

## TABAGISMO E GRAVIDEZ

---

# Programas de cessação do tabagismo para mulheres grávidas e mães de crianças pequenas. Comentários sobre McBride e Melvin

Virginia P. Quinn, PhD

Extended Learning Institute Faculty, Northern Virginia Community College, EUA

Setembro 2003

### Introdução

Os artigos de Colleen McBride e Cathy Melvin descrevem o impacto significativo que a exposição à fumaça do tabaco tem sobre o feto, o bebê e o desenvolvimento infantil. Os artigos destacam a importância da oportunidade que a gravidez e a paternidade oferecem para a promoção da abstenção e obtenção de redução da prevalência do tabagismo em longo prazo. As autoras descrevem as intervenções efetivas para o abandono e reivindicam sua ampla divulgação pelos sistemas de atenção à saúde e organizações educacionais e comunitárias. Identificam subgrupos de alto risco com necessidade especial de atenção, incluindo mulheres grávidas e mães de baixa renda e baixo nível educacional. Os artigos discutem as barreiras organizacionais e sociais que devem ser superadas para disponibilizar os tratamentos para abstenção para todos os fumantes.

Detalham lacunas na literatura de pesquisa e sugerem novas direções e oportunidades para aumentar a efetividade dos tratamentos do tabagismo para mulheres grávidas e famílias com crianças. As autoras descrevem também uma política abrangente e uma agenda de desenvolvimento de serviços para a abordagem dos custos substanciais – à saúde e econômicos – que resultam do tabagismo materno e paterno.

## **Do que se trata**

Vinte e cinco por cento das mulheres em idade reprodutiva (18-44 anos) fumam cigarros.<sup>1</sup> O tabagismo materno durante e depois da gravidez representa ameaças sérias à saúde do feto, do bebê e da criança.<sup>2,3</sup> O aumento da incidência de abstinência em longo prazo e de abandono do tabagismo resulta em melhores desfechos da gravidez e reduz a exposição da criança à fumaça de tabaco no ambiente (FTA).<sup>2,3</sup> A gravidez e a paternidade aumentam a motivação para mudança do comportamento de fumar.<sup>4,5</sup> Contatos múltiplos com sistemas de atenção à saúde, escolas e outras organizações comunitárias fornecem oportunidades para intervenções junto a mulheres grávidas e mães fumantes. Os artigos desta seção descrevem os atuais tratamentos baseados em evidências para abandono do tabagismo e as formas pelas quais podem ser modificados para atender mulheres grávidas. As autoras destacam a importância da realização de mais pesquisas para melhorar a efetividade de intervenções e aumentar sua divulgação para mulheres grávidas e pais e mães fumantes.

## **Problemas**

As autoras identificam problemas importantes que precisam ser abordados para a redução dos malefícios do tabagismo para a saúde do feto, do bebê e da criança. Uma questão fundamental é a identificação precisa dos tabagistas. Os fumantes frequentemente relutam em discutir seu tabagismo com profissionais de atenção à saúde,<sup>6</sup> e diversos ensaios demonstraram altas taxas de respostas falsas entre as mulheres grávidas quando suas declarações quanto ao seu *status* como fumantes eram confrontadas com testes bioquímicos.<sup>7,8</sup> Como é destacado nestes artigos, o teste bioquímico é o padrão-ouro para identificação do *status* de fumante. Entretanto, fatores éticos e fatores de custo impedem sua adoção generalizada nos atendimentos pré-natais ou pediátricos. Verificou-se que a utilização de um questionário de rastreamento estruturado de múltipla escolha é mais elucidativo,<sup>6</sup> mas estratégias mais efetivas beneficiariam tanto as grávidas quanto os pais e mães fumantes. Outros problemas discutidos nestes artigos referem-se à falta de intervenções efetivas para ajudar mulheres que param de fumar durante a gravidez e

mantêm a abstinência no puerpério.<sup>9,10</sup> Além disso, muitas questões relativas ao tratamento de mulheres grávidas altamente dependentes continuam sem resposta, especialmente quando o tratamento inclui farmacoterapia para substituição da nicotina.<sup>11</sup> São necessários métodos melhores para quantificar a exposição ambiental à fumaça de cigarro para fins de pesquisa e intervenção. A integração do atendimento para abandono do tabagismo nos serviços obstétricos e pediátricos está incompleta.<sup>12</sup> As abordagens para tratamento do tabagismo baseadas no companheiro e na família estão insuficientemente estudadas.

## **Contexto de pesquisa**

Como indicado nos artigos mencionados acima, as recomendações para tratamento contra o tabagismo entre fumantes grávidas estão baseadas em ensaios clínicos randomizados incluídos nas metanálises resumidas em *Treating Tobacco Use and Dependence: A Clinical Practice Guideline*.<sup>11</sup> (Tratando o Uso e a Dependência de Tabaco: um Guia para a Prática Clínica). Foram realizadas metanálises sobre o abandono do fumo depois do parto,<sup>13</sup> mas não há análises equivalentes disponíveis para intervenções dirigidas a pais e mães fumantes.

## **Questões-chave de pesquisa**

As Dras. McBride e Melvin colocam questões-chave de pesquisa para a redução da prevalência do tabagismo materno e da exposição ambiental de crianças à fumaça de cigarro:

1. Que aspectos éticos estão associados ao uso de testes bioquímicos e de incentivos para motivar mulheres grávidas a permanecer sem fumar?
2. De que forma a prevalência do tabagismo durante a gravidez e a exposição ambiental das crianças à fumaça do tabaco podem ser reduzidas com o envolvimento de parceiros e membros da família nas intervenções para a abstenção?
3. Qual é a eficácia dos vários componentes de aconselhamento e terapias comportamentais e de intervenções motivacionais?
4. Em que condições a terapia de substituição de nicotina pode ser incorporada às intervenções para fumantes grávidas altamente dependentes?
5. Como podem ser implementadas as intervenções relacionadas ao tabagismo nos estabelecimentos de atendimento obstétrico e pediátrico, e a articulação no sistema de saúde poderia ajudar as mulheres que param de fumar durante a gravidez a manter a abstenção após o parto?

6. De que forma a associação entre o tabagismo adulto e os malefícios resultantes para as crianças pode ser utilizada para motivar a abstenção dos adultos e reduzir a exposição ambiental à fumaça de tabaco?

## Resultados de pesquisas recentes

O tabagismo durante a gravidez continua a ser a causa evitável mais importante para resultados insatisfatórios do parto,<sup>2,11</sup> e crianças expostas à FTA correm risco de taxas mais altas de mortalidade e morbidade.<sup>2,3</sup> Os serviços para abandono do tabagismo tem custo/benefício favorável e economizam, entre grávidas fumantes, mais de \$6 para cada \$1 investido.<sup>11,14</sup> Dadas estas evidências, as diretrizes para a prática clínica recomendam a adoção generalizada de práticas de rastreamento e tratamento do tabagismo.<sup>11,15,16</sup> Há consenso de que fumantes grávidas devem receber intervenções psicossociais que vão além do aconselhamento mínimo, incluindo materiais de autoajuda específicos para gestantes.<sup>11,16</sup> Ainda não foram demonstrados benefícios da intervenção com fumantes grávidas que fumam muito,<sup>17</sup> e, em ambientes sociais de baixo poder aquisitivo, os achados são inconsistentes.<sup>18,19</sup> Até o momento, intervenções para prevenir recidivas durante a gravidez e no período pós-natal não tiveram sucesso.<sup>9,10,20,21</sup> Intervenções com mães fumantes apresentaram avanços quanto à topografia do tabagismo em autorrelatos, porém também mostraram resultados ambíguos quanto à promoção do abandono do hábito.<sup>22,23</sup> A influência dos parceiros sobre o *status* de fumante de mulheres grávidas e de mães foi demonstrada,<sup>24</sup> mas ainda não foram testadas intervenções que incluam os parceiros.

## Conclusões

As evidências epidemiológicas demonstram que há consequências significativas para a saúde associadas ao tabagismo materno durante a gravidez e à exposição das crianças à fumaça de tabaco.<sup>2,11</sup> Tratamentos custo-efetivos que dobram ou triplicam a taxa de abandono estão disponíveis<sup>11</sup> e devem ser oferecidos às grávidas e aos pais e mães fumantes. A gravidez e a paternidade aumentam a motivação dos fumantes para parar de fumar; entretanto, ainda precisamos aproveitar mais essa oportunidade e oferecer sistematicamente atendimento para o abandono do tabagismo.<sup>12,25</sup>

Importantes questões de pesquisa precisam ser respondidas para aumentar a efetividade do tratamento para o abandono do tabagismo, especialmente entre subgrupos de grávidas fumantes, como aquelas fortemente dependentes de nicotina e as fumantes com múltiplas barreiras psicossociais. Poucos estudos de intervenção foram realizados com pais e mães fumantes, e nos

falta conhecimento quanto às melhores maneiras de motivá-los e de que forma abordar o abandono do tabagismo por meio de intervenções baseadas na família. Finalmente, temos ainda que desenvolver relações que permitam a continuidade dos tratamentos para o tabagismo em instituições de saúde e também conexões entre os sistemas de saúde e os recursos da comunidade.

### **Implicações para políticas e serviços**

As autoras fornecem uma ampla pauta de desenvolvimento de políticas e serviços para a abordagem a uma ameaça significativa à saúde pública por meio da oferta de programas para o abandono do tabagismo a mulheres grávidas e a mães de crianças pequenas. Reivindicam que os estabelecimentos de atenção à saúde desenvolvam sistemas para a identificação de fumantes; encorajem os médicos a fornecer atendimento efetivo para o abandono do uso do tabaco por meio de educação, de incentivos e de monitoramento de desempenho; e que o tratamento do tabagismo seja incluído nos serviços cobertos pelos planos de saúde. A implementação abrangente de programas de controle do tabaco resultará em menos mortes de bebês e menos crianças sofrendo com doenças relacionadas ao tabagismo. Dados os prejuízos substanciais à saúde, e também econômicos, deveriam ser aplicados recursos da comunidade e de instituições sociais em campanhas de saúde pública para mudar a percepção acerca dos riscos associados ao tabagismo materno e paterno. São necessárias pesquisas para avaliar novas intervenções para o abandono do tabagismo e a prevenção de recidiva, assim como estratégias para promover a adoção generalizada de programas efetivos.

### **Referências**

1. US Department of Health and Human Services. *Reducing tobacco use. A report of the Surgeon General*. Atlanta, Ga: US 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. Disponível em: [http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr\\_2000/](http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2000/). Acessado em 14 de outubro de 2004.
2. US Department of Health and Human Services. *Women and smoking. A report of the Surgeon General*. Atlanta, Ga: US 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; 2001. Disponível em: [http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr\\_forwomen/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_forwomen/index.htm). Acessado em 14 de outubro de 2003.
3. 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: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; 1999. NIH Pub No. 99-4645. Disponível em: <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/10/index.html>. Acessado em 8 de setembro de 2003.
4. 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.

5. Jarvis MJ. The association between having children, family size and smoking cessation in adults. *Addiction* 1996;91(3):427-434.
6. Mullen PD, Carbonari JP, Tabak ER, Glenday MC. Improving disclosure of smoking by pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1991;165(2):409-413.
7. Windsor RA. Health care delivery issues and systems. Presentation at: Consensus workshop on smoking cessation in pregnancy, Health Resources and Services Administration; April 1998; Rockville, Md.
8. Windsor RA, Woodby LA, Miller TM, Hardin JM, Crawford MA, DiClemente CC. Effectiveness of Agency for Health Care Policy and Research clinical practice guideline and patient education methods for pregnant smokers in Medicaid maternity care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000;182(1):68-75.
9. 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.
10. 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.
11. U.S. Department of Health and Human Services. *Clinical practice guideline: Treating tobacco use and dependence*. Rockville, Md: US Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2000. Disponível em: [http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf). Acessado em 8 de setembro de 2003.
12. 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.
13. Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;(1):CD001055.
14. Marks JS, Koplan JP, Hogue CJR, Dalmat ME. A cost-benefit/cost-effectiveness analysis of smoking cessation for pregnant women. *American Journal of Preventive Medicine* 1990;6(5):282-289.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists. Smoking cessation during pregnancy. ACOG Educational Bulletin September 2000; 260.
16. 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(Sup 3):80-84.
17. 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.
18. Kendrick JS, Zahniser SC, Miller, N, Salas N, Stine J, Gargiullo PM, Floyd RL, Spierto FW, Sexton M, Metzger RW, Stockbauer 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.
19. 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.
20. Ershoff DH, Quinn VP, Mullen PD. Relapse prevention among women who stop smoking early in pregnancy: a randomized clinical-trial of a self-help intervention. *American Journal of Preventive Medicine* 1995;11(3):178-184.
21. 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.
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. 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.

24. 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.
25. Rigotti NA, Quinn VP, Stevens, VJ, Solberg LI, Hollis JF, Rosenthal AC, Zapka JG, France E, Gordon N, Smith S, Monroe M. Tobacco-control policies in 11 leading managed cared organizations: progress and challenges. *Effective Clinical Practice* 2002;5(3):130-136.