ENCICLOPÉDIA
sobre o Desenvolvimento
na Primeira Infância

Programas de abandono do tabagismo para mulheres grávidas e mães de crianças pequenas

Colleen McBride, PhD

Social and Behavioral Research Branch, National Human Genome Research Institute , National Institutes of Health, EUA

Outubro 2003

Introdução

O **Healthy People 2010**[a] estabeleceu uma meta para os Estados Unidos de não haver mais que 12% de adultos fumantes em 2010.[1] As tendências atuais sugerem que as taxas de abandono do fumo entre mulheres grávidas estão aumentando.[2] As evidências sugerem também que as mães de crianças pequenas podem ser especialmente responsivas a intervenções para abandono do tabagismo.[3] Infelizmente, 25% das mulheres em idade reprodutiva (18 a 44 anos) continuam a fumar, e poucas mantêm, depois do parto, a interrupção relacionada à gravidez.[4] São necessários esforços intensivos e intervenções direcionadas para aproveitar ao máximo esse estágio de vida, a maternidade, para promover o abandono do tabagismo e obter reduções na prevalência do fumo.

Do que se trata

Mulheres grávidas e mães de crianças pequenas, particularmente aquelas de baixa renda e pouca escolaridade, são um grupo-alvo de importância crítica para os esforços visando o abandono do tabagismo porque suas taxas são as mais elevadas, e o abandono oferece benefícios para elas e para seus filhos.[4] Além disso, mulheres no estágio reprodutivo de vida têm vários contatos com o sistema de saúde e outros prestadores de serviços (por exemplo, escolas e creches) que poderiam encorajar e apoiar o abandono do tabagismo.

Problemas

- **Dentre a porcentagem ponderável de mulheres que param de fumar durante a gravidez, as taxas de recidiva pós-parto são desapontadoramente altas.** A gravidez e a maternidade são, para muitas mulheres, indutores poderosos do abandono do tabagismo. De fato, pesquisas populacionais indicam que quase a metade das mulheres grávidas relata ter parado de fumar durante a gravidez.[2] Estas taxas de abandono são substancialmente maiores do que aquelas alcançadas por intervenções formais com adultas que não estão grávidas. Infelizmente, a maioria das mulheres que param de fumar durante a gravidez volta a fumar após o nascimento da criança.
- **Um companheiro fumante prejudica o abandono e a manutenção da abstenção do tabagismo entre mulheres grávidas e mães.** A convivência com um companheiro que fuma tem sido um preditor consistente de tabagismo continuado durante a gravidez e de recidiva pós-parto.[5,6] Ademais, foi demonstrado que o tabagismo do parceiro influencia o tipo e o nível de apoio oferecido.[7] Embora existam evidências que sugerem os possíveis benefícios do abandono conjunto e que os esforços do parceiro para parar de fumar junto com a companheira são percebidos como um importante comportamento de apoio, o abandono do tabagismo pelo parceiro não tem sido enfatizado.
- **Faltam intervenções efetivas para o abandono do tabagismo para fumantes grávidas com altos níveis de dependência da nicotina e para aquelas que encontram múltiplas barreiras psicossociais para o abandono.** Ainda persistem questões importantes em relação às terapias de substituição de nicotina anunciadas como eficazes (que atualmente incluem chicletes, adesivos e pastilhas) e à forma de encorajar a aquiescência das mulheres para facilitar o abandono do tabagismo durante a gravidez. Os sistemas de absorção disponíveis têm vantagens e limitações diversas quanto à exposição do feto à nicotina e aquiescência da mãe. Ainda assim, evidências científicas básicas sugerem que essas terapias não formais contra a nicotina mantêm, ou mesmo diminuem, a

exposição fetal à nicotina, impedem a exposição ao monóxido de carbono e podem facilitar o abandono do tabagismo pela mãe.8 Faltam orientações clínicas para o aconselhamento das mulheres quanto ao uso destas terapias não formais de substituição de nicotina para o abandono do tabagismo durante a gravidez e no puerpério.
As evidências sugerem também que, para alguns grupos de mulheres, as barreiras psicossociais ao abandono podem se combinar.[5] Mulheres deprimidas, por exemplo, tendem a ter outras barreiras concomitantes, como parceiros fumantes, baixa renda e estilos de vida estressantes, que tornam o abandono particularmente difícil.[5] Essas mulheres podem precisar de intervenções mais intensivas e apoio continuado. A associação clínica entre atendimento obstétrico e pediátrico pode ser aproveitada para oferecer serviços de apoio continuado para o abandono do tabagismo a mulheres grávidas e no puerpério. São necessários sistemas para monitorar as mulheres nessa transição e oferecer intervenção. Apesar do benefício potencial desta abordagem para ajudar as mulheres a manter a abstenção em longo prazo, há poucos programas de abandono que fazem a ponte entre atendimentos obstétrico e pediátrico.[9]

- **Abordagens baseadas na família que vinculam o tabagismo paterno/materno à saúde infantil e à iniciação ao tabagismo têm recebido pouca atenção.** Nos EUA e no Canadá, cerca de 40% das crianças são expostas à fumaça de tabaco no ambiente (FTA).[10,11] Além disso, o tabagismo dos pais é um preditor consistente de experimentação e adesão ao fumo pelos jovens.[12] As evidências sugerem que os pais não querem que seus filhos comecem a fumar e que a preocupação com os filhos motiva os fumantes a considerarem o abandono do tabagismo.[13] São necessários programas de intervenção que tratem o tabagismo como um problema familiar, particularmente em famílias em que um ou ambos os pais são fumantes. Um desafio digno de nota para essas intervenções será incorporá-las aos sistemas de atendimento existentes para que possam ter continuidade.
- **Sistemas clínicos sustentáveis para a identificação de mulheres grávidas e mães de crianças pequenas que fumam e o aconselhamento quanto ao abandono não são muito difundidos.** Os serviços de apoio ao abandono do tabagismo não foram consistentemente integrados aos estabelecimentos de atendimento clínico, particularmente àqueles que prestam assistência às populações de baixa renda.[9] Precisam ser considerados novos modelos de prestação de serviços de apoio continuado apropriados para contextos com poucos recursos, como as clínicas de saúde pública.

Contexto de pesquisa

Apesar do significativo potencial de benefícios para a saúde pública da redução das taxas de fumantes neste importante grupo-alvo, surpreendentemente tem havido pouca pesquisa para a identificação das melhores intervenções para o abandono do tabagismo e a prevenção de recidiva entre mulheres grávidas e mães. Têm sido realizadas metanálises de ensaios de intervenção[14] para o abandono do tabagismo entre mulheres grávidas e puérperas, mas não existe nenhuma análise resumida equivalente sobre intervenções dirigidas a mães de crianças pequenas. Apesar das promessas de terapias de substituição de nicotina, sua aplicação a mulheres grávidas e puérperas com forte dependência à nicotina foi avaliada em apenas alguns pequenos ensaios. Da mesma forma, poucas avaliações foram feitas até hoje sobre intervenções baseadas no casal e na família.

Questões-chave de pesquisa

- Como incorporar intervenções eficazes para abandono do tabagismo/manutenção da abstenção no contexto do cuidado obstétrico e pediátrico?
- Qual é a melhor forma de envolver companheiros e outros fumantes que vivem no domicílio em intervenções de abandono/abstenção? E como essas intervenções podem ser incorporadas aos serviços existentes (por exemplo, estabelecimentos de atenção à saúde, escolas etc.)?
- Como podemos manter, no pós-parto, os níveis de motivação das mulheres para o abandono no pré-parto, e podem os vínculos com o sistema de saúde facilitar este processo?
- Qual a informação essencial para que as mulheres tomem decisões bem informadas quanto ao uso de terapias de substituição de nicotina durante e imediatamente após a gravidez?
- Como devemos transmitir informações sobre a relação entre o tabagismo do adulto e os desfechos para a saúde infantil (por exemplo, exposição ambiental à fumaça do tabaco), de modo a motivar o abandono do tabagismo pelos adultos e impedir que as crianças comecem a fumar?

Resultados de pesquisas recentes

Mulheres grávidas: Consistentemente com diretrizes da prática clínica,[15] as intervenções com múltiplos componentes são mais efetivas e incluem, tipicamente, aconselhamento pelo profissional, materiais impressos de autoajuda e aconselhamento por telefone.[16-18] Entretanto, uma

metanálise recente de ensaios de abandono dirigidos à gravidez e/ou pós-parto indicam que houve uma variabilidade substancial na intensidade das intervenções avaliadas.[14] As intervenções foram realizadas durante a gravidez[16,17] e, em alguns casos, as atividades foram estendidas ao pós-parto[18] ou exclusivamente focalizadas neste.[19]

A maioria das intervenções mostrou melhoras em relação ao atendimento usual para o abandono do tabagismo durante a gravidez. Entretanto, a maioria destes programas avaliados foram realizados, em sua maioria, em contextos de planos de saúde.[16,18,19] Avaliações de programas oferecidos em contextos de saúde pública para população de baixa renda[17,20,21] não encontraram benefícios consistentemente maiores do que aqueles do atendimento usual. Os benefícios das intervenções também foram evidenciados na melhoria dos desfechos de partos.[14] Infelizmente, as intervenções não apresentaram benefícios significativos quanto à prevenção de recidiva.[14]

Mães de crianças pequenas: Intervenções dirigidas a mães fumantes focalizaram o encorajamento para o abandono como uma estratégia para reduzir a exposição das crianças à fumaça de tabaco no ambiente (FTA).[22-25] Pais de crianças com asma têm sido frequentemente o grupo-alvo desses estudos.[24,25] Embora tenham apresentado avanços quanto à topografia do tabagismo autorrelatado – por exemplo, não fumar no mesmo cômodo em que estão as crianças –, essas intervenções tiveram sucesso variável quanto ao aumento de taxas de abandono.[22,24] Sugeriu-se que a mensagem, de alguma forma contraditória, de que a exposição à FTA pode ser reduzida limitando-se a proximidade do fumante poderia minar os esforços para o abandono.[22] Muito recentemente, uma abordagem de organização comunitária utilizada para reduzir o tabagismo entre mulheres de baixa renda em idade reprodutiva[26] mostrou-se promissora, reduzindo a prevalência total de tabagismo em dois pontos percentuais, e reduzindo o consumo diário de cigarros entre as mulheres nas comunidades sob intervenção.

Conclusões

É necessário promover o abandono do tabagismo entre as mulheres grávidas e as mães para reduzir a prevalência total do tabagismo na população e os malefícios à saúde associados. Atualmente, o contexto da gravidez e do puerpério, um momento em que as mulheres fumantes são receptivas ao encorajamento para o abandono do tabagismo, não está sendo inteiramente aproveitado para encorajar o abandono permanente. O desenvolvimento de intervenções que abordem o tabagismo como uma questão familiar e que incluam os parceiros e as crianças que vivem na residência deveria receber mais atenção, de forma a eliminar o tabagismo na família. O

sistema de saúde e os recursos da comunidade também devem ser utilizados para enfrentar esse importante problema de saúde pública. A criação de vínculos entre os serviços de atendimento pré-natal e pediátrico também merece mais atenção, e passaria a ser possível oferecer os serviços e o apoio continuados que são necessários para manter o abandono do tabagismo no longo prazo. Entretanto, também será importante o envolvimento da comunidade para influenciar normas sociais relativas ao abandono do tabagismo.

Implicações

A eliminação do tabagismo entre mulheres grávidas e mães tem uma importância substancial para várias áreas da política de desenvolvimento infantil. A redução da exposição do feto e das crianças à fumaça do tabaco diminuirá a incidência de baixo peso ao nascer, da síndrome da morte súbita do bebê e da morbidade. Os custos pré-natais que podem ser atribuídos ao tabagismo são consideráveis, sendo estimados em US$367 milhões anuais nos Estados Unidos.[27] A redução da fumaça do tabaco no ambiente melhorará a saúde das crianças em curto e em longo prazo, e diminuirá a probabilidade das crianças tornarem-se fumantes. Uma vez que as crianças não têm o poder para negociar domicílios livres de fumaça para si próprias, políticas relativas ao ar em recintos fechados devem ser fortalecidas e ampliadas sempre que possível, para reduzir a exposição em lugares públicos e creches, e reforçar o não tabagismo como comportamento normativo. Organizações pediátricas devem pensar em patrocinar campanhas de saúde pública dirigidas a famílias para a conscientização sobre a importância de lares livres de fumaça de cigarro e para a mudança de normas de bem-estar da família. Finalmente, como já foi recomendado por outros,[28] é necessário que o seguro-saúde dê cobertura a tratamentos para o abandono do tabagismo, evitando, assim, quaisquer empecilhos de custos para sua utilização.

Referências

1. U.S. Department of Health and Human Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy people. Available at: http://www.healthypeople.gov/. Accessed October 07, 2003.
2. 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.
3. Emmons KM, Wong M, Hammond SK, Velicer WF, Fava JL, Monroe AD, Evans JL. Intervention and policy issues related to children's exposure to environmental tobacco smoke. *Preventive Medicine* 2001;32(4):321-331.
4. U.S. Department of Health and Human Services. *Reducing tobacco use. A report of the Surgeon General.* Atlanta, Ga: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2000. Available at: http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2000/. Accessed October 07, 2003.

5. Kahn RS, Certain L, Whitaker RC. A reexamination of smoking before, during, and after pregnancy. *American Journal of Public Health* 2002;92(11):1801-1808.

6. Ratner PA, Johnson JL, Bottorff JL, Dahinten S, Hall W. Twelve-month follow-up of a smoking relapse prevention intervention for postpartum women. *Addictive Behaviors* 2000;25(1):81-92.

7. McBride CM, Curry SJ, Grothaus LC, Nelson JC, Lando H, Pirie PL. Partner smoking status and pregnant smoker's perceptions of support for and likelihood of smoking cessation. *Health Psychology* 1998;17(1):63-69.

8. Dempsey DA, Benowitz NL. Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Safety* 2001;24(4):277-322.

9. Zapka JG, Pbert L, Stoddard AM, Ockene JK, Goins KV, Bonollo D. Smoking cessation counseling with pregnant and postpartum women: A survey of community health center providers. *American Journal of Public Health* 2000;90(1):78-84.

10. Schuster MA, Franke T, Pham CB. Smoking patterns of household members and visitors in homes with children in the United States. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2002;156(11):1094-1100.

11. Ashley MJ, Ferrence R. Reducing children's exposure to environmental tobacco smoke in homes: issues and strategies. *Tobacco Control* 1998;7(1):61-65.

12. Greenlund KJ, Johnson CC, Webber LS, Berenson GS. Cigarette smoking attitudes and first use among third- through sixth-grade students: The Bogalusa heart study. *American Journal of Public Health* 1997;87(8):1345-1348.

13. Jarvis MJ. The association between having children, family size and smoking cessation in adults. *Addiction* 1996;91(3):427-434.

14. Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003(1):CD001055.

15. U.S. Department of Health and Human Services. *Clinical practice guideline: Treating tobacco use and dependence.* Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2000. Available at: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf. Accessed October 07, 2003.

16. Ershoff DH, Quinn VP, Boyd NR, Stern J, Gregory M, Wirtschafter D. The Kaiser Permanente prenatal smoking-cessation trial: When more isn't better, what is enough? *American Journal of Preventive Medicine* 1999;17(3):161-168.

17. Secker-Walker RH, Solomon LJ, Flynn BS, Skelly JM, Mead PB. Smoking relapse prevention during pregnancy: A trial of coordinated advice from physicians and individual counseling. *American Journal of Preventive Medicine* 1998;15(1):25-31.

18. McBride CM, Curry SJ, Lando HA, Pirie PL, Grothaus LC, Nelson JC. Prevention of relapse in women who quit smoking during pregnancy. *American Journal of Public Health* 1999;89(5):706-711.

19. Wall MA, Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, Zoref L. Pediatric office-based smoking intervention: Impact on maternal smoking and relapse. *Pediatrics* 1995;96(4 Pt 1):622-628.

20. Windsor RA, Cutter G, Morris J, Reese Y, Manzella B, Bartlett EE, Samuelson C, Spanos D. The effectiveness of smoking cessation methods for smokers in public health maternity clinics: a randomized trial. *American Journal of Public Health* 1985;75(12):1389-1392.

21. Kendrick JS, Zahniser SC, Miller N, Salas N, Stine J, Gargiullo PM, Floyd RL, Spierto FW, Sexton M, Metzger RW, Stockbawer JW, Hannon WH, Dalmat ME. Integrating smoking cessation into routine public prenatal care: The Smoking Cessation in Pregnancy Project. *American Journal of Public Health* 1995;85(2):217-222.

22. 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.

23. Groner JA, Ahijevych K, Grossman LK, Rich LN. The impact of a brief intervention on maternal smoking behavior. *Pediatrics* 2000;105(1 Pt 3):267-271.

24. Wahlgren DR, Hovell MF, Meltzer SB, Hofstetter CR, Zakarian JM. Reduction of environmental tobacco smoke exposure in asthmatic children: A 2-Year Follow-up. *Chest* 1997;111(1):81-88.

25. McIntosh NA, Clark NM, Howatt WF. Reducing tobacco-smoke in the environment of the child with asthma: A cotinine-assisted, minimal-contact intervention. *Journal of Asthma* 1994;31(6):453-462.

26. Secker-Walker RH, Flynn BS, Solomon LJ, Skelly JM, Dorwaldt AL, Ashikaga T. Helping women quit smoking: Results of a community intervention program. *American Journal of Public Health* 2000;90(6):940-946.

27. Adams EK, Miller VP, Ernst C, Nishimura BK, Melvin C, Merritt R. Neonatal health care costs related to smoking during pregnancy. *Health Economics* 2002;11(3):193-206.

28. Ibrahim JK, Schauffler HH, Barker DC, Orleans CT. Coverage of tobacco dependence treatments for pregnant women and for children and their parents. *American Journal of Public Health* 2002;92(12):1940-1942.

[a]NT: Iniciativa governamental para promoção de saúde e prevenção de doenças nos EUA.