

TABAGISMO E GRAVIDEZ

Tratando o tabagismo de gestantes, pais e mães fumantes

Cathy L. Melvin, PhD

University of North Carolina, EUA

Março 2003

Introdução

Desde 1975, um volume crescente de pesquisas tem demonstrado a efetividade de intervenções testadas clinicamente para conseguir a abstenção duradoura ou mesmo permanente do tabaco por todos os fumantes.¹ Conseguir a abstenção é especialmente importante para grávidas, pais e mães fumantes que, com seu hábito, ameaçam sua própria saúde, de sua gravidez e de sua prole. De forma geral, o tratamento do tabagismo também se aplica a pais e mães fumantes, mas, em relação às grávidas, devem ser feitas considerações especiais quanto ao tratamento. Dados os malefícios associados à exposição à fumaça do tabaco no ambiente (FTA), tanto os pais como os cuidadores de crianças pequenas deveriam receber tratamento para conseguir a abstenção.

Do que se trata

Até agora, os ensaios de intervenção com mulheres grávidas enfatizaram:

- a. como atingir taxas mais altas de abstenção durante a gravidez

- b. como prevenir a recidiva no pós-parto
- c. o efeito da abstenção sobre desfechos do parto.

Poucos ensaios de intervenção focalizaram especificamente grávidas, pais e mães fumantes em um esforço para reduzir a exposição ambiental ao tabaco em crianças pequenas. Entretanto, intervenções projetadas para fumantes, como grupo, também podem ser usadas para conseguir que os pais abandonem o fumo e, com algumas modificações, também as mulheres grávidas. Taxas crescentes de abandono e abstenção levarão à redução das taxas de exposição ambiental ao tabaco para grávidas, bebês e crianças.

Problemas

Os principais problemas nesta área de investigação são os seguintes:

1. *Identificar todos os fumantes, especialmente as grávidas fumantes*

Fumantes frequentemente relutam em discutir sobre o tabagismo com cuidadores e em ser rotulados como fumantes.² Dada a pressão social para que se abstenham de fumar durante a gravidez, as mulheres grávidas podem ser mais relutantes em revelar sua condição de fumantes e, muitas vezes, podem ser erroneamente classificadas como não fumantes. Diversos ensaios encontraram altas porcentagens de dissimulação (28% e 35%) entre mulheres grávidas^{3,4} quando os autorrelatos quanto a ser ou não fumante foram confrontados com testes bioquímicos. Embora a validação bioquímica de autorrelatos quanto a ser ou não fumante continue a ser o padrão-ouro para a identificação de fumantes, os custos e as questões éticas associadas limitam seu uso a ensaios clínicos. Foi verificado que uma pergunta estruturada, de múltipla escolha, para avaliar o uso do tabaco entre mulheres grávidas resultou em um aumento de até 50% na probabilidade de autorrelatos mais precisos.² A múltipla escolha nesta questão permite que as mulheres classifiquem seu *status* de fumante como “nunca fumo”, “parei recentemente” (após saber estar grávida ou enquanto tentava engravidar) e “continuo a fumar” (embora possa ter reduzido desde que soube da gravidez). Estas categorias permitem às mulheres visualizar seu comportamento tabagista no contexto de sua gravidez e foram construídas de forma a excluir respostas que possam apresentar as mulheres grávidas fumantes como pessoas irresponsáveis. Apesar do aumento de precisão observado com o uso desta técnica, são necessárias novas abordagens para determinar mais precisamente o *status* do tabagismo tanto para grávidas como para outros fumantes.

2. Quantificar a exposição de mulheres grávidas, fetos, bebês e crianças pequenas à fumaça de cigarro no ambiente e medir seus efeitos sobre morbidade materna, desfechos para o feto e o bebê e morbidade na infância. É preciso desenvolver métodos precisos, não intrusivos e econômicos para quantificar acuradamente a exposição ambiental ao tabaco para serem utilizados em ambientes frequentados por mulheres grávidas, bebês e crianças pequenas.
3. Estabelecer as relações entre níveis variáveis de exposição ambiental à fumaça e desfechos maternos, entre as quais aborto e desfechos para o bebê e para a criança.

Contexto de pesquisa

Todos os estudos incluídos em metanálises visando determinar as melhores práticas para se atingir o abandono do tabagismo entre fumantes grávidas e fumantes em geral foram realizados como ensaios clínicos randomizados. Essas metanálises são resumidas em *Treating Tobacco Use and Dependence: A Clinical Practice Guideline*.¹ (Tratando o Uso e a Dependência de Tabaco: um Guia para a Prática Clínica).

Questões-chave de pesquisa

Os seguintes tópicos relativos ao tratamento de mulheres grávidas exigirão mais pesquisas:

- Questões éticas associadas ao uso rotineiro de
 1. Validação bioquímica do *status* de tabagismo
 2. Retroalimentação bioquímica para aumentar a probabilidade de abandono ao tabagismo
 3. Incentivo às grávidas fumantes para que continuem a não fumar.
- Compreensão sobre a motivação daqueles que param de fumar espontaneamente.
- Tratamentos eficazes para fumantes altamente dependentes, para aqueles que abandonam espontaneamente, e para mulheres que param de fumar durante a gravidez.
- Compreensão sobre a motivação daqueles que param de fumar espontaneamente.

- Tratamentos eficazes para fumantes altamente dependentes, para aqueles que abandonam espontaneamente, e para mulheres que param de fumar durante a gravidez.
- Quantidade mais eficaz de tempo de contato, número e duração de sessões com mulheres grávidas em intervenções que visam o abandono do tabagismo.
- Eficácia de diversas terapias comportamentais e de aconselhamento e de intervenções motivacionais (por exemplo, retroalimentação fisiológica dos impactos adversos do tabagismo e dos benefícios da abstenção).
- A segurança e a eficácia da farmacoterapia utilizada contra a dependência de tabaco para a mulher e o feto durante a gravidez e para a mulher e a criança durante a amamentação.
- Os efeitos do fumo concomitante ao uso de farmacoterapia contra a dependência do tabaco.
- A eficácia de intervenções focalizadas ou individualizadas durante a gravidez.
- Estratégias para estabelecer relações entre intervenções anteriores à concepção, durante a gravidez e após o parto (inclusive intervenções pediátricas).

As necessidades fundamentais de pesquisa sobre a redução da exposição ambiental à fumaça de cigarro são as seguintes:

- Mecanismos para avaliações bioquímicas precisas, econômicas e não intrusivas da exposição ambiental à fumaça de cigarro.
- Métodos para estabelecer relações entre a exposição ambiental e vários desfechos para a saúde e o comportamento, que levem em consideração as variáveis de confusão e identifiquem mecanismos subjacentes que expliquem as relações observadas.

Resultados de pesquisas recentes

Os efeitos do tabagismo

O tabagismo continua sendo a única e mais importante causa evitável de desfechos insatisfatórios do parto. Apenas nos Estados Unidos, a eliminação do tabagismo durante a gravidez resultaria em uma diminuição de 20% na incidência de neonatos de baixo peso e de 10% das mortes anuais de bebês.⁵ Mulheres que fumam correm maiores riscos de gravidez ectópica, aborto espontâneo, ruptura prematura de membranas pré-termo, ruptura de placenta, placenta prévia e parto prematuro.⁵ O risco de mortalidade perinatal – natimortos e mortes neonatais – e o risco de Síndrome da Morte Súbita do Bebê (SMSB) também são maiores entre a prole de mulheres que fumam durante a gravidez.⁵ Os bebês de mulheres que fumam durante a gravidez têm peso médio mais baixo ao nascer e maior tendência a ser pequenos para a idade gestacional.⁵ Mulheres fumantes têm menor probabilidade de amamentar seus bebês.⁵

Crianças expostas à fumaça de cigarro no ambiente correm maiores riscos de desenvolver SMSB, otite média, casos novos e exacerbados de asma, bronquite, pneumonia, chiado e doenças no trato respiratório inferior.^{5,6}

A efetividade das intervenções para fumantes

A literatura sobre o tratamento do tabagismo apoia a adoção generalizada de **rastreamento** para o tabagismo e **tratamento** para todos os usuários de tabaco.¹ Deveria ser oferecido tratamento a cada paciente tabagista. Aos pacientes que não desejem tentar parar de fumar deveria ser fornecida uma intervenção breve destinada a aumentar sua motivação para parar de fumar.¹ Três tipos de terapias por aconselhamento e de comportamento deveriam ser usados com todos os pacientes que tentam abandonar o tabagismo:

- Aconselhamento prático (treinamento para identificação de problemas e desenvolvimento de habilidades, como aprendizagem a partir de tentativas anteriores de abstenção, antecipação de situações ou desafios anteriores para parar de fumar e como lidar com outros fumantes em casa).
- Fornecimento de apoio social como parte do tratamento (apoio interno ao tratamento por parte do profissional ou por uma fonte externa como *smoking help* ou *quit line*).
- Ajuda para garantir apoio social além do tratamento (família, amigos e colegas de trabalho).

1

A farmacoterapia eficaz para abandonar o tabagismo deveria ser usada com todos os pacientes que estão tentando parar de fumar, exceto em caso de contraindicações. Os fármacos de primeira

linha que aumentam de forma confiável as taxas de abstinência em longo prazo são a bupropiona SR, o chiclete de nicotina, o inalador de nicotina, o spray de nicotina nasal e o adesivo de nicotina. Fármacos de segunda linha identificados como eficazes incluem a clonidina e a nortriptilina e podem ser considerados caso os fármacos de primeira linha não sejam efetivos.¹

Tratamento para fumantes grávidas

Deveriam ser oferecidas às fumantes grávidas intervenções psicossociais que vão além do aconselhamento mínimo para a abstinência e que incluam o fornecimento de informações de autoajuda específicas para gestantes.¹ Embora a abstinência desde o início da gravidez resulte nos maiores benefícios para o feto e para a mãe, a interrupção é benéfica a qualquer momento da gestação.¹ Portanto, os médicos deveriam oferecer às fumantes grávidas intervenções efetivas para parar de fumar desde a primeira visita do pré-natal e por toda a gravidez. É recomendada também a utilização de uma pergunta estruturada para aumentar a probabilidade de obter informações. A farmacoterapia só deveria ser considerada quando a mulher grávida não conseguir parar de outra forma, e quando a probabilidade de parar, com seus potenciais benefícios, compensar os riscos da farmacoterapia e da continuidade do tabagismo. Se forem escolhidas terapias de substituição da nicotina, o médico deve considerar usar doses da medicação que sejam as mais baixas no espectro de dose efetiva e sistemas de liberação que permitam exposição intermitente e não contínua à droga. (por exemplo, o chiclete de nicotina é melhor do que o adesivo de nicotina).¹ Uma vez que nenhum desses medicamentos foi testado em mulheres grávidas quanto à eficácia no tratamento da dependência de tabaco, é incerta a taxa de risco relativamente aos benefícios.

Foi desenvolvida uma abordagem de aconselhamento em cinco passos, adaptada para atender a essas recomendações para grávidas fumantes (ver quadro).^{7,8} Essa abordagem dos “5-A” funciona bem com mulheres de vários grupos étnicos e raciais, mas é menos efetiva com mulheres grávidas que fumam muito (por exemplo, mais de um maço por dia).⁹ A eliminação do tabaco durante a gravidez poderia prevenir muitos milhares de nascimentos de bebês de baixo peso e muitas centenas de mortes de bebês a cada ano nos EUA, e ainda economizar mais de \$6 por cada \$1 gasto, mais do que o dobro da economia total de custos atribuída ao restante do atendimento pré-natal.¹⁰

O AAAAA

Avalie o *status* de fumante da mulher utilizando uma pergunta de múltipla escolha para aumentar a probabilidade de obter informações.

Aconselhe-a a parar utilizando mensagens claras, fortes e personalizadas sobre o impacto do tabagismo e os benefícios de parar de fumar para ela e para seu feto.

Avalie sua vontade para tentar parar de fumar nos próximos 30 dias.

Ajude-a com formas de parar de fumar sugerindo e encorajando o uso de métodos e habilidades para resolução de problemas que facilitam a abstinência; fornecendo apoio como parte do tratamento; auxiliando-a a conseguir apoio da família, de amigos e colegas de trabalho; e fornecendo material de leitura específico sobre autoajuda para grávidas pararem de fumar.

Agende com ela contatos para acompanhamento de seu *status* de fumante, encoraje o abandono do tabagismo se ela continuar a fumar, e encaminhe-a para ajuda mais intensiva se necessário.

Conclusões

Há sólidas evidências epidemiológicas de que o tabagismo materno durante a gravidez pode resultar em desfechos adversos para gestantes, fetos, bebês e crianças. Mulheres que param de fumar antes ou durante a gravidez diminuem o risco de desfechos reprodutivos adversos. Crianças que vivem em ambientes livres da fumaça do tabaco têm menor probabilidade de sucumbir à mortalidade e morbidade.

Os programas para abstenção do tabaco baseados nas descobertas das pesquisas atuais são efetivos tanto para grávidas fumantes como para fumantes em geral. A revisão mais recente indica que intervenções psicossociais extensas ou ampliadas, que vão além do aconselhamento médico para que se pare de fumar, chegaram a quase triplicar as taxas de abandono do tabagismo entre as fumantes grávidas.¹ Aconselhamento e intervenções farmacoterápicas com fumantes também resultaram na duplicação ou triplicação da abstinência em longo prazo.¹

Apesar dessas descobertas promissoras, a abstinência conseguida durante a gravidez não é mantida pela maioria das mulheres e os ensaios clínicos testando intervenções para prevenir

recidivas não produziram resultados significativos. De forma semelhante, os programas para mães de crianças pequenas relataram pouco sucesso quanto à abstenção em longo prazo.^{5,11,12} A falta de efetividade nessas áreas indica que bebês e crianças pequenas correm o risco de desenvolver problemas relacionados à exposição à fumaça de cigarro, e que essas mulheres provavelmente exporão seus fetos ao tabaco em futuras gestações.

Apesar dessas limitações, as abordagens baseadas em evidências existentes para o tratamento de grávidas e de pais e mães fumantes deveriam ser amplamente implementadas. Pelo menos 35% das mulheres que se abstêm do cigarro durante gravidez continuam sem fumar, melhorando não apenas sua própria saúde, mas também a saúde de seus filhos e de outros membros da família.¹³ O retorno do investimento para os sistemas de saúde é significativo e percebido em curto prazo.

Implicações para políticas e serviços

Tratamentos efetivos existem e deveriam ser implementados para gestantes e pais e mães fumantes. Os benefícios para a saúde e os benefícios econômicos para indivíduos, famílias e para a sociedade são significativos e custo-efetivos. Se os programas para o abandono ao tabagismo forem implementados de forma adequada e universal, menos crianças morrerão no primeiro ano de vida e sofrerão menos morbidades e outros problemas relacionados ao tabagismo durante o primeiro ano de vida e a infância.

As políticas institucionais facilitadoras da adoção de intervenções para tratamento do tabagismo incluem:

- Implementação de um sistema de identificação de tabagistas em todos os contextos de atenção à saúde
- Oferta de educação, recursos e retroalimentação para promover as intervenções pelos profissionais
- Alocação de pessoal para fornecer tratamento para a dependência do tabaco e /ou encaminhamento para tratamentos
- Monitoramento e melhoria de qualidade dos serviços prestados
- Inclusão de tratamentos (tanto aconselhamento como farmacoterapia) efetivos para a dependência do tabaco nos planos de saúde, com ou sem pagamento adicional (nos Estados

Unidos)

- Reembolso a médicos clínicos e especialistas para que ofereçam tratamentos efetivos para a dependência do tabaco.¹

Referências

1. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline* Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services. Public Health Service; 2000.
2. 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.
3. Windsor RA. Healthcare delivery issues and systems. Presentation at the Consensus Conference on Smoking Cessation in Pregnancy, Health Resources and Services Administration; April 9-10, 1998; Rockville, MD.
4. Windsor RA, Woodby LL, 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 pt 1):68-75.
5. United States. Public Health Service. Office of the Surgeon General. *Women and Smoking: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2001:296.
6. California Environmental Protection Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment. *Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke: Final Report*. Sacramento, CA: Office of Environmental Health Hazard Assessment, 1997.
7. Melvin CL, Dolan-Mullen P, Windsor RA, Whiteside HP Jr, Goldenberg RL. Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. *Tobacco Control* 2000;9(suppl III):iii80-iii84.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Smoking cessation during pregnancy* Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2000. ACOG Educational Bulletin, No. 260.
9. Mullen PD. Maternal smoking during pregnancy and evidence-based intervention to promote cessation. *Primary Care: Clinics in Office Practice* 1999;26(3):577-589.
10. 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.
11. Greenberg RA, Strecher VJ, Bauman KE, et al. Evaluation of a home-based intervention program to reduce infant passive smoking and lower respiratory illness. *Journal of Behavioral Medicine* 1994;17(3):273-290.
12. 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.
13. Fingerhut LA, Kleinman JC, Kendrick JS. Smoking before, during, and after pregnancy. *American Journal of Public Health* 1990;80(5):541-544.

Nota

^aNT: Serviço gratuito de apoio a fumantes que desejam parar de fumar.