

# Intervenções com mulheres grávidas e mães de crianças pequenas para abandono do tabagismo. Comentários sobre McBride e Melvin

**Deborah J. Hennrikus, Harry A. Lando, PhD**

Department of Epidemiology, UMN Twin Cities, EUA

Setembro 2003

## **Introdução**

Há vários pontos de concordância entre os artigos de Melvin e McBride nesta seção. Em primeiro lugar, é justificada a oferta de programas intensivos e direcionados para o abandono do tabagismo nos períodos pré e pós-natal. Em segundo lugar, existem intervenções clinicamente comprovadas para o abandono do tabagismo, mas devem ser adaptadas à população-alvo e ainda é necessário muito trabalho para garantir que sejam aplicadas em contextos clínicos. Em terceiro lugar, alguns caminhos potencialmente efetivos de intervenção ainda não receberam a devida atenção; são necessárias mais pesquisas sobre essas abordagens e mais trabalho para desenvolver programas inovadores para o abandono do tabagismo contemplando essa população.

## **Do que se trata**

Estes artigos enfatizam a importância de reduzir o uso de tabaco entre as mulheres antes ou durante a gravidez e evitar recidivas durante o período pós-natal. Parar de fumar antes ou durante a gravidez é importante para a saúde do bebê. É também uma oportunidade para uma mãe estender essa interrupção temporária (pela saúde do feto em desenvolvimento) para o resto da vida, em benefício de sua própria saúde e de todos à sua volta. Não há dúvida de que esforços para promover o abandono do tabagismo durante a gravidez têm o potencial de ser tanto efetivos como benéficos. O tabagismo materno durante a gravidez está associado a taxas significativas de morbidade e mortalidade infantil, e a exposição ambiental à fumaça do tabaco no ambiente durante a infância (uma perspectiva provável se a mãe continuar fumando), também tem sérios efeitos sobre a saúde.<sup>1,2</sup> Muitas mulheres estão atentas às mensagens sobre estes riscos, mas uma proporção significativa continua a fumar durante a gravidez e as taxas de recorrência são altas. Uma pesquisa recente com 115 mil mulheres nos Estados Unidos indicou que 46% das fumantes param de fumar espontaneamente antes e durante a gravidez, mas, destas, 60% voltam a fumar nos seis primeiros meses de vida de seus bebês.<sup>3</sup>

## **Problemas**

O principal problema destacado pelas autoras é a alta taxa de recorrência após o nascimento do bebê ou após o fim da amamentação. Outros problemas incluem o fato de que as mulheres que continuam a fumar durante a gravidez têm maior probabilidade de ser mais fortemente dependentes e tendem a ter menos recursos próprios e sociais para ajudá-las a parar e a evitar a recorrência. Entre mulheres com nível educacional e de renda mais baixo, são observadas taxas menores de abandono do tabagismo durante a gravidez.<sup>3</sup> Estas mulheres têm maior probabilidade de ter problemas sociais significativos e de receberem atenção à saúde em locais com menos recursos.

## **Contexto de pesquisa**

Revisões recentes sobre intervenções para abandono do tabagismo durante a gravidez sugeriram que um aconselhamento relativamente breve, complementado com material escrito, pode aumentar significativamente as taxas de abandono do tabagismo.<sup>4,5</sup> Não é tão claro, entretanto, de que forma essas intervenções breves podem ser incorporadas sistematicamente a estabelecimentos de saúde já pressionados, particularmente em um momento em que as mães já

estão recebendo uma quantidade substancial de informações sobre saúde. Os ambientes de atenção à saúde têm a vantagem de acesso e relacionamento continuado com a população-alvo, mas os estudos nos quais os profissionais de atenção à saúde eram responsáveis pelo aconselhamento para abandono do tabagismo como parte do atendimento regular observaram deficiências sérias de implementação.<sup>6,7</sup> Ou seja, a literatura de pesquisa descreveu poucas intervenções inovadoras delineadas para evitar a recorrência pós-natal ou integrar o atendimento nos períodos pré e pós-natal.

### **Questões-chave de pesquisa**

As autoras identificaram várias questões importantes para pesquisa, entre as quais:

- De que forma podem ser efetivamente integradas as intervenções anteriores à concepção, durante a gravidez e no pós-parto (inclusive intervenções sobre a exposição ambiental à fumaça de tabaco)? Essa integração presumivelmente aumentaria o abandono do tabagismo durante a gravidez e desencorajaria a recorrência pós-natal.
- De que forma os companheiros íntimos e outros parceiros do círculo social de uma mulher podem ser envolvidos nos esforços para o abandono do tabagismo?
- De que forma as intervenções eficazes poderiam ser incorporadas com sucesso nos ambientes de atendimento obstétrico e pré-natal?

### **Resultados de pesquisas recentes**

O desenvolvimento de intervenções inovadoras para o abandono do tabagismo na gravidez foi o foco da recente iniciativa *Smoke-free families* (Famílias livres da fumaça), patrocinada pela Fundação Robert Wood Johnson. Muitas das intervenções testadas não aumentaram significativamente as taxas de abandono do tabagismo, mas houve alguns resultados positivos. Donatelle e colaboradores, por exemplo, descobriram que a utilização de incentivos e o envolvimento de um membro da rede social do sujeito no apoio ao abandono do tabagismo conseguia influenciar as taxas de sucesso.<sup>8</sup> Uma outra direção promissora da literatura de pesquisa envolve a ênfase na exposição ambiental à fumaça de tabaco. Estudos recentes examinaram a eficácia do aconselhamento para reduzir a exposição de um bebê à FTA após o nascimento. Tem havido algumas poucas demonstrações de que o aconselhamento pode resultar em decréscimo à exposição e algumas sugestões de que a redução de tabagismo com o objetivo

de diminuir a exposição ambiental à fumaça pode levar ao abandono do hábito.<sup>9-11</sup> Outras áreas emergentes importantes são a abordagem de redução de danos para mulheres que não conseguem parar de fumar<sup>12</sup> e a utilização de ajuda farmacológica para o abandono do tabagismo durante e após a gravidez.<sup>13</sup> Essas abordagens podem ser importantes para mães que são altamente dependentes ou que não têm motivação para parar de fumar.

## **Conclusões**

As autoras frisam a necessidade de desenvolver pesquisas sobre intervenções inovadoras e de dedicar atenção ao aperfeiçoamento da implementação de diretrizes baseadas em evidências existentes para intervenções que visam o abandono do tabagismo em contextos clínicos. Os alvos principais desses esforços devem ser as populações em risco particular de continuar fumando e de recidiva: mulheres altamente dependentes e aquelas de grupos de baixa renda com atendimento insuficiente. A curta duração da gravidez e as consequências do tabagismo nesse período adicionam uma dimensão especial a questões comumente levantadas sobre a implementação das diretrizes em ambientes clínicos. Quanto esforço deve ser feito para motivar fumantes que ainda estão no estágio pré-contemplativo de mudança<sup>a</sup> a considerar a possibilidade de parar de fumar? A responsabilidade pelo aconselhamento para o abandono do tabagismo deve recair principalmente sobre os profissionais de atenção à saúde ou deve haver programas especializados? De que forma as mulheres podem ser encorajadas a falar abertamente sobre seu tabagismo com seus profissionais de saúde? De que forma pode ser garantida a implementação sistemática de diretrizes? A implementação de diretrizes durante a gravidez e no período pós-natal também coloca questões específicas. Quais recursos farmacológicos para o abandono do tabagismo são apropriados para esse período? Como o aconselhamento para parar de fumar pode ser mais efetivamente integrado durante os períodos pré e pós-natal?

## **Implicações para políticas e serviços**

### *Mais pesquisas sobre programas inovadores*

Intervenções que recorreram a incentivos e a apoio social mostraram-se promissoras. São necessários mais trabalhos sobre estes e outros métodos inovadores, especialmente para mulheres de baixa renda.

*Mais informações sobre a eficácia e a segurança de recursos farmacológicos para o abandono do tabagismo*

A substituição da nicotina parece oferecer riscos mínimos, mas são necessárias pesquisas adicionais quanto ao uso e à segurança de todos os fármacos antitabaco para mulheres grávidas e mães lactantes.

*Maior integração entre os programas de abandono do tabagismo e de prevenção de recorrência durante a gravidez e período pós-natal*

De que forma as intervenções poderiam lidar com uma possível desmotivação para o abandono do tabagismo após o nascimento do bebê? É necessária uma melhor integração entre o aconselhamento antitabaco oferecido por profissionais de atenção primária à saúde e de cuidados obstétricos e pediátricos.

*Mais ênfase sobre a importância de reduzir a exposição ambiental de crianças à fumaça de tabaco*

A ênfase na exposição ambiental à fumaça de tabaco poderia contribuir para integrar as intervenções pré e pós-parto. A preocupação com essa questão pode ser um importante motivador no encorajamento às mães para continuarem abstinentes. Apesar de uma veemente declaração da Academia Americana de Pediatria sobre os perigos da exposição ambiental à fumaça de tabaco para as crianças,<sup>14</sup> muitos pediatras relutam em abordar essa questão com os pais.<sup>15</sup>

*Para lidar com esse problema, deveriam ser fornecidos mais recursos aos estabelecimentos de atenção à saúde a serviço das populações de baixa renda*

As diretrizes para a prática clínica reivindicam intervenções mais extensas ou mais amplas para as fumantes grávidas que excedam o aconselhamento mínimo sempre que possível. Entretanto, os estabelecimentos de atenção à saúde são frequentemente carentes de recursos. São necessários investimentos adicionais, particularmente nos estabelecimentos a serviço das populações de baixa renda. O combate ao tabagismo tem sido referido como o “padrão-ouro” das intervenções de prevenção,<sup>16</sup> e o retorno do investimento no tratamento de grávidas fumantes é virtualmente imediato.

## **Referências**

1. Centers for Disease Control and Prevention. Medical-care expenditures attributable to cigarette smoking during pregnancy-- United States, 1995. *MMWR - Morbidity & Mortality Weekly Report* 1997;46(44):1048-1050.
2. National Cancer Institute. *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke: The report of the California Environmental Protection Agency*. Smoking and Tobacco Control Monograph no. 10. Bethesda, Md: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; 1999. NIH Pub. No. 99-4645.
3. Available at: <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/10/index.html>. Accessed September 08, 2003.
4. Colman GJ, Joyce T. Trends in smoking before, during, and after pregnancy in ten states. *American Journal of Preventive Medicine* 2003;24(1):29-35.
5. Melvin CL, Dolan-Mullen P, Windsor RA, Whiteside HP, Goldenberg RL. Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. *Tobacco Control* 2000;9(suppl 3):80-84.
6. Mullen PD. Maternal smoking during pregnancy and evidence-based intervention to promote cessation. *Primary Care; Clinics in Office Practice* 1999;26(3):577-589.
7. Lando HA, Valanis BG, Lichtenstein E, Curry SJ, McBride CM, Pirie PL, Grothaus LC. Promoting smoking abstinence in pregnant and postpartum patients: A comparison of two approaches. *American Journal of Managed Care* 2001;7(7):685-693.
8. Windsor RA, Whiteside HP Jr., Solomon LJ, Prows SL, Donatelle RJ, Cinciripini PM, McIlvain HE. A process evaluation model for patient education programs for pregnant smokers. *Tobacco Control* 2000;9(suppl 3):29-35.
9. Donatelle RJ, Prows SL, Champeau D, Hudson D. Randomised controlled trial using social support and financial incentives for high risk pregnant smokers: Significant Other Supporter (SOS) program. *Tobacco Control* 2000;9(suppl 3):67-69.
10. Emmons KM, Hammond SK, Fava JL, Velicer WF, Evans JL, Monroe AD. A randomized trial to reduce passive smoke exposure in low-income households with young children. *Pediatrics* 2001;108(1):18-24.
11. Hovell MF, Meltzer SB, Zakarian JM, Wahlgren DR, Emerson JA, Hofstetter CR, Leaderer BP, Meltzer EO, Zeiger RS, O'Connor RD, Mulvihill MM, Atkins CJ. Reduction of environmental tobacco-smoke exposure among asthmatic-children: A controlled trial. *Chest* 1994;106(2):440-446.
12. Hovell MF, Meltzer SB, Wahlgren DR, Matt GE, Hofstetter CR, Jones JA, Meltzer EO, Bernert JT, Pirkle JL. Asthma management and environmental tobacco smoke exposure reduction in Latino children: a controlled trial. *Pediatrics* 2002;110(5):946-956.
13. Windsor RA, Li CQ, Boyd NR Jr., Hartmann KE. The use of significant reduction rates to evaluate health education methods for pregnant smokers: a new harm reduction behavioral indicator? *Health Education & Behavior* 1999;26(5):648-662.
14. Benowitz NL, Dempsey DA, Goldenberg RL, Hughes JR, Dolan-Mullen P, Ogburn PL, Oncken C, Orleans CT, Slotkin TA, Whiteside HP, Yaffe S. The use of pharmacotherapies for smoking cessation during pregnancy. *Tobacco Control* 2000;9(suppl 3):91-94.
15. Etzel RA, Balk SJ, Bearer CF, Miller MD, Shea KM, Simon PR, Falk H, Miller RW, Rogan W, Hendrick JG. Environmental tobacco smoke: A hazard to children. *Pediatrics* 1997;99(4):639-642.
16. Perez-Stable EJ, Juarez-Reyes M, Kaplan CP, Fuentes-Afflick E, Gildengorin V, Millstein SG. Counseling smoking parents of young children: Comparison of pediatricians and family physicians. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2001;155(1):25-31.
17. Eddy DM. David Eddy ranks the tests. *Harvard Health Letter* July 1992;(special suppl.):10-11.

## Nota

ªNT: No original, *precontemplators*. O termo foi cunhado pela Teoria Transteorética de Mudança (*Transtheoretical Theory-TTM*), que propõe cinco estágios no processo de mudança de comportamentos. O primeiro, ou pré-contemplativo, caracteriza-se por ignorância em relação ao problema ou negação de sua existência.