

Actividades del equipo de atención médica para las mujeres que fuman durante el embarazo y el puerperio¹

Carolina de Castilhos Teixeira²
Amália de Fátima Lucena³
Isabel Cristina Echer³

Objetivo: identificar las actividades desarrolladas por el equipo de atención médica para las mujeres embarazadas y en posparto que fuman. Método: estudio transversal con una muestra de 135 miembros del equipo de salud que ayudan a las mujeres embarazadas y en posparto de un hospital universitario situado en el sur de Brasil. Los datos fueron recolectados a través de cuestionarios y analizados mediante el paquete estadístico para el software de las Ciencias Sociales. Resultados: 76 (56,3%) de los miembros del equipo informaron que siempre sugerían el dejar de fumar; sin embargo, el acercamiento sucedió en sólo dos períodos de la hospitalización y/o en consultas prenatales, sin incluir a los miembros de la familia. En lo que respecta a la eficacia de sus acciones, el equipo de salud lo evaluó como regular o mala, y mencionó la necesidad de actualizar los conocimientos sobre este tema. Conclusiones: el equipo de salud no realizó el acercamiento según las recomendaciones de las directrices de control del tabaco, lo que requiere la formación para ofrecer una intervención calificada y eficiente.

Descriptores: Cese del Uso de Tabaco; Grupo de Atención al Paciente; Educación en Salud.

¹ Apoyo financiero del Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil, proceso nº 12-0260.

² Estudiante de maestría, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

³ PhD, Profesor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Correspondencia:

Carolina de Castilhos Teixeira
Av. Flores da Cunha, 4169, Apto. 310
Bairro: Bom Princípio
CEP: 94950-001, Cachoeirinha, RS, Brasil
E-mail: carolina_castilhos@hotmail.com

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

En Brasil, en promedio, 1.600 mujeres mueren cada año debido a problemas de embarazo, parto y post-parto y 50.000 niños mueren antes de la edad de un año. Entre las causas están las complicaciones asociadas con el uso de sustancias durante el embarazo, incluyendo la nicotina ⁽¹⁾.

Estudios realizados en el sur de Brasil revelaron una prevalencia de tabaquismo entre las mujeres embarazadas de 23% a 27,5%, tasas altas en comparación con la población femenina adulta, que es del 15,9%. Las fumadoras embarazadas también tienen niveles de educación más bajos y realizan menos visitas prenatales que las no fumadoras. Entre los fumadores estudiados, sólo el 1,19% recibió algún tipo de tratamiento/medicamentos para dejar de fumar⁽²⁻³⁾.

Teniendo en cuenta estos datos y dado que el período de embarazo, parto y post-parto es un momento en que es más probable que una mujer interrumpa su conducta de fumar, porque el bebé la motiva a cuidar de su propia salud y ella comienza a tener más contacto con los profesionales de la salud⁽⁴⁾, se recomienda la realización de un acercamiento cognitivo-conductual para las fumadoras embarazadas y en posparto. Este enfoque consiste en prepararlas para hacer frente a sus problemas y que se resisten a fumar; prevención de recaídas y lidiar con el estrés; y, en los casos de gran dependencia a la nicotina, la prestación de apoyo la terapia con medicamentos. El acercamiento cognitivo-conductual se considera la base de la intervención, imprescindible para dejar de fumar, con datos que sugieren una tasa de abandono del hábito directamente proporcional al tiempo dedicado a este enfoque⁽⁵⁻⁶⁾.

Una revisión sistemática mostró que los profesionales de la salud utilizan instrumentos estandarizados para identificar el perfil del fumador, dependencia de la nicotina, deseo, abstinencia y la motivación para dejar de fumar, con el fin de ayudarles a intervenir en el proceso de educación para la salud en estos pacientes⁽⁷⁾.

Por otra parte, un estudio realizado en el sur de Brasil, con los pacientes médicos y quirúrgicos, demostró que las acciones realizadas por las enfermeras estaban dirigidas hacia las reglas que guían la prohibición de fumar en la institución, y sobre la posibilidad de dejar de fumar sin el uso de instrumentos concretos o el acercamiento cognitivo-conductual⁽⁸⁾, un hecho que identifica las brechas de conocimiento sobre este tema.

Por lo tanto, teniendo en cuenta la necesidad de mejorar las medidas para dejar de fumar y la situación de embarazo / posparto, lo que puede desencadenar una motivación positiva para ello, el presente estudio tuvo

como objetivo identificar las actividades desarrolladas por el equipo de salud para las fumadoras embarazadas y puérperas. Para ello definimos como acciones del equipo de salud cualquier actividad, intervención y orientación centrada en la promoción de la salud en relación con el abandono del tabaco en esta población

Métodos

Este fue un estudio transversal, realizado en un hospital universitario en el sur de Brasil. La población estuvo conformada por miembros del equipo multidisciplinario de la unidad ambulatoria obstétrica y una unidad hospitalaria de pre-y post-parto, ayudar a las mujeres embarazadas y en posparto. La muestra se define por conveniencia, no proporcional, y estaba compuesto por médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogos, farmacéuticos, trabajadores sociales, personal auxiliar de enfermería, residentes y estudiantes que aceptaron participar.

El tamaño de la muestra se calculó basado en un estudio que mostró una prevalencia de 61,5% de los profesionales que abordan cuestiones de tabaquismo⁽⁹⁾ durante la atención al paciente. Considerando un intervalo de confianza del 95% y un error aceptable de 10%, se calculó un tamaño de muestra de 91 participantes. Sin embargo, invitamos a todos los 170 miembros de los equipos de salud en las unidades seleccionadas que cumplieron los criterios de inclusión, con solo 135 miembros aceptando participar y ser incluidos en la presente muestra de estudio.

Los criterios de inclusión fueron: ser parte del equipo de salud de las unidades de asistencia a las mujeres embarazadas y en posparto durante el período de recolección de datos, y ser estudiantes en el segundo semestre del curso o superior.

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario no validado, desarrollado por los investigadores, que incluyó preguntas sobre la educación y el hábito de fumar de los participantes y las actividades desarrolladas con los fumadores y su eficacia. Una pregunta abierta final, pidió sugerencias de acercamientos o acciones a realizar con el público meta. El instrumento fue entregado a los participantes durante sus horas de trabajo en los meses de agosto y septiembre de 2012 y se recogió en un sobre cerrado, con el fin de preservar la identidad de los encuestados.

Los datos fueron introducidos y organizados en una base de datos y se analizaron con el paquete estadístico para Ciencias Sociales (SPSS), versión 18. Se realizó un análisis descriptivo de la frecuencia absoluta y relativa, mediana, desviación estándar, media y percentiles. Para

las variables categóricas y continuas, se realizaron las siguientes pruebas: la prueba exacta de Fisher, prueba de Chi-cuadrado, Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Cada asociación y todas las diferencias con un valor de p menor de 0.05 fueron consideradas estadísticamente significativas. La pregunta abierta se analizó cuantitativamente; las respuestas fueron agrupadas por los contenidos abordados.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la institución bajo CAAE número 05182112.2.0000.5327, y todos los participantes firmaron los términos del formulario de consentimiento libre e informado.

Resultados

Un total de 135 miembros del equipo de salud participaron en la encuesta. Sus características se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1 - Características de los miembros del equipo de salud en las áreas de obstetricia, Porto Alegre, RS, Brasil, 2013

| Perfil de la muestra | n (%) |
|--|-----------------|
| Edad | 30 [25-49]* |
| Sexo | |
| Femenino | 102 (75,6) |
| Masculino | 33 (24,4) |
| Estado civil | |
| Soltero | 66 (48,9) |
| Casado/ relación estable | 55 (40,7) |
| Divorciado | 12 (8,9) |
| Viudez | 2 (1,5) |
| Escolaridad en años | 17 [14,2-18,5]* |
| Profesión | |
| Estudiante | 49 (36,3) |
| Asistente de enfermería | 37 (27,4) |
| Médico | 23 (17,0) |
| Enfermera | 17 (12,6) |
| Médico residente | 5 (3,7) |
| Nutricionista | 2 (1,5) |
| Trabajador social | 1 (0,7) |
| Farmacéutico | 1 (0,7) |
| Años de trabajo en el sector salud | 10 [5-21]* |
| Años de trabajo en el campo obstétrico | 3 [0,5-15]* |

*Mediana en años

Entre los estudiantes, 45 (91,8%) ya habían completado más de la mitad de su curso de pregrado, 15 (30,6%) estaban en el octavo semestre de enfermería, medicina o psicología, 11 (24,4%) estaban inscritos en el 12º semestre de medicina y 8 (17,8%) en la 11º semestre.

Se observó una asociación significativa ($p > 0,001$) al comparar la media de edad de los fumadores, los fumadores abstinentes y no fumadores. La media de edad entre los grupos mostró una diferencia significativa de edad en la que el grupo de fumadores y fumadores abstinentes presentó un valor de 54 años [IQ=34 a 58,5], mientras que en el grupo de los no fumadores fue de 28 años [IQ=25-42].

En lo que respecta al acercamiento que el personal utilizó en temas de salud relacionados con el tabaquismo, 76 (56,3%) de los miembros del equipo de atención médica, dice siempre hacerlo, 46 (34,1%) a veces, y 13 (9,6%) no abordó estas cuestiones con sus pacientes. En 92 (78,6%) de los casos, el acercamiento se produjo en dos ocasiones durante la hospitalización o durante las consultas prenatales, y en 25 (21,4%) observaciones, ocurrió tres o más veces; 62 (45,9%) de los acercamientos no incluyeron a los miembros de la familia, 53 (39,3%).

Al analizar el acercamiento realizado por las diferentes categorías de personal de salud en relación al consumo de tabaco, los médicos y enfermeras se destacaron con el mayor porcentaje de "llevarlo siempre a cabo". Este análisis se realizó sólo con los miembros que mostraron una $n \geq 10$, con el fin de preservar la identidad de los participantes (Tabla 2).

La asociación entre "abordar al paciente acerca de los problemas del tabaco" y los diferentes miembros del equipo fue estadísticamente significativa ($p = 0,025$), así como la asociación de "numero de acercamientos" y "miembros del equipo" ($p = 0,008$). El análisis de los residuos mostró que el personal de enfermería realizó menos acercamientos de lo esperado para cada categoría (Tabla 2).

Cuando se preguntó a los participantes acerca de su actitud hacia una mujer embarazada o después del parto, que era resistente a dejar de fumar, obtuvimos los siguientes resultados: 102 (80,3%) de los sujetos declararon que reforzaron la orientación a los pacientes acerca de los daños que el tabaco puede causar a la salud de la madre y el bebé, así como los beneficios derivados de su cese; 15 (11,8%) declararon no seguir el asunto y prefirió esperar a una nueva cita para regresar a la discusión del problema; 13 (10,2%) prefirió respetar la elección del paciente acerca de fumar y no seguir haciendo frente a este problema; y 10 (7,9%) utilizaron las ideas chocantes, tratando de concienciar a los pacientes a abandonar la conducta de fumar a través del uso del miedo y la presión.

Tabla 2 - Acercamiento del equipo de salud en relación a las fumadoras embarazadas y en posparto, Porto Alegre, RS, Brasil, 2013

| Enfoques | Miembros del equipo de salud | | | | | | | |
|---|------------------------------|------|-------------------|------|--------------------|------|---------------------------------|------|
| | Médicos (n=23) | | Enfermeras (n=17) | | Estudiantes (n=49) | | Asistentes de enfermería (n=37) | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Acercamiento sobre problemas del tabaquismo | | | | | | | | |
| Siempre | 17 | 73,9 | 12 | 70,6 | 31 | 64,6 | 13 | 35,1 |
| A veces | 5 | 21,7 | 5 | 29,4 | 14 | 29,2 | 17 | 45,9 |
| No | 1 | 4,3 | 0 | 0 | 3 | 6,3 | 7 | 18,9 |
| Número de veces | | | | | | | | |
| Una vez | 12 | 52,2 | 8 | 47,1 | 32 | 66,7 | 18 | 48,6 |
| Dos veces | 0 | 0 | 4 | 23,5 | 7 | 14,6 | 4 | 10,8 |
| De 3 a 4 veces | 5 | 21,7 | 2 | 11,8 | 2 | 4,2 | 2 | 5,4 |
| >4 veces | 5 | 21,7 | 3 | 17,6 | 4 | 8,3 | 1 | 2,7 |
| Acercamiento familiar | | | | | | | | |
| Si | 5 | 21,7 | 3 | 17 | 6 | 12,5 | 6 | 16,2 |
| A veces | 8 | 34,8 | 9 | 52,9 | 21 | 43,8 | 11 | 29,7 |
| No | 10 | 43,5 | 5 | 29,4 | 21 | 43,8 | 20 | 54,1 |

Las investigaciones del equipo de cuidado de la salud de las fumadoras embarazadas o en el postparto se centraron principalmente en el consumo de tabaco [94 (26%) de los casos], el número de cigarrillos fumados por día [93 (2,6%) de los casos], y el tiempo de uso de tabaco [90 (25% casos)]. El equipo de salud respondió que la orientación de los pacientes a dejar de fumar fue dada en 103 (34,4%) ocasiones; buscar ayuda de profesionales/grupos se sugirió 65 (22%) veces; y reducir el número de cigarrillos fumados fue reportado 47 (16%) veces. En cuanto al registro de las historias clínicas, 89 (28,3%) respondió que los datos se relacionan con la condición de fumador de los pacientes, 82 (26%) con el número de cigarrillos fumados por día, y 67 (21,3%) al tiempo de consumo de tabaco (Figura 1).

En cuanto al uso de herramientas que ayudaron a las intervenciones con respecto a la conducta de fumar, 103 (82,4%) sujetos informaron que no hubo uso de ningún instrumento, 17 (13,6%) realizaron el acercamiento cognitivo-conductual, 5 (4%) utilizaron la escala de Fagerström y 3 (2,4 %) evaluaron el nivel de motivación como lo recomienda Proshaska y Di Clemente. Solamente en 8 (17%) casos se reportaron, los académicos, la aplicación de la Escala de Fagerström y la Escala de las etapas de la motivación para dejar de fumar.

Entre las barreras que impedían la intervención en el proceso de abandono del tabaco, 73 (61,9%) participantes indicaron la falta de tiempo en las consultas, 32 (27,1%) pocos incentivos institucionales, 27 (22,9%) la falta de habilidad y conocimiento sobre el abandono del tabaco, y 23 (19,5%) la falta de disponibilidad de tratamientos específicos; 20 (16,9%) participantes

indicaron otros impedimentos, como la breve unión con el paciente hospitalizado, la resistencia de los pacientes a este acercamiento, y el olvido de hacerlo.

Cincuenta (38,8%) de los participantes dijeron que se sentían dificultad para informar a las mujeres embarazadas y en posparto con respecto a dejar de fumar. Setenta y tres (57%) afirmaron que las actividades del equipo en ocasiones contribuyeron a dejar de fumar entre las mujeres embarazadas y en posparto, mientras que 30 (23,4%) creen que "siempre" han contribuido, y 25 (19,5%) consideraron "no" contribuyó.

Noventa (70,3%) participantes evaluaron la eficacia de sus acciones para el proceso de dejar de fumar como justo, 29 (22,7%) como pobre, y 9 (7%) como excelente o buena. Para 67 (51,1%) de los participantes, la discusión sobre el tema "el tabaco y el embarazo" no se produjo en el lugar de trabajo, y 105 (81,4%) informaron que se sentían la necesidad de actualizar o profundizar sus conocimientos en esta área para mejorar su atención.

Treinta y seis (26,7%) participantes sugirieron acciones que el equipo de salud puede poner en práctica para ayudar a las mujeres embarazadas y en posparto en la modificación de su conducta de fumar. De estos, 21 (58,3%) informaron de acciones preventivas, directrices y acercamientos en el nivel de atención primaria, actividades de educación para la reducción de lesiones, y producción de charlas y material informativo; 10 (27,8%), sugirieron la formación de un equipo multidisciplinario especializado en el cuidado de estos pacientes; 6 (16,7%), propusieron intensificar la capacitación para el equipo multidisciplinario; y 3 (8,3%), recomendaron la formación de más grupos a los cuales los fumadores

pudieran asistir, y la disponibilidad de más medicamentos para ayudar a dejar de fumar. Los valores reportados

superan el 100% debido a que algunos participantes sugirieron más de una acción.

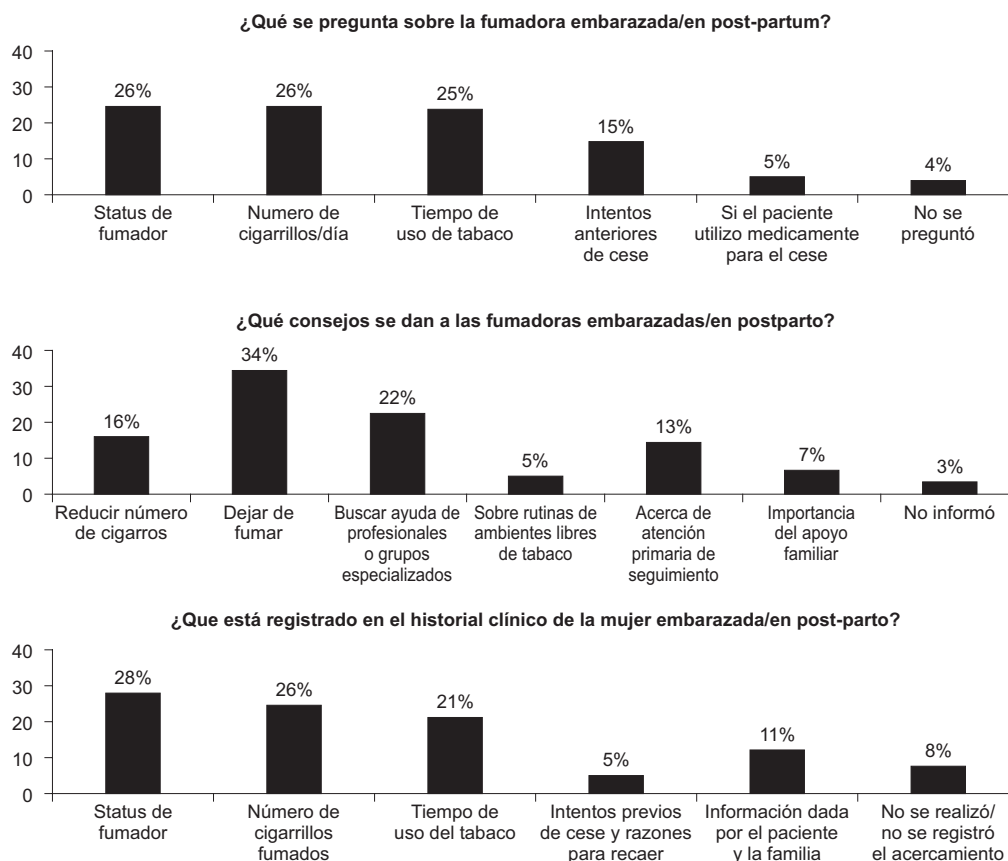


Figura 1 - Investigación, orientación y registros médicos del equipo de salud al ayudar a las fumadoras embarazadas y en post-parto, Porto Alegre, RS, Brasil, 2013

Discusión

Las actividades del equipo de salud se han desarrollado parcialmente sin la aplicación sistemática de escalas/instrumentos o el uso del acercamiento cognitivo-conductual. Los resultados muestran una realidad distante de lo recomendado por el Ministerio de Salud, lo que sugiere el uso de un acercamiento enfoque cognitivo-conductual con las mujeres embarazadas y en posparto basado en la evaluación inicial de la dependencia del paciente, y la terapia de medicamentos en situaciones específicas⁽⁵⁾.

En otro estudio, un poco más de la mitad de la muestra siguió parcialmente las directrices del Ministerio de Salud en relación con el acercamiento de los pacientes fumadores⁽⁵⁾. El acercamiento insatisfactorio observado se refleja en los resultados de la autoevaluación equipo de salud en relación al cese, en el que más del 90% calificó

sus acciones como regular o malas. Esto pone de relieve la necesidad de revisar la formación de los equipos para mejorar el acercamiento con los pacientes y sus familias.

Los médicos y las enfermeras fueron los que más a menudo brindaron asistencia al paciente fumador, incluyendo a la familia en este tipo de atención. Este hallazgo es consistente con un estudio que relaciona estos profesionales y familiares de los pacientes como las principales fuentes de intervenciones y guías para los pacientes cuando se trata de fumar⁽⁴⁾. Sin embargo, se sabe que para que se produzca el cambio de comportamiento, se requiere mucho más que dos intervenciones; por lo que es imperativo que se produzcan de manera sistemática para ayudar efectivamente a este grupo de pacientes a dejar de fumar. Por lo tanto, los resultados apuntan a la necesidad de que el equipo de atención médica revise y mejore los acercamientos con los pacientes y sus familias.

El personal auxiliar de enfermería tuvo el menor número de acercamientos e informaron tener más dificultades en proveer actividades de orientación, que se puede explicar por el hecho de que su formación se centra a menudo en el desarrollo de habilidades para realizar tareas y procedimientos específicos⁽¹⁰⁾. Teniendo en cuenta que esta es la categoría profesional más grande en la atención hospitalaria, y los que tienen el mayor contacto con los pacientes en este contexto, se sugiere el desarrollo de estrategias de capacitación para que puedan cambiar esta realidad.

Un estudio mostró que la devaluación o la omisión de acciones por parte de los profesionales de la salud con respecto al hábito de fumar pueden ser interpretados por el paciente/familia como irrelevante con su proceso de enfermedad y recuperación⁽¹¹⁾. Otro estudio⁽¹²⁾ mostró que una intervención breve por el equipo de salud puede ser decisiva para la decisión de los pacientes de dejar de fumar. Por lo tanto, es necesario que las intervenciones se produzcan en todas las oportunidades favorables y por todos los miembros del equipo de salud.

Las preguntas, las directrices y los registros médicos se centraron principalmente en la identificación de la condición de fumador, sus características, y la información proporcionada para el abandono del tabaco. Tales datos son esenciales en el contexto de su proceso de abandono, ya que la elección del tratamiento más adecuado se desarrolló basada en éstos. Sin embargo, para que el cese se produzca, la mera recopilación de datos no es suficiente; el seguimiento de los pacientes es necesario, así como es el desempeño de las intervenciones durante las hospitalizaciones o en las consultas prenatales, usando el acercamiento de comportamiento cognitivo y medicamentos, cuando sea necesario.

Se llevó a cabo brevemente una asesoría, sin embargo los resultados reforzaron la necesidad de orientación para ser llevado a cabo sistemáticamente de acuerdo con el nivel de comprensión de los pacientes, por que pueda ser exitoso. Algunos estudios^(4,13) mostraron que las fumadoras embarazadas y en posparto tenían niveles educativos más bajos, y algunas no creían plenamente en el daño que el tabaco le ocasiona al bebé. También presentaron una falta de apoyo social y fueron sometidas a estrés, lo que refuerza la necesidad del apoyo del personal en este proceso.

Las escalas de Fagerström y de Motivación sólo fueron utilizadas por los estudiantes de medicina y enfermería, lo cual pueden estar relacionados con el hecho de que dichos instrumentos no son parte del campo de conocimiento de la mayoría de los profesionales⁽¹⁴⁾. Basándose en este resultado, se sugiere la capacitación de los equipos de

salud mediante la distribución de estos instrumentos, que ayudan en la conducción de la elección del mejor tratamiento.

La actividad más realizada para las pacientes fumadoras que no querían dejar de fumar era el suministro de información sobre el daño que puede causar a la madre y al bebé, y los beneficios de dejar de fumar. Este acercamiento cumple con las directrices del Ministerio de Salud, que recomienda una revisión de la motivación del paciente para dejar de fumar, o no, y llevar a cabo intervenciones motivacionales⁽⁵⁾. Este acercamiento es esencial para ayudar a las fumadoras embarazadas y en posparto a pensar en los riesgos de continuar con el tabaquismo y los beneficios de dejar de fumar.

La prevalencia de tabaquismo entre los miembros del equipo de salud fue baja en comparación con la población general, que fue del 15%⁽⁵⁾. Los fumadores y los abstemios tenían edades medias significativamente más altas que los no fumadores, lo cual se puede explicar por el hecho de que, durante las últimas tres décadas, con legislación y apoyo de programas para dejar de fumar, se produjo una disminución en el consumo de tabaco en todo el país⁽¹⁵⁾. Un estudio internacional identificó una prevalencia de 33% de fumadores entre estudiantes de enfermería, y destacó la necesidad de desalentar el consumo de tabaco y trabajar hacia la implementación de programas para capacitar a profesionales de la salud en el control del tabaco y técnicas de asesoramiento efectivas para dejarlo⁽¹⁶⁾. Los resultados de este estudio muestran que también existe la necesidad de una capacitación constante de los equipos en los aspectos teóricos y/o prácticos involucrados en la cesación tabáquica, comenzando en el período de pregrado.

Las dificultades percibidas por el personal de salud para el proceso de abandono del tabaco son preocupantes, ya que un estudio de revisión mostró que el mejor momento para acercarse a estos pacientes y obtener mejores resultados es durante la consulta prenatal, cuando es posible alcanzar tasas de abandono hasta del 70%. Además, más del 80% de los miembros del personal mencionó su interés en actualizar y mejorar sus conocimientos en el área, con el fin de ayudar mejor a estos pacientes. Por lo tanto, es urgente que los equipos de salud estén capacitados para actuar con prevención, orientación y acercamientos para impedir la iniciación del tabaco desde la infancia. Los grupos especializados en dejar de fumar son capaces de una mejor evaluación, tratamiento y seguimiento de los consumidores de tabaco, trayendo las acciones multi-profesionales más cerca de lo que es recomendado por las Guías Nacionales para el Control del Tabaco⁽⁶⁻¹⁷⁾.

A pesar de este hecho, los resultados obtenidos en la atención primaria en los programas para dejar de fumar fueron alrededor del 35%⁽¹⁷⁾, superior a los reportados en la literatura, lo que reforzó la importancia del acercamiento con cualquier contacto con el paciente fumador, tanto durante la consulta en la atención primaria y la hospitalización. Estos momentos se caracterizan por la posible presencia de enfermedades relacionadas con el hábito de fumar, que constituye una oportunidad favorable para cambiar el hábito del fumador^(4,11).

Los resultados de este estudio mostraron la necesidad de que el tabaquismo sea evaluado, monitoreado y tratado por el equipo de salud diariamente, con las intervenciones adecuadas en los momentos de apoyo y/o necesarios. Sin embargo, el personal debe ser entrenado para esto y le corresponde a la institución desarrollar políticas y protocolos que cubren el tratamiento y el cuidado de los fumadores, especialmente para las mujeres embarazadas y en posparto.

Este estudio tiene algunas limitaciones, como el hecho de que los miembros del equipo respondieron a un cuestionario impreso, que puede haber dado lugar a diferentes interpretaciones de las preguntas, y el hecho de que estaban respondiendo sobre sus propias acciones con riesgo de sesgo relacionados con la sobreestimación de sus acciones. Sin embargo, se entiende que el proceso de cesación, que para algunas personas es largo, difícil e incluye recaídas, requiere de una relación sana entre el profesional y el paciente para tener éxito. Para que esto suceda, el conocimiento, la disponibilidad y la voluntad política del equipo de salud son necesarios, lo que puede facilitar el proceso de abandono del tabaco entre los pacientes.

Conclusiones

Las medidas recomendadas para el cuidado de las mujeres embarazadas y en posparto que fuman estaban siendo desarrolladas en parte por los miembros de salud estudiados, sobre todo por los médicos y enfermeras. Este acercamiento se produjo sólo en dos ocasiones durante los ingresos hospitalarios o en consulta de embarazado/postparto consulta, y no incluía miembros de la familia. Los equipos de salud no utilizan instrumentos de evaluación con el paciente fumador y parecía que las preguntas, directrices y registros estaban dedicados exclusivamente a la recopilación de información sobre el consumo de tabaco, con las intervenciones siendo incipientes. Por lo tanto, llegamos a la conclusión de que un cambio en el abordaje del paciente fumador era imperativo, con la reorganización de los equipos de salud para desarrollar

acciones para prevenir y tratar el consumo de tabaco. A pesar de ser conscientes del problema, los miembros del equipo informaron que sabían poco sobre el tema y no tenían tiempo en la práctica clínica para ayudar con este grave problema de salud pública. Se entiende que hay una necesidad de estimular los equipos de salud para abordar de manera sistemática y con respeto a las mujeres embarazadas y en posparto, apuntando hacia el proceso de dejar de fumar. Para esto, tenemos que empoderarlos no sólo para el correcto manejo de terapias de medicamentos, sino también para la orientación adecuada sobre los daños del tabaquismo, con el desarrollo de habilidades y técnicas capaces de romper las barreras relacionadas con la falta de tiempo y la desinformación, para ayudar a estas mujeres a dejar de fumar y mantener la abstinencia. Por lo tanto, la intervención del equipo de salud, aunque sea mínima, puede ayudar a cambiar el curso de esta historia y hacer una diferencia en la calidad de la salud de la madre/bebé.

Referencias

1. Zhang L, González-Chica DA, Cesar JA, Mendonza-Sassi RA, Beskow B, Larentis N, et al. Tabagismo materno durante a gestação e medidas antropométricas do recém-nascido: Um estudo de base populacional extremo sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(9):1768-76.
2. Galão AO, Soder AS, Gerhardt M, Faertes TH, Krüger MS, Pereira DF, et al. Efeitos do fumo materno durante a gestação e complicações perinatais. *Rev HCPA*. 2009; 29(3):218-24.
3. Barros AJD, Santos IS, Victoria CG, Albernaz EP, Domingues MR, Timm IK, et al. Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(3):402-13.
4. Motta GCP, Echer IC, Lucena AF. Factors associated with smoking in pregnancy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(4):809-15.
5. Ministério da Saúde (BR). Abordagem e tratamento do fumante: Consenso 2001. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Instituto Nacional do Câncer; 2001.
6. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo: 2008. *J Bras Pneumol*. 2008; 34(10):845-80.
7. Santos JDP, Silveira DV, Oliveira DF, Caiaffa WT. Instrumentos para avaliação do tabagismo: uma revisão sistemática. *Ci Saúde Coletiva*. 2011;16(12):4707-20.
8. Ilha LHC, Teixeira CC, Boaz SK, Echer IC. Ações dos enfermeiros em relação ao paciente tabagista hospitalizado. *Rev HCPA*. 2013;32(4):427-35.

9. Desalu OO, Adekoya AO, Elegbede AO, Dosunmu A, Kolawole TF, Nwogu KC. Conhecimento e práticas para a cessação do tabagismo entre médicos nigerianos. *J Bras Pneumol.* 2009;35(12):1198-203.
10. Conselho Federal de Enfermagem (BR). [Internet]. Decreto N 94.406/87. Lei 7498 de 25 de julho de 1986. [acesso 26 dez 2013]. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html
11. Pamplona P. Fumador internado? – A intervenção apropriada. *Rev Port Pneumol.* 2007; 13(6):801-26.
12. Echer IC, Barreto SSM. Determination and support as successful factors for smoking cessation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2008;16(3):445-51.
13. Machado JB, Lopes MHI. Abordagem do tabagismo na gestação. *Sci Med.* 2009;19(2): 75-80.
14. Lotufo JPB. O conhecimento dos pediatras e pneumopediatras sobre tabagismo. *Pediatria.* 2007; 29(1):75-6.
15. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer [intranet]. INCA; 2005[acesso 6 fev 2012]. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=namira.html>
16. Patelarou E, Vardavas CI, Ntzilepi P, Warren CW, Barbouni A, Kremastinou J, et al. Tobacco Induce diseases. 2011;9(1):4.
17. Ramos D, Soares TST, Viegas K. Auxiliando usuários de uma unidade de saúde a parar de fumar: Relato de experiência. *Ci Saúde Coletiva.* 2009;14(1):1499-505.