Saúde, intencionadas a agregar elementos indispensáveis para sua efetivação e seu efetivo alcance, tais como: ênfase em políticas voltadas à saúde da mulher; à alimentação; ao controle de tabaco e do álcool e à criação de ambientes favoráveis. Em busca, também, do tratamento equitativo, do respeito à biodiversidade, da ampliação dos determinantes sociais de forma globalizada, do empoderamento da população para atuação e intervenção no processo e, dentre outros, na criação de ambientes saudáveis para o desenvolvimento do processo de promoção de saúde em espaços públicos, escolas, empresas e comunidades (Brasil, 2000).

A compreensão do processo saúde-doença na perspectiva da promoção da saúde exige uma ruptura com a visão biomédica do adoecimento, onde descola o homem da sociedade e culpabiliza-o da sua situação de saúde. Para Lefèvre e Lefèvre (2004) o processo saúde-doença está na desarmonia do modo de viver, produzir, morar, da relação do homem consigo mesmo, com os outros e com a natureza, sendo, portanto contrária à percepção biomédica da saúde e questionadora do modelo econômico vigente.

Definições de doença centradas no biológico não conseguem explicar os processos saúde-doença no contexto atual, onde a forte urbanização, precarização e exploração dos vínculos de trabalho e a exclusão social vivenciada nos países pobres e em desenvolvimento, como o Brasil, demandam uma análise mais ampla sobre os processos de adoecimento, necessitando compreender o indivíduo e a coletividade inseridos em um determinado modo de produção, modelo econômico e processos de reprodução social (Fracolli, Bertolozzi; 2008)

Carvalho (2005, p. 124) enfatiza que o processo de produção de saúde seja centrado no indivíduo, compreendendo a saúde como um fenômeno social e que um indivíduo saudável de possuir *“sentimento de segurança para viver a vida, para criar valores e instaurar normas vitais a partir dos seus desejos, interesses e das necessidades individuais e do entorno social”*, logo produzir saúde deve contribuir no aumento da autonomia de indivíduos e coletivos para viver a vida.

A superação do modelo de saúde hegemonicamente biológico, requer a introdução de subjetividade e intersubjetividade nas estratégias de educação em saúde na perspectiva da promoção da saúde. Para Pereira, Guazelli (2013, p. 109),

“a subjetividade é produzida nos registros coletivos da sociedade e da cultura, através de mecanismos e estratégias das mais diversas, definindo modos de existência regulados por leis, verdades, crenças, valores que definem as formas do sujeito se experienciar no mundo”.

A compreensão das concepções de saúde dos atores envolvidos é fundamental para a construção de sentido e para que seja criada uma oportunidade de repensar crenças e valores, de modo que possam ser questionadas. O foco das ações está no indivíduo e não no conteúdo, onde se faz necessário compreender a existência de duas referências de conhecimento, a que está sendo socializada e a do sujeito (Cunha, Pezzato, 2012).

Ayres (2001) aponta para a importância da saúde da família e a promoção da saúde na Atenção Básica, no entanto, chama atenção para o perigo de se encarar a ESF numa perspectiva econômica, a promoção da saúde como uma tecnologia simplificada e que a vulnerabilidade seja um obstáculo para a inter-relação das áreas de conhecimento.

O sujeito acompanhado nos serviços de saúde possui uma identidade que dá sentido a sua vida, suas necessidades e seus valores. Através disso, produz e modifica a sua própria história. O encontro com esse sujeito e sua centralidade nas práticas em saúde é o que se busca no campo da Saúde Coletiva. O que tem ocorrido é um descompasso entre a ânsia por esse sujeito transformador e as práticas em saúde (Ayres, 2001)

Ayres (2001) aponta para a necessidade de se pensar na intersubjetividade do que em subjetividade. Deve ser considerado “*o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos*” (pg. 65). Nas práticas preventivas, se a noção de sujeito estiver descolada de um ser dotado de identidade e pertencimento e a prática continuar centrada em aproximar esse indivíduo de um ideal em saúde, perde-se a oportunidade de fortalecer o poder transformador de grupos e indivíduos.

4.2.1 Dimensões de Saúde e Bem-estar

O modelo de Labonte destaca a existência de dimensões e interfaces que se relacionam, expressando essa complexidade do processo saúde-doença. Esse modelo extrapola abordagens biomédicas e comportamentais, atuando nos fatores biopsicosociais (Chiesa, et al; 2009). Labonte (1993) organizou as experiências de saúde das pessoas em categorias descritivas, sendo elas: energia vital (grau de vitalidade do corpo biológico para execução das atividades diárias), projeto de vida (emoções e aspirações que dão sentido a vida do indivíduo) e vida comunitária (relacionamentos e interações do indivíduo com o meio onde se insere). A interface dessas relações irão gerar categorias, tais como: relações sociais, capacidade de fazer o desejado e controle sobre a própria vida, onde todas essas dimensões inter-relacionadas irão constituir a saúde e o bem-estar do indivíduo. Vivenciar o processo

saúde-doença nessa perspectiva requer a compreensão que a representação pessoal da saúde ou da doença é um fenômeno socialmente construído e fortemente influenciado por relações de poder implícitas na sociedade.

Figura 3 - Dimensões do modelo de Labonte.

Fonte: Adaptado de Labonte (1993).

5 RESULTADOS

O estudo evidenciou que as famílias das gestantes estão estruturadas sob uma rede de cuidado que envolve várias gerações. Apesar de a família nuclear estar presente na estrutura familiar da maioria das participantes, a integração da rede de parentesco é fundamental na condução das atividades rotineiras.

As características socioeconômicas demonstram baixa escolaridade das gestantes, precária inserção no mercado de trabalho, dependência econômica de outros membros da família e baixa renda familiar. Em relação ao tabagismo, o meio social apresentou-se permeado pelo consumo do tabaco, perpassando gerações e sendo encarado com naturalidade nas normas familiares. A iniciação ao tabagismo deu-se na adolescência e na infância, majoritariamente motivada por curiosidade.

As instituições que fazem parte da vida familiar são a creche, a UBS, o trabalho, a vizinhança e a família ampliada. Os vínculos em sua maioria são precários e baseiam-se numa relação de prestação de serviço e/ou cooperação. O lazer raramente foi citado e quando presente estava restrito ao ambiente doméstico.

Em relação à abordagem do tabagismo no acompanhamento pré-natal, constatou-se a inexistência de uma intervenção coordenada e longitudinal, condizente com as diretrizes da Atenção Básica, quando presente apresentou-se fragmentada e pontual.

Diante da análise temática das falas das gestantes, foi possível apreender elementos que podem ser facilitadores ou dificultadores para a cessação do tabagismo. Tais elementos sugerem a representatividade do tabagismo para a gestante e ajudam a direcionar a intervenção para uma abordagem mais resolutiva. Dificuldades de lidar com o estresse e questões relacionadas à dinâmica familiar demonstram que o tabagismo precisa ser encarado como uma escolha individual fortemente influenciada por um contexto social.

Tabela 1 – Descrição das características socioeconômicas e demográficas das gestantes.

NOME/ ITENS	LUCI ANA	ANDRÉI A	ROSA	MAR IA	PAUL A	MARIAN A	GABRI ELA	PRISCI LA	DORA	FERNA NDA
IDADE	26	21	24	28	35	32	28	38	35	20
PROFIS SÃO	Domé stica	Domésti ca	Empre gada Domés tica	Auxili ar Limp eza	Auxilia r de Cozin ha	Entrega dora de panfletos	Auxiliar de limpez a	Faxinei ra	Auxiliar de limpez a	Domésti ca
ESCOL ARIDAD E	Ensin o Médio Incom pleto	Ensino Médio Incompl eto	Ensino Médio	Ensi no Médi o	Ensin o Médio	Ensino Fundam ental	Ensino Médio	Ensino fundam ental	Ensino Funda mental	Ensino Médio Incompl eto
ESTAD O CIVIL	CASA DA	SEPAR ADA	CASA DA	CAS ADA	CASA DA	CASAD A	CASA DA	CASA DA	CASA DA	SOLTEI RA
IG	24	30	15	28	19	27	14	26	34	22
Nº GESTA ÇÕES	02	03	04	02	01	05	05	03	04	01
CONSU LTAS PN	03	04	01	04	03	05	01	03	06	03
NÚCLE O FAMILIA R	Sogra, cunha da, espos o e filha	Avó, mãe, irmão e a filha	Espos o e filhos	Espo so e filho	Espos o	Esposo	Espos o e filhas	Esposo , filhos e sobrinh o	Esposo e filhos	Mãe, padastro e irmã

NOME/ ITENS	LUCI ANA	ANDRÉI A	ROSA	MAR IA	PAUL A	MARIAN A	GABRI ELA	PRISCI LA	DORA	FERNA NDA
LAZER	Ficar em casa	Ficar em casa	Festas	Ficar em casa Visitar familiares	Shopping Cinema Visitar familiares	Ficar em casa	Bares Ficar em casa	Shopping Ficar em casa	Ficar em casa Visitar familiares	Ficar em casa
VÍNCULOS	UBS Creche	UBS Creche	Vizinhos UBS Creche /Escola	UBS Escola Familiares	UBS Trabalho	UBS	UBS Creche /Escola Igreja	UBS Trabalho	UBS	UBS

A seguir serão descritos o genograma e ecomapa de cada participante.

LUCIANA

“[...] às vezes me dá raiva e eu choro, para não chorar eu fumo.”

Figura 4 – Descrição do Genograma e Ecomapa de Luciana.

Luciana tem 26 anos e está na 2ª gestação. Sua família atual é constituída da sogra, do namorado, da sua filha de cinco anos e da cunhada. Em acompanhamento pré-natal na UBS ela esteve em três consultas ao longo de 24 semanas de gestação, mas ainda não conseguiu fazer todos os exames e aqueles que fez ainda não obteve os resultados. Sua gravidez não foi planejada, ele tomava pílula anticoncepcional, mas às vezes esquecia.

Fumante desde os 16 anos, por influência do namorado, pois achava bonito quando ele fumava, ela conseguiu parar de fumar algumas vezes ao longo dos 10 anos, no entanto sempre volta mesmo sabendo que faz mal. Relata que na primeira gestação fumava mais, nesta só fuma quando está muito nervosa. E atualmente reduziu de 10 cigarros/dia para um ou dois ao dia, por que se sente enjoada com o cheiro.

O tabagismo sempre esteve presente em sua família, seus pais fumavam e atualmente reside com a sogra e o namorado, ambos fumam. Sua sogra fuma dentro de casa e muito próximo a criança, o que a deixa muito irritada, pois sua filha não gosta do cheiro. Ela nunca foi incentivada a parar de fumar, apenas a mãe

a encorajou no passado, mas hoje elas não convivem mais juntas. Seu pai foi embora de casa quando Luciana ainda era adolescente e sua mãe mudou-se para outro bairro assim que ela foi morar com o namorado.

Com os estudos interrompidos no 2º ano do ensino médio por conta da primeira gravidez, ela nunca trabalhou e relata que tem uma rotina muito estressante, pois não tem nada para fazer, apenas cuida da filha e fica em casa. Seu namorado, que trabalha viajando muito, não pode ajudar nas tarefas diárias, porque precisa trabalhar para sustentar a família.

Por alegar cansaço na rotina de cuidar da criança, ultimamente ela pensa no futuro, o que a traz muita preocupação. Às vezes se sente arrependida pelas escolhas que fez na vida e conta que o cigarro ajuda a manter a tranquilidade em momentos difíceis.

Sem muitos vínculos na comunidade ela prefere ficar em casa, até por que não pode deixar a filha sozinha, visto que suas sogra e cunhada não participam dos cuidados com a criança. Citou a UBS - onde é atendida desde a primeira gestação - e a creche municipal lugar em que a criança fica meio período.

ANDRÉIA

“[...]Eu fumo para me tirar o estresse e a ansiedade e ao mesmo tempo eu passo mal.”

Figura 5 – Descrição do Genograma e Ecomapa de Andréia.

Andréia tem 21 anos, está na 2ª gestação e reside com a mãe, a avó, o irmão e sua filha de cinco anos. Similar ao que ocorreu com Luciana, ninguém na unidade sabia que ela fumava e a médica a questionou no momento da consulta. Ela está com 30 semanas de gestação e quatro consultas no cartão da gestante.

Acompanhada da filha de cinco anos durante à consulta pré-natal, a ACS da sua microárea relata que a gestante falta às consultas e tem dificuldade de relacionamento com a família.

Fumante desde os 13 anos, começou por curiosidade e depois não conseguiu mais parar, a abstinência a deixa nervosa e com vontade de fumar. Quando descobriu que estava grávida não tinha a intenção de parar ou de reduzir o número de cigarros, mas começou a ficar muito enjoada e teve que diminuir de 20 para 02 cigarros ao dia. Passa muito mal quando fuma, por isso precisa deitar após fumar,

caso contrário sente muita tontura. Quando sente vontade de fumar vai à casa da tia para fumar escondido, pois sua avó não gosta de vê-la fumando.

Muito nervosa e ansiosa com a gravidez indesejada. Inicialmente ela não aceitou a gravidez, mas agora diz estar conformada. Apesar de não ter vínculo afetivo com o pai da criança, ele está acompanhando de perto a evolução da gravidez. Há dois anos ela sofreu um aborto no quarto mês de gravidez, nessa ocasião também ficou grávida imprevistamente, do pai da primeira filha.

Em virtude da gravidez, parou de estudar no 1º ano do ensino médio quando se casou grávida com o pai da primeira filha. Separou-se e retornou para a casa da mãe. Nunca teve um trabalho formal, sua renda é proveniente da pensão alimentar da primeira filha e da aposentadoria da sua avó. Deseja voltar à escola assim que a criança nascer, pois já estava planejando retomar os estudos quando descobriu que estava grávida novamente.

Sua avó se queixa que ela não sai de casa, diz que isso não faz bem. Antes da gravidez Andréia gostava de ir a festas, mas agora anda muito indisposta e fica o dia inteiro em casa. Não tem muitos vínculos no bairro, citou a UBS e a creche da filha.

ROSA

“[...] fumar na gravidez para mim é normal.”

Figura 6 – Descrição do Genograma e Ecomapa de Rosa.

A ACS me acompanhou na visita domiciliária à casa de Rosa. No momento da visita, Rosa e seu marido estavam fazendo uma faxina na casa, havia móveis na calçada e as crianças estavam brincando no terraço. Rosa nos recebeu na sala com um som tocando bastante alto. Sua casa de alvenaria fica situada numa vila com diversas casas conjugadas, tem dois cômodos onde Rosa reside com seu marido e três filhos. Apesar de ficar numa região mais afastada no bairro, tem oferta de todos os serviços básicos (coleta de lixo, energia elétrica, abastecimento de água e esgoto, rua calçada).

A ACS relatou os problemas de lidar com a família de Rosa. Sua mãe faleceu há dois anos decorrente de um câncer de colo uterino. Ela nunca tinha feito o exame Papanicolau apesar da insistência da equipe da UBS. Rosa também não quer fazer o exame, prefere não saber caso tenha alguma doença. O seu atual marido já teve diversas internações por abuso de drogas e suspeita-se que ele tenha envolvimento com o comércio local de drogas. Os vizinhos tentam ajudar arrecadando dinheiro para pagar clínicas de reabilitação para ele, no entanto não tem tido sucesso.

Rosa fuma desde os 12 anos, hoje tem 24 anos. Começou a fumar porque se achava acima do peso e queria emagrecer. Está grávida do seu 4º filho, com 15 semanas de gravidez e fuma 40 cigarros ao dia. Aumentou o consumo nessa

gravidez por que não queria engravidar, diz que foi um acaso do destino, mas que agora está aceitando melhor.

No momento não está trabalhando, sua profissão é doméstica. Concluiu o ensino médio e deseja fazer uma faculdade, mas com os filhos pequenos não enxerga essa possibilidade.

Em seus momentos de lazer, gosta de ir a festas noturnas, como baile funk e o fluxo (festa que ocorre nas ruas do bairro), sempre consumindo bebida alcoólica. Citou como vínculos na comunidade a creche dos filhos, a UBS onde faz acompanhamento pré-natal desde a primeira gravidez e os seus vizinhos.

MARIA

“[...] Agora que eu tô grávida tô fumando bem menos, antes eu fumava quase um maço por dia.”

Figura 7 – Descrição do Genograma e Ecomapa de Maria.

A ACS me acompanhou até a residência de Maria que nos recebeu na calçada para realizar a entrevista. Maria tem 28 anos, está grávida de 28 semanas, tem um filho de 11 anos e reside com o seu marido e seu filho na região mais central do bairro. Mora numa casa de alvenaria, com abastecimento de água, energia elétrica, rua calçada e saneamento básico.

Começou a fumar aos 15 anos pelo hábito de acender os cigarros dos pais, a pedido deles mesmos. Mas após descobrir esta gravidez está fumando menos, o marido acende o cigarro fuma metade e ela fuma a outra metade. Fumava um maço ao dia e agora calcula que fuma meio maço.

Conseguiu parar de fumar na primeira gestação, mas retornou por que via as outras pessoas fumando. O seu marido a incentiva a parar de fumar, pede para fumar menos, se preocupa com a saúde da criança.

Maria trabalhava como auxiliar de serviços gerais até a empresa falir e ela ficar desempregada. Atualmente se dedica aos cuidados da casa e do filho. Sua gravidez

foi planejada. Relata preocupação com a saúde da criança, mas não cogita a possibilidade de parar de fumar, sente que não consegue.

Diz não ter muitos momentos de lazer, principalmente após a demissão, pois apenas o marido trabalha. Fica mais em casa e às vezes visita familiares no mesmo bairro.

PAULA

"[...] ele pode nascer com deficiência respiratória, pode nascer com probleminha no pulmão por causa do meu cigarro."

Figura 8 – Descrição do Genograma e Ecomapa de Paula.

Paula tem 35 anos, está grávida de 19 semanas, é casada e mora com o marido em uma casa conjugada com a dos pais. Seu marido tem duas filhas do casamento anterior com quem tem boa relação. Seu pai tem uma filha de uma relação extraconjugal que ela prefere não manter nenhum contato, porque isso desagrada sua mãe. Reside em um sobrado, numa região residencial do bairro com disponibilidade dos serviços básicos (energia elétrica, abastecimento de água, saneamento básico, coleta de lixo, rua calçada) e possui carro próprio.

Começou a fumar aos 18 anos, por curiosidade. Quando parou de trabalhar aos 22 anos, teve depressão, ficou muito tempo em casa e comenta que passou a fumar com mais intensidade. Pensava que para não descontar as suas frustrações nas outras pessoas fumava com mais frequência. Com o passar do tempo, não conseguiu mais se desvencilhar do cigarro.

Há cinco anos sua mãe parou de fumar por motivo de saúde, ela tentou encorajá-la parando de fumar também. Fez uso dos medicamentos prescritos para a mãe e ficou sem fumar durante quatro meses, retomando em seguida.

Desde o início do casamento, há cinco anos, Paula tentava engravidar. Nesse período criou diversas vezes expectativa de engravidar, principalmente após a realização de exames os quais não foram detectados quaisquer problemas de

saúde, mesmo assim ela não engravidava. Essa situação foi gerando um quadro de ansiedade que necessitou de acompanhamento psiquiátrico.

Antes da gravidez Paula fumava 10 cigarros ao dia. Mas por pressão familiar, reduziu o consumo para três cigarros/dia. De qualquer maneira ela fuma escondido do esposo e do pai. Enquanto isso sua mãe não a proíbe de fumar, mas a encoraja a reduzir o máximo que conseguir. Como ela só fuma nos momentos em que não há ninguém em casa acaba fumando menos.

Trabalha como auxiliar de cozinha em uma escola da rede pública de ensino. O seu emprego era próximo a sua residência, no entanto, ela foi removida para uma escola em outro bairro, o que a tem deixado muito desconfortável, pois vínculos de amizade foram interrompidos e, por isso, ela não está se adaptando muito bem ao novo ambiente de trabalho. Sua gravidez tem a deixado muito cansada no desempenho das atividades na cozinha. Ela atribui ao fato de não ter deixado de fumar na gravidez pelas atuais condições impostas no trabalho.

Paula está fazendo acompanhamento pré-natal na UBS por insistência do pai, que faz tratamento de hipertensão arterial e diabetes na unidade. Ela não gosta dos profissionais do posto de saúde e só vai permanecer lá devido aos benefícios do Programa Mãe Paulistana. Uma vez que prefere fazer o pré-natal pelo convênio, onde os exames são mais rápidos, apesar de achar que a consulta é rápida e que o médico não a deixar falar.

Relata que está muito feliz com a gravidez, não vê a hora de a criança nascer. Mas ao mesmo tempo preocupa-se com o efeito do cigarro no desenvolvimento da criança. Fica mais tranquila quando faz o exame de ultrassom e não vê qualquer problema na evolução da gravidez.

Em seus momentos de lazer, ela gosta de ir ao shopping e ao cinema com o esposo, e também de visitar familiares que moram num bairro próximo.

MARIANA

“[...] eu nem lembro mais quando eu comecei a fumar, tem bastante tempo.”

Figura 9 – Descrição do Genograma e Ecomapa de Mariana.

Mariana tem 32 anos, está grávida de 27 semanas da sua quinta filha. Mora com o atual marido numa casa de madeira de um cômodo, improvisada na beira de um córrego no quintal da sua sogra. Não dispõe de água encanada, saneamento básico ou mesmo coleta de lixo. Está muito preocupada com o período de chuvas, pois o córrego pode inundar a sua casa, além de cair muitos raios na região.

Não sabe ao certo quando começou a fumar, mas acha que foi com 10 ou 11 anos. Não falou sobre o uso de outras drogas, no entanto a ACS que me acompanhava relatou que Mariana e seu esposo fazem uso de drogas. No momento da entrevista Mariana estava com hematomas na face, que apesar de alegar que foi decorrente de estilhaços de vidro de um acidente doméstico, sugeria uma situação de violência.

Menciona que tentou parar de fumar algumas vezes, mas sempre voltava porque engordava muito. Diz que fuma três cigarros ao dia, mas que na gravidez está fumando apenas um cigarro/dia. Concluiu o ensino fundamental e trabalha esporadicamente como entregadora de panfletos no semáforo. Enquanto seu marido é catador de material reciclável. Por isso nem sempre sobra dinheiro para comprar cigarros.

Quanto à sua família, disse que prefere não se relacionar, pois já teve diversos problemas familiares. Suas quatro filhas são criadas por sua irmã, após o falecimento da sua mãe há dois anos. Seu ex-companheiro - pai das filhas - mudou-se para outra cidade e não mantém contato com as crianças, ao passo que ela as visita semanalmente.

No acompanhamento na UBS passou por cinco consultas de pré-natal, além da assistência com o dentista, que a encorajou a parar de fumar e a encaminhou para o grupo de gestantes.

Em seus momentos de lazer, prefere ficar em casa assistindo televisão. Disse que não gosta de ficar na rua, por que não tem nada para fazer.

GABRIELA

“[...] o meu máximo sem cigarro foi um dia sem fumar e por que não tinha cigarro, se tivesse eu tinha fumado.”

Figura 10 – Descrição do Genograma e Ecomapa de Gabriela.

Gabriela tem 28 anos, está grávida de 14 semanas. Reside com seu marido e três filhas em uma casa de madeira com um cômodo, na beira de um córrego, numa área de ocupação. Essa região é desprovida dos serviços básicos, como água tratada e encanada, eletricidade, coleta de lixo e saneamento. Devido ao crescimento desordenado do bairro, suas ruas são estreitas, de barro, com esgoto a céu aberto. Na localidade também ocorre a comercialização de substâncias ilícitas.

A gravidez, descoberta há uma semana, não foi planejada e como seu ciclo menstrual é muito irregular ela não estava esperando a novidade.

Começou a fumar quando tinha 10 anos, assim que sua mãe faleceu. Atualmente fuma 10 cigarros ao dia e não reduziu durante a gravidez, fuma menos só quando se sente enjoada. Fumou em todas as gravidezes anteriores. Seu pré-natal é considerado de alto risco, devido ao seu histórico de aborto de gêmeos, descolamento prematuro de placenta e prematuridades. Já tentou parar de fumar uma vez, mas disse que não conseguiu, ficou muito estressada.

Concluiu o ensino médio e trabalhou como auxiliar de limpeza até a última gestação. No acompanhamento pré-natal na UBS, fez a primeira consulta. Está na

expectativa da criança nascer para fazer logo a laqueadura. Não quer mais ter filhos, por que passa a maioria do tempo da gravidez internada no hospital.

Em relação à sua família diz não ter muito contato. Apenas com o seu irmão que é pastor no bairro e sua irmã que a visita periodicamente. Sua renda familiar é proveniente dos programas de transferência de renda do governo. Seu esposo está desempregado.

Nos momentos de lazer gosta de ir para bares com o marido e também de ficar em casa assistindo televisão.

PRISCILA

“[...] tem um problema sério, se eu passar nervoso eu desconto no cigarro.”

Figura 11 – Descrição do Genograma e Ecomapa de Priscila.

Priscila tem 38 anos, está grávida de 26 semanas e mora num sobrado, na região central do bairro, com o atual marido, dois filhos e um sobrinho. Tem casa e carro próprios. Seus filhos estão cursando o ensino superior e trabalham para ajudar nas despesas da casa. Ela concluiu o ensino fundamental e trabalha como doméstica no próprio bairro.

Começou a fumar aos 13 anos na escola, por curiosidade. Sua gravidez não foi planejada, achava que o marido não poderia ter filhos. Conta que sempre fumou 20 cigarros ao dia e na gravidez manteve a mesma quantidade por que ajuda a reduzir o estresse. Considera-se uma pessoa muito estressada, muito nervosa, qualquer coisa a irrita, só o cigarro a acalma.

Nas duas gravidezes anteriores conseguiu ficar sem fumar ao longo dos nove meses, mas ainda no hospital voltou a fumar. Nessa gravidez não vai parar, porque acha que não consegue lidar com o estresse. O seu marido não gostaria que ela fumasse, pois é o primeiro filho dele, e pede para ela não fumar no quarto. Ela

relata que sabe que faz mal para a criança, mas acha uma maravilha continuar fumando, é o seu refúgio.

Quanto à sua família, o falecimento da sua mãe há três anos fez com que ela se apegasse mais ao cigarro. Relatou que seu pai fuma muito, o que a deixa preocupada.

Nos momentos de lazer gosta de ir ao shopping e assistir televisão. Mas ultimamente não tem sobrado muito tempo, por que além de trabalhar ela é responsável pelas atividades domésticas.

Reside no bairro há três anos e só tem contato com a UBS. Não conhece os vizinhos e prefere manter-se afastada, pois na rua há muitas brigas entre vizinhos.

DORA

“[...]eu sei que não poderia fumar na gravidez, mas é o vício.”

Figura 12 – Descrição do Genograma e Ecomapa de Dora.

Dora tem 35 anos, está grávida de 34 semanas. Reside em uma casa de um cômodo numa região de intenso comércio de drogas, com os três filhos e o marido. Sua casa é de alvenaria, porém com iluminação e ventilação muito precárias. Por residir em uma região um pouco afastada do centro do bairro, não há calçamento nas ruas e percebe-se a falta de planejamento urbano.

Começou a fumar aos 15 anos por curiosidade e quando se deu conta já estava fumando 20 cigarros ao dia. A sua gestação atual não foi planejada. Dora não reduziu o consumo por que se considera uma pessoa muito estressada e ansiosa. Tentou parar de fumar uma única vez, mas não conseguiu lidar com o estresse e as pessoas pediram para ela voltar a fumar. O seu marido também fuma, os dois fumam dentro de casa, pois em alguns momentos não é seguro ficar na calçada.

Em sua família seus pais fumam. A mãe, que havia parado de fumar, retornou tomando trago de cigarro da filha. Dora tem bronquite crônica que é agravada pelo cigarro e pelas condições da moradia. Ela relata que sonha em parar de fumar, seus pais a incentivam muito, principalmente quando ela fica grávida. Ela acha que não consegue parar de fumar, por que sempre que está estressada fuma um cigarro e se sente mais calma e teme como será a rotina sem o cigarro.

No acompanhamento pré-natal a médica a orientou a parar de fumar e a encaminhou para o grupo de gestantes, mas ela não aderiu. Até o momento compareceu a todas as seis consultas do pré-natal. Está com medo que a criança venha a nascer com algum problema. Todos os seus filhos nasceram abaixo do peso.

Concluiu o ensino fundamental e trabalhava como auxiliar de limpeza até um ano atrás, um pouco antes de engravidar.

Nos momentos de lazer vai visitar os pais ou fica em casa assistindo televisão. Suas filhas ajudam nos serviços domésticos e a cuidar do irmão menor.

FERNANDA

“[...]Eu gosto de fumar mas tô parando um pouco, por que por mim eu continuaria. “

Figura 13 – Descrição do Genograma e Ecomapa de Fernanda.

Fernanda tem 20 anos, está grávida de 22 semanas. Mora com sua mãe, seu padrasto e sua irmã em um apartamento no conjunto habitacional do bairro. Seu pai saiu de casa quando ela ainda era criança, e desde então não se tem mais notícias dele.

Começou a fumar aos 14 anos, quando via seu padrasto fumando e tinha curiosidade. Atualmente em sua casa todos os moradores fumam. Desde que descobriu que estava grávida, reduziu o consumo de 20 para cinco cigarros ao dia. Ninguém da sua família sabe que ela está grávida, por isso a entrevista ocorreu na UBS. Fernanda não quer contar a família sobre a gravidez, pois teme que sua mãe a obrigue a casar com o pai da criança.

Parou de estudar aos 16 anos no 2º ano do ensino médio por que não queria mais ir à escola. Desde então não tem feito nada. Passa o dia em casa, fazendo afazeres domésticos. Relata que um dia deseja retomar os estudos.

Em seus momentos de lazer fica em casa. Antes da gravidez frequentava bares e festas com o namorado, mas agora está evitando esses locais. Seus vínculos na comunidade se resumem a UBS através da ACS que tem dado todo suporte para ela se manter no acompanhamento pré-natal mesmo que escondido da

família. Sua gravidez não foi planejada mas ela disse já estar acostumada com a ideia. Já passou por três consultas no pré-natal, porém nunca falaram sobre o tabagismo. Ela acha que a médica e a enfermeira nem sabem que ela fuma.

6 DISCUSSÃO

Inicialmente os genogramas e ecomapas das gestantes serão discutidos sob a luz do referencial teórico da Promoção da Saúde. O segundo tópico evidencia como se deu a abordagem do tabagismo na gestação no atendimento pré-natal na perspectiva da gestante. Finalmente, através da análise temática buscou-se identificar elementos facilitados e desafiadores para subsidiar uma estratégia de cessação.

6.1 ANÁLISE DO GENOGRAMA E ECOMAPA

6.1.1 A Família

A família construída pelas gestantes através do genograma apresentou-se delimitada em torno de um eixo moral. Essa noção de família delimita os vínculos em torno daqueles que compartilham as obrigações de vida. Para Sarti (1994), a noção de obrigação sobrepõe à noção de laços sanguíneos.

Em uma situação de vulnerabilidade social, como encontrada nas famílias pesquisadas, para viabilizar a existência da família como a concebem, faz-se necessário integrar a rede de parentescos. Diante de relações conjugais e situação econômica instável, como percebido nas famílias, o arranjo familiar integra gerações e transcende o modelo familiar nuclear. Em muitos casos, a renda familiar é proveniente da aposentadoria de algum membro da família e/ou programas de transferência de renda do Governo. A limitada escolaridade das gestantes, alcançando no máximo o ensino médio, as coloca em profissões que favorece vínculos precários de trabalho, como empregadas domésticas e auxiliares de limpeza.

Para Figueiredo, Furlan (2010), a vulnerabilidade social pode estar presente quando o indivíduo possui uma rede de apoio frágil e uma precária inserção no

mercado de trabalho. Logo, ao planejar ações em saúde, devem-se considerar esses fatores, com suas limitações e potencialidades.

Diversos estudos que relacionam renda, lugar de residência e escolaridade com o tabagismo na gestação apontam para essa associação negativa. Mulheres que possuíam uma baixa renda familiar eram mais propensas ao tabagismo quando comparadas com mulheres com elevada renda familiar. (Al-Sahab et al, 2010; Kroeff et al, 2004). Quanto à escolaridade, há uma relação inversa, quanto menor a escolaridade maior as chances de a mulher permanecer fumando na gestação (Motta, 2010). Um elevado nível educacional da gestante e do seu parceiro é mais propenso a famílias livres do cigarro. Já mulheres com baixa escolaridade, têm menos controle do fumo no ambiente familiar e estão mais propensas ao tabagismo passivo (Chen et al., 2007).

A análise das famílias permitiu verificar a presença de papéis bem definidos do homem e da mulher. A diferenciação de papéis está relacionada à autoridade e à organização da gestão do lar. Como observado por Sarti (1994), cabe ao homem a mediação da família com o meio externo, provendo na maioria dos casos o suporte financeiro. À mulher, cabe a manutenção da unidade do grupo, sendo a maternidade um episódio de valorização no contexto familiar.

A média de idade da primeira gravidez das gestantes é inferior a 20 anos. Para Sarti (1994), a mulher pobre ter um filho simboliza um status de maioridade e responsabilidade, o que implica na desvinculação da família de origem. O filho torna-se um instrumento da desvinculação e uma passagem para o reconhecimento social da fase adulta.

A construção do genograma e do ecomapa possibilitou a visualização da rede social próxima à gestante e diante disso, pode-se extrair algumas considerações a respeito do tabagismo. A primeira delas e mais evidente é a presença do tabagismo no ambiente familiar. Todas as participantes convivem com fumantes e/ou tiveram pais tabagistas. A segunda observação e não menos importante é a fragilidade na percepção do suporte social dentro e fora da família. Compreender a rede social e reciprocidade no apoio é fundamental para abordar a questão do tabagismo numa perspectiva social do cuidado.

6.1.2 Vida Comunitária

Os aspectos relacionados à “Vida Comunitária” e “Relações Sociais” dizem respeito ao entrono social da gestante. Suas relações intrafamiliares e comunitárias, o apoio fornecido por familiares, por vizinhos e instituições ligadas à família. Para realizar uma intervenção numa perspectiva ampliada de cuidado, conhecer a disponibilidade e abrangência da rede de apoio é de fundamental importância para saber quais recursos comunitários e familiares estão disponíveis e se é possível acioná-los.

O estudo demonstrou que as gestantes estão envolvidas em um meio social propenso para o tabagismo. As normas familiares da maioria das entrevistadas permite o tabagismo indiscriminado dentro e fora do ambiente familiar, muitas vezes independente da presença de crianças. Ao examinar o impacto das redes sociais e sua influência na cessação do tabagismo durante o primeiro trimestre da gravidez percebeu-se que mulheres que conviviam com parceiro tabagista, possuíam uma significativa quantidade de amigos fumantes e eram expostas ao tabagismo passivo tinham maior probabilidade de permanecer fumando durante o primeiro trimestre da gravidez (Homish et al., 2012)

Um estudo com mulheres no puerpério imediato que pararam de fumar durante a gestação, analisou como a rede social pode influenciar o retorno ao tabagismo no pós-parto. Identificou-se que durante a gestação essas mulheres perceberam como é não fumar em um ambiente repleto de fumantes, além de ter que lutar para vencer a tentação de fumar. As mulheres que possuíam familiares e amigos tabagistas era mais propensas ao retorno do tabagismo no puerpério. (Nguyen et al., 2012)

A iniciação ao tabagismo ocorreu das mais variadas formas. A rede comunitária da gestante teve forte influência na iniciação. A maioria das mulheres começou a fumar na adolescência, por curiosidade, por ver os pais fumando, por um antigo hábito que os pais tinham em pedir para as crianças acender os cigarros e até por questões estéticas relacionadas ao peso. Duas participantes começaram a fumar ainda na infância.

“[...] eu comecei a fumar com 16 anos através do meu namorado. Eu achava bonito ele fumar daí comecei a fumar também.” (Luciana). “[...] curiosa, queria ver como era e isso foi virando um vício mesmo né.” (Andréia). “Comecei a fumar desde os 15 anos. Esse negócio da mãe e do pai pedir para acender o cigarro. Ai tem a curiosidade de saber como é que é.” (Maria). “[...] eu tinha 10 anos quando eu comecei a fumar, assim que minha mãe morreu. Antigamente como era escondido a gente sempre fumava menos, só dentro da escola.” (Gabriela). “[...] eu comecei a fumar por que sei lá eu senti vontade. Eu via meu pai fumando, sempre tive curiosidade.” (Fernanda).

Para Panaino, Soares e Campos (2014), a iniciação ao tabagismo dar-se principalmente em espaços de socialização, fora do espectro familiar. Um estudo com adultos que iniciaram o tabagismo ainda na infância demonstrou que a iniciação ao tabaco foi fortemente associada à normalidade sociocultural e familiar do ato de fumar; identificação e aprendizado com figuras parentais fumantes; condições adversas de vida, incluindo trabalho infantil e poucas atividades lúdicas; e escassez de informações. (Calsavara, Fontanella; 2007)

Na visualização do ecomapa das famílias, as instituições que fazem parte do contexto familiar são: a creche, a UBS, o trabalho, a vizinhança, a igreja e familiares. Cada família estabelece vínculos de variadas intensidades. Percebe-se que os vínculos comunitários das gestantes são escassos.

O lazer raramente foi citado e quando presente ficou restrito a atividades dentro do ambiente familiar. Quando idas a festas e bares estavam associado ao lazer da gestante, também havia o consumo de outras substâncias ilícitas.

Para Marcelino et al. (2007), o crescimento desordenado das grandes cidades acarretou em sérios problemas infraestruturais associado a um planejamento urbano que priorizou investimentos nas regiões centrais das cidades. Com isso, há uma centralização de equipamentos específicos de lazer, como teatros, cinemas, bibliotecas, em polos nobres das cidades, restando para as periféricas um elevado contingente populacional e a escassez de equipamentos de lazer.

Cada vez mais as camadas mais pobres são empurradas para a periferia das grandes cidades, fruto de uma especulação imobiliária e privatização do lazer que impossibilitam que essa parcela da população acesse tais equipamentos. O lazer

passa a ser visto como mercadoria, não podendo ser acesso igualitariamente por toda a sociedade (Marcellino et al., 2007).

As consequências desse arranjo político e econômico que envolve a utilização do espaço público faz com que o lazer se voltasse para o lar. As famílias têm utilizado cada vez mais suas casas para usufruir dos seus momentos de lazer, seja por conta do crescente uso da tecnologia, das dificuldades de deslocamento nas cidades, da violência e da escassez de recursos para o consumo do lazer da forma que ele vem sendo pensado (Marcellino et al., 2007).

A privatização do lazer e o fato dele se voltar para o ambiente doméstico tem um resultado ainda mais negativo para a vida comunitária. Os equipamentos urbanos tem a capacidade de agregar pessoas, sua escassez leva ao isolamento social (Marcellino et al., 2007).

Pode-se observar no bairro pesquisado a existência de diversas praças, de pequeno porte, que estavam sendo utilizadas como depósito de lixo, cobertas por vegetação ou utilizadas como moradia para a população de rua e não apresentavam a mínima condição nem no seu papel paisagístico do bairro, muito menos como equipamento de lazer. O Centro de Formação Cultural Cidade Tiradentes, uma imponente edificação com arquitetura contemporânea que destoa e se destaca em meio a moradias improvisadas e ausência de planejamento urbano, apesar de recém construída e parcialmente em funcionamento, tem a proposta de ser um polo cultural no bairro com valorização das expressões culturais locais. Possui salas de cinema, teatro, uma ampla biblioteca e quadras poliesportivas.

Um estudo que buscou compreender como o tabagismo era incorporado no contexto sociocultural de moradores de baixa renda numa pequena cidade com elevada prevalência do tabagismo demonstrou que o consumo do cigarro é mais frequente em momentos de lazer e quando há tempo livre (Jensen, Hounsgaard 2013). A ausência de lazer e elevado estresse relatado pelas gestantes são fatores que dificultam o abandono do tabagismo. Mello et al. (2005) também encontrou precários vínculos comunitários na pesquisa com gestantes acompanhadas na Atenção Básica.

“Eu fumo por que o dia-a-dia me estressa, o cotidiano, a rotina. Tudo a mesma coisa, não faço coisas diferentes, só fico em casa (Luciana).” “Um dia quero voltar pra escola e terminar os estudos. Só fico em casa sem

fazer nada (Fernanda).” “Eu nem saio de casa, fico o dia inteiro em casa (Andréia)”.

A elevada prevalência de violência no bairro e a situação econômica que limita as possibilidades de lazer em virtude do gasto financeiro podem ser motivos da restrição do lazer no meio intrafamiliar.

A violência intrafamiliar não foi citada durante a entrevista, o que não significa a ausência desse problema. A gestante Mariana, no momento da entrevista, possuía marcas de violência física. Outra gestante, que não foi possível entrevistá-la devido a sua rotina de trabalho, mudou-se para a casa da mãe devido às agressões frequentes do seu esposo.

O tabagismo foi identificado como um dos principais fatores associados ao rastreamento e percepção de casos de violência por parceiro íntimo na gestação. (Puccia, Mamede, 2012). Sendo significativamente mais comum entre mulheres que sofreram violência na gestação, aumentando em cinco vezes as chances de fumar na última gravidez quando comparadas com mulheres que nunca sofreram violência (Fanslow et al., 2008).

Um estudo randomizado com gestante tabagistas que foram separadas em dois grupos, sendo num deles as participantes sofreram violência por parceiro íntimo no último ano, evidenciou que as gestantes que sofreram violência expressaram situações mais estressantes em suas vidas, como problemas financeiros, baixo suporte social, abuso sexual, limitações de deslocamento (Bhandari, Levitch, Ellis, 2008). Reafirmando o papel do tabagismo como mediador em situações de estresse para essa população.

A UBS foi citada por todas as participantes como um vínculo na comunidade. Nesse sentido, a ESF cumpre seu papel de tornar-se uma referência de cuidado para a população. O usuário reconhece ali uma fonte de apoio para suas necessidades relacionadas à saúde. A atuação do ACS é fundamental para estreitar esse vínculo e compreender as reais necessidades da população.

Para Figueiredo e Furlan (2010, p.162),

“as práticas em saúde devem ser sensíveis às novas configurações de famílias, de grupos e de redes sociais, e, sobretudo, às diversas formas de

sofrimento, inscritos ou não no corpo, manifestos ou não na fala dos sujeitos”.

6.2 A ABORDAGEM DO TABAGISMO NO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

O acompanhamento pré-natal na Atenção Básica é orientado por documentos técnicos que normatizam o que deve ser abordado em um atendimento. Esses materiais tem um enfoque muito mais biológico que social da gestação, logo questões relacionadas ao contexto de vida da gestante e sua família raramente têm sua merecida atenção. Ao invés da consulta ser um momento de escuta das demandas da mulher, compreensão da sua realidade e corresponsabilização do cuidado, percebe-se uma priorização do uso da tecnologia e da transmissão de ensinamentos com foco na saúde da criança (Cabral, Hirt, Van der Sand, 2013).

Apesar de uma elevada taxa de cobertura do acompanhamento pré-natal na AB – em torno de 98% – ainda convive com indicadores insatisfatórios de óbitos neonatais, sífilis congênita, hipertensão arterial sistêmica, além de indicadores ruins relacionados à qualidade, como realização de exames de rotina, orientações sobre o parto e aleitamento (Viellas, et al; 2014; MS, 2012).

Sob a ótica das gestantes, a abordagem do tabagismo na gestação em alguns casos inexistiu e quando presente foi incipiente.

“[...] no pré-natal já passei por 03 consultas e não perguntaram nem se eu fumava. Eu tenho intenção de parar de fumar por eu ouço muito na televisão que o cigarro faz mal, mas eu acho que eu consigo parar.” (Luciana). “[...] na primeira consulta a ACS e a médica perguntaram se eu fumava, só que não tava fumando por que tava enjoada. Depois voltei a fumar de novo.” (Maria) “[...] aqui no posto de saúde ninguém tocou no assunto. Passei uma vez com a médica e agora vou passar com a enfermeira, ai talvez amanhã quem sabe ela fale alguma coisa.” (Paula). “[...] no posto de saúde só perguntaram se eu fumava. Tô fazendo tratamento com a dentista, ela tá dando um jeito nos meus dentes. Eu acho que ela sabe que eu fumo.” (Priscila) “[...] no pré-natal a médica falou para eu não fumar e me mandou para o grupo de gestantes, mas eu não fui.”

(Dora) “[...] no pré-natal nunca nem tocaram no assunto, já fiz 03 consultas. Acho que nem sabem que eu fumo.” (Fernanda)

Quando a mulher se dá conta da gravidez, tem um tempo limitado para cessar ou reduzir o tabagismo. O atendimento pré-natal tem um papel fundamental nesse processo de sensibilização, principalmente por que a gestação é um momento propício para mudanças em seu comportamento relacionado à saúde. Um estudo com gestantes tabagistas em um hospital universitário brasileiro evidenciou que as informações recebidas no acompanhamento pré-natal sobre o tabagismo as mobilizaram a pensar em parar de fumar e influenciaram na sua decisão (Motta, 2010).

Um grupo focal com profissional da saúde sobre o tabagismo na gestação demonstrou que os profissionais acreditam serem as pessoas certas para abordar a gestante no processo de cessação. No entanto, acreditam não ser prioridade da mulher parar de fumar naquele momento, não estando preparada para a cessação; faz parte do seu estilo de vida; devido às precárias condições socioeconômicas, o tabagismo auxilia na superação de momentos difíceis (Bull et al., 2007).

O desejo dos profissionais de saúde de se alcançar o protagonismo do sujeito diante da sua própria vida e suas escolhas esbarra num diálogo, onde o profissional expõe suas competências e que se espera do usuário a plena adesão e entendimento. O que resulta dessa relação é o fracasso terapêutico e o “deixar de lado” questões tidas como ineficazes (Ayres, 2001). Práticas educativas em saúde na perspectiva da promoção da saúde partem de um pressuposto que o conhecimento é construído através da parceria entre usuários e profissionais e a busca da saúde é centrada no ser humano saudável, tanto individual como coletivamente. Empoderá-lo permite uma maior interação com o seu estado de saúde, uma maior consciência para tomada de decisão e autonomia para fazer escolhas. (Salci et al., 2013)

A investigação do itinerário terapêutico de mulheres no puerpério em relação aos cuidados maternos evidenciou que há uma prevalência do subsistema popular, com valorização dos ensinamentos transmitidos pela família e pela rede de apoio, seguido pelo subsistema profissional, com destaque para o fato de as mulheres perceberem a baixa valorização dos saberes culturais que trazem consigo nas consultas (Amaral, Souza, 2012).

Um estudo com gestantes tabagistas apontou a necessidade de reavaliar a abordagem utilizada na cessação do tabagismo devido a seu enfoque unilateral e por não enfatizar o contexto de vida do fumante. Para o autor, é preciso considerar os determinantes sociais de saúde na abordagem e elaboração das ações, utilizar a redução de danos como abordagem viável para redução do tabagismo durante a gestação, facilitar e incentivar o acesso e envolver familiares. Recomenda-se também um treinamento anual que aborde a intervenção breve e clarifique quais são as melhores práticas para a abordagem da cessação do tabagismo em parturientes (Borland et al., 2013).

Uma revisão sistemática dos fatores relacionados a adoções de estratégias de cessação do tabagismo em gestantes concluiu que na maioria dos trabalhos pesquisados, os profissionais questionam a mulher sobre o tabagismo, porém o registro dessa informações ainda é inconsistente e não há seguimento da abordagem em consultas subsequentes. O estudo também identificou limites em conhecimento e habilidades para o aconselhamento em tabagismo. Uma abordagem fortemente persuasiva para parar de fumar e de forma contundente pode ser percebido pela gestante como uma barreira para cessação do tabagismo. As diferentes práticas entre os profissionais, como recomendações de cessar o tabagismo ou reduzir o consumo podem gerar informações desencontradas e conflituosas. (Baxter et al., 2010)

Mesmo em países que possuem uma política clara e objetiva de enfrentamento do tabagismo na gestação há dificuldades de implementação de uma abordagem efetiva e contínua. Uma pesquisa na Austrália comparou a intervenção de cessação do tabagismo no serviço público antes e depois da implementação de um protocolo de atendimento. O estudo demonstrou que a padronização de procedimento elevou a probabilidade de a gestante receber aconselhamento para parar de fumar da equipe de saúde, distribuição de material educativo, encaminhamento para serviços especializados e ampliou a discussão sobre o tema para além da primeira consulta. No entanto, apesar de uma abordagem mais coordenada do problema, metade das mulheres relatou que não receberam nenhum tipo de informação a respeito do tabagismo. (Perlen, Brown, Yelland; 2013)

A ausência de diretrizes para a abordagem da temática torna o acompanhamento do tabagismo na Atenção Básica superficial ou inexistente. A falta

de uniformidade no atendimento prestado faz com que cada profissional conduza suas práticas de acordo com distintos modelos assistenciais, o que resulta em tensão e conflito na proposta de cuidado integral. (Albuquerque, 2011)

6.3 DESAFIOS E FACILITADORES NO PROCESSO DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Através da entrevista e da construção do genograma e ecomapa foi possível extrair elementos que podem funcionar como desafiadores ou facilitadores na implementação de uma estratégia de cessação/redução do tabagismo.

Os desafios percebidos pelas gestantes estão relacionados à dificuldade em lidar com o estresse e considerar o cigarro um vício difícil de romper. A ausência de um projeto de vida e a baixa percepção de apoio social também pode ser considerada como elementos desafiadores para a equipe de saúde.

6.3.1 Dificuldades em Lidar com o Estresse

O tabagismo é percebido como uma ferramenta que auxilia na superação de situações estressantes.

“Eu sou fácil de parar de fumar, às vezes me dava tontura o cigarro aí eu parava e ficava de boa, só que é muito estressante, quando eu ficava estressada eu voltava” (Luciana). “[...] eu fumo para me tirar o estresse e a ansiedade e ao mesmo tempo eu passo mal. Eu fico estressada por tudo, acho que a gravidez tá me deixando assim sem paciência” (Andréia). “[...] o cigarro dá uma sensação de calma, é louco né. Eu tô nervosa eu vou lá e acendo um cigarro. Eu já sou muito nervosa” (Dora).

Há uma relação da nicotina, presente no cigarro, com mecanismos neurofisiológicos de liberação de neurotransmissores com o potencial de minimizar sintomas relacionados ao estresse (Burns et al., 2014). Em grupos populacionais mais pobres, o tabaco está fortemente relacionado ao alívio do estresse e um

instrumento de prazer, o que pode ser atribuído a dificuldade de acessar outros meios de lazer e relaxamento (Panaino, Soares, Campos; 2014).

Experiências estressantes antes e durante a gestação também aumentam a probabilidade do tabagismo durante a gestação (Al-Sahab et al., 2010; Bull et al., 2009). Nesse estudo, diversos relatos evidenciaram situações que sugerem elevado nível de estresse das gestantes, como a negação da gravidez, a falta de perspectivas em relação do futuro, sem mencionar precárias condições de moradia.

No entanto, para analisar essa dificuldade das gestantes em lidar com o estresse e utilizar o cigarro como um meio para superar momentos difíceis em suas rotinas, é preciso entender o estresse no contexto familiar e como a dinâmica da família contribui para a manutenção de elevados níveis de estresse.

Para Bomar, Denny, Smith (2004), o estresse individual pode ser psicológico, emocional ou social. O estresse de membros da família pode ser expresso através de sintomas físicos e/ou emocionais como resultado de problemas na dinâmica familiar. O estresse social resulta da percepção de ameaças no ambiente social, tais como ambiente laboral insalubre, conflitos com vizinhos e cobranças no trabalho e na família. A fala de Ana expressa essa dificuldade em relação ao trabalho:

“[...] eu acho que eu não consegui parar de fumar por causa do serviço. Eu gostava da escola que eu trabalhava, mas nessa eu vejo que é cada um por si. Eu trabalho com uma mulher que tem tendinite e não pode pegar peso, fico muito sobrecarregada.”

Bomar, Denny, Smith (2004) faz diferenciação conceitual de estresse e crise. As crises muitas vezes resultam de eventos que ocorreram de forma abrupta e repentina. No entanto, o estresse está sempre presente em algum nível e progride para crise, quando a família não tem os recursos necessários para se adaptar. Uma gravidez indesejada pode ser um elemento que desencadeia uma crise familiar. Como expressado na fala de Rosa, “na gravidez passei a fumar mais por que acho que eu não queria muito engravidar, aí eu engravidei e fiquei muito tensa então passei a fumar mais”.

Uma família que dispõe de poucos recursos para superar uma situação de estresse e fazer mudanças necessárias para adaptar-se a uma nova realidade, seja um novo emprego, chegada de um novo membro na família, desemprego, perdas,

pode ocorrer uma situação que a crise perdure por longos períodos e a família conviva em um ambiente de elevado estresse.

A percepção de uma rede de apoio intrafamiliar, extrafamiliar e institucional auxilia na superação de situações de crise e ajuda à família a retornar a uma situação de equilíbrio após o evento que desestabilizou a dinâmica familiar.

6.3.2 Convívio com fumantes

O ambiente intrafamiliar é regido por normas próprias e diferem em cada família. A construção do genograma permitiu visualizar como o tabagismo é uma prática presente na família, tornando-se um hábito que ultrapassa gerações. As regras familiares das famílias pesquisadas são extremamente permissivas como o consumo do cigarro dentro e fora de casa, independente da presença de crianças e gestantes.

“Na minha família, meu pai fumava, minha mãe fumava, depois meu pai foi embora e minha mãe parou de fumar. Fui morar com o meu namorado, ele fuma, a mãe dele fuma, a irmã dele fuma. Nossa! É muito fumante na família.” (Luciana). “[...] meu marido fuma também, a gente fuma dentro de casa, meus filhos não reclamam” (Dora).

Apesar de todo o esforço institucional de promover ambientes livres da fumaça do cigarro em locais fechados e em instituições públicas, o ambiente familiar é um local onde as normas são determinadas pelos integrantes, o que demanda uma sensibilização para que a política pública adentre o lar.

“Hoje eu vivo com o meu marido e meus três filhos. Todo mundo fuma na minha família” (Rosa). “[...] já tentei parar uma vez, fiquei nove meses sem fumar. Depois voltei de novo por causa desse negócio de ficar vendo as pessoas fumarem” (Maria).

“Tem dia que vejo minha sogra fumando e já fico com raiva, ela fuma dentro de casa. Minha filha de 05 anos odeia o cheiro de cigarro. Eu não fumo perto dela, mas minha sogra fuma” (Janaína). Essa fala expressa a falta de controle da gestante em relação às regras da família. Um estudo com familiares de gestantes tabagistas

demonstrou que as influências sociais e familiares podem dificultar o abandono do tabagismo na gestação, principalmente quando a mulher tem baixo controle sobre o consumo do cigarro dentro da casa (Gould et al., 2013).

Um estudo que explorou o comportamento das gestantes em evitar a exposição ambiental à fumaça do cigarro concluiu que menos da metade das gestantes que participaram do estudo relataram haver uma restrição do fumo no ambiente doméstico. O fumo passivo ainda é uma realidade mesmo para aquelas gestantes que não fumam (Chen et al., 2007).

6.3.3 Baixa percepção de apoio social

O apoio pode ser definido como a prestação ou recebimento de assistência, podendo ser percebido individualmente como positivo ou negativo (Bullock, 2004). Nas falas das gestantes percebe-se a falta de suporte das famílias em relação à cessação do tabagismo.

“Meu esposo fuma também, quando eu fico grávida, só os médicos mesmo dizem para eu não fumar.” (Gabriela). “Quando eu voltei a fumar minha mãe me xingou, minha avó me xingou. Eu falei assim: “Mãe a senhora consegue parar? Não. Então pronto”. (Andréia). “[...] meu marido falou que se o bebê nascer com algum problema por causa do cigarro ele me mata.” (Paula). “[...] meu marido reclama, diz que eu fumo igual a um sapo e fala: Para de fumar. Você tá fumando demais! Pega muito no meu pé por que eu tô grávida e fumo, só que eu não tô nem aí.” (Rosa)

Quando as famílias tentam fazer alguma intervenção no sentido de alertar a mulher sobre o tabagismo, o discurso ameaçador tensiona a relação, dificulta uma aproximação e uma ajuda efetiva. As atuais recomendações do US Department of Health and Human Services para um efetivo suporte social sugerem que as pessoas envolvidas no processo de cessação do tabagismo evitem comentários que distanciem a relação, como broncas e xingamentos, dificultando uma postura acolhedora e receptiva.

Um estudo com homens e mulheres que questionou sobre a importância do abandono do tabagismo na gravidez, evidenciou que alguns participantes não acham importante parar de fumar na gravidez. Conhecer pessoas que fumaram durante a gravidez e tiveram crianças "saudáveis" pode ser um fator protetor para a baixa oferta de apoio social às gestantes (Bull et al., 2009)

6.3.4 Dificuldade em concretizar o projeto de vida

Os aspectos relacionados ao projeto de vida demonstraram as dificuldades encontradas pelas gestantes ao longo da vida de seguir as suas escolhas e em busca de concretizar o seu projeto de vida.

“Eu parei de estudar na gravidez da minha primeira filha e não voltei mais. Agora que eu decidi estudar de novo, lá vem eu descobri que estava grávida... no começo da gravidez eu não queria o bebê, ficava muito sentimental. Não tava aceitando de jeito nenhum. Aí a barriga foi crescendo, comecei a sentir ele mexer, aí escutei o coraçãozinho. A criança não tem culpa né. Aí eu comecei a aceitar mais, estou mais conformada (Andréia)”.
“[...] nessa gravidez eu aumentei o cigarro por que foi uma gravidez indesejada, eu não queria, foi um acaso do destino. Hoje eu já tô aceitando mais, mas no começo eu não aceitei de jeito nenhum. Não pensei em tirar, só que eu não queria de jeito nenhum. Eu renegava muito, hoje eu já tô conformada (Rosa)”.

O abandono do projeto de vida diante das circunstâncias impostas pelas condições de vida também pode ser demonstrado na fala de Rosa: “Terminei os estudos e tinha o sonho da faculdade, mas agora tenho que cuidar deles. Anulei esse sonho!”.

Nesses casos, a percepção que a mulher não conseguiu seguir suas escolhas e concretizar o seu projeto de vida fica evidente. A interrupção da vida escolar foi recorrente na fala das gestantes, como a primeira gravidez se deu antes dos 20 anos de idade, não foi possível conciliar os estudos com as obrigações da maternidade. As dificuldades em concretizar o projeto de vida, que passa por uma melhor qualificação profissional, geram um sentimento de arrependimento e negação da gravidez.

6.3.5 Preocupação com a saúde do bebê

A preocupação com o bem-estar da criança pode ser um aliado na abordagem de cessação/redução do tabagismo. Nessa fase, a mulher experimenta um sentimento de culpa por não ter conseguido parar de fumar na gravidez. Por pressão de familiares ou por iniciativa própria, as mulheres tentam reduzir o consumo para o que elas julgam ser o mínimo tolerável em suas rotinas.

”[...] agora que eu tô grávida tô fumando bem menos, antes eu fumava quase um maço por dia [...] muitas pessoas falam que faz mal, sinto um certo medo de prejudicar o neném” (Maria). “Antes de ficar grávida eu fumava 10 cigarros por dia. Na gravidez eu diminui, um maço dura quase uma semana [...] eu tento ver pelo ultrassom se tá tudo bem e graças a Deus deu tudo certo. Eu vi que não tava atrapalhando tanto, então eu fiquei quieta. Quando o bebê nascer eu pretendo parar de fumar. Por que você não vai ficar com o bebê no colo e fumando.” (Paula)

Gould et al (2013) realizou grupos focais com gestantes tabagistas e evidenciou que as mulheres tinham conhecimento sobre os danos do tabaco, se sentiam culpadas por fumar durante a gravidez, e tentaram mudar o comportamento de fumar. Como a cessação é um processo difícil, as mulheres eram mais propensas a reduzir o consumo do que parar. As participantes relatam o isolamento social ao parar de fumar, já que o tabagismo tem um papel forte na coesão social. Reduzir o consumo de cigarro pode ser um compromisso para que as mulheres grávidas possam se sentir socialmente conectadas e ainda tentar minimizar os danos ao feto.

Em um outro estudo, algumas mulheres justificam o tabagismo, como uma forma de buscar argumentos que convençam a ela mesma da manutenção do tabagismo e a protejam dos sentimentos de vergonha e desaprovação social. Algumas entrevistadas apesar de considerar parar de fumar como uma possibilidade concreta realizam planos futuros, não havendo atitudes presentes para parar de fumar. Há uma percepção que o fato de fumar pode prejudicar o desenvolvimento da criança, porém ainda não há motivação suficiente para o abandono do tabagismo. As mulheres preferem pensar que os danos causados pelo tabagismo não irão acontecer com elas. (Abrahanssom et al., 2005)

O diálogo na educação em saúde, como possibilidade de abertura para e expressão de sentimentos, faz com que a mulher se encoraje para uma reflexão sobre o significado do tabagismo, o sentimento de controle sobre ele e a prevenção da defesa do tabagismo. (Abrahanssom et al., 2005)

6.3.6 Percepção de apoio social

Em contrapartida à ausência de apoio, percepção do apoio social pode ser um aliado no processo de cessação do tabagismo. As gestantes que apesar de estarem em um meio propenso ao tabagismo, como o convívio constante com fumantes dentro da residência, podem receber apoio e incentivo para abandonar o tabagismo. A família e os amigos têm um papel fundamental na sensibilização e no apoio efetivo.

“Minha avó e minha irmã me incentivam parar de fumar.” (Andréia). “[...] na minha família, meu marido me incentiva a parar de fumar, ele não deixa, é uma briga. É tipo assim, ele não deixa por causa do neném, ele pede para mim manejar. Ah! Eu tento o máximo que eu posso.” (Maria). “Na minha família, ninguém gosta que eu fume, enchem meu saco. Meu marido não deixa eu fumar no quarto, só fumo dentro de casa.” (Priscila)

Diversos estudos apontam para a importância do envolvimento da rede social da gestante nas intervenções para cessação do tabagismo. Familiares e amigos que ofereçam suporte emocional aumentam as possibilidades e cessação do tabagismo (Bachir, Chaaya, 2008). Um fumante que percebe que pode discutir problemas diários com um cônjuge ou amigo, ou que recebe respostas empáticas e apoio nos momentos difíceis vivenciados durante uma tentativa de parar, pode ser mais capaz de lidar não só com os problemas diários, mas também as consequências específicas da abstinência por parar de fumar, ou seja, os sintomas de abstinência (Westmaas, Bontemps-Jones, Bauer, 2010).

Um estudo caso-controle realizou uma intervenção que mobilizou uma pessoa do meio social da gestante tabagista para receber aconselhamento relacionado à cessação do tabagismo na gestação. Os resultados demonstraram que o grupo do

aconselhamento teve uma taxa maior de cessação do tabagismo entre as gestantes e uma menor taxa de retorno ao tabagismo no pós-parto. Evidenciou-se que aumentar a frequência e qualidade do apoio de uma mulher na rede social do fumante é uma estratégia promissora de cessação do tabagismo no pré-natal (Hennrikus et al; 2010).

6.3.7 Conhecimento dos malefícios do tabaco

No estudo, como estratégia de aproximação das gestantes e para evitar julgamentos de seus comportamentos em relação ao tabagismo, não foi feito nenhum questionamento a respeito do conhecimento dos malefícios ou se as mulheres tinham intenção de parar. No entanto, durante a conversa isso emergiu no discurso. Pode-se aferir que o sentimento de culpa que permeia o tabagismo na gestação faz com que a mulher procure se justificar do ato de fumar, demonstrando que apesar de fumar ela tem conhecimento dos malefícios do tabaco. Esse elemento pode ser um facilitador numa estratégia de cessação, pois já existe um conhecimento prévio que àquela substância pode ocasionar danos físicos a mulher e a criança.

“Eu tenho intenção de parar de fumar por eu ouço muito na televisão que o cigarro faz mal, mas eu acho que eu consigo parar.” (Luciana). “Eu sei que faz mal, ainda mais agora por que eu tô grávida. Ontem eu acho que exagerei por que tô com um gosto forte de cigarro na boca.” (Priscila). “Eu sei que não poderia fumar na gravidez, mas é o vício. Eu tenho bronquite, quando ataca eu fico muito mal. A respiração fica ofegante, o cigarro é uma praga credo! Eu quero parar de fumar.” (Dora).

Um estudo demonstrou que, uma limitada compreensão dos mecanismos fisiológicos de como o tabaco afeta o desenvolvimento do feto e o conhecimento em sua rede social próxima, do nascimento de crianças saudáveis de mães que fumaram na gestação são fatores que podem dificultar ou justificar a permanência do tabagismo na gestação. (Naughton, Eborall, Sutton, 2013)

No estudo de Possato, Parada, Tonete (2007) os efeitos do cigarro no conceito foram bem relatados pelas gestantes mostrando conhecimento sobre o tema, o que não se configurou em ações práticas para deixar de fumar. Nos discursos emergiram um forte desejo de uma forma de tratamento e apoio, que auxiliam na cessação do tabagismo e tranquilize as gestantes quanto ao sentimento de nervosismo e ansiedade pelo ato de fumar na gravidez.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao retomar os objetivos do trabalho, que consistiram em identificar as relações familiares e comunitárias da gestante, verificar a abordagem do tabagismo no acompanhamento pré-natal e buscar elementos para subsidiar uma estratégia de cessação, conclui-se que os objetivos foram alcançados. Por meio dos instrumentos de coleta de dados foi possível visualizar o tabagismo inserido no contexto social da gestante.

A utilização do genograma e ecomapa trouxe relevantes informações a respeito da dinâmica familiar e sua relação com o tabagismo. Apesar de o instrumento ter como limitação a estaticidade da informação, pois representa a configuração da família naquele momento, tem grande importância no planejamento das ações voltadas à família. O seu uso contribui para uma assistência mais compreensiva e longitudinal.

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

Apesar do conhecimento sobre o malefício do cigarro, isso não mobiliza a ação, já que raramente o tabagismo foi discutido com a gestante e sua família. Pode-se inferir que, a ausência de uma diretriz clara e objetiva aliada a escassez de uma capacitação da equipe de saúde para implementação de uma abordagem baseada em evidências, pode contribuir para a invisibilidade do tabagismo no acompanhamento pré-natal.

Atuar numa perspectiva promotora de saúde requer a articulação de diversos setores, que vão desde a rede social da gestante às políticas institucionais de cultura, geração de renda, habitação e segurança pública. Os determinantes socioambientais relacionados ao tabagismo demandam ações intersetoriais que extrapolam uma atuação centrada em questões biológicas da gestação.

O estudo demonstrou que há uma complexidade de fatores relacionados à vida da mulher que se inter-relacionam e favorecem a permanência do tabagismo na

gestação. Planejar uma intervenção para essa população significa direcionar o atendimento às necessidades de saúde dos sujeitos, como a promoção de espaços saudáveis, o desenvolvimento de habilidades, conhecimento e atitudes favoráveis à saúde (Silva et al., 2014).

Além de características intersetoriais para a abordagem do tabagismo na gestação, a formulação das ações precisa ser pautada na subjetividade. Como planejar sem dar voz a quem de fato vivencia o problema? Promover a subjetividade no planejamento das ações faz emergir novas soluções e aproxima essas respostas às necessidades dos sujeitos (Moysés, Sá, 2014). As intervenções do acompanhamento pré-natal têm dificuldade em lidar com questões atuais da vida em comunidade, como a violência e o estresse, principalmente em situações de elevada vulnerabilidade social.

Como evidenciado pelo estudo, as ações voltadas para o tabagismo na gestação ainda permanecem esquecidas em meio às obrigações protocolares do acompanhamento pré-natal. Tornar a temática visível, através de um levantamento epidemiológico consistente, pode despertar o interesse da gestão pública para a necessidade de estruturação de uma rede de cuidados à gestante tabagista.

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

O estudo teve como limitação a coleta dos dados ter sido realizada em um único encontro, o que dificulta o aprofundamento de questões relacionadas à vida da mulher.

O desafio é muito mais amplo do que questões biológicas do desenvolvimento da gravidez, requer a atuação em outros espaços para além da UBS e o envolvimento de outros atores. O estudo elucidou importantes elementos relacionados ao tabagismo na gestação, principalmente sobre a influência da família e do entorno da gestante.

REFERENCIAS

Abrahamsson A, Springett J, Karlsson L, Ottosson T. Making sense of the challenge of smoking cessation during pregnancy: a phenomenographic approach. *Health Education Research* [internet]. 2005 [cited 2013 september 22];20(03). Available from: <http://her.oxfordjournals.org/content/20/3/367.short>

Albuquerque RA, Jorge MSB, Franco TB, Quinderé PHD. Produção do cuidado integral no pré-natal: itinerário de uma gestante em uma unidade básica de saúde da família. *Interface* [internet]. 2011 [cited 2014 nov 27];15(38). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011005000041&script=sci_abstract&tlng=es

Al-Sahab B, Saqib M, Hauser G, Tamim H. Prevalence of smoking during pregnancy and associated risk factors among Canadian women: a national survey. *BMC Pregnancy and Childbirth* [internet]. 2010 [cited 2013 jul 29]; 10(24): 1–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2885995/?tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Amaral R, Souza T. Itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho: interfaces entre a cultura e biomedicina. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* [internet]. 2012 [cited 2014 maio 20];13(01). Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/20>

Ângelo M, Bousso RS, Rossato LM, Damião EBC, Silveira AO, Castilho AMCM, Rocha MCP. Família como categoria de análise e campo de investigação em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2009 [cited 2015 jan 30]; 43(Esp 2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000600033&script=sci_arttext

Ayres, JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* [internet]. 2001 [acesso em 23 jan 2015]; 6(1): 63–72. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=288149&indexSearch=ID>

Bachir R, Chaaya M. Maternal smoking: determinants and associated morbidity in two areas in Lebanon. *Maternal and Child Health Journal* [internet]. 2008 [cited 2014 maio 13];12(3). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17587161>

Barbosa R, Borges M. As marcas de gênero no fumar feminino : uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2009 [citado 2013 ago 16]; 14(04): 1129–1139.

Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

Baxter S, Everson-Hock E, Messina J, Guillaume L, Burrows J, Goyder E. Factors relating to the uptake of interventions for smoking cessation among pregnant women:

a systematic review and qualitative synthesis. *Nicotine & Tobacco Research* [internet]. 2010 [acesso em 22 set 2013]; 12(07): 685–694. Disponível em: <http://ntr.oxfordjournals.org/content/12/7/685.short>

Bhandari S, Levitch A, Ellis K. Comparative Analyses of Stressors Experienced by Rural Low-Income Pregnant Women Experiencing Intimate Partner Violence and Those Who Are Not. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [internet]. 2008 [cited 2015 mar 27];37(4). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2008.00266.x/full>

Bomar PJ, Denny JF, Smith JE. Family Stress Management. In: Bomar PJ. *Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice*. Philadelphia: Elsevier, 2004, 3 ed .p. 373-419

Borland T, Babayan A, Irfan S, Schwartz R. Exploring the adequacy of smoking cessation support for pregnant and postpartum women. *BMC Public Health* [internet]. 2013 [citado 2013 jun 16]; 13(472): 01–11. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/472>

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Pesquisa Especial Tabagismo. 2008

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer: modelo lógico e avaliação [texto na Internet]. 2ª ed. Rio de Janeiro; 2003. [citado 2013 ago 10]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=%20programa_de_tabagismo.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS. Portaria GM/MS 1.035/04. Portaria SAS/MS 442/04 Fluxos de Informação e Instrumentos de Avaliação Manual de Operação. [texto na internet] 2004. [citado 2013 ago 10]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano_abordagem_sus.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde [texto na Internet]. Brasília, DF; 2010. [citado 2013 ago. 02]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, 2012.

British Medical Association. *Smoking Reproductive Life: The Impact of smoking on sexual, reproductive and child health*. London: 2004.

Bull L, Burke R, Walsh S, Whitehead E. Social attitudes towards smoking in pregnancy in East Surrey: A qualitative study of smokers, former smokers and non-smokers. *Journal of Neonatal Nursing* [internet]. 2007 [cited 2014 maio 13];13(3).

Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1355184107000038>
doi:10.1016/j.jnn.2007.01.002

Bull L. Smoking cessation intervention with pregnant women and new parents (part 2): A focus group study of health visitors and midwives working in the UK. *Journal of Neonatal Nursing* [internet]. 2007 [cited 2014 maio 13];13(5). Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1355184107001275>

Bullock K. Family Social Support. In: Bomar PJ. Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice. Philadelphia: Elsevier, 2004, 3 ed .p. 142-61

Burns D, Donny E, Hatsukami D, Hecht S, Henningfield J. Campaign for Tobacco-free Kids. *Projetado Para Viciar* [internet]. 2014 jun [cited 2015 abr 10]. Available from: http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/pt/TFK_DesignedforAddiction_pt.pdf

Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 [acesso em 2012 set 10]; 14(6):2305-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000600039&script=sci_arttext

Buss, P, Filho AP. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* [Internet]. 2007 [acesso em 2013 set 12]; 17(1): 77–93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>

Cabral FB, Hirt LM, Van der Sand ICP. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2013 [acesso em 03 out 2014]; 47(2): 281–287. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000200002&script=sci_arttext

Calsavara TVS, Fontanella BJB. Uso de tabaco iniciado na infância: relatos de adultos em tratamento. *J Bras Psiquiatria* [internet]. 2007 [acesso em 14 ago 2014]; 56(4): 252-259. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n4/a03v56n4.pdf>

Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.

Centers for Disease Control and Prevention. Trends in Smoking Before, During, and After Pregnancy - Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, United States, 40 Sites, 2000–2010. *MMWR* [internet]. 2013[citado em 30 jan 2014]; 62(6). Disponível em: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6206a1.htm?s_cid%3Dss6206a1_x

Chalmers K, Gupton A, Katz A. The description and evaluation of a longitudinal pilot study of a smoking relapse/reduction intervention for perinatal women. *Journal of Advanced Nursing* [internet]. 2004 [citado em 28 ago 2013]; 45(02): 162–171. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2003.02862.x/full>

Chang JC, Alexander SC, Holland CL, Arnold RM, Landsittel D, Tulsy JA, Pollak KI. Smoking Is Bad for Babies: Obstetric Care Providers ' Use of Best Practice Smoking

Cessation Counseling Techniques. *American Journal of Health Promotion* [internet]. 2013 [citado em 13 maio 2014]; 27(3): 170–177.

Chen C, Lee P, Chou Y, Kuo S, Hsu Y. Avoidance of environmental tobacco smoke among pregnant Taiwanese women: knowledge, self-efficacy, and behavior. *Journal of women's health* [internet]. 2007 [acesso em 14 maio 2014]; 16(6): 869-78. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17678457>

Chiesa AM, Fracolli LA, Veríssimo MDLO, Zoboli ELCP, Ávila LK, Oliveira AAP. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2009 [citado 2013 nov 10]; 43(02): 1352–7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a36v43s2.pdf>

Cunha RCOB, Pezzato LM. Práticas Educativas e Produção de Sentido. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. *Educação e Promoção da Saúde: teoria e prática*. São Paulo: Santos, 2012. p. 265-286.

Falcone V, Mäder C, Nascimento C, Santos J, Nóbrega F. (2005). Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2005 [citado 2013 nov 20]; 39(4): 612–618. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n4/25534.pdf>

Fanslow J, Silva M, Robinson E, Whitehead A. Violence during pregnancy: Associations with pregnancy intendedness, pregnancy-related care, and alcohol and tobacco use among a representative sample of New Zealand women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* [internet]. 2008 [citado 2013 jul 30]; 48: 398–404. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1479-828X.2008.00890.x/abstract;jsessionid=FB8C551911F1DB887C5330E73ED9B59F.d04t03?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>

Figueiredo MD, Furlan PG. O subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia. In: Sousa GW, Guerrero AVP. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. p. 154-178

Flemming K, Graham H, Heirs M, Fox D, Sowden A. Smoking in pregnancy: a systematic review of qualitative research of women who commence pregnancy as smokers. *Journal of Advanced Nursing* [internet]. 2013 [citado 2013 jul 30]; 69(5): 1023–1036. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12066/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>

Fonseca C. Olhares antropológicos sob a família contemporânea. In: Althoff CR, Elsen I, Nitschke RG. *Pesquisando a Família: olhares contemporâneos*. Florianópolis: Papa-Livro, 2004. p. 55-68.

Fracolli L, Bertolozzi M. O trabalho em saúde e o processo de produção: uma questão para a enfermagem. In: Egry E. *Necessidades em Saúde na perspectiva da Atenção Básica. Guia para pesquisadores*. São Paulo: Dedone Editora, 2008. p. 22-32.

Gould GS, Munn J, Avuri S, Hoff S, Cadet-James Y, McEwen A, Clough AR. "Nobody smokes in the house if there's a new baby in it": Aboriginal perspectives on tobacco smoking in pregnancy and in the household in regional NSW Australia. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives* [internet]. 2013 [acesso em 13 maio 2014]; 26(4): 246–53. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24011470>

Guimarães MT. Avaliação de desfechos relacionados à gestação em áreas contaminadas na região do estuário de Santos e São Vicente [tese]. Universidade de São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

Hennrikus D, Pirie P, Hellerstedt W, Lando H, Steele J, Dunn C. Increasing support for smoking cessation during pregnancy and postpartum: results of a randomized controlled pilot study. *Preventive Medicine* [internet]. 2010 [cited 2015 mar 02];50. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743510000058>

Homish GG, Eiden RD, Leonard KE, Kozlowski LT. Social environmental factors related to prenatal smoking. *Addictive Behaviors* [internet]. 2012 [acesso em 13 maio 2014]; 37(1): 73–7. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3201815&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Iglesias R, Jha P, Pinto M, Silva VLC, Godinho J. Documento de discussão - saúde, nutrição e população (HNP). Controle do tabagismo no Brasil: resumo executivo. *Epidemiol Serv Saúde* [internet]. 2008 [citado em 2013 ago 16]; 17(4):301-4. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev_epi_vol17_n4.pdf

Jensen AB, Hounsgaard L. "I only smoke when I have nothing to do": a qualitative study on how smoking is part of everyday life in a Greenlandic village. *International journal of circumpolar health* [internet]. 2013 [acesso em 11 fev 2014]; 72: [06 telas]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748435/>

Kroeff LR, Mengue SS, Schmidt MI, Duncan BB, Favaretto ALF, Nucci LB. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. *Revista de Saúde Pública* [internet]. 2004 [citado 2013 ago 16]; 38(2): 261–267. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000200016&lng=en&nrm=iso&tlng=p

Labonte R. Health promotion and empowerment: practice frameworks. Toronto: Centre for Health Promotion, University of Toronto; 1993.

Lal P. Multilateral development banks and socially responsible investments - the case of tobacco. *Global Health Promotion*. 2012; 19(4): 51–55.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. Promoção da Saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

Leopércio, W, Gigliotti A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* [internet]. 2004 [citado 2013 ago 16]; 30(2): 176–185. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000200016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Marcellino NC, Barbosa FS, Mariano SH, Silva A, Fernandez EAO. Espaços e equipamentos de lazer em região metropolitana: o caso da região metropolitana de Campinas. Curitiba: OPUS, 2007.

Marques ACPR, Campana AAM, Gigliotti AP, Lourenço MTC, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev Bras de Psiquiatr*. 2001; 23(4):200-14.

McGoldrick M, Gerson R, Petry S. *Genogramas Avaliação e Intervenção Familiar*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.

Mello DF, Vieira CS, Simpionato E, Biasoli-Alves ZMM, Nascimento LC. Genograma e Ecomapa: Possibilidades de utilização na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Cresc Desenv Hum [internet]*. 2005 [acesso em 04 jun 2014]; 15(1): 79–89. Disponível em:

Minayo MCS. *O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.

Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis/; Vozes, 2004. 23 ed.

Mioto RCT. Do conhecimento que temos a intervenção que fazemos: uma reflexão sobre a atenção as famílias no âmbito das políticas sociais. In: Althoff CR, Elsen I, Nitschke RG. *Pesquisando a Família: olhares contemporâneos*. Florianópolis: Papa-Livro, 2004. p. 107–114.

Motta GCP, Echer IC, Lucena AF. Fatores associados ao tabagismo na gestação. *Rev Latino-Am Enfermagem [internet]*. 2010 [acesso em 04 set 2013]; 18(4): [08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_21.pdf

Moysés SJ, Moysés ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva [Internet]*. 2004 [acesso em 2012 set 10]; 9(3):627-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a10v09n3.pdf>

Moysés ST, Sá RF. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. *Ciência & Saúde Coletiva [internet]*. 2014 [cited 2015 abr 10];19(11). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104323&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

Musquim CA, Araujo L, Bellato R, Dolina J. Genograma e ecomapa: desenhando itinerários terapêuticos de família em condição crônica. *Revista Eletrônica de Enfermagem [internet]*. 2013 [acesso em 23 maio 2014]; 15(03): 656–66. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/17730>

National Institute for Health and Clinical Excellence. Quitting smoking in pregnancy and following childbirth. NICE public health guidance 26 [internet]. United Kingdom; 2010. [acesso em 2013 10 jul]. Available from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13023/49345/49345.pdf>

Naughton F, Eborall H, Sutton S. Dissonance and disengagement in pregnant smokers: a qualitative study. *Journal of Smoking Cessation* [internet]. 2013 [acesso em 13 maio 2014]; 8(01):24–32. Disponível em: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1834261213000042

Nguyen S, Von Kohorn I, Schulman-Green D, Colson ER. The importance of social networks on smoking: perspectives of women who quit smoking during pregnancy. *Maternal and child health journal* [internet]. 2012 [acesso em 26 jan 2015]; 16(6): 1312–8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21989676>

Olsen S, Dudley-Brown S, McMullen P. Case for blending pedigrees, genograms and ecomaps: Nursing's contribution to the “big picture.” *Nursing & Health Sciences* [internet]. 2004 [acesso em 10 jun 2014]; 06: 295–308. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2018.2004.00208.x/full>

Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. 2010.

Organização Mundial da Saúde. Framework Convention on Tobacco Control. Geneva; 2003.

Organização Mundial da Saúde. Report on the Global Tobacco Epidemic. Geneva; 2013.

Otero M, De La Rosa L. Tabaquismo en la mujer: consideraciones especiales. *Transtornos adictivos* [Internet]. 2004 [citado em 2013 nov 06]; 06(02): 113–24. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S157509730470152X>

Panaino EF, Soares CB, Campos CMS. Context of the beginning of tobacco use in different social groups. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [internet]. 2014 [acesso em 21 ago 2014]; 22(03): 379–85. Disponível em: http://www.scielo.br/article_plus.php?pid=S0104-11692014000300379&tlng=es&lng=en

Pereira IMTB, Guazelli ME. Considerações teóricas e uma aproximação às estratégias metodológicas em educação em saúde com base na promoção. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e Promoção da Saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos, 2012. p. 99-113.

Perlen S, Brown S, Yelland J. Have Guidelines About Smoking Cessation Support in Pregnancy Changed Practice in Victoria, Australia? *Birth* [internet]. 2013 [citado em 03 fev 2014]; 40(02): 81–87. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12036/full>

Pinto M, Ugá MAD. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010;26(6): 1234–1245.

Possato M, Parada CMGL, Tonete VLP. Representação de gestantes tabagistas sobre o uso do cigarro : estudo realizado em hospital do interior paulista. *REEUSP* [internet]. 2007 [citado 2013 ago 19]; 41(3): 434–440. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300013

Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Cultura. Relação dos estabelecimentos/serviços da Secretaria Municipal de Cultura. São Paulo, 2013.

Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Desenvolvimento e Assistência Social. Relação dos estabelecimentos/serviços da Secretaria Municipal de Desenvolvimento e Assistência Social. São Paulo, 2013.

Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Planejamento. Departamento da Estatística e Produção de Informação. Olhar São Paulo – Violência e Criminalidade. São Paulo, 2008.

Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Atlas da Saúde da Cidade de São Paulo. São Paulo: Instituto Via Pública, 2012.

Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Relação dos estabelecimentos/serviços da Secretaria Municipal da Saúde por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde do Município de São Paulo, 2013.

Puccia MIR, Mamede MV. Revisão integrativa sobre a violência por parceiro íntimo na gestação. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [internet]. 2012 [acesso em 22 set 2013]; 14(4): 944-56. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/16039>

Rocha, J. Os Determinantes Sociais da Saúde. In: Ibañez N, Elias P, Seixas P. *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 219–241.

Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Guerreiro DM, Silva V, Boehs AE, Heidmann ITSB. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2013 [cited 2014 jun 26];22(1). Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27.pdf

Samet JM, Yoon SY. Gender, women and the tobacco epidemic. World Health Organization. Geneva: 2010.

Sarti CA. A família como ordem moral. *Cadernos de Pesquisa SP* [internet]. 1994 [acesso em 30 jan 2015]; 91: 46-53. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/875>

Sarti CA. A família como ordem simbólica. *Psicologia USP* [internet]. 2004 [acesso em 30 jan 2015]; 15(11): 11–28. Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:A+FAMÍLIA+COMO+ORDEM+SIMBÓLICA#5>

Silva KL, Sena RR, Akerman M, Belga SMM, Rodrigues AT. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2014 [cited 2015 abr 10];19(11). Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104361&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

Smith P, Frank J, Mustard C. Trends in educational inequalities in smoking and physical activity in Canada: 1974–2005. *J Epidemiol Community Health* [internet]. 2009 [citado 2013 jul 29]; 63: 317–323. Disponível em: <http://jech.bmj.com/content/63/4/317.long>

Souza J, Kantorski LP. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2009 [acesso em 19 jan 2015]; 43(2): 373–383. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a17v43n2.pdf>

Szymanski H, Almeida LR, Brandini RCAR. A entrevista em educação: a prática reflexiva. Brasília: Líber Livro, 2004.

Trivedi D. Cochrane review summary: pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Primary Health Care Research & Development* [internet]. 2013 [citado em 22 set 2013]; 14: 327–329. Disponível em: http://journals.cambridge.org/abstract_S1463423613000352

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública* [internet]. 2005 [citado 2013 set 28]; 39(3): 507–14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>

US Department of Health and Human Services [internet]. Social Support [acesso em 20 fev 2015]. Disponível em: <http://www.smokefree.gov/social-support-no-js>

US Department of Health and Human Services [internet]. Treating tobacco use and dependence: 2008 update [acesso em 10 maio 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952>

Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Publica* [internet]. 2014 [acesso em 30 set 2014]; 30 sup: S85–S100. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=720536&indexSearch=ID>

Wendt N, Crepaldi M. A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [internet]. 2008 [acesso em 21 maio 2014]; 21(02): 302–310. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n2/a16v21n2.pdf>

Westmaas J, Bontemps-Jones J, Bauer J. Social support in smoking cessation: reconciling theory and evidence. *Nicotine & Tobacco Research* [internet]. 2010 [cited 2015 mar 15]; 12(7). Available from: <http://ntr.oxfordjournals.org/content/early/2010/05/30/ntr.ntq077.short>

APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: A Trajetória de Cuidado da Gestante Tabagista na Atenção Básica

Meu nome é Lucíola D'Emery Siqueira, sou enfermeira e aluna do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP. Estou convidando-a para participar da pesquisa: “A TRAJETÓRIA DE CUIDADO DA GESTANTE TABAGISTA NA ATENÇÃO BÁSICA” cujo objetivo é conhecer a sua percepção a respeito do tabagismo na gestação.

O seu prontuário na unidade de saúde foi acessado afim de que fosse identificado que você permaneceu fumando durante a gravidez. Caso você concorde em participar da pesquisa, a entrevista será realizada por mim mesma em data e local de sua melhor conveniência. Peço sua autorização para que ela seja gravada de forma que suas informações possam ser registradas com maior precisão. A entrevista durará em torno de 40 minutos, onde serão abordados temas como relação familiar e comunitária, tabagismo na gravidez e abordagem desse hábito no pré-natal.

Os riscos oferecidos a você serão mínimos. Sua identidade será preservada na publicação dos resultados da pesquisa. Você pode recusar participar da pesquisa ou desistir a qualquer momento, sem que haja qualquer tipo de prejuízo no seu atendimento ou acompanhamento na Unidade. Você poderá esclarecer dúvidas a respeito do tema a qualquer momento da entrevista ou posteriormente, para isso deixarei meu contato (3061-7652).

Esclareço que a participação na pesquisa é voluntária. Os resultados serão utilizados para fins de divulgação científica.

Solicito que assine as duas cópias do documento, uma via desse documento será entregue para você e outra ficará comigo.

Assinatura da Participante

Local e data

Lucíola D'Emery Siqueira
Pesquisadora

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 1º andar. Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com ou Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - sl. 200. Fone: 3061-7548.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A TRAJETÓRIA DE CUIDADO DA GESTANTE TABAGISTA NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: LUCIOLA DEMERY SIQUEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35774614.7.3001.0086

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 894.617

Data da Relatoria: 04/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa. O cenário do estudo serão Unidades de Saúde da Supervisão de Saúde da Cidade Tiradentes, cuja escolha deveu-se por ali serem observados indicadores socioeconômicos de elevada vulnerabilidade.

Os critérios de inclusão são:

- Gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família da região escolhida, em qualquer trimestre da gravidez;
- Mulheres tabagistas que permaneceram fumando durante a gravidez, totalizando uma amostra de 20 usuárias.

Inicialmente, será feita uma busca nos prontuários para identificação de gestantes tabagistas. Essas gestantes serão contatadas por telefone ou através do agente comunitário de saúde, que cumpridos os critérios de inclusão e aceitando participar da pesquisa, será feita uma visita domiciliar para que a entrevista possa ser realizada.

Os dados serão coletados através de uma ficha de identificação da gestante, entrevista e construção do genograma e ecomapa. Para a análise dos dados será utilizada a técnica de análise de conteúdo com auxílio do software WebQDA no processamento e análise das informações.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL - Reconhecer a trajetória de cuidado de gestantes tabagistas acompanhadas na

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 894.617

Atenção Básica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as relações sociais e comunitárias da gestante;
- Descrever a trajetória da gestante na busca de acompanhamento pré-natal;
- Identificar potenciais de fortalecimento para subsidiar estratégias de redução e/ou cessação do tabagismo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos, pois não há intervenção, mas pode gerar certo desconforto por gravar as entrevistas.

A gestante participante não terá benefícios individuais diretos com a participação da pesquisa, mas as informações fornecidas por ela irão subsidiar novas estratégias para a cessação do tabagismo em gestantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo com relevância para a área da saúde coletiva, e poderá subsidiar ações realizadas no programa de saúde da mulher de SMS. A metodologia está adequada aos objetivos propostos. O currículo do pesquisador está adequado à área do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou folha de rosto devidamente preenchida e assinada, bem como a autorização da CRS Leste, para a realização da pesquisa.

O cronograma foi atualizado. A pesquisadora afirma que a coleta dos dados não foi iniciada.

Foi apresentado orçamento, a fonte financiadora é o próprio pesquisador.

O TCLE foi retificado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 894.617

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 02 de Dezembro de 2014

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com