

André Luís Bertani

INTERVENÇÃO BREVE PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO DIRECIONADA PARA MULHERES DURANTE A GESTAÇÃO E APÓS O PARTO

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de
Medicina de Botucatu, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de Doutor em
Fisiopatologia em Clínica Médica

Orientadora: Prof^a. Titular *Orma de Godoy*

Co-orientadora: Dr^a. *Suzana Erico Tanni Minamoto*

Bolsa FAPESP – Doutorado
2013/14910-9

Botucatu
2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Bertani, Andre Luis.

Intervenção breve para cessação do tabagismo
direcionada para mulheres durante a gestação e após o
parto / Andre Luis Bertani. - Botucatu, 2017

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Irma de Godoy

Coorientador: Suzana Erico Tanni Minamoto

Capes: 40101126

1. Fumo - Vício - Tratamento. 2. Mulheres grávidas.
3. Puerpério. 4. Ensaio Clínico Controlado Aleatório.

Palavras-chave: Cessação; Gestantes; Intervenção;
Tabagismo.

André Luís Bertani

INTERVENÇÃO BREVE PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO DIRECIONADA PARA MULHERES DURANTE A GESTAÇÃO E APÓS O PARTO

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutor em Fisiopatologia em Clínica Médica

Comissão Examinadora:

Orientadora:

Prof^a Titular Irma de Godoy
Faculdade de Medicina de Botucatu
Universidade Estadual Paulista - UNESP

Titulares:

Dr^a Ilka Lopes Santoro
Escola Paulista de Medicina
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Dr^o João Paulo Becker Lotufo
Hospital Universitário da USP
Universidade de São Paulo - USP

Prof^o Titular José Carlos Peraçoli
Faculdade de Medicina de Botucatu
Universidade Estadual Paulista - UNESP

Dr^a Renata Ferrari Castan
Faculdade de Medicina de Botucatu
Universidade Estadual Paulista - UNESP

Suplentes:

Prof^a Dr^a Mônica Corso Pereira
Faculdades de Ciências Médicas
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

Dr^a. Laura Miranda de Oliveira Caram
Faculdade de Medicina de Botucatu
Universidade Estadual Paulista - UNESP

Dr^o Oliver Nascimento
Escola Paulista de Medicina
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Botucatu, 24 de Fevereiro de 2017.

ΕΠΙΓΡΑΦΕ

Por sua interioridade (solidão) o homem é superior ao universo inteiro. E volta a essas profundidades quando entra dentro do seu coração...

Por sua íntima natureza, o homem é um ser social e não pode viver sem desenvolver suas atividades, sem se relacionar com os demais...

Frei Inácio Larrañaga

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese a minha esposa, GRAZIELA. Pelo apoio, pelo amor e por tudo que você representa em minha vida.....meu porto seguro!!!

Agradecimento Especial

A Prof^a IRMA DE GODOY pela oportunidade, confiança e, sobretudo, paciência.

A Dr^a SUZANA ERICO TANNI MINAMOTO pela colaboração, amizade e confiança.

AGRADECIMENTOS

As gestantes que participaram deste trabalho.

As funcionárias do ambulatório de ginecologia e obstetrícia do HC, Flor, Silmara e Neusa, por toda ajuda.

As equipes das UBS por onde passei, em especial, às enfermeiras Karine e Graziela, pela colaboração.

Aos meus amigos e equipe de trabalho, Carol, Thais, Ana, Bruna, Michele, Zaira, Thiego, Talita, Simone e Liana, pela amizade.

A Laura e Renata pela amizade, participação e colaboração expressiva neste trabalho.

SUMÁRIO

Resumo	1
Abstract	4
1. Introdução.....	7
2. Objetivos.....	17
3. Indivíduos e Métodos	19
3.1 Casuística	20
3.2 Delineamento.....	20
3.3 Questionários e Escalas	23
3.3.1 Questionário.....	23
3.3.2 Critério de classificação econômica Brasil	23
3.3.3 Grau de dependência e estágios de motivação.....	23
3.3.4 Escala hospitalar de ansiedade e depressão e Escala de estresse percebido.....	24
3.3.5 <i>Questionnaire of smoking urge - brief</i>	24
3.4 Estado tabágico e recaída	25
3.5 Análise estatística e plano amostral	26
4. Resultados.....	28
4.1 Grupos intervenção e controle	29
4.2 Grupos de adesão	39
4.3 Grupos de abstinentes e fumantes	40
4.4 Desfechos para a gestação atual.....	44
4.5 Análise de regressões	45
4.5.1 Regressão logística.....	45
4.5.2 <i>Generalized estimating equations - GEE</i>	47
5. Discussão	50
6. Conclusões	59
7. Referências.....	61
8. Anexos.....	71

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Fluxograma	22
Figura 2.	Proporções de gestantes em situação de fumo passivo na residência para ambos os grupos	32
Figura 3.	Proporção de gestantes do grupo controle nas categorias possível e provável para ansiedade e depressão	34
Figura 4.	Proporção de gestantes do grupo intervenção nas categorias possível e provável para ansiedade e depressão	35
Figura 5.	Taxa de abstinentes e fumantes no momento pós-parto nos grupos intervenção e controle	36
Figura 6.	Relato de uso efetivo do material educativo para os grupos intervenção e controle	38
Figura 7.	Proporção de gestantes fumantes nas categorias possível e provável para ansiedade e depressão	40
Figura 8.	Proporção de gestantes abstinentes nas categorias possível e provável para ansiedade e depressão	41
Figura 9.	Relato de uso efetivo do material educativo por mulheres abstinentes e fumantes	42
Figura 10.	Consumo de cigarros por dia entre gestantes abstinentes e fumantes no momento basal	43
Figura 11.	Consumo de cigarros por dia e valor de CO entre as fumantes nos momentos subsequentes ao início do estudo	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Características gerais das gestantes dos grupos intervenção e controle no momento basal	29
Tabela 2.	Histórico gestacional das gestantes de ambos os grupos	30
Tabela 3.	Comorbidades das gestantes de ambos os grupos no momento basal	30
Tabela 4.	História tabágica das gestantes de ambos os grupos	31
Tabela 5.	Idade gestacional e valores de CO no momento basal	32
Tabela 6.	Estágio motivacional e grau de dependência no momento basal	33
Tabela 7.	Evolução dos escores de ansiedade, depressão e estresse nos três momentos avaliados para os grupos intervenção e controle	34
Tabela 8.	Comparação dos escores da escala de fissura (QSU-B) entre as gestantes abstinentes de ambos os grupos nos momentos avaliados	36
Tabela 9.	Proporções de gestantes nas categorias da escala de fissura (QSU-B) nos momentos 5, pré e pós-parto	37
Tabela 10.	Proporções de abstinentes e recaídas nos momentos avaliados	38
Tabela 11.	Distribuição da gestantes do grupo intervenção de acordo com participações nas sessões de tratamento e características relacionadas ..	39
Tabela 12.	Evolução dos escores de ansiedade, depressão e estresse para os grupos abstinentes e fumantes	42
Tabela 13.	Desfechos da gestação atual para abstinentes e fumantes	45
Tabela 14.	Regressão logística para análise de associações entre o estado tabágico e idade, estágio motivacional, dependência elevada, anos/maço e participação em uma sessão de aconselhamento	45
Tabela 15.	Regressão logística para análise de associações entre o estado tabágico, idade, estado civil, estágio motivacional, fumo passivo e material educativo	46
Tabela 16.	Regressão logística para análise de associações entre o estado tabágico, idade, estado civil, estágio motivacional, depressão e ansiedade basal para nível provável	46
Tabela 17.	Parâmetro de estimativa: ansiedade	47
Tabela 18.	Comparação de pares: ansiedade	47
Tabela 19.	Parâmetro de estimativa: depressão	48
Tabela 20.	Comparação de pares: depressão	48
Tabela 21.	Parâmetro de estimativa: estresse	48
Tabela 22.	Comparação de pares: estresse	49

LISTA DE ABREVIATURA

OMS – Organização Mundial de Saúde

VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

TRN – Terapia de Reposição de Nicotina

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

SUS – Sistema Único de Saúde

RC – Razão de chance

IC – Intervalo de confiança

SNC – Sistema Nervoso Central

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

FMB – Faculdade de Medicina de Botucatu

UBS – Unidades Básicas de Saúde

HC – Hospital das Clínicas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CO – Monóxido de Carbono

CCEB - Critério de Classificação Econômica Brasil

HAD - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

EEP - Escala de Estresse Percebido

QSU-B - *Questionnaire of Smoking Urge – Brief*

RESUMO

Bertani, A.L. INTERVENÇÃO BREVE PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO DIRECIONADA PARA MULHERES DURANTE A GESTAÇÃO E APÓS O PARTO. 2017. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2017.

Objetivo: Ensaio clínico controlado e randomizado para avaliar a influência de intervenção breve baseada na terapia cognitivo-comportamental complementada por vídeo e manual, com conteúdo especificamente desenvolvido para gestantes, na taxa de cessação do tabagismo durante a gestação e após o parto. **Indivíduos e Métodos:** Foram avaliadas 127 gestantes tabagistas que realizaram atendimento de pré-natal no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu e em Unidades Básicas de Saúde do município de Botucatu; separadas aleatoriamente em grupo intervenção (n= 77) e grupo controle (n=50). Todas as gestantes foram avaliadas por meio de questionário desenvolvido para avaliação e acompanhamento das gestantes contendo dados demográficos, socioeconômicos, gestacionais, história de tabagismo e receberam uma sessão de aconselhamentos de 15 minutos no início do estudo. O grupo intervenção pôde participar ainda de até 7 sessões adicionais de aconselhamento. Ambos os grupos receberam DVD contendo vídeo e manual impresso com material educativo especificamente desenvolvido para gestantes tabagistas no momento basal. Os dois grupos foram acompanhados nas consultas de pré-natal subsequentes para avaliação do estado tabágico, confirmado pela monoximetria e, em caso de abstinência, aferição do nível de fissura pela escala QSU-B. Além disso, todas as gestantes foram avaliadas com a utilização dos instrumentos padronizados para avaliação do tabagista, como: grau de dependência (Teste de Fargestrom), estágio motivacional (Prochaska e Di Clemente), escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD - Zigmond e Snaith) e escala de estresse percebido (EEP - Cohen). As gestantes também foram agrupadas em abstinentes e fumantes de acordo o estado tabágico no momento pós-parto e as gestantes do grupo intervenção foram separadas de acordo com a participação nas sessões de aconselhamentos. Informações sobre o parto e pós-parto foram obtidas no prontuário da paciente. **Resultados:** O grupo

controle tinha idade maior que o intervenção ($29,5 \pm 6,1$ anos vs $24,3 \pm 7,2$ anos; $p < 0,001$). A maioria das gestantes estava em união estável (66,9%), tinha apenas o ensino fundamental (57,4%) e pertencia às classes econômicas D e C2 (58,1%), sem diferença entre os grupos. Maior proporção de gestantes do grupo intervenção apresentava diagnóstico de doenças pulmonares comparadas ao controle (31,1 vs 12%, $p = 0,023$). A proporção de gestantes do grupo controle que consumia narguilé (34% vs 7,7%, $p < 0,001$) e cigarro de bali (38% vs 5,2%, $p < 0,001$), concomitantemente ao cigarro convencional, foi maior que a encontrada no grupo intervenção. Entre as gestantes que relataram fumo passivo, maior proporção foi encontrada no grupo intervenção (69% vs 36%, $p < 0,001$). Maior proporção de gestantes no grupo intervenção encontrava-se no estágio contemplativo (76,7% vs 32%, $p < 0,001$). A taxa de cessação do tabagismo foi maior no grupo intervenção em comparação ao controle (55,8% vs 34%, $p = 0,026$). Em relação à adesão das gestantes do grupo intervenção, 50,8% delas participaram de 6 a 8 sessões. O estado fumante no pós-parto mostrou associação positiva com história tabágica de ≥ 10 anos/maço, participação em apenas uma sessão de aconselhamento, exposição ao fumo passivo e não uso do material educativo. As gestantes abstinentes após o tratamento e que utilizaram o material educativo apresentaram variações significativas e maiores nas médias dos escores de ansiedade, depressão e estresse ao longo do tratamento. Para a gestação atual, 15,7% das gestantes tiveram aborto, 2,3% apresentaram placenta prévia e 1,6% gravidez ectópica, sem diferença entre abstinentes e fumantes. **Conclusões:** A taxa de cessação do tabagismo foi maior no grupo intervenção. O material educativo influenciou positivamente a abstinência após o tratamento. A maior adesão às sessões de aconselhamentos mostrou resultados favoráveis para a abstinência e as gestantes com sintomas de depressão no momento basal tiveram mais chances de cessar o tabagismo após o parto.

Palavras chaves: tabagismo, gestantes, intervenção, cessação.

ABSTRACT

Bertani, A.L. BRIEF INTERVENTION FOR SMOKING CESSATION FOR WOMEN DURING THE GESTATIONAL PERIOD AND AFTER DELIVERY. 2017. Thesis (Doctorate Degree) - Botucatu Medical School, Paulista State University "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, 2017.

Objective: A randomized controlled clinical trial to evaluate the influence of brief intervention based on cognitive-behavioral therapy complemented by video and handbook, with content specifically developed for pregnant smokers in the rate of smoking cessation during pregnancy and after delivery. **Individuals and Methods:** We evaluated 127 pregnant women who underwent prenatal care at the Hospital das Clínicas, Botucatu Medical School, and at the Primary care of the city of Botucatu; Randomly divided into intervention group (n = 77) and control group (n = 50). All the pregnant women were evaluated by means of a questionnaire developed for the evaluation and follow-up of pregnant women with demographic, socioeconomic, gestational, smoking history and received a counseling session of 15 minutes at the beginning of the study. The intervention group could also participate in up to 7 additional counseling sessions. Both groups received a DVD containing video and printed handbook with educational material specifically developed for pregnant smokers at baseline. The two groups were followed up at subsequent prenatal consultations to assess the smoking status, confirmed by monoximetry and, in case of abstinence, to measure the level of craving by the QSU-B scale. In addition, all pregnant women were evaluated using standardized instruments for the evaluation of the smoker, such as: degree of dependence (Fargestrom test), motivational stage (Prochaska and Di Clemente), anxiety and depression hospital scale (HAD - Zigmond and Snaith) and perceived stress scale (EEP - Cohen). The pregnant women were also grouped into abstinent and smokers according to the smoking status at the time postpartum and the pregnant women in the intervention group were separated according to the participation in the counseling sessions. Information on delivery and postpartum was obtained from the patient's file. **Results:** The control group was older than the intervention (29.5 ± 6.1 years vs 24.3 ± 7.2 years, $p < 0.001$). The

majority of pregnant women were in a stable union (66.9%), had only elementary education (57.4%) and belonged to economic classes D and C2 (58.1%), with no difference between groups. A higher proportion of pregnant women in the intervention group had a diagnosis of pulmonary diseases compared to control (31.1 vs 12%, $p = 0.023$). The proportion of pregnant women in the control group who consumed narghile (34% vs 7.7%, $p < 0.001$) and bali cigarette (38% vs 5.2%, $p < 0.001$) concomitantly with conventional cigarettes was higher than that found in group intervention. Among the pregnant women who reported secondhand smoke, the highest proportion was found in the intervention group (69% vs 36%, $p < 0.001$). The highest proportion of pregnant women in the intervention group was in the contemplative stage (76.7% vs 32%, $p < 0.001$). The smoking cessation rate was higher in the intervention group than in the control group (55.8% vs 34%, $p = 0.026$). Regarding the adherence of the pregnant women in the intervention group, 50.8% of them participated in 6 to 8 sessions. Smoking status after delivery showed a positive association with ≥ 10 pack/years of smoking, participation in only one counseling session, exposure to secondhand smoke and non-use of educational material. Abstinent pregnant women post-treatment who used the educational material showed significant and greater variations in mean anxiety, depression and stress scores throughout the treatment. For the current gestation, 15.7% of pregnant women had miscarriage, 2.3% presented placenta previa and 1.6% ectopic pregnancy, with no difference between abstinent and smokers. **Conclusions:** The smoking cessation rate was higher in the intervention group. Educational material positively influenced abstinence after treatment. The greater adherence to the counseling sessions showed favorable results for abstinence and the pregnant women with symptoms of depression at baseline were more likely to stop smoking after delivery.

Keywords: smoking, pregnant women, intervention, cessation.

1. INTRODUÇÃO

As intervenções para cessação do tabagismo durante a gestação são de elevada eficácia na preservação da vida e na redução de danos à saúde.⁽¹⁾ Embora os maiores índices de cessação do tabagismo em mulheres ocorram na gestação apenas um terço mantêm a abstinência no pós-parto.^(2,3) Portanto, a prevenção da recaída nesse período é importante e bastante discutida na literatura.^(1, 3-5)

A indústria do tabaco reconhece nas mulheres um público promissor para expansão de seus negócios.^(6,7) Como resultado desta iniciativa, para mitigar seus efeitos e esclarecer sobre o tema, a campanha *Tobacco Free Initiative* de 2010 abordou a ênfase da indústria no marketing voltado às mulheres.⁽⁸⁾ A indústria utiliza várias formas de preparação para alterar o sabor, cheiro e propriedades farmacológicas do produto com o objetivo de aumentar a prevalência do tabagismo entre as mulheres. Entretanto, todas essas formas de consumo tem em comum a liberação de nicotina para o sistema nervoso central, que é a substância responsável pela adição ao cigarro, e os demais componentes nocivos da fumaça.⁽⁹⁾ O narguilé, cachimbo que contém água por onde a fumaça passa antes de chegar ao fumante, apresenta concentração de nicotina duas vezes maior que os cigarros industrializados.^(10,11) Além do narguilé existem outras formas de queima diferenciada de tabaco que são bem conhecidas como os cigarros eletrônicos, que queimam o tabaco por meio de microsistema alimentado por bateria recarregável em entradas USB de computadores.⁽⁹⁾ Há ainda os tipos de tabaco sem produção de fumaça, que quando mascarados ou em preparações são absorvidos pela mucosa oral ou aspirados pelo nariz. Usuários de tabaco sem a produção de fumaça absorvem nicotina de forma semelhante aos fumantes passivos, portanto, podem também desenvolver dependência.⁽¹⁰⁾

Atualmente, existe cerca de 1,1 bilhão de fumantes no mundo e os homens continuam fumando mais que as mulheres. Apesar de a prevalência ter diminuído em muitos países, principalmente entre os homens, ocorreu aumento nos países a leste do mediterrâneo e na África.⁽¹²⁾ No Brasil, em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde, em indivíduos maiores de 18 anos, mostrou prevalência de tabagismo de 18,9% para o sexo masculino e 11% para o feminino.⁽¹³⁾ Em 2015, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a prevalência no Brasil em indivíduos maiores de 15 anos de idade foi de 19,3% para o sexo masculino e 11,3%

para o feminino.⁽¹²⁾ No mesmo ano, dados do inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em indivíduos maiores de 18 anos, mostrou números menores que os da OMS, 12,8% para o sexo masculino e 8,3% para o feminino.⁽⁶⁾

Com relação às formas não convencionais de uso do tabaco, a prevalência de uso do narguilé é pouco conhecida e variável em alguns países. No Líbano, 14,6% dos adultos, 25% das grávidas e 32% dos jovens universitários utilizam o narguilé regularmente.⁽¹⁴⁾ Segundo dois estudos realizados no interior do estado de São Paulo, Brasil, que avaliaram os conhecimentos de gestantes e adolescentes sobre os malefícios do tabagismo e suas formas alternativas, 41% e 19,7% das gestantes tiveram alguma experiência com o cigarro com sabor e o narguilé, respectivamente.⁽¹⁵⁾ Entre os adolescentes, 70,6% já haviam experimentado o narguilé e 71,9% o cigarro com sabor. Além disso, 7% dos adolescentes fizeram uso regular do narguilé antes de iniciarem o uso de cigarro convencional.⁽¹⁶⁾

Embora muitos estudos avaliem a prevalência de tabagismo na população em geral, são poucos os que abordam especificamente as gestantes. Pesquisa de 2014, do *National Center For Health Statistics*, que reúne informações dos nascidos vivos nos EUA, mostrou que 25% das mães na faixa etária entre 15 e 24 anos de idade fumaram durante toda a gestação.⁽¹⁷⁾ O *Standard Certificate of Live Birth* reuniu dados de 95% de todos os recém-nascidos de 46 estados nos Estados Unidos e mostrou retrospectivamente que uma em cada dez mulheres (10,9%), que conceberam em 2014, fumaram até o terceiro mês antes da gravidez e um quarto delas parou de fumar antes de engravidar. Este estudo também mostrou prevalência de tabagismo em qualquer momento da gestação de 8,4% (8,2% no primeiro trimestre, 7% no segundo e 6,6% no terceiro), mais prevalente em mulheres de 20 a 24 anos (13%), não casadas (14,7%) e não hispânicas (18%). A prevalência de tabagismo variou de 1,8% na Califórnia até 27,1% no estado de *West Virginia*.⁽¹⁸⁾ Estudo Canadense desenhado para avaliar a taxa de cessação do tabagismo em gestantes que utilizaram a bupropiona ou a terapia de reposição de nicotina (TRN), mostrou prevalência de tabagismo de 25%.⁽¹⁹⁾ Os principais órgãos de pesquisa internacionais, OMS, *Centers for Disease Control and Prevention*

(CDC), *US Department of Health and Human Services* não disponibilizam levantamentos de prevalência de tabagismo em gestantes. Em resumo, nos EUA e Canadá, a prevalência geral de tabagismo variou entre 8,4% e 25%, sendo maior em estados produtores de tabaco como *West Virginia* e entre gestantes jovens.

Na região sul do Brasil, estudo longitudinal avaliou todos os nascimentos hospitalares ocorridos nos anos de 1982 e 1993; a prevalência de tabagismo durante a gestação apresentou uma discreta redução de 35,7% das 6.011 parturientes em 1982 para 33,5% das 5.304 parturientes em 1993 ($p < 0,05$).⁽²⁰⁾ Em 2009, na cidade de Ribeirão Preto (SP), 504 mulheres matriculadas em programas de puericultura das unidades básicas de saúde foram entrevistadas com relação ao consumo de tabaco durante a gestação e aleitamento materno, tabagismo ativo, passivo e as duas modalidades simultâneas. As tabagistas ativas (fumaram durante a gestação e aleitamento materno) corresponderam a 19,2%, as passivas a 28,2% e as ativas e passivas a 16,8%.⁽²¹⁾ Em 2011, estudo que avaliou 2.484 mulheres, mostrou que 23,3% delas fumaram durante toda a gestação e 33% viviam em situação de fumo passivo.⁽²²⁾ Em 2013, entre 273 gestantes de baixo risco atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de São Paulo, 11% fumaram durante toda a gestação e 19,8% pararam no início da gestação.⁽²³⁾

Estudo realizado com gestantes em seis capitais brasileiras mostrou associação positiva do tabagismo com baixa escolaridade, paridade, aumento da idade e uso de bebidas alcoólicas. Foi observado efeito protetor para as gestantes em união estável.⁽²⁴⁾ Vários outros estudos apontam associações positivas entre tabagismo na gestação e baixa escolaridade, renda, redução no número de consultas durante o pré-natal e uso de bebida alcoólica.⁽²⁵⁻²⁷⁾ Além disso, esses estudos também mostram que as gestantes fumantes mais propensas a cessar o tabagismo são aquelas cujo marido ou companheiro não é fumante.⁽²⁴⁻²⁷⁾

Além das consequências negativas do tabagismo na população geral, fumar está relacionado a alguns agravos particularmente relacionados às mulheres. As principais diretrizes relacionam o uso do cigarro ao envelhecimento acelerado do aparelho reprodutor feminino, infertilidade e menopausa precoce.⁽¹⁻³⁾ Estudo, que avaliou a associação do estado tabágico com o menopausal em 775 mulheres, entre 40 e 65 anos de idade, mostrou que entre as tabagistas o início da menopausa

se deu, em média, aos $47,8 \pm 3,9$ anos e entre as não fumantes aos $48,6 \pm 4,1$ anos. Além disso, o início da menopausa variou com o número de cigarros fumados: entre aquelas que fumavam de 1 a 5 cigarros/dia ocorreu aos $49,2 \pm 3,7$; 6 a 10 cigarros/dia aos $47,6 \pm 4,3$ anos e entre as que fumavam 11 cigarros ou mais a idade de início da menopausa foi aos $46,9 \pm 3,6$ anos.⁽²⁸⁾

Quando a mulher engravida, o tabagismo se associa a complicações específicas tanto para a gestante quanto para o feto, o que torna seus malefícios ainda mais significativos.⁽²⁹⁾ Fetos de gestantes fumantes tem maior risco de prematuridade e restrição de crescimento do que aqueles de gestantes não fumantes.^(1,2) Além disso, existem outras consequências negativas da exposição ao tabaco no período da gestação tais como aumento da ocorrência de placenta prévia, gravidez tubária, aborto espontâneo e síndrome da morte súbita na infância.⁽⁵⁾ Evidências adicionais sugerem que a redução da função pulmonar nos neonatos de gestantes tabagistas pode ser fator de risco para o desenvolvimento de asma, hiperreatividade brônquica e predisposição à DPOC na vida adulta.⁽¹⁻³⁾ O leite materno pode servir como veículo para substâncias nocivas, fato observado em situações de algumas doenças infecciosas, quando da utilização de fármacos ou substâncias de abuso, mesmo aquelas aceitas socialmente como o tabaco. Embora não estejam incluídos na relação das substâncias que contraindicam o aleitamento materno, os componentes da fumaça do cigarro podem causar prejuízos tanto para a criança quanto para a nutriz.⁽³⁰⁾

Numerosos estudos documentam a relação causal entre o consumo de cigarros na gestação e eventos adversos neste período para o feto/recém-nascido. Entretanto, poucos levantamentos estimam as proporções com que estes eventos ocorrem. O *US SimSmoke* é um modelo de simulação de dados que avalia proporções de prevalência de tabagismo entre gestantes e estima resultados adversos do tabagismo para a gestação e para o feto/recém-nascido.⁽³¹⁾ Em 2016, estudo que apurou informações de 95% dos recém-nascidos nos Estados Unidos correlacionou tabagismo durante a gestação, de acordo com as faixas de idade das mães, com desfechos adversos no recém-nascido. Mostrou que entre as gestantes com idades entre 20 e 39 anos a média de recém-nascidos prematuros e com restrição de crescimento foi de 7,5%. Recém-nascidos prematuros, mas com peso

normal ocorreram em 24,7% entre as gestantes com 40 anos e 12,8% entre as gestantes com idades de 20 a 39 anos. Entre as gestantes fumantes com 40 anos de idade, a taxa de recém-nascidos a termo e com restrição de crescimento foi de 19,1% e em 6,5% ocorreu a síndrome da morte súbita na infância. Para as gestantes com idades entre 20 e 39 anos, a incidência de nascimento a termo com restrição de crescimento e síndrome da morte súbita foi de 8,6 e 6,5%, respectivamente. Com relação ao período gestacional, houve ocorrência de 0,4% de placenta prévia, 0,8% de descolamento de placenta e 1,5% de gravidez ectópica ou tubária, para todas as faixas de idade, isto é, gestantes fumantes de 15 a 40 anos de idade.⁽³¹⁾

O estudo e análise dos conhecimentos de gestantes a respeito do tabaco, as características da dependência e suas consequências à saúde são fundamentais para que se possa pensar em prevenção e tratamento do tabagismo nesta população. Estudo que entrevistou 257 gestantes do hospital universitário de São Bernardo do Campo, São Paulo, mostrou que a maioria apresentava idades entre 17 e 40 anos, 55,7% haviam cursado o ensino fundamental e 81% viviam em união estável. As gestantes que fumaram em gestações anteriores foram 33,3%, fumaram na gestação atual 20,6% e 39,2% viviam com companheiro fumante. Com relação aos conhecimentos sobre tabagismo, os autores concluíram que 97,6% das gestantes sabiam que o cigarro faz mal à gestação e 98% que pode prejudicar o feto e o recém-nascido. Com relação aos prejuízos à criança especificamente, 59,2% das gestantes achavam que ela pode nascer malformada, 54,3% que pode apresentar morte súbita e 85% que pode apresentar problemas pulmonares.⁽³²⁾

Outro estudo realizado na Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/UNESP), São Paulo, analisou as percepções sobre a prática do tabagismo de gestantes que fizeram uso de cigarros industrializados durante todo o período gestacional.⁽³³⁾ As gestantes consideraram que o cigarro aproxima as pessoas, favorece vínculos, acalma a ansiedade e paradoxalmente, relataram sensação de alívio da solidão quando usavam o cigarro. Mencionaram o “vício” como fator de manutenção do tabagismo no período gestacional. O “vício” foi associado ao prazer e o período de abstinência com consequências negativas como tristeza, mágoa e raiva. Com relação à gestação, as entrevistadas relataram sentimento de culpa por fumarem nesse período. As gestantes forneceram poucos dados sobre as

consequências para a gestação, mas apresentaram mais conhecimentos sobre os malefícios ao feto e recém-nascido como prematuridade, restrição de crescimento e ocorrência de problemas pulmonares.⁽³³⁾

Ainda com relação à avaliação dos conhecimentos de gestantes sobre tabagismo, estudo avaliou gestantes fumantes e ex-fumantes da rede pública, que interromperam o tabagismo no período gestacional.⁽³⁴⁾ As gestantes relataram aumento no desejo de cessar o tabagismo durante a gestação, mas a maioria desconhecia as formas de tratamento existentes para este fim. O ganho de peso relacionado à cessação e o alívio da ansiedade relacionado ao uso do tabaco foram citados como fatores que desmotivam a cessação. Os autores também identificaram que 92% das gestantes conheciam, apenas de forma superficial, os problemas pulmonares decorrentes do tabagismo, 71% relataram que o cigarro causa “mal-estar e azia” e 42% delas relacionaram o cigarro à falta de fôlego. Segundo o relato das gestantes, interromper o tabagismo seria algo bom para o feto e recém-nascido porque evitaria uma série de problemas como danos pulmonares, tanto para o feto como para o recém-nascido, diminuição no fornecimento de oxigênio para o feto, restrição de crescimento e risco de prematuridade. Os autores ainda concluíram que as gestantes percebiam, por parte da sociedade, atribuição de culpa por fumarem na gestação; entretanto, a maioria das entrevistadas convivia em ambientes familiares onde o tabagismo era considerado prática comum e tacitamente aceita.⁽³⁴⁾

A consulta pré-natal pode ser o momento mais adequado para prestação de esclarecimentos sobre os riscos do fumo e para que as gestantes possam expor dúvidas, medos e angústias decorrentes da gestação. Esses sentimentos estão associados a quadros de ansiedade e depressão, situações que podem levar ao início e/ou manutenção do tabagismo, uma vez que o cigarro está associado a propriedades relaxantes.⁽³⁵⁾

Mulheres fumantes e que sofrem de distúrbios de ansiedade e depressão geralmente têm dificuldade de cessar o tabagismo, principalmente, quando estão grávidas.⁽¹⁻³⁾ Estudo que avaliou retrospectivamente dados de 34 mil gestantes fumantes, antes e durante o período gestacional, mostrou que a prevalência de tabagismo entre as gestantes que relataram distúrbio de ansiedade

e depressão antes da gravidez foi significativamente superior do que entre as gestantes que não relataram os distúrbios (46,7% vs 22,5%, $p < 0,001$). Nos três primeiros meses de gestação a prevalência de tabagismo também foi superior entre as que apresentavam distúrbio de ansiedade e depressão do que as que não apresentaram (27,5% vs 10,5%, $p < 0,001$).⁽³⁶⁾ Proporção significativamente menor de gestantes fumantes que apresentavam sintomas de depressão e ansiedade parou de fumar no terceiro trimestre de gestação em comparação às gestantes que não apresentavam depressão e ansiedade (41,4% vs 53,8%, $p < 0,001$). Além disso, as gestantes com distúrbios de ansiedade e depressão relataram menor interesse em cessar o tabagismo em qualquer momento.⁽³⁶⁾ Outro estudo que avaliou características sociodemográficas, níveis de ansiedade e depressão e consumo de tabaco em 901 gestantes fumantes na Espanha concluiu que altos escores nas escalas de ansiedade e depressão aumentaram a probabilidade de permanência do tabagismo durante todo o curso gestacional e as gestantes tabagistas que apresentaram escores inferiores de ansiedade tiveram maior probabilidade para cessar o tabagismo espontaneamente durante a gestação.⁽³⁷⁾

As principais diretrizes reúnem as intervenções mais indicadas para o tratamento do tabagismo em gestantes e recomendam que estas sejam aplicadas o mais precocemente possível para prevenir as complicações na gestação e para o recém-nascido.⁽¹⁻³⁾ De acordo com estas diretrizes, as abordagens de “primeira linha” para cessação do tabagismo durante o período gestacional são as intervenções psicossociais, isto é, sessões de aconselhamentos baseados na terapia cognitivo-comportamental, de preferência individualizados e apoiadas com material educativo e de autoajuda.^(35,38,39) Meta-análise com 28 amostras controladas e randomizadas com indivíduos adultos de ambos os sexos que comparou os resultados de intervenções motivacionais, com duração das sessões variando entre 10 e 60 minutos, com intervenção breve mostrou que as intervenções motivacionais foram superiores (RR: 1,26; 95% IC: 1,16 - 1,36).⁽³⁸⁾ Outros estudos citam também esta taxa de sucesso das intervenções motivacionais e acrescentam que as taxas de cessação em gestantes fumantes que recebem este tipo de intervenção podem alcançar índices ainda maiores, pois o período gestacional representa estímulo a mais na motivação pela abstinência.^(35,40,41) Em

segundo plano, as diretrizes mostram trabalhos que avaliam a terapia farmacológica, em especial, a terapia de reposição de nicotina (TRN) e incentivos financeiros para cessação do tabagismo em gestantes.^(1,2,19,42)

O programa denominado “5 As (*Ask, Advice, Assess, Assist and Arrange*)” é uma intervenção com aconselhamentos breves (5 a 15 minutos), desenvolvidos para gestantes tabagistas, baseado em cinco pontos estratégicos: Perguntar, Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar. Em 2016, no Uruguai e Argentina, estudo comparou a eficácia na taxa de cessação do tabagismo da intervenção baseada no programa “5 As” durante o período gestacional e até seis meses após o parto, com um grupo controle que recebeu apenas uma sessão de aconselhamento e foi acompanhado durante o mesmo período, em 20 unidades de cuidados de pré-natal. Este estudo concluiu que a intervenção foi eficaz, com taxa de cessação do tabagismo de 33,6% para o grupo intervenção e 10,8% para o controle.⁽⁴³⁾ Nos Estados Unidos, entre 2011 e 2015, 71.526 gestantes fumantes participaram do programa de aconselhamento “5 As” e 23% delas cessaram o tabagismo até o dia do parto.⁽⁴⁴⁾ Outro estudo realizado pela universidade do Alabama, nos Estados unidos, comparou os resultados na taxa de abstinência de 1093 gestantes fumantes que receberam apenas sessões de 5 minutos de aconselhamentos gerais sobre tabagismo e um grupo controle que assistiu a um vídeo com material educativo sobre tabagismo, direcionado à população geral e com conteúdo relacionado aos malefícios gerais. No grupo intervenção, 18% das gestantes cessaram o tabagismo contra 11,2% do grupo controle.⁽⁴⁵⁾

Embora as diretrizes mais recentes não recomendem a terapia farmacológica para a cessação do tabagismo em gestantes,^(1-3,5) alguns estudos apontam a TRN como importante ferramenta de apoio neste grupo, mesmo considerando os possíveis efeitos adversos,^(5,46,47) como a potencial toxicidade para o Sistema Nervoso Central (SNC) do feto.⁽²⁾ Entretanto, Coleman e colaboradores compararam dois grupos de gestantes tabagistas, um utilizando adesivos de nicotina e outro adesivo sem nicotina (placebo) e não encontraram diferenças significativas na taxa de cessação entre os grupos.⁽⁴⁸⁾ Caso se empregue a TRN, recomenda-se a utilização das formas de liberação rápida, como a goma e, além disso, deve-se alertar a gestante sobre a retirada do suplemento de nicotina caso

haja recaída.⁽⁴⁹⁾ Segundo revisões internacionais, há benefícios para mãe e feto se a TRN tiver sucesso na cessação do tabagismo.^(39,49-51) Revisão sistemática da literatura analisou 72 amostras controladas, em alguns países desenvolvidos, que aplicaram individualmente em gestantes tabagistas intervenções cognitivo-comportamentais e motivacionais baseadas nos estágios de mudança, além de intervenções com TRN e antidepressivos. Os autores não separaram os resultados das terapias cognitivo-comportamental e farmacológica, mas concluíram que as intervenções reduziram não somente o tabagismo durante e após o período gestacional, mas também os desfechos desfavoráveis nos recém-nascidos.⁽¹⁾

Estudo recente avaliou os efeitos da bupropiona e TRN em 900 gestantes fumantes do Canadá; ambos os grupos apresentaram altas taxas de cessação do tabagismo, 81% no grupo que utilizou a bupropiona e 79% no grupo de TRN. Após a descontinuação das medicações, 60% e 68% das gestantes que usaram a bupropiona ou a TRN, respectivamente, não voltaram a fumar durante a gestação. Entretanto, o uso da TRN foi associado à prematuridade e à ocorrência de recém-nascidos pequenos para idade gestacional e o uso da bupropiona foi associado à prematuridade.⁽¹⁹⁾

Alguns estudos realizados em países desenvolvidos mostram que incentivos financeiros fornecidos a cada comprovação de abstinência, feita periodicamente por análises laboratoriais, são eficazes para aumentar a abstinência em gestantes fumantes durante a gestação e após o parto.⁽⁵²⁻⁵⁵⁾ Entretanto, a aplicação desta técnica não é compatível com a realidade dos países em desenvolvimento como o Brasil.

Os dados apresentados acima mostram que a prevalência do tabagismo em gestantes ainda é preocupante. Os conhecimentos das gestantes relacionados ao tabagismo e suas implicações ao período perinatal ainda são deficientes. Os estudos que identificam os problemas relacionados à gestante estão bem difundidos na literatura, mas ações que levem estes conhecimentos efetivamente a quem é de interesse, as gestantes, são escassas. Não há consenso sobre o uso dos tratamentos farmacológicos neste grupo de fumantes. Além disso, no Brasil, são poucas as ações voltadas à cessação do tabagismo para grupos específicos em especial o de gestantes.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Determinar a influência de intervenção breve baseada na terapia cognitivo-comportamental complementada por vídeo e manual, com conteúdo especificamente desenvolvido para gestantes tabagistas, na taxa de cessação do tabagismo durante a gestação e após o parto.

Objetivos Específicos

1. Determinar a influência da adesão às sessões de aconselhamento e do uso do material educativo na taxa de cessação do tabagismo;
2. Determinar a influência da classificação econômica, do grau de dependência e do estágio motivacional no estado tabágico após o tratamento;
3. Determinar a evolução dos sintomas sugestivos de ansiedade, depressão e de estresse das gestantes durante o período gestacional e no pós-parto e a influência dos mesmos no estado tabágico após o tratamento.

3. INDIVÍDUOS E MÉTODOS

3.1 Casuística

Ensaio clínico controlado, randomizado, paralelo, com razão de alocação 1:1, com 143 gestantes tabagistas que compareceram em consulta de pré-natal nas seguintes Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Botucatu: Vila São Lúcio, Jardim Aeroporto, Jardim Marajoara, Centro de Saúde Escola, Cecap ou no Ambulatório de Assistência Pré-Natal do Hospital das Clínicas (HC) da FMB - UNESP. Deste total, 16 foram excluídas por: retirada de consentimento, dificuldade de acesso à UBS e mudança de local de acompanhamento para outros serviços fora do município. Os dados foram coletados entre 01/09/2013 a 30/09/2016.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FMB - Unesp, sob o número 193873.

3.2 Delineamento

Durante a rotina de atendimento de pré-natal no ambulatório do HC e nas UBS, as gestantes foram abordadas com a pergunta: “Você fuma?”. Aquelas que responderam sim foram informadas sobre o estudo e convidadas a participar.

As gestantes tabagistas previamente identificadas e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) responderam a um questionário de avaliação e receberam uma sessão de aconselhamento padronizado individualmente com duração de 15 minutos (Figura 1). Receberam também manual impresso e DVD contendo vídeo, ambos com conteúdo relacionado ao tabagismo e suas consequências à gestante e ao feto/recém-nascido. As gestantes foram randomizadas para o grupo intervenção (I) ou para o grupo controle (C) por meio de sorteio simples da seguinte forma: dois papéis, com as iniciais “I” ou “C”, devidamente dobrados e misturados foram oferecidos à gestante que escolheu um deles aleatoriamente e o entregou, dobrado, ao entrevistador, sem conhecer a inicial escrita. O entrevistador então alocou a gestante no grupo sorteado.

O vídeo (Anexo 1), de 7 minutos, e o manual (Anexo 2), de 18 páginas, com conteúdo relacionado às consequências do tabagismo na gestação e ao

feto/recém-nascido foram desenvolvidos e distribuídos para cada gestante incluída no estudo, em formato facilmente reproduzível em vários tipos de dispositivos.

Durante o pré-natal, as gestantes do grupo intervenção poderiam participar de até seis sessões de tratamento de 15 minutos cada (Quadro 1). O delineamento das sessões acompanhou a rotina de consultas de pré-natal com o objetivo de facilitar a implantação da intervenção nos serviços de saúde. As gestantes do grupo intervenção foram avaliadas com relação ao estado tabágico e aos sintomas de abstinência em todas as visitas. O grupo controle recebeu a sessão inicial de aconselhamento, o manual e o DVD com o vídeo e, assim como no grupo intervenção, foram acompanhadas durante as consultas subsequentes de pré-natal para avaliação do estado tabágico e, em caso de cessação, avaliação dos sintomas de abstinência.

Para apresentação dos resultados, as gestantes foram separadas em abstinentes e fumantes de acordo com estado tabágico no momento pós-parto. Para avaliação da adesão das gestantes às sessões de aconselhamentos, o grupo intervenção foi separado em: BA (baixa adesão) - gestantes que participaram de uma a três sessões de aconselhamentos; MA (média adesão) - aquelas que participaram de quatro ou cinco sessões e AA (alta adesão) - participaram de seis a oito sessões.

Os dados gestacionais como aborto e prematuridade foram coletados retrospectivamente no sistema de prontuários eletrônicos do HC da FMB/UNESP ou nos prontuários das UBS, onde as mães realizavam o acompanhamento pré-natal. Quarenta dias pós-parto todas as mulheres retornaram às unidades para a consulta chamada “revisão de parto” e iniciar o seguimento de seus bebês. Neste momento, todas foram reavaliadas com relação ao estado tabágico e aos sintomas sugestivos de ansiedade, depressão e estresse. Além disso, as mulheres do grupo intervenção receberam 01 sessão adicional de aconselhamento com duração de 15 minutos (Figura 1).

Em resumo, a diferença entre grupo intervenção e controle foi a participação nas sessões de aconselhamento. Apesar de o grupo intervenção ter tido possibilidade de participar de quantidade maior de sessões, o grupo controle foi beneficiado com uma sessão de aconselhamento inicial, material educativo

(manual e vídeo) e acompanhamento com avaliação do estado tabágico confirmado pelo monóxido de carbono (CO) no ar exalado durante o período gestacional e após o parto.

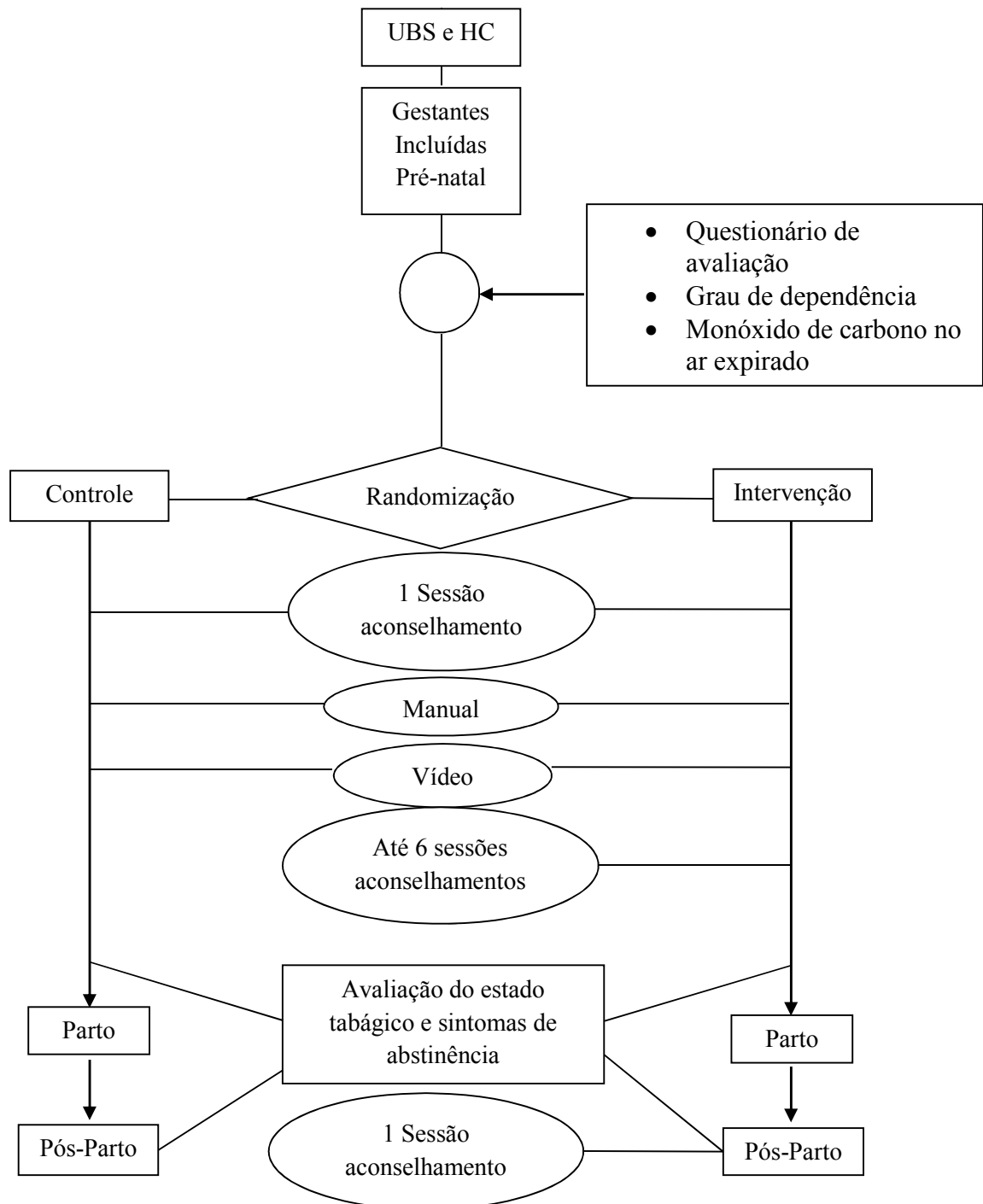


Figura 1. Fluxograma

3.3 Questionários e Escalas

3.3.1 Questionário

Com base em referências da literatura,^(15,56,57) foi desenvolvido questionário específico para avaliação das gestantes de ambos os grupos com questões relacionadas ao estado tabágico, doenças associadas ao tabagismo, grau de dependência nicotínica, grau de motivação, sintomas sugestivos de ansiedade e depressão, estresse, escala de fissura e dados relacionados ao desfecho da gestação (Anexo 3).

3.3.2 Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) foi utilizado para estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, classificando a população em classes econômicas. Com informações relativas à posse de itens, contratação de serviços e ao grau de instrução do chefe de família, as gestantes foram distribuídas em oito classes econômicas: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E (Anexo 3 - pág. 1).⁽⁵⁸⁾

3.3.3 Grau de Dependência e Estágios de Motivação

O grau de dependência de nicotina foi avaliado pelo teste de “Fagerström” e classificado em baixo (escores 0 - 4), moderado (escore 5) ou elevado (escores 6 - 10) (Anexo 3 - págs. 4).⁽⁵⁹⁾ Os estágios de motivação foram identificados de acordo com o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente que descreve a prontidão para mudar como estágios de mudança pelos quais o indivíduo transita, sendo classificados em: 1. pré-contemplanção: não há intenção de cessar o tabagismo nos próximos seis meses; 2. contemplação: há intenção de cessar o tabagismo nos próximos seis meses, porém sem data marcada; 3. preparação: pretende cessar nos próximos trinta dias; 4. ação: cessou o tabagismo há seis meses

ou menos e 5. manutenção: cessou o tabagismo há mais de seis meses (Anexo 3 - págs. 3).⁽⁶⁰⁾

3.3.4 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e Escala de Estresse Percebido

Os sintomas sugestivos de ansiedade e depressão foram identificados pela versão validada para o português da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) que permite a seguinte classificação: improvável (escores 0 - 7), possível (escores 8 - 10) ou provável (escores 11 - 21) (Anexo 3 - pág. 4).⁽⁶¹⁾ O nível sugestivo de estresse entre as gestantes foi obtido pela versão validada para o português da Escala de Estresse Percebido (EEP) composta por 10 questões com cinco possibilidades de resposta (nunca; quase nunca; às vezes; quase sempre; e sempre) e valores de zero a quatro. Assim, o escore da EEP pode variar entre zero e 40. Quanto mais alto o escore, maior o estresse (Anexo 3 - pág. 8).⁽⁶²⁾

3.3.5 *Questionnaire of Smoking Urge - Brief*

Entre as gestantes que deixaram de fumar em qualquer momento da intervenção, o craving ou fissura foi avaliado por meio da versão validada para o português do *Questionnaire of Smoking Urge - Brief*, que é composto por 10 afirmações e respostas com escala de 7 pontos que vai desde “discordo totalmente = 1” até “concordo totalmente = 7”. O QSU-B foi analisado por meio do somatório total com os seguintes pontos de corte: 0 a 13 pontos - craving mínimo, 14 a 26 - leve, 27 a 42 - moderado e 43 ou mais pontos - craving intenso (Anexo 3 - pág. 9).⁽⁶³⁾

As escalas de classificação econômica, estágio motivacional e grau de dependência foram aplicadas apenas no momento basal. As escalas HAD e EEP foram aplicadas no momento basal e reaplicadas no último encontro antes do parto e no momento pós-parto para as gestantes de ambos os grupos. A escala QSU-B foi aplicada em todos os momentos onde as gestantes de ambos os grupos se declaravam abstinentes, seguido da confirmação pelo CO no ar exalado.

3.4 Estado Tabágico e Recaída

A condição de fumante foi confirmada por mensuração do monóxido de carbono (CO) no ar expirado com técnica padronizada e equipamento específico (Micro CO, Care Fusion, nº série: 07359596). Esse aparelho mede a concentração de CO exalado através de um sensor eletroquímico e expressa os valores em partes por milhão (ppm).⁽⁶⁴⁻⁶⁸⁾ A técnica para medição foi realizada com solicitação à gestante que fizesse pausa inspiratória de 20 segundos com finalidade de equilibrar os níveis de CO sanguíneo e alveolar. Após esta pausa, foi solicitada expiração longa e total no bucal do aparelho. Valores acima de 6,0 ppm de CO expirado foram considerados significativos para tabagismo ativo.^(69,70)

A recaída foi definida como a retomada do uso do tabaco após um período de abstinência e o lapso definido como deslize que leva ao uso do tabaco, mas pode não resultar em recaída.⁽²⁾ Neste trabalho, algumas das gestantes que estiveram abstinentes em algum momento do período gestacional, voltaram a fumar, independente da quantidade de cigarros por dia, por isso consideramos recaída.

Quadro 1. Temas que foram abordados em cada momento/sessão de aconselhamentos

Momento Basal (I e C)		● Consequências do tabagismo para o feto
Momento 2 (I)		● Substâncias compartilhadas via placenta ● Possíveis eventos decorrentes do fumo para a gestação como aborto e prematuridade
Momento 3 (I)		● Possíveis eventos decorrentes do fumo para o recém-nascido como baixo peso e estatura e redução da função pulmonar
Momento 4 (I)	Gestação	● Estratégias para cessação do tabagismo ● Vantagens da cessação para mãe e feto
Momento 5 (I)		● Dependência química e psicológica ● Outras formas de uso do tabaco
Momento 6 (I)		● Uso de repositores nicotínicos sem prescrição médica ● Identificação dos sintomas de abstinência e como lidar com eles
Momento Pré-parto (I)		● Associação fumo e álcool ● Ganho de peso devido à abstinência
Momento Pós-parto (I)		● Transporte de substâncias via leite materno ● Prejuízos do fumo passivo para a criança como agravamento da asma, susceptibilidade à hiperreatividade brônquica e DPOC na vida adulta

I – Grupo Intervenção; C – Grupo Controle

3.5 Análise estatística e Plano Amostral

Foi realizada análise descritiva tanto para variáveis qualitativas (frequência e porcentagem) como para quantitativas (média, desvio padrão, mediana e quartis) para ambos os grupos.

Nas comparações entre os grupos para variáveis quantitativas foi utilizado o teste t-Student para amostras independentes, caso as variáveis apresentassem distribuição simétrica. Quando a distribuição não foi normal, o teste Mann-Whitney para amostras independentes foi utilizado.

Nas comparações entre os grupos para variáveis qualitativas foi utilizado o teste chi-quadrado, quando todos os valores absolutos eram maior ou

igual a cinco, ou exato de Fisher, quando havia pelo menos um valor absoluto abaixo de cinco, para homogeneidade de proporções.

Nas comparações entre os períodos pré e pós-intervenção para ambos os grupos o teste t-Student pareado ou Mann-Whitney pareado para variáveis quantitativas e o teste chi-quadrado de tendência para variáveis qualitativas foram utilizados.

Para as comparações entre os momentos avaliados (início no estudo, pré-parto e pós-parto) de indivíduos diferentes foi utilizado o teste Anova de uma via. Nas comparações entre os momentos para um mesmo grupo de indivíduos foi utilizado o teste Anova de uma via com medidas repetidas. Para localizar as diferenças, os testes Tukey para distribuição normal, Kruskal-Wallis e Dunn's, para distribuição não normal.

Para análise das associações e interações entre os grupos e material educativo para medidas repetidas (ansiedade, depressão e estresse) foi utilizado modelo de regressão *Generalized Estimating Equations* (GEE). As comparações de pares das interações foram ajustadas por *Bonferroni*.

Para análise das associações entre o desfecho primário e variáveis de caracterização, adesão, grau de dependência, estágio motivacional, uso do material educativo e classe econômica, foi utilizado modelo de regressão logística.

Em todos os testes foram fixados o nível de significância de 5% ou p-valor correspondente e foram feitos por meio do programa SygmaPlot 11.0 e IBM SPSS Statistics 22.

Plano amostral não probabilístico, do tipo intencional. Cálculo realizado considerando uma diferença de abstinência entre os grupos de 20%, com poder de 90% e alfa de 5%, para teste de proporção. Nestas condições, concluiu-se que seriam necessários 117 indivíduos. O tamanho amostral foi atingido e, portanto, o poder estatístico garantido.

Ensaio clínico controlado randomizado foi a opção mais adequada para testar a hipótese desta pesquisa. Portanto, não houve erros sistemáticos ou vícios devido ao delineamento.

As gestantes não souberam em qual grupo foram alocadas e nem, tão pouco, a diferença entre eles. Por isso, a cegagem foi do tipo simples.

4. RESULTADOS

4.1 Grupos intervenção e controle

Na Tabela 1 estão apresentadas as características gerais das gestantes. A idade média das gestantes do grupo controle foi significativamente superior à do grupo intervenção. A maioria das gestantes vivia em união estável, tinha apenas o ensino fundamental, foi atendida nas UBS do município e se enquadrava nas classes econômicas D e C2, sem diferenças entre os grupos. Além disso, 43% do total de gestantes consumiam bebida alcoólica durante a gestação atual, sem diferença entre os grupos.

Tabela 1. Características gerais das gestantes dos grupos intervenção e controle no momento basal

Variáveis	Controle (n= 50)	Intervenção (n= 77)
Idade (anos)	29,5 ± 6,1	24,3 ± 7,2*
Estado Civil n (%)		
Casada	38 (76,0)	47 (61,0)
Solteira	12 (24,0)	30 (39,0)
Unidade Atendimento n (%)		
HC	23 (46,0)	30 (39,0)
UBS	27 (54,0)	47 (61,0)
Escolaridade n (%)		
Analfabeta	3 (6,0)	4 (5,2)
Fundamental	33 (66,0)	40 (52,0)
Médio	10 (20,0)	28 (36,4)
Superior	4 (8,0)	5 (6,4)
Classe Econômica n (%)		
D	11 (22,0)	29 (37,6)
C2	13 (26,0)	21 (27,3)
C1	14 (28,0)	17 (22,1)
B2	11 (22,0)	9 (11,7)
B1	1 (2,0)	1 (1,3)
Consumo de álcool concomitante n (%)		
Sim	18 (36,0)	37 (48,0)

HC – Hospital das Clínicas; UBS – Unidade Básica de Saúde. Valores expressos como média ± desvio padrão e proporções. * diferença estatística. $p < 0,05$ avaliado por Test t, χ^2 e Exato de Fisher

O histórico de gestações prévias está apresentado na Tabela 2. A maioria das gestantes teve gestações anteriores e fumou durante elas. Além disso, proporção expressiva de gestantes relatou histórico de abortos, sem diferença entre os grupos.

Tabela 2. Histórico gestacional das gestantes de ambos os grupos

Variáveis	Controle (n= 50)	Intervenção (n=77)
Gestações anteriores n (%)		
Sim	42 (84,0)	53 (68,8)
Abortos anteriores n (%)		
Sim	26 (52,0)	23 (29,8)
Fumou nas gestações anteriores n (%)		
Sim	38 (90,4)	47 (88,6)

Valores expressos como proporções. $p < 0,05$ avaliado por χ^2

No grupo intervenção, verificou-se proporção significativamente maior de gestantes com diagnóstico de doença pulmonar do que no grupo controle (Tabela 3). Por outro lado, entre as gestantes que não apresentavam diagnóstico de outras doenças como, dependência química, diabetes, depressão, lúpus, febre reumática e tireoideopatias, encontrou-se maior proporção no grupo intervenção do que no controle.

Tabela 3. Comorbidades das gestantes de ambos os grupos no momento basal

Variáveis	Controle (n= 50)	Intervenção (n= 77)
Comorbidades n (%)		
Pulmonares		
Sim	6 (12,0)	24 (31,1)*
Cardiovasculares		
Sim	21 (42,0)	47 (61,0)
Câncer		
Sim	9 (18,0)	14 (18,1)
Outras		
Não	20 (40,0)	49 (63,7)*

Valores expressos como proporções. * diferença estatística. $p < 0,05$ avaliado por χ^2

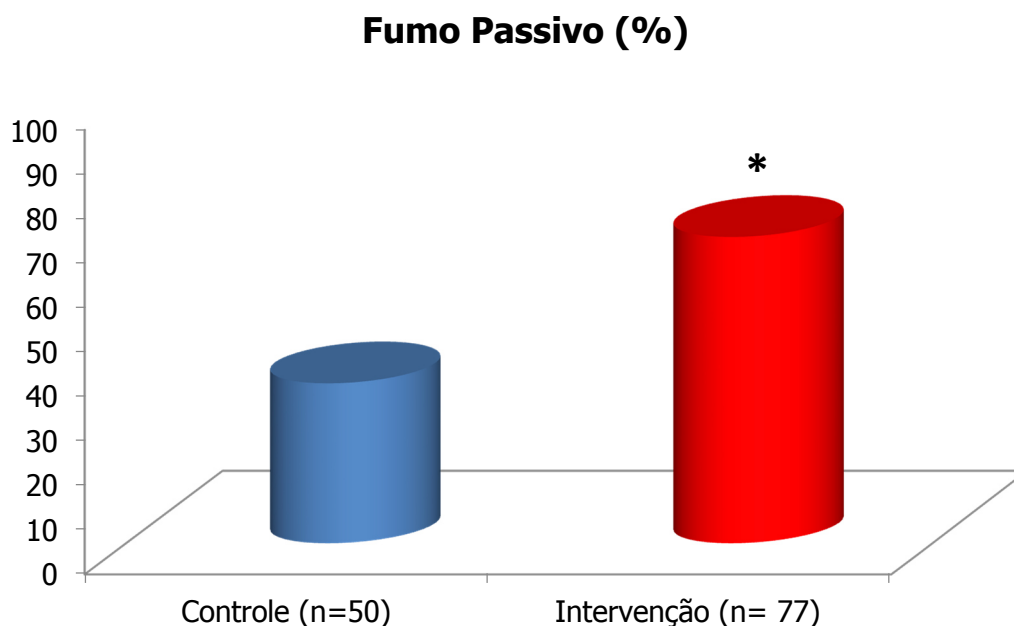
Na Tabela 4 encontram-se os dados da história tabágica das gestantes. As gestantes começaram a fumar na adolescência. Com relação ao consumo concomitante de formas alternativas de tabaco, o grupo controle apresentou proporção maior de gestantes que consumiam narguilé e cigarro de cravo (Bali). Além disso, entre as gestantes que nunca tentaram cessar o tabagismo, maior proporção foi encontrada no grupo intervenção do que no controle.

Tabela 4. História tabágica das gestantes de ambos os grupos

Variáveis	Controle (n= 50)	Intervenção (n= 77)
Idade de início (anos)	13 (12 – 15)	13 (11 – 15)
Carga tabágica (anos/maço)	13 (5 – 23)	18 (8 – 28)
Número de Cigarros por dia	20 (10 – 20)	20 (10 – 30)
Uso concomitante de outra forma de tabaco n (%)		
Cigarro com sabor		
Sim	12 (24,0)	27 (35,0)
Narguilé		
Sim	17 (34,0)	6 (7,7)*
Palha		
Sim	22 (44,0)	47 (61,0)
Cigarro eletrônico		
Sim	8 (16,0)	22 (28,5)
Bali		
Sim	19 (38,0)	4 (5,2)*
Tentativa prévia de cessação n (%)		
Não	14 (28,0)	38 (49,4)*

Valores expressos como mediana (quartil 1 – quartil 3) e proporções. * diferença estatística. $p < 0,05$ avaliado por Test t, χ^2 e Exato de Fisher

A Figura 2 mostra as proporções de gestantes que viviam em situação de fumo passivo na área fechada de suas residências. Maior proporção de gestantes nesta condição foi encontrada no grupo intervenção.



Valores expressos como proporções. * diferença estatística. $p < 0,05$ avaliado por χ^2 e Exato de Fisher

Figura 2. Proporções de gestantes em situação de fumo passivo na residência para ambos os grupos

A idade gestacional no momento da inclusão no estudo está apresentada na Tabela 5; as gestantes do grupo controle iniciaram no presente estudo com idade gestacional mais avançada que o grupo intervenção. A média do CO no início do tratamento foi significativamente maior no grupo intervenção.

Tabela 5. Idade gestacional e valores de CO no momento basal

Variáveis	Controle (n= 50)	Intervenção (n= 77)
Idade gestacional (semanas)	24 (12 – 28)	12 (8 – 16)*
CO (ppm)	18,1 ± 9,5	22,2 ± 10,1*

ppm: partes por milhão. Valores expressos como média ± desvio padrão ou mediana (quartil 1 – quartil 3). * diferença estatística. $p < 0,05$ avaliado por teste T.

Com relação ao estágio de motivação para cessar o tabagismo, a maior porcentagem de gestantes pré-contemplativas foi encontrada no grupo controle e no estágio contemplativo maior proporção no grupo intervenção. A maioria das gestantes apresentava grau elevado de dependência nicotínica, sem diferença entre os grupos (Tabela 6).

Tabela 6. Estágio motivacional e grau de dependência no momento basal

Variáveis	Controle (n= 50)	Intervenção (n= 77)
Motivação n (%)		
Pré-contemplativo	34 (68,0)	18 (23,3)*
Contemplativo	16 (32,0)	59 (76,7)*
Dependência n (%)		
Leve	12 (24,0)	26 (33,7)
Moderada	4 (8,0)	8 (10,3)
Elevada	34 (68,0)	43 (56,0)

Valores expressos como proporções. $p < 0,05$ avaliado por χ^2 e Exato de Fisher.

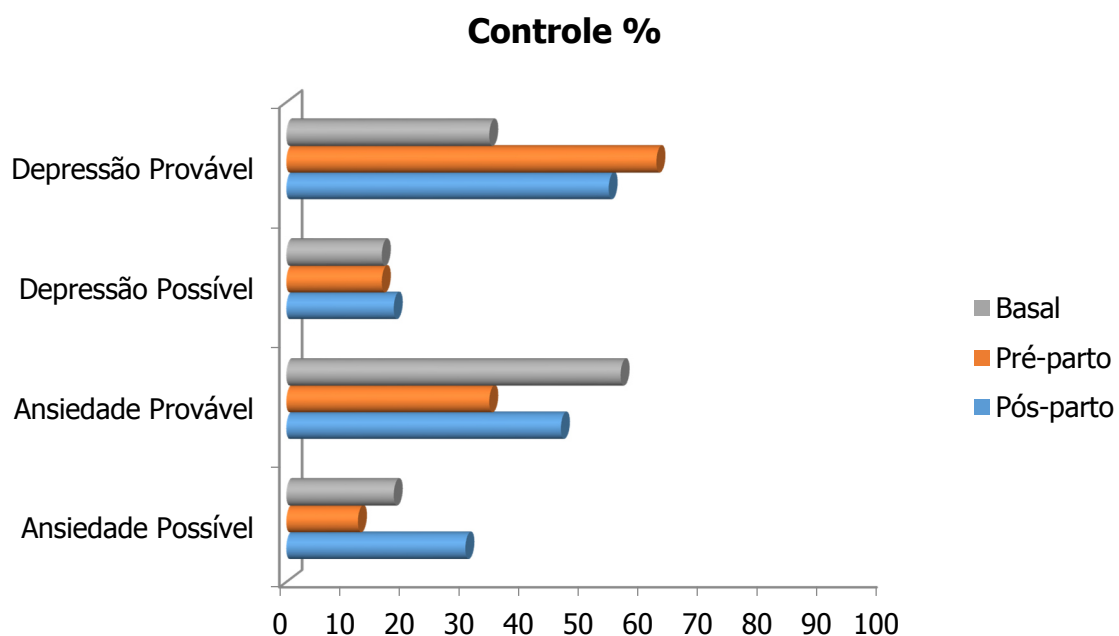
Na Tabela 7 está apresentada a evolução dos escores obtidos nas escalas de ansiedade, depressão e estresse durante o processo de tratamento das gestantes de ambos os grupos, isto é, do momento basal ao pós-parto. Para as gestantes de ambos os grupos, observaram-se aumentos significativos nos escores de depressão entre os momentos basal e pós-parto. A ansiedade aumentou para o grupo controle no momento pré-parto e voltou ao nível basal no momento pós-parto. Para o grupo intervenção a ansiedade aumentou nos momentos pré e pós-parto em relação ao basal. Nas comparações entre os momentos pré e pós-parto, o grupo intervenção apresentou aumento significativo nos escores de depressão. Para estresse, foi observado aumento significativo no pós-parto em comparação ao basal nos dois grupos.

Tabela 7. Evolução dos escores de ansiedade, depressão e estresse nos três momentos avaliados para os grupos intervenção e controle

Variáveis	Controle (n= 50)		
	Basal	Pré-parto	Pós-parto
Ansiedade	11,9 ± 5,3 a	14,9 ± 4,3 b	11,5 ± 5,4 a
Depressão	8,5 ± 5,6 a	12,6 ± 5,5 b	11,4 ± 5,4 b
Estresse	23,2 ± 5,7 a	24,8 ± 7,7 ab	27,4 ± 7,1 b
Intervenção (n=77)			
Ansiedade	12 (8 – 16) a	14 (10 – 18) b	14 (11 – 17) b
Depressão	11,8 ± 5,3 a	14,2 ± 5,1 b	15,8 ± 4,8 c
Estresse	23 (18 - 29) a	30 (25 - 33) ab	28 (21 – 36) b

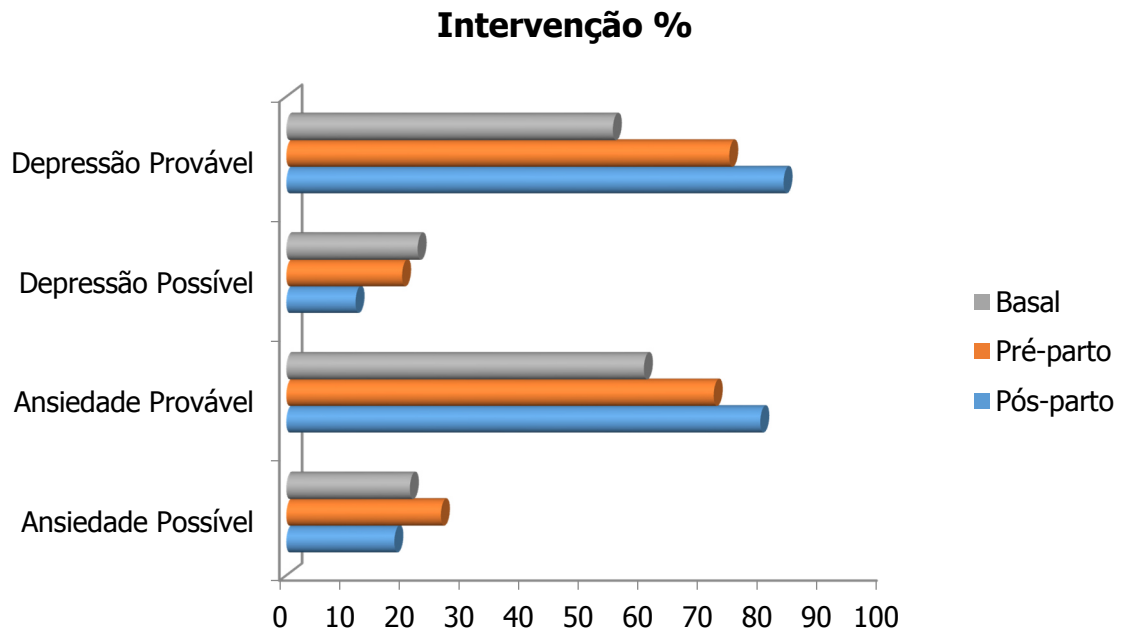
Valores expressos como média ± desvio padrão ou mediana (quartil 1 – quartil 3). a, b, c: letras diferentes indicam diferença estatisticamente significativa. $p < 0,05$ avaliado por ANOVA medidas repetidas e teste de Tukey ou Kruskal-Wallis e teste de Dunn's

As Figuras 3 e 4 mostram as comparações das proporções de gestantes de ambos os grupos nas categorias da escala HAD, possível e provável, para ansiedade e depressão nos momentos, basal, pré e pós-parto, sem diferença entre os grupos intervenção e controle.



Valores expressos como proporções. $p < 0,05$ avaliado por χ^2 e Exato de Fisher

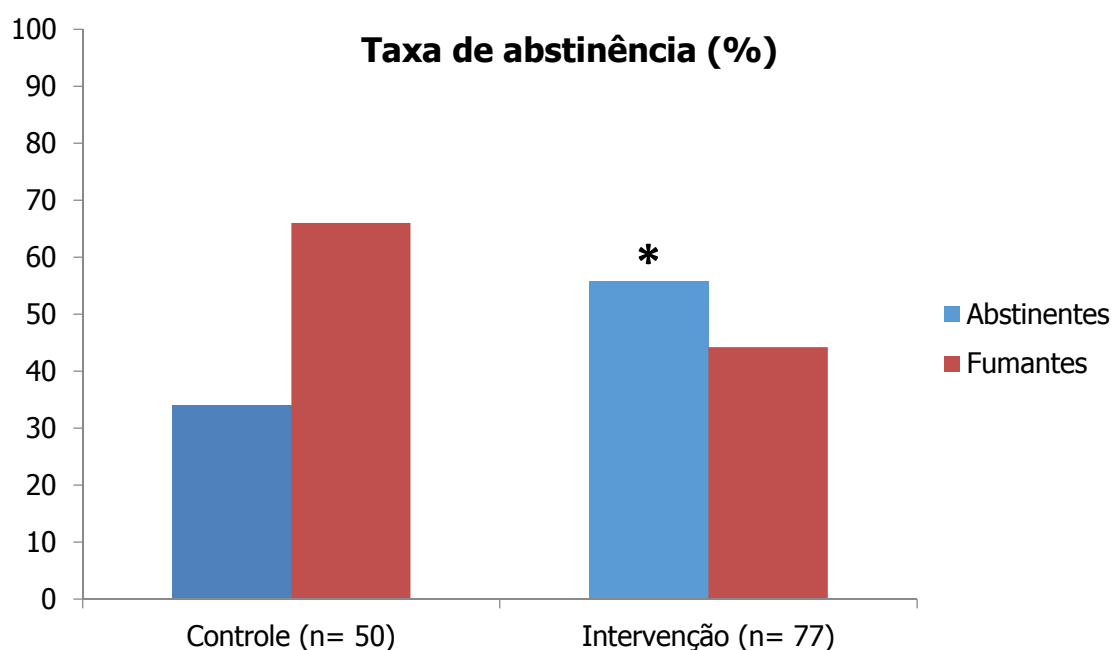
Figura 3. Proporções de gestantes do grupo controle nas categorias, possível e provável para ansiedade e depressão



Valores expressos como proporções. $p < 0,05$ avaliado por χ^2 e Exato de Fisher

Figura 4. Proporções de gestantes do grupo intervenção nas categorias, possível e provável para ansiedade e depressão

O desfecho primário deste trabalho foi avaliar a efetividade do modelo de intervenção breve na cessação do tabagismo. A Figura 5 mostra que a taxa de abstinência encontrada no grupo intervenção no final do seguimento foi significativamente superior à do grupo controle (55,8 vs 34%).



Valores expressos como proporções. * diferença estatística. $p < 0,05$ avaliado por χ^2

Figura 5. Taxa de abstinentes e fumantes no momento pós-parto nos grupos intervenção e controle

Foi avaliado o escore de fissura entre as abstinentes de ambos os grupos para todos os momentos a partir do basal como mostra a Tabela 8. Nos momentos 2 e 5, as gestantes do grupo controle apresentaram escore estatisticamente superior às do grupo intervenção.

Tabela 8. Comparação dos escores da escala de fissura (QSU-B) entre as gestantes abstinentes de ambos os grupos nos momentos avaliados

Variáveis	Abstinentes (n) Controle/Intervenção	Controle	Intervenção
QSU-B			
Momento 2	6/16	54 (50 - 59)	15 (13 - 39)*
Momento 3	9/13	54 (50 - 59)	15 (13 - 39)
Momento 4	9/13	54 (50 - 59)	15 (13 - 39)
Momento 5	15/36	57 (20 - 63)	20 (13 - 42)*
Momento 6	19/23	17 (13 - 60)	53 (41 - 57)
Pré-parto	12/59	24 (18 - 45)	29 (20 - 48)
Pós-parto	17/43	21 (13 - 48)	25 (18 - 52)

Valores expressos como mediana (quartil 1 – quartil 3). * diferença estatística. $p < 0,05$ avaliado por Mann-Whitney

A Tabela 9 mostra as proporções de gestantes abstinentes de cada grupo, intervenção e controle, em cada categoria da escala de fissura nos momentos V5 (período gestacional), V7 (pré-parto) e V8 (pós-parto). Na categoria “intensa” fissura as gestantes do grupo controle apresentaram proporções significativamente maiores que o grupo intervenção nos momentos mostrados na Tabela 11.

Tabela 9. Proporções de gestantes abstinentes nas categorias da escala de fissura (QSU-B) nos momentos 5, pré e pós-parto

Variáveis	Controle	Intervenção
Fissura V5 n (%)	Abstinentes (n= 15)	Abstinentes (n= 36)
Mínima	0 (0,0)	9 (25,0)*
Leve	3 (20,0)	12 (33,3)*
Moderada	2 (13,3)	6 (16,7)*
Intensa	10 (66,7)	9 (25,0)*
Fissura Pré-parto n (%)	Abstinentes (n= 12)	Abstinentes (n= 59)
Mínima	2 (16,6)	21 (35,5)*
Leve	1 (8,3)	16 (27,1)*
Moderada	2 (16,6)	14 (23,7)*
Intensa	7 (58,5)	8 (13,7)*
Fissura Pós-parto n (%)	Abstinentes (n= 17)	Abstinentes (n=43)
Mínima	4 (23,5)	11 (25,5)*
Leve	2 (11,7)	15 (34,8)*
Moderada	2 (11,7)	11 (25,5)*
Intensa	9 (53,1)	6 (14,2)*

Valores expressos como proporções. * diferença estatística. $p < 0,05$ avaliado por χ^2 e Exato de Fisher.

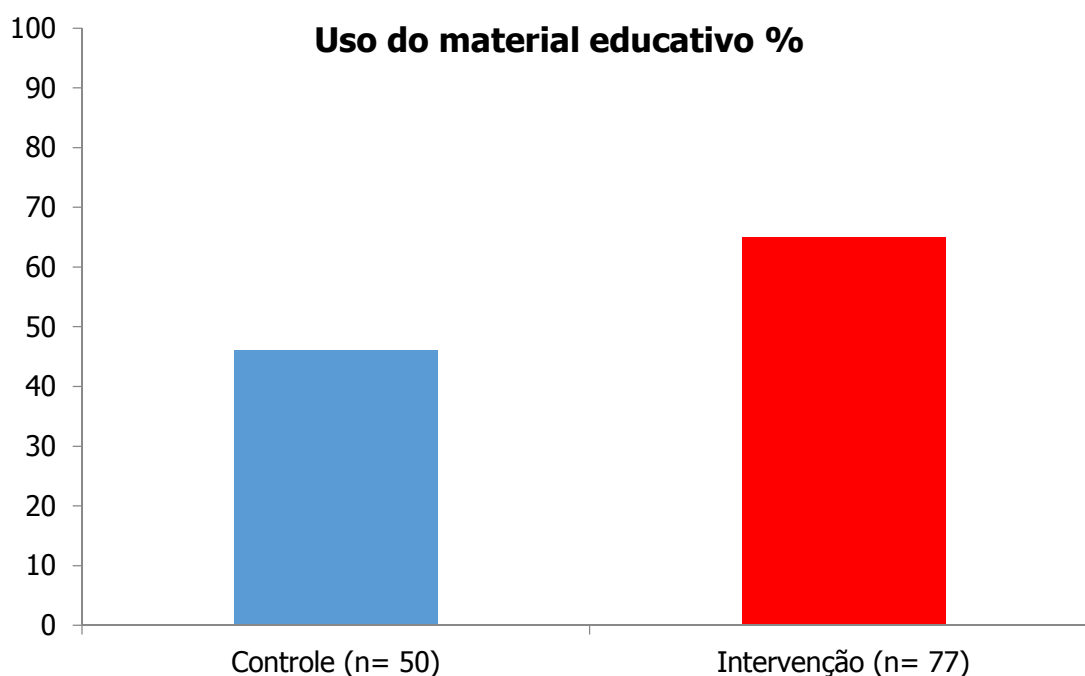
A proporção de abstinentes foi significativamente maior para o grupo intervenção que o controle, nos momentos, dois, cinco, pré e pós-parto. Além disso, a Tabela 10 mostra o número de gestantes que tiveram recaída durante o estudo.

Tabela 10. Proporções de abstinentes e recaídas nos momentos avaliados.

Variáveis	Controle	Intervenção
Abstinentes n (%)		
Momento 2	6 (27,2)	16 (72,8)*
Momento 3	9 (40,9)	13 (59,1)
Momento 4	9 (40,9)	13 (59,1)
Momento 5	15 (29,5)	36 (70,5)*
Momento 6	19 (44,1)	23 (55,9)
Pré-parto	12 (17,0)	59 (83,0)*
Pós-parto	17 (28,3)	43 (71,7) *
Total de recaídas n (%)		
Momento 5	8 (100,0)	0 (0,0)*
Momento 6	0 (0,0)	13 (100,0)*
Pré-parto	7 (100,0)	0 (0,0)*
Pós-parto	(0 0,0)	16 (100,0)*

Valores expressos como proporções. * diferença estatística. $p < 0,05$ avaliado por χ^2 e Exato de Fisher.

A Figura 6 demonstra que ambos os grupos fizeram uso do material educativo, sem diferença significativa entre os grupos.



Valores expressos como proporções. $p < 0,05$ avaliado por χ^2 .

Figura 6. Relato de uso efetivo do material educativo entre os grupos intervenção e controle

4.2 Grupos de adesão

A Tabela 11 mostra as características relacionadas à adesão das gestantes do grupo intervenção nas sessões de aconselhamento. 19,4% das gestantes do grupo intervenção formaram o grupo BA (baixa adesão), 29,8% formaram o grupo MA (média adesão) e 50,8% o grupo AA (alta adesão). As gestantes apresentavam grau elevado de dependência nicotínica e a maioria estava contemplativa em relação à cessação do tabagismo, sem diferença entre os grupos. Com relação ao escore de ansiedade, no momento pré-parto, as gestantes do grupo AA apresentaram escore significativamente menor que as gestantes dos grupos MA e BA. As gestantes do grupo AA, no momento basal, apresentaram escore de estresse significativamente superior aos demais grupos e, no momento pré-parto, as gestantes dos grupos MA e AA apresentaram escores mais elevados do que o grupo BA.

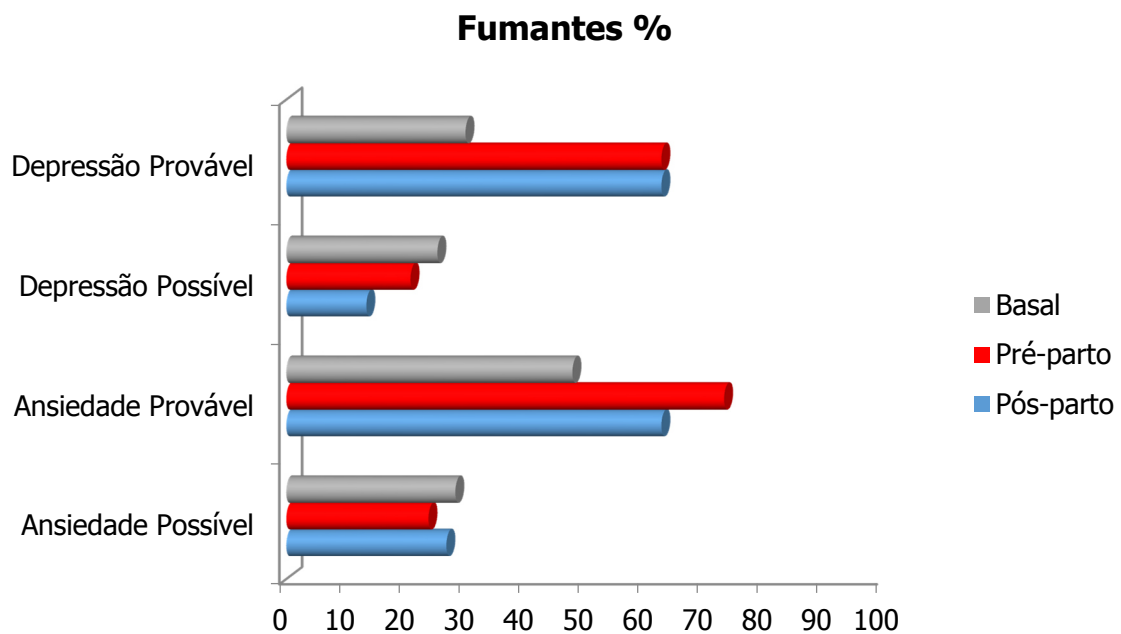
Tabela 11. Distribuição das gestantes do grupo intervenção de acordo com participações nas sessões de tratamento e características relacionadas

Variáveis	BA (n= 15)	MA (n= 23)	AA (n= 39)
Abstinentes n (%)	12 (80,0)	11 (47,8)	20 (51,2)
Fumantes n (%)	3 (20,0)	12 (52,2)	19 (48,8)
Grau de dependência	6 (5 – 9)	7 (3 – 9)	5 (3 – 8)
Estágio motivacional n (%)			
Pré-contemplativo	4 (26,6)	6 (26,0)	8 (20,5)
Contemplativo	11 (73,4)	17 (74,0)	31 (79,5)
Ansiedade			
Basal	12 (5 – 14)	11 (9 – 13)	13 (9 – 18)
Pré-parto	17,6 ± 4,0	16,0 ± 4,0	12,1 ± 3,8*
Pós-parto	17 (13 – 21)	15 (10 – 17)	13 (11 – 15)
Depressão			
Basal	10 (5 – 16)	11 (6 – 15)	12 (9 – 16)
Pré-parto	12 (8 – 16)	16 (11 – 18)	15 (11 – 19)
Pós-parto	13 (10 – 19)	19 (15 – 21)	15 (12 – 21)
Estresse			
Basal	23 (20 – 26)	19 (16 – 24)	25 (21 – 35)*
Pré-parto	23 (18 – 26)	31 (27 – 33)	31 (26 – 32) *
Pós-parto	32 (22 – 37)	29 (24 – 37)	26 (20 – 36)

Valores expressos como média ± desvio padrão, mediana (quartil 1 – quartil 3) e proporções.* diferença estatística. p < 0,05 avaliado por χ^2 , ANOVA e teste de Tukey ou Kruskal-Wallis e teste de Dunn's

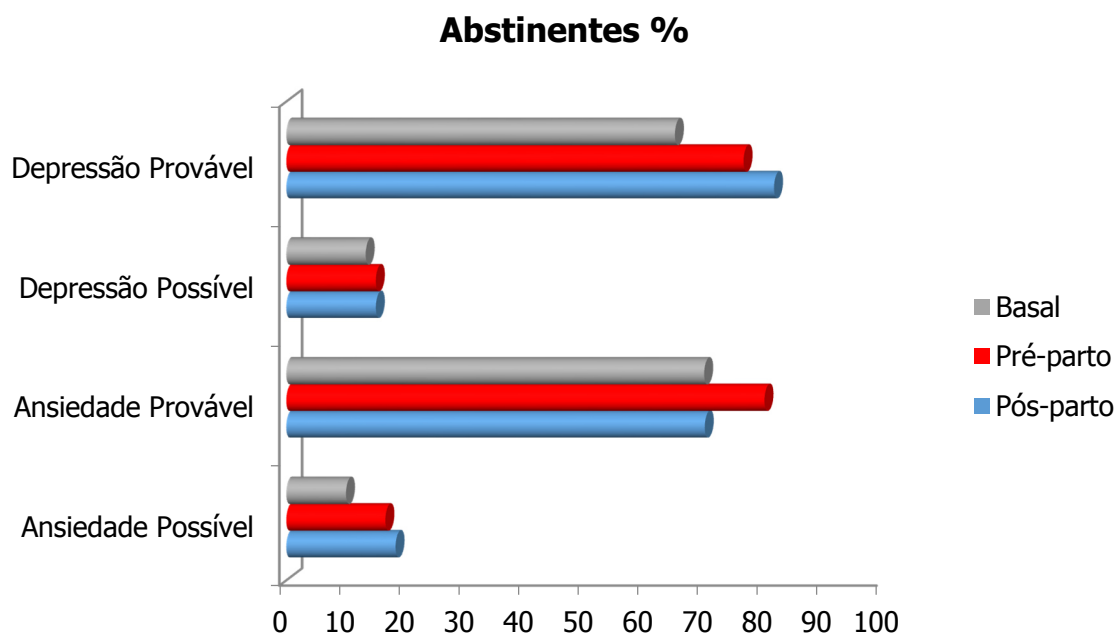
4.3 Grupos de abstinentes e fumantes

A amostra foi agrupada em: abstinentes (n= 60) e fumantes (n= 67), de acordo com o estado tabágico no momento pós-parto. As Figuras 7 e 8 mostram as proporções de gestantes fumantes e abstinentes, nas categorias, possível e provável ansiedade e depressão, nos momentos avaliados. Não houve diferença estatística na comparação dos grupos intervenção e controle.



Valores expressos como proporções. $p < 0,05$ avaliado por χ^2 e Exato de Fisher

Figura 7. Proporções de gestantes fumantes nas categorias, possível e provável para ansiedade e depressão



Valores expressos como proporções. $p < 0,05$ avaliado por χ^2 e Exato de Fisher

Figura 8. Proporções de gestantes abstinentes nas categorias, possível e provável para ansiedade e depressão

Na Tabela 12 está apresentada a evolução dos escores obtidos nas escalas de ansiedade, depressão e estresse durante o processo de tratamento das gestantes abstinentes e fumantes, isto é, do momento basal ao pós-parto. Para as gestantes fumantes, observaram-se aumentos significativos nos escores de depressão entre os momentos basal, pré e pós-parto; ansiedade entre os momentos, basal e pré-parto e estresse entre os momentos basal e pós-parto. Para as abstinentes, os escores de depressão variaram significativamente entre os momentos avaliados.

Tabela 12. Evolução dos escores de ansiedade, depressão e estresse para abstinentes e fumantes

Variáveis	Fumantes (n= 67)		
	Basal	Pré-parto	Pós-parto
Ansiedade	11,4 ± 5,0a	14,1 ± 4,4b	12,9 ± 4,8ab
Depressão	8,9 ± 5,3a	12,7 ± 5,5b	11,7 ± 5,0b
Estresse	24 (20 – 27)a	26 (21 – 31)a	28 (23 – 35)b
Abstinentes (n= 60)			
Ansiedade	13 (10 – 16)	15 (11 – 20)	13 (10 – 17)
Depressão	12,4 ± 5,5a	14,6 ± 4,8b	16,8 ± 4,7c
Estresse	22 (18 - 29)	30 (24 - 34)	27 (21 – 37)

Valores expressos como média ± desvio padrão ou mediana (quartil 1 – quartil 3). a, b, c: letras diferentes indicam diferença estatisticamente significativa. $p < 0,05$ avaliado por ANOVA medidas repetidas e teste de Tukey ou Kruskal-Wallis e teste de Dunn's

A taxa de abstinentes que utilizou o material educativo foi maior entre as gestantes abstinentes (Figura 9), sem diferença entre os grupos.

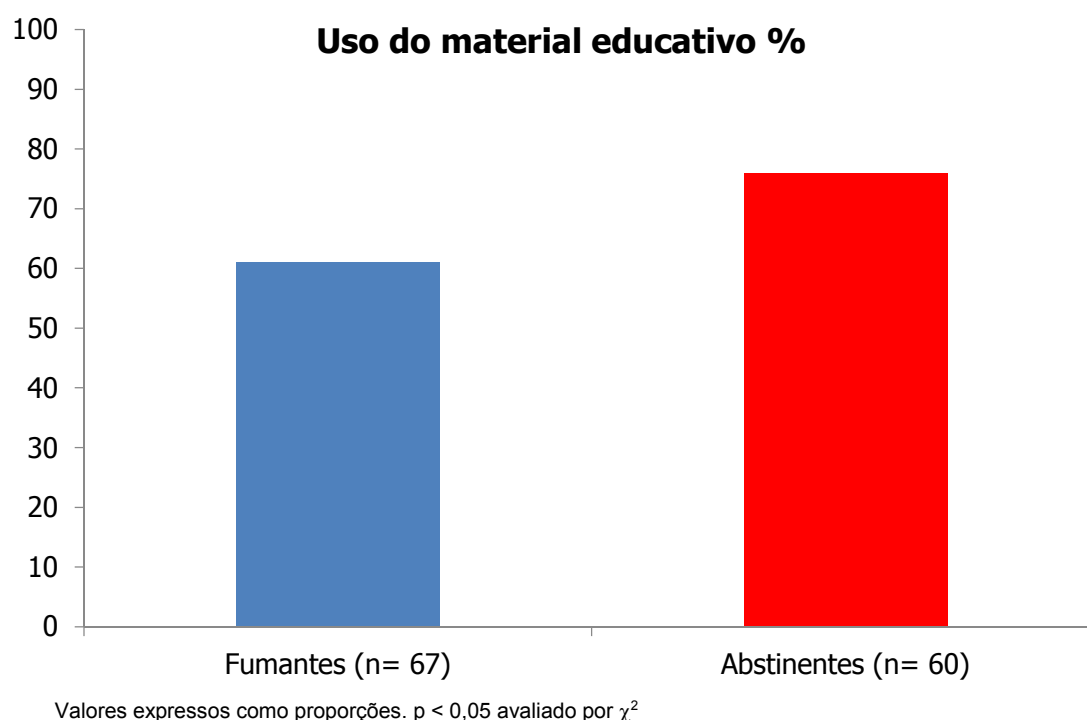
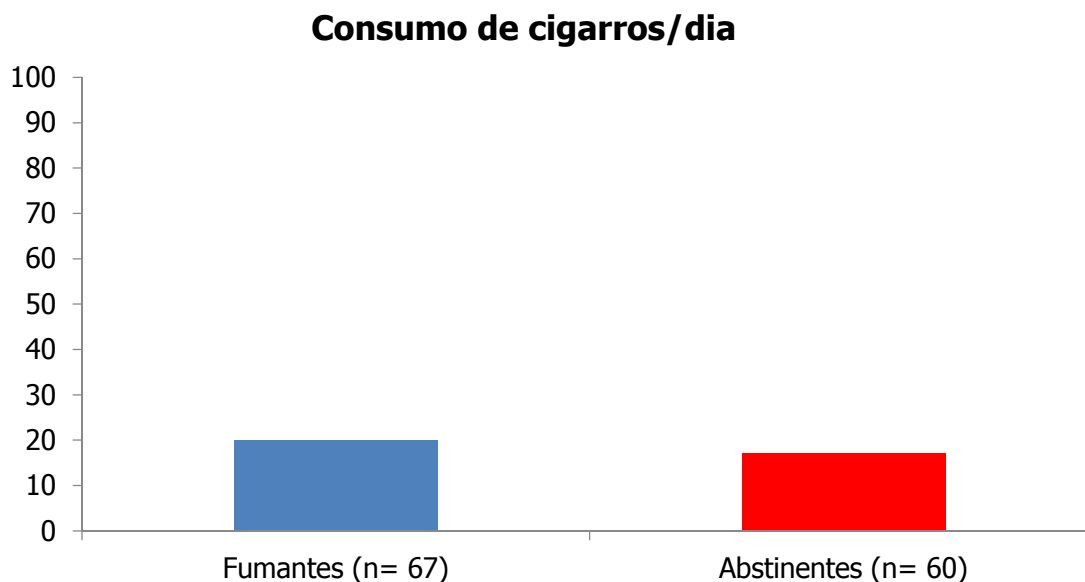


Figura 9. Relato de uso efetivo do material educativo por mulheres abstinentes e fumantes

A Figura 10 compara o consumo de cigarros por dia que entre as gestantes abstinentes e fumantes no momento basal, sem diferença entre os grupos.



Valores expressos como mediana (quartil 1 – quartil 3). $p < 0,05$ avaliado por test t

Figura 10. Consumo de cigarros por dia entre gestantes abstinentes e fumantes no momento basal

A Figura 11 mostra que entre as fumantes o consumo de cigarros por dia e os valores de CO apresentam variação similar no período gestacional até o momento pós-parto com exceção dos momentos 3 e 4, onde o consumo relatado foi de 3 e 5 cigarros por dia e os valores de CO foram 15 e 12 ppm, respectivamente.

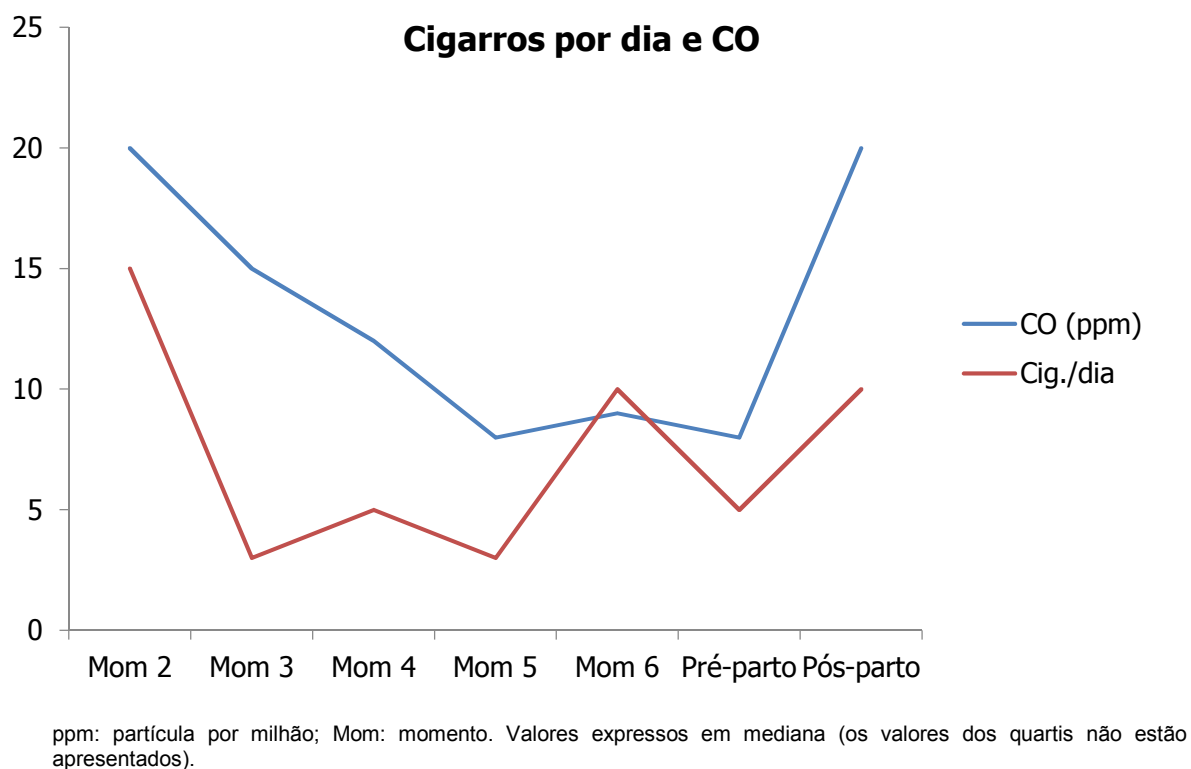


Figura 11. Consumo de cigarros por dia e valor de CO entre as fumantes nos momentos subsequentes ao início no estudo

4.4 Desfechos para a gestação atual

A Tabela 13 mostra que 15,7% do total de gestações evoluíram para aborto, sem diferença entre os grupos. Além disso, 2,3% das gestantes apresentaram placenta prévia, 0,7% descolamento prematuro de placenta e 1,6% gravidez ectópica, sem diferença estatística entre os grupos.

Tabela 13. Desfechos da gestação atual para fumantes e abstinentes

Variáveis	Fumantes (n= 67)	Abstinentes (n= 60)
Aborto na gestação atual n (%)	11 (16,4)	9 (15,0)
Placenta Prévia n (%)	2 (2,9)	1 (1,6)
Descolamento Prematuro Placenta n (%)	1 (1,4)	0 (0,0)
Gravidez Ectópica n (%)	2 (2,9)	0 (0,0)
Parto n (%)		
Normal	27 (48,2)	22 (43,1)
Cesárea	29 (51,8)	29 (56,9)

Valores expressos como proporções. $p < 0,05$ avaliado por χ^2 e Exato de Fisher

4.5 Análise de Regressões

4.5.1 Regressão Logística

Foram analisados os fatores associados com estado tabágico no momento pós-parto.

A Tabela 14 mostra associação significativa negativa entre o estado tabágico fumante com estágio motivacional contemplativo, grau de dependência nicotínica elevado e associação positiva entre o estado tabágico fumante com consumo de 10 ou mais anos/maço e participação em uma sessão de aconselhamento.

Tabela 14. Regressão logística para análise de associações entre o estado tabágico e idade, estágio motivacional, dependência elevada, anos/maço e participação em uma sessão de aconselhamento

Dependente	Variáveis	Odds Ratio (95% IC)	p
Fumante	Idade	1,02 (0,96; 1,08)	0,493
	Contemplativo	0,27 (0,10; 0,72)	0,009
	Dependência elevada	0,06 (0,02; 0,18)	<0,001
	10 ou mais Anos/Maço	5,08 (2,62; 15,25)	<0,001
	Participação em 1 sessão	4,01 (1,42; 11,35)	0,009

IC: intervalo de confiança.

A Tabela 15 mostra associação positiva entre o estado tabágico fumante e viver em situação de fumo passivo na residência e não uso do material educativo.

Tabela 15. Regressão logística para análise de associações entre o estado tabágico, idade, estado civil, estágio motivacional, fumo passivo e material educativo

Dependente	Variáveis	Odds Ratio (IC)	p
Fumante	Idade	1,03 (0,98; 1,09)	0,194
	União estável	0,81 (0,33; 1,96)	0,646
	Contemplativo	0,25 (0,10; 0,59)	0,002
	Fumante passivo	1,55 (0,71; 3,37)	<0,001
	Não uso material educativo	2,91 (1,23; 6,86)	0,014

Material educativo: vídeo e manual impresso. IC: intervalo de confiança.

A Tabela 16 mostra associação negativa entre o estado tabágico fumante e nível provável de depressão avaliado no momento basal.

Tabela 16. Regressão logística para análise de associações entre o estado tabágico, idade, estado civil, estágio motivacional, depressão e ansiedade basal para nível provável

Dependente	Variáveis	Odds Ratio (IC)	p
Fumante	Idade	1,03 (0,98; 1,09)	0,212
	União estável	0,61 (0,24; 1,58)	0,316
	Contemplativo	0,32 (0,13; 0,75)	0,009
	Depressão provável basal	0,26 (0,11; 0,61)	0,002
	Ansiedade provável basal	0,51 (0,22; 1,18)	0,118

IC: intervalo de confiança.

Nos modelos com as classes econômicas D e C2 (OR= 0,69; IC= 95%: 0,30 - 1,56, p= 0,379) e com o escore elevado de estresse (EEP: resposta três - quase sempre; resposta quatro - sempre) (OR= 1,04; IC= 95%: 0,47 - 2,29, p= 0,911), não foram observadas associações com estado tabágico após o parto.

4.5.2 Generalized Estimating Equations - GEE

Na análise de GEE para as medidas repetidas de ansiedade, identificou-se que houve interação entre o estado tabágico e acesso ao material educativo na variação média do escore de ansiedade (Tabela 17). Na comparação de pares, observou-se que as abstinentes, que fizeram uso do material educativo, tinham maior variação em média, para mais, do escore de ansiedade, ao longo do seguimento, em relação às abstinentes, que não utilizaram o material educativo, e em relação às fumantes, que não utilizaram material educativo (Tabela 18).

Tabela 17. Parâmetro de estimativa: ansiedade

Dependente	Variáveis	Coefficiente (95% IC)	p
Ansiedade	Intercepto	12,74 (0,94; 1,07)	<0,001
	Fumante	-1,17 (-2,60; 0,26)	0,109
	Não uso material educativo	0,13 (-1,17; 1,44)	0,841
	Abstinente x		
	Uso material Educativo	2,75 (0,85; 4,65)	0,005

Material educativo: quem fez uso do material. Abstinente x material educativo: interação das variáveis. IC: intervalo de confiança

Tabela 18. Comparação de pares: ansiedade

Dependente	Pares	DM (95% IC)	p Bonferroni
Ansiedade	A – B	2,89 (1,03; 4,74)	<0,001
	A – C	1,71 (0,28; 3,15)	0,010

A: Abstinente e usou o material educativo; B: Abstinente e não usou o material; C: Fumante e não usou o material. IC: intervalo de confiança. DM: diferença entre médias

Na análise de GEE para as medidas repetidas de depressão, identificou-se que houve interação entre o estado tabágico e acesso ao material educativo na variação média do escore de depressão (Tabela 19). Na comparação de pares, observou-se que as abstinentes, que fizeram uso do material educativo, tinham maior variação em média do escore de depressão, para mais, ao longo do seguimento, em relação às fumantes, que utilizaram o material educativo, e em relação às fumantes, que não utilizaram material educativo (Tabela 20).

Tabela 19. Parâmetro de estimativa: depressão

Dependente	Variáveis	Coeficiente (95% IC)	p
Depressão	Intercepto	11,98 (10,72; 13,24)	<0,001
	Fumante	0,22 (-2,25; 2,70)	0,858
	Não uso material educativo	-1,36 (-3,11; 0,38)	0,128
	Abstinente x		
	Uso Material Educativo	4,51 (1,57; 7,45)	0,003

Material educativo: quem fez uso do material. Abstinente x material educativo: interação das variáveis. IC: intervalo de confiança

Tabela 20. Comparação de pares: depressão

Dependente	Pares	DM (95% IC)	p Bonferroni
Depressão	A – B	4,74 (2,62; 6,86)	<0,001
	A – C	3,38 (1,21; 5,55)	<0,001

A: Abstinente e usou o material educativo; B: Fumante e usou o material; C: Fumante e não usou o material. DM: diferença entre médias

Na análise de GEE para as medidas repetidas de estresse, identificou-se que houve interação na utilização do material educativo e o estado tabágico na variação média do escore de estresse (Tabela 21). Na comparação de pares, observou-se que as abstinentes, que fizeram uso do material educativo, tinham maior variação em média do escore de estresse, para mais, ao longo do seguimento, em relação às fumantes, que utilizaram o material educativo. Isoladamente, as gestantes que não utilizaram o material educativo apresentaram maior variação em média do escore de estresse do que àquelas que utilizaram (Tabela 22).

Tabela 21. Parâmetro de estimativa: estresse

Dependente	Variáveis	Coeficiente (95% IC)	p
Estresse	Intercepto	27,85 (26,34; 29,37)	<0,001
	Fumante	-0,90 (-3,00; 1,19)	0,397
	Não uso material educativo	-3,36 (-5,32; -1,40)	0,001
	Abstinente x		
	Uso Material Educativo	3,46 (0,81; 6,12)	0,011

Material educativo: quem fez uso do material. Abstinente x material educativo: interação das variáveis. IC: intervalo de confiança

Tabela 22. Comparação de pares: estresse

Dependente	Pares	DM (95% IC)	p Bonferroni
Estresse	A – B	2,56 (0,36; 4,76)	0,013
	C – D	-1,63 (-2,96; -0,30)	0,016

A: Abstinente e usou o material educativo; B: Fumante e usou o material; C: Usou o material; D: Não usou o material. DM: diferença entre médias

5. DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi avaliar a influência de intervenção breve baseada na terapia cognitivo-comportamental complementada por vídeo e manual, com conteúdo especificamente desenvolvido para gestantes tabagistas, na taxa de cessação do tabagismo durante a gestação e após o parto. Os principais achados deste trabalho foram que a taxa de abstinência foi maior no grupo que participou das sessões de aconselhamento, que a intervenção mesmo menos intensa foi efetiva e que os níveis de ansiedade, depressão e estresse variam durante o período gestacional e no pós-parto de acordo com a abstinência ou não do tabagismo. O uso efetivo do material educativo disponibilizado teve efeito positivo na taxa de cessação do tabagismo e a adesão das gestantes fumantes às sessões de aconselhamento foi alta.

No presente estudo, a taxa de abstinência obtida no grupo intervenção foi maior que àquela do grupo controle (55,8% vs 34%). Esses resultados estão de acordo com estudo que avaliou o efeito de modelo de intervenção breve (grupo experimental), para gestantes tabagistas e comparou com grupo controle, que recebeu apenas os cuidados de rotina. O grupo experimental recebeu uma sessão de doze minutos de aconselhamentos específicos sobre fumar na gestação e livreto com informações pertinentes ao tema; as gestantes foram acompanhadas por dois meses para avaliação do estado tabágico confirmado pelo monóxido de carbono no ar exalado. Este estudo encontrou taxa de abstinência de 33% ($p=0,026$) no grupo experimental e 8,3% no controle.⁽⁷¹⁾ Estudo norte americano comparou a taxa de abstinência entre gestantes tabagistas que participaram de intervenção breve e grupo controle que recebeu cuidados de rotina. O estado tabágico das gestantes foi avaliado no momento que ingressaram no estudo, no pré-parto, um mês, três meses e seis meses após o parto. Nestes momentos, as gestantes do grupo intervenção receberam sessão breve de aconselhamentos e aquelas que não compareceram foram contatadas pelo telefone. A taxa de abstinência, confirmada pela análise da cotinina na saliva, no momento pré-parto foi de 45% para o grupo intervenção e 31% para o controle. Houve importante diminuição no número de participantes (60%) entre os momentos pré e pós-parto (pré-parto: 468 e após o parto: 281). Houve queda na taxa de abstinência nos momentos pós-parto em comparação ao

momento pré-parto, chegando a 15% em ambos os grupos, três e seis meses após o parto.⁽⁷²⁾

Em *Portland*, EUA, estudo avaliou a taxa de abstinência de gestantes tabagistas no final da gestação, seis e doze meses após o parto. As gestantes foram separadas em grupo intervenção, que receberam aconselhamentos breves a partir da primeira visita de pré-natal relacionados aos problemas que o tabagismo pode causar na gestação e sobre as estratégias para cessar o tabagismo. O grupo controle recebeu apenas orientações de rotina relacionadas ao pré-natal. A taxa de abstinência confirmada pelo monóxido de carbono no ar exalado, no final da gestação, foi maior no grupo intervenção (38,8% vs 18,9%; $p= 0,001$) do que no controle. Um ano após o parto, a taxa de abstinência diminuiu em comparação ao final da gestação, sendo que 14,1% do grupo intervenção e 11,3% do controle estavam abstinentes.⁽⁷³⁾ Em *Minneapolis*, EUA, estudo comparou duas formas de intervenção breve baseadas em aconselhamentos e material educativo de autoajuda em gestantes fumantes: 1) aconselhamentos por telefone e 2) aconselhamentos presenciais. A hipótese da primeira intervenção foi testar o efeito de aconselhamentos breves feitos por telefone na taxa de abstinência avaliada apenas após o parto. As gestantes forneceram amostras de saliva para análise da cotinina e confirmação do estado tabágico nas visitas presenciais em momentos determinados. Foram avaliados três grupos: 1) controle: recebeu apenas livreto com material educativo sobre tabagismo; 2) grupo pré-parto: recebeu o livreto e um telefonema durante a gestação e 3) grupo pré-parto/pós-parto: recebeu o livreto e um telefonema durante a gestação e outro após o parto. Oito semanas após o parto, 39% do grupo pré-parto/pós-parto, 35% do grupo pré-parto e 30% do grupo controle estavam abstinentes. Seis meses após o parto, 33% do grupo pré-parto/pós-parto, 24% do grupo pré-parto e 26% do grupo controle continuavam abstinentes. No momento pós-parto, 46% da amostra não participou da avaliação.⁽⁷⁴⁾ A hipótese da segunda intervenção foi avaliar a eficácia de três sessões de aconselhamentos presenciais breves que foram fornecidos em oportunidades distintas: antes do parto, durante a internação para o parto e na primeira visita com o recém-nascido. Nesta hipótese, dois grupos foram formados: 1) controle: recebeu os aconselhamentos por pessoal não treinado em cessação do

tabagismo, isto é, apenas cuidados de rotina e 2) grupo intervenção: recebeu todos os aconselhamentos de equipe treinada especificamente para aplicar a intervenção para cessação do tabagismo. No final da gestação, a taxa de abstinência avaliada e confirmada pela cotinina na saliva foi de 39% no grupo intervenção e 29% no grupo controle. Um ano após o parto, a taxa de abstinência caiu para 18% no grupo intervenção e 15% no controle.⁽⁷⁴⁾

Outro estudo norte americano avaliou os resultados de intervenção, que consistiu em uma sessão presencial de psicoterapia (noventa minutos) durante a gestação e telefonemas mensais até um mês após o parto, na taxa de cessação do tabagismo ao final da gestação e seis meses após o parto, em gestantes que cessaram ou não o tabagismo espontaneamente. As gestantes que cessaram o tabagismo espontaneamente (23%) foram incluídas no estudo como efeito protetivo para que não retomassem o tabagismo após o parto. Todas as gestantes que cessaram o tabagismo espontaneamente ficaram apenas 15,9 dias abstinentes. A taxa de abstinência entre o total de gestantes no final da gestação foi de 76% e seis meses após o parto de 36%.⁽⁷⁵⁾

As taxas de abstinência demonstradas acima para os grupos intervenção (variando entre 26 e 76%) estão de acordo com os resultados do presente trabalho. Nosso estudo, apesar de ter utilizado modelo de intervenção breve, disponibilizou número maior de sessões de aconselhamentos que todos os estudos mencionados acima e contou com importante suporte do material educativo, disponível em dois formatos (eletrônico e impresso), especificamente elaborados para o objetivo do estudo e com vasto conteúdo de informações. Estas diferenças podem explicar, pelo menos em parte, a alta taxa de abstinência encontrada no presente estudo. Além disso, as taxas de cessação encontradas nos estudos acima citados podem ser consideradas elevadas apesar da menor frequência das intervenções e pelo fato de terem utilizado a via telefônica em vários casos. A taxa de cessação do grupo controle no presente estudo (34%) pode ser considerada muito boa e está acima das taxas encontradas na literatura (controle: variando entre 8,3 e 31%). Embora as pacientes não tivessem recebido aconselhamento adicional ao momento basal, tiveram acesso ao material educativo

e em todas as visitas o estado tabágico foi avaliado e confirmado pelo CO, estas intervenções podem ter estimulado a cessação.

A análise de regressão mostrou associação positiva da manutenção do tabagismo no pós-parto com carga tabágica igual ou maior que dez anos/maço, exposição passiva, não uso do material educativo, participação em apenas uma sessão de aconselhamento e associação negativa com estágio contemplativo de motivação. No mesmo sentido, *Sttots* e colaboradores aplicaram o modelo de estágios motivacionais de *Prochaska* e *DiClemente*,⁽⁶⁰⁾ nos momentos pré e pós-tratamento, em gestantes tabagistas, e concluíram que as gestantes que estavam contemplativas no momento basal migraram para o estágio “ação” após o tratamento, isto é, cessaram o tabagismo.⁽⁷⁶⁾ Suzuki e colaboradores, avaliaram os fatores preditores da cessação do tabagismo em gestantes fumantes e mostraram associação negativa entre companheiro fumante e abstinência durante o período gestacional e após o parto.⁽⁷⁷⁾ *Vries* e colaboradores demonstraram que a cada aumento de cinco cigarros fumados por dia a chance das gestantes fumantes estarem abstinentes após intervenção era menor, assim como entre aquelas que viviam com companheiro fumante.⁽⁷⁸⁾ No mesmo sentido, *Ferreira-Borges*, que avaliou gestantes tabagistas após o parto, mostrou que maior proporção de abstinentes após intervenção ocorreu entre aquelas que fumavam menor número de cigarros por dia antes da gestação quando comparadas àquelas que continuaram fumando após o parto; além disso, a proporção de abstinentes foi menor entre as gestantes que viviam com companheiro fumante.⁽⁷¹⁾ *Valanis* e colaboradores também mostraram que no grupo onde se encontrou maior proporção de abstinentes, as gestantes haviam fumado quantidade significativamente inferior de cigarros por dia, até o início do pré-natal, que aquelas que estavam fumando após o parto.⁽⁷³⁾

Lando e colaboradores aplicaram intervenção breve em gestantes tabagistas baseada em aconselhamentos presenciais e por telefone e compararam as proporções de gestantes do grupo intervenção que fizeram uso de material educativo com grupo controle. O grupo intervenção (96%) usou efetivamente mais o material educativo do que as do grupo controle (81%). Neste estudo as taxas de abstinência após o parto foram, respectivamente, 39% e 30% para intervenção e

controle e os autores concluíram, que a alta proporção de gestantes que fez uso efetivo do material educativo, pode ter colaborado com a abstinência.⁽⁷⁴⁾ Em acordo com o presente trabalho, estudo que comparou um grupo experimental de gestantes tabagistas, que receberam aconselhamentos breves, vídeo e manual de autoajuda com conteúdo direcionado à cessação do tabagismo, com grupo controle, que recebeu apenas cuidados de rotina durante o pré-natal, observou associação positiva significativa entre a participação na intervenção e a abstinência após o seguimento.⁽⁷⁸⁾

Assim, viver com companheiro fumante e fumar maior número de cigarros por dia são sinais de alerta para manutenção do tabagismo durante a gestação e reforça a necessidade de intervenção mais intensa e incluir família da gestante no tratamento. O estágio motivacional contemplativo antes da gestação influencia positivamente a cessação e os materiais educativos com conteúdo específico para gestantes tabagistas devem ser utilizados em conjunto com aconselhamentos nas intervenções para este grupo populacional.

De acordo com os escores e critérios da escala HAD, muitas gestantes iniciaram o presente estudo com nível provável de ansiedade (Intervenção: 59%; Controle: 56%) e depressão (Intervenção: 54,7%; Controle: 34%). Encontramos associação negativa entre manter o tabagismo após o parto e depressão provável no momento basal. Além disso, houve interação entre o estado tabágico e acesso ao material educativo na maior variação média do escore de ansiedade, depressão e estresse. Houve aumento maior nos escores de ansiedade, depressão e estresse entre as abstinentes que usaram material educativo que entre as abstinentes e fumantes que não utilizaram material educativo. Estes resultados, aparentemente controversos, indicam que o uso de material educativo nas abstinentes resultou em melhor conhecimento das consequências do tabagismo para a gestação e que as gestantes que cessaram por esta razão podem ter maior carga emocional relacionada à cessação e à gestação. No mesmo raciocínio, *Stotts* e colaboradores, verificaram por meio do inventário de *Beck*, que no grupo controle com maior taxa de abstinentes (18%) houve aumento do escore de depressão entre os momentos pré e pós tratamento; enquanto que, para o grupo intervenção, com 14,3% de abstinentes, houve redução no escore de depressão.⁽⁷⁶⁾

Em acordo com o presente estudo, *Cinciripini* e colaboradores avaliaram os sintomas de depressão por meio da *Center For Epidemiologic Studies Depression Scale* em gestantes fumantes que foram separadas em grupo experimental e controle. O grupo experimental recebeu 8 sessões de aconselhamentos de 15 minutos cada baseadas nas diretrizes de *Fiore* e colaboradores,⁽³⁹⁾ durante o período gestacional, e o grupo controle recebeu aconselhamentos gerais sobre saúde e bem-estar. Os autores mostraram, que para o grupo experimental, as gestantes com maiores níveis de depressão no início da intervenção se beneficiaram mais com o tratamento, apresentando maior probabilidade de abstinência após a intervenção. Os autores atribuíram este resultado ao direcionamento dos aconselhamentos que foram fornecidos especificamente para gestantes fumantes.⁽⁷⁹⁾

A avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em casais fumantes e não fumantes (gestante e seu companheiro) por meio da *Edinburgh Postnatal Depression Scale* e o *State-Trait Anxiety Inventory* no início, fim da gestação e um mês após o parto mostrou que entre as gestantes não fumantes cujos companheiros fumavam na presença delas foram encontrados altos índices na escala de depressão em ambos durante a gestação em comparação às gestantes não fumantes com companheiros também não fumantes. As médias dos escores de depressão entre o início e o fim da gestação tiveram poucas alterações entre as gestantes fumantes, independentemente de o companheiro fumar na presença da gestante ou não. Entretanto, aumento importante foi observado um mês após o parto para as gestantes fumantes com companheiro que fumava ou não na presença dela, as gestantes fumantes com companheiro fumante, gestantes fumantes com companheiro não fumante e as gestantes não fumantes tiveram aumento nos escores de ansiedade entre o início da gestação e um mês após o parto; entretanto, os escores das gestantes não fumantes foram mais baixos que os demais grupos em todos os momentos. Os autores concluíram que, além do tabagismo da gestante, o tabagismo do companheiro também pode influenciar nos sintomas de ansiedade e depressão.⁽⁸⁰⁾ Além disso, *Blalock* e colaboradores avaliaram gestantes fumantes com diagnóstico de depressão ou sintomas prévios de depressão e demonstraram que estas tinham maior dificuldade de informar o

médico sobre o tabagismo que aquelas sem diagnóstico ou sintomas prévios de depressão.⁽⁸¹⁾

A adesão às sessões de aconselhamento foi alta, 81% das gestantes do grupo experimental participaram de 4 ou mais sessões. Estudo anterior avaliou a aderência de mulheres nos seis meses após o parto a um modelo de intervenção motivacional; o tratamento consistiu em duas sessões presenciais de aconselhamentos de 45 minutos, uma no hospital e outra no quarto dia de alta hospitalar após o parto na residência da participante, e duas sessões de aconselhamentos por telefone, quatro e doze semanas após o parto. A taxa de aderência nas quatro sessões foi de 38,1%. Os autores observaram que duas variáveis influenciaram positivamente a aderência à intervenção: amamentação e empatia pelo aconselhador.⁽⁸²⁾ Pbert e colaboradores também avaliaram a adesão de gestantes fumantes, os resultados mostraram que as gestantes do grupo controle tiveram mais interesse em participar de uma sessão durante o pré-natal que o grupo intervenção (91 vs 79%). Para os momentos pós-parto, resultado semelhante foi observado com 81% de gestantes do grupo controle e 73% do grupo intervenção que participaram de uma sessão de aconselhamento. Os autores encontraram associação entre a baixa adesão e a idade menor das gestantes.⁽⁷²⁾ No presente estudo, o interesse das gestantes pelo tratamento pode ser considerado elevado e mesmo aquelas com participação menor, alta taxa de cessação do tabagismo foi encontrada.

No presente estudo, foram avaliados alguns desfechos para os quais são descritos relação com o tabagismo na gestação. Das 127 gestantes avaliadas, 15,7% evoluíram para aborto, 2,3% apresentaram placenta prévia, 0,7% descolamento prematuro de placenta e 1,6% gravidez ectópica. De acordo com revisão sistemática e meta análise, as taxas de aborto variam de 12% a 26% em gestações sem risco aparente; entretanto, o risco relativo quando a gestante é fumante é de 1,27 (IC 95%: 1,18 - 1,37).⁽⁸³⁾ Resultados semelhantes aos do presente trabalho foram demonstrados pelo Centro Nacional de Bioestatística dos EUA, em importante levantamento com gestantes que fumaram durante a gestação, que mostrou taxas de desfecho para a gestação sendo que, 0,8% das gestantes evoluíram para descolamento prematuro de placenta, 0,4% placenta prévia e 1,5%

gravidez ectópica. Valores similares para todas as faixas de idade.⁽¹⁷⁾ Levando em consideração o histórico de aborto importante e as comorbidades concomitantes à gestação atual, a taxa de abortamento encontrada no presente estudo está de acordo com a literatura. Além disso, com relação aos desfechos para a gestação, diferenças significativas entre os grupos poderiam ter sido encontradas se as gestantes tivessem cessado o tabagismo mais precocemente, o que sugere que intervenções desempenhadas em mulheres, principalmente naquelas em idade fértil, devem ser desenvolvidas. A cessação do tabagismo, ainda que durante a gestação, é de suma relevância para minimizar os efeitos negativos do tabagismo para a gestação e para o neonato.

Algumas potenciais limitações do estudo impedem conclusões mais detalhadas sobre os efeitos do tabagismo na gestação. Um grupo controle de não fumantes permitiria comparações de desfechos em gestantes com condições de cuidados pré-natal similares. Além disso, a influência da intervenção na exposição ao fumo passivo não foi avaliada. Apesar disso, os objetivos principais do estudo puderam ser avaliados e as conclusões são apresentadas a seguir.

6. CONCLUSÕES

- ✓ A intervenção breve complementada por material educativo teve efeito positivo na taxa de abstinência tabágica das gestantes.
- ✓ O não uso do material educativo teve associação positiva com estar fumando após o parto.
- ✓ A participação em apenas uma sessão de aconselhamento foi associada a maior chance de continuar fumando após o parto.
- ✓ O estágio contemplativo de motivação influenciou positivamente a abstinência após o tratamento e o grau elevado de dependência nicotínica teve associação negativa com a permanência do tabagismo após o parto.
- ✓ A classe econômica menos favorecida das gestantes não influenciou o estado tabágico após a intervenção.
- ✓ As gestantes abstinentes e que utilizaram o material educativo tiveram aumento dos sintomas sugestivos de ansiedade, depressão e estresse, ao longo do tratamento.
- ✓ As gestantes com presença de sintomas de depressão no momento basal apresentaram menos chance de estar fumando após o parto.

7. REFERÊNCIAS

1. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2009(3):CD001055.
2. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CM, Godoy I, Chatkin JM, Sales MP, et al. Smoking cessation guidelines--2008. J Bras Pneumol. 2008;34(10):845-80.
3. Tisiologia SBPT. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar - Tabagismo. Rev Assoc Med Bras. 2011:18.
4. Park ER, Chang Y, Quinn V, Regan S, Cohen L, Viguera A, et al. The association of depressive, anxiety, and stress symptoms and postpartum relapse to smoking: a longitudinal study. Nicotine Tob Res. 2009;11(6):707-14.
5. Einarson A, Riordan S. Smoking in pregnancy and lactation: a review of risks and cessation strategies. Eur J Clin Pharmacol. 2009;65(4):325-30.
6. Saúde. Ms. VIGITEL. INCA. 2015. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/prevalencia-de-tabagismo.
7. Smith PH, Weinberger AH, Zhang J, Emme E, Mazure CM, McKee SA. Sex Differences in Smoking Cessation Pharmacotherapy Comparative Efficacy: A Network Meta-analysis. Nicotine Tob Res. 2016.
8. WHO. Tobacco Free Initiative: WHO; 2010 [Available from: <http://www.who.int/freeinitiative>].
9. Viegas CA. Noncigarette forms of tobacco use. J Bras Pneumol. 2008;34(12):1069-73.
10. Knishkowsky B, Amitai Y. Water-pipe (narghile) smoking: an emerging health risk behavior. Pediatrics. 2005;116(1):e113-9.
11. Grinberg A, Goodwin RD. Prevalence and correlates of hookah use: a nationally representative sample of US adults ages 18-40 years old. Am J Drug Alcohol Abuse. 2016:1-10.

12. WHO. Global Health Observatory Data. Prevalence of Tobacco Smoking. WHO. 2015 Available from: <http://www.who.int/gho/tobacco/use/en/>.
13. Saúde Ms. IBGE. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. INCA. 2013 Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/prevalencia-de-tabagismo.
14. Waked M, Salameh P, Aoun Z. Water-pipe (narguile) smokers in Lebanon: a pilot study. *East Mediterr Health J*. 2009;15(2):432-42.
15. Bertani AL, Garcia T, Tanni SE, Godoy I. Preventing smoking during pregnancy: the importance of maternal knowledge of the health hazards and of the treatment options available. *J Bras Pneumol*. 2015;41(2):175-81.
16. Bertani A, Garcia T, Tanni S, Godoy I. Tobacco in Adolescence: Importance to Knowledge the Health Hazards and Preventive Measures. *J Addict Res Ther*. 2015;6(1):4.
17. Centers For Disease Control and Prevention NCFCDPaHP. CDC Wonder: Natality Information - Live Births.: CDC; 2016 [Available from: <https://wonder.cdc.gov/natality-current.html>].
18. Curtin SC, Matthews TJ. Smoking Prevalence and Cessation Before and During Pregnancy: Data From the Birth Certificate, 2014. *Natl Vital Stat Rep*. 2016;65(1):1-14.
19. Bérard A, Zhao JP, Sheehy O. Success of smoking cessation interventions during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(5):611.e1-e8.
20. Horta BL, Victora CG, Barros FC, dos Santos IaS, Menezes AM. [Tobacco smoking among pregnant women in an urban area in southern Brazil, 1982-93]. *Rev Saude Publica*. 1997;31(3):247-53.
21. Del Ciampo LA, Ricco RG, Ferraz IS, Daneluzzi JC, Martinelli Jr CE. Prevalência de tabagismo e consumo de bebida alcoólica em mães de lactentes menores de seis meses de idade. *Rev Paul Pediatr*. 2009;27(4):5.

22. Zhang L, González-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Beskow B, Larentis N, et al. Maternal smoking during pregnancy and anthropometric measurements of newborns: a population-based study in southern of Brazil. *Cad Saude Publica*. 2011;27(9):1768-76.
23. Lopes N, Tsunechiro M, Pina-Oliveira A, Chiesa A. Smoking among pregnant women attending philanthropic maternity in Sao Paulo (Brazil). *O Mundo da Saúde, São Paulo*. 2015;39(1):10.
24. Kroeff LR, Mengue SS, Schmidt MI, Duncan BB, Favaretto AL, Nucci LB. [Correlates of smoking in pregnant women in six Brazilian cities]. *Rev Saude Publica*. 2004;38(2):261-7.
25. Motta GEC, Echer IC, Lucena AeF. Factors associated with smoking in pregnancy. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(4):809-15.
26. Lu Y, Tong S, Oldenburg B. Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy. *Health Promot Int*. 2001;16(4):355-65.
27. Rore C, Brace V, Danielian P, Williams D. Smoking cessation in pregnancy. *Expert Opin Drug Saf*. 2008;7(6):727-37.
28. Aldrighi JM, Alecrin IN, de Oliveira PR, Shinomata HO. [Smoking and earlier menopause]. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2005;51(1):51-3.
29. Ribot B, Isern R, Hernández-Martínez C, Canals J, Aranda N, Arija V. [Tobacco habit, second-hand smoking and smoking cessation during pregnancy. Effects on newborn's health.]. *Med Clin (Barc)*. 2013.
30. Del Ciampo L, Ricco R, Almeida C. Aleitamento materno: passagens e transferências mãe-filho. São Paulo: Atheneu; 2004.
31. Levy D, Mohlman MK, Zhang Y. Estimating the Potential Impact of Tobacco Control Policies on Adverse Maternal and Child Health Outcomes in the United States Using the SimSmoke Tobacco Control Policy Simulation Model. *Nicotine Tob Res*. 2016;18(5):1240-9.

32. Razov T, Fiss E, Catherino P, Perestrelo MI, Nomura M. Hábito de fumar das gestantes e parturientes de um hospital universitário e seus conhecimentos sobre os efeitos do fumo em fetos e lactentes. *Arq Med ABC*. 2004;29(1):9.
33. Possato M, Parada CM, Tonete VL. [Representation of pregnant smokers on cigarette use: a study carried out at a hospital in the interior of the state of São Paulo]. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(3):434-40.
34. Fontanella BJB, Secco KND. Gestação e tabagismo: representações e experiências de pacientes de unidades de saúde da família. *J Bras Psiquiatr*. 2012;61(3):8.
35. Machado J, LOPES M. Approach of smoking in pregnancy. *Scientia Medica*. 2009;19(2):6.
36. Tong VT, Farr SL, Bombard J, D'Angelo D, Ko JY, England LJ. Smoking Before and During Pregnancy Among Women Reporting Depression or Anxiety. *Obstet Gynecol*. 2016;128(3):562-70.
37. Míguez MC, Pereira B, Figueiredo B. Tobacco consumption and spontaneous quitting at the first trimester of pregnancy. *Addict Behav*. 2016;64:111-7.
38. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(1):CD006936.
39. Fiore MC, Baker TB. Clinical practice. Treating smokers in the health care setting. *N Engl J Med*. 2011;365(13):1222-31.
40. Melvin CL, Dolan-Mullen P, Windsor RA, Whiteside HP, Goldenberg RL. Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. *Tob Control*. 2000;9 Suppl 3:III80-4.
41. Laml T, Hartmann BW, Kirchengast S, Preyer O, Albrecht AE, Husslein PW. Impact of maternal anthropometry and smoking on neonatal birth weight. *Gynecol Obstet Invest*. 2000;50(4):231-6.
42. Cahill K, Hartmann-Boyce J, Perera R. Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(5):CD004307.

43. Althabe F, Alemán A, Berrueta M, Morello P, Gibbons L, Colomar M, et al. A Multifaceted Strategy to Implement Brief Smoking Cessation Counseling During Antenatal Care in Argentina and Uruguay: A Cluster Randomized Trial. *Nicotine Tob Res.* 2016;18(5):1083-92.
44. Windle SB, Filion KB, Mancini JG, Adye-White L, Joseph L, Gore GC, et al. Combination Therapies for Smoking Cessation: A Hierarchical Bayesian Meta-Analysis. *Am J Prev Med.* 2016.
45. White TJ, Redner R, Skelly JM, Higgins ST. Examining educational attainment, prepregnancy smoking rate, and delay discounting as predictors of spontaneous quitting among pregnant smokers. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2014;22(5):384-91.
46. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008(1):CD000146.
47. Reid RD, Mullen KA, Slovinec D'Angelo ME, Aitken DA, Papadakis S, Haley PM, et al. Smoking cessation for hospitalized smokers: an evaluation of the "Ottawa Model". *Nicotine Tob Res.* 2010;12(1):11-8.
48. Coleman-Cowger VH, Anderson BL, Mahoney J, Schulkin J. Smoking Cessation During Pregnancy and Postpartum: Practice Patterns Among Obstetrician-Gynecologists. *J Addict Med.* 2013.
49. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. *Thorax.* 2000;55(12):987-99.
50. Lebrun-Harris LA, Fiore MC, Tomoyasu N, Ngo-Metzger Q. Cigarette Smoking, Desire to Quit, and Tobacco-Related Counseling Among Patients at Adult Health Centers. *Am J Public Health.* 2015;105(1):180-8.
51. Eerd EA, Meer RM, Schayck OC, Kotz D. Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016(8):CD010744.

52. Boyd KA, Briggs AH, Bauld L, Sinclair L, Tappin D. Are financial incentives cost-effective to support smoking cessation during pregnancy? *Addiction*. 2016;111(2):360-70.
53. Tappin D, Bauld L, Purves D, Boyd K, Sinclair L, MacAskill S, et al. Financial incentives for smoking cessation in pregnancy: randomised controlled trial. *BMJ*. 2015;350:h134.
54. Morgan H, Hoddinott P, Thomson G, Crossland N, Farrar S, Yi D, et al. Benefits of Incentives for Breastfeeding and Smoking cessation in pregnancy (BIBS): a mixed-methods study to inform trial design. *Health Technol Assess*. 2015;19(30):1-522, vii-viii.
55. Higgins ST, Washio Y, Lopez AA, Heil SH, Solomon LJ, Lynch ME, et al. Examining two different schedules of financial incentives for smoking cessation among pregnant women. *Prev Med*. 2014;68:51-7.
56. Panday S, Reddy SP, Bergström E. A qualitative study on the determinants of smoking behaviour among adolescents in South Africa. *Scand J Public Health*. 2003;31(3):204-10.
57. Caram LM, Ferrari R, Tanni SE, Coelho LS, Godoy I, Martin RoS. Characteristics of smokers enrolled in a public smoking cessation program. *J Bras Pneumol*. 2009;35(10):980-5.
58. Pesquisa ABEP. Levantamento Socioeconomico (IBOPE) São Paulo: ABEP; 2012 Available from: <http://www.abep.org>.
59. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86(9):1119-27.
60. DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav*. 1982;7(2):133-42.

61. Marcolino JA, Mathias LA, Piccinini Filho L, Guaratini AA, Suzuki FM, Alli LA. Hospital Anxiety and Depression Scale: a study on the validation of the criteria and reliability on preoperative patients. *Rev Bras Anesthesiol*. 2007;57(1):52-62.
62. Reis RS, Hino AA, Añez CR. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. *J Health Psychol*. 2010;15(1):107-14.
63. Araujo RB, Oliveira MaS, Mansur MA. [Brazilian validation of the Questionnaire of Smoking Urges]. *Cad Saude Publica*. 2006;22(10):2157-67.
64. Shah T, Sullivan K, Carter J. Sudden infant death syndrome and reported maternal smoking during pregnancy. *Am J Public Health*. 2006;96(10):1757-9.
65. Katrivanou A, Lekka NP, Beratis S. Psychopathology and behavioural trends of children with accidental poisoning. *J Psychosom Res*. 2004;57(1):95-101.
66. Toschke AM, Koletzko B, Slikker W, Hermann M, von Kries R. Childhood obesity is associated with maternal smoking in pregnancy. *Eur J Pediatr*. 2002;161(8):445-8.
67. Zlotkowska R, Zejda JE. Fetal and postnatal exposure to tobacco smoke and respiratory health in children. *Eur J Epidemiol*. 2005;20(8):719-27.
68. Gomez C, Berlin I, Marquis P, Delcroix M. Expired air carbon monoxide concentration in mothers and their spouses above 5 ppm is associated with decreased fetal growth. *Prev Med*. 2005;40(1):10-5.
69. Middleton ET, Morice AH. Breath carbon monoxide as an indication of smoking habit. *Chest*. 2000;117(3):758-63.
70. Riaz M, Lewis S, Coleman T, Aveyard P, West R, Naughton F, et al. Which measures of cigarette dependence are predictors of smoking cessation during pregnancy? Analysis of data from a randomized controlled trial. *Addiction*. 2016;111(9):1656-65.

71. Ferreira-Borges C. Effectiveness of a brief counseling and behavioral intervention for smoking cessation in pregnant women. *Prev Med.* 2005;41(1):295-302.
72. Pbert L, Ockene JK, Zapka J, Ma Y, Goins KV, Oncken C, et al. A community health center smoking-cessation intervention for pregnant and postpartum women. *Am J Prev Med.* 2004;26(5):377-85.
73. Valanis B, Lichtenstein E, Mullooly JP, Labuhn K, Brody K, Severson HH, et al. Maternal smoking cessation and relapse prevention during health care visits. *Am J Prev Med.* 2001;20(1):1-8.
74. Lando HA, Valanis BG, Lichtenstein E, Curry SJ, McBride CM, Pirie PL, et al. Promoting smoking abstinence in pregnant and postpartum patients: a comparison of 2 approaches. *Am J Manag Care.* 2001;7(7):685-93.
75. Morasco BJ, Dornelas EA, Fischer EH, Oncken C, Lando HA. Spontaneous smoking cessation during pregnancy among ethnic minority women: a preliminary investigation. *Addict Behav.* 2006;31(2):203-10.
76. Stotts AL, DeLaune KA, Schmitz JM, Grabowski J. Impact of a motivational intervention on mechanisms of change in low-income pregnant smokers. *Addict Behav.* 2004; 29(8):1649-57.
77. Suzuki J, Kikuma H, Kawaminami M, Shima M. Predictors of smoking cessation during pregnancy among the women of Yamato and Ayase municipalities in Japan. *Public Health.* 2005; 119, 679-685.
78. Vries H, Bakker M, Mullen PD, Breukelen G. The effects of smoking cessation counseling by midwives on Dutch pregnant women and their partners. *Patient Education and Counseling.* 2006; 63: 177-187.
79. Cinciripini PM, Blalock JA, Minnix JA, Robinson JD, Brown VL, Lam C, et al. Effects of an intensive depression-focused intervention for smoking cessation in pregnancy. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(1):44-54.

80. Alibekova R, Huang JP, Lee TS, Au HK, Chen YH. Effects of smoking on perinatal depression and anxiety in mothers and fathers: A prospective cohort study. *J Affect Disord.* 2016; 193: 18-26.
81. Blalock JA, Fouladi RT, Wetter DW, Cinciripini PM. Depression in pregnant women seeking smoking cessation treatment. *Addict Behav.* 2005; 30(6): 1195-208.
82. Thyrian JR, Freyer-Adam J, Hannöver W, Röske K, Mentzel F, Kufeld C, et al. Population-based smoking cessation in women post partum: adherence to motivational interviewing in relation to client characteristics and behavioural outcomes. *Midwifery.* 2010;26(2): 202-10.
83. Pineles BL, Park E, Samet JM. Systematic review and meta-analysis of miscarriage and maternal exposure to tobacco smoke during pregnancy. *Am J Epidemiol.* 2014; 179(7): 807-23.

8. ANEXOS

Anexo 1

Vídeo:

“Consequências do Tabagismo para a Gestação”

<https://www.youtube.com/watch?v=xpbrIJNOUg0>

TABAGISMO E GESTAÇÃO

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA



AS MULHERES FUMANTES **CORREM RISCO MAIOR**
DE ADQUIRIR ALGUMAS DOENÇAS
RELACIONADAS AO TABAGISMO COMO **CÂNCER,**
INFARTO DO CORAÇÃO E EFISEMA.



PARAR DE FUMAR **REDUZ OS RISCOS DE DOENÇAS**
E VOCÊ GANHA EM **QUALIDADE DE VIDA.**



TABAGISMO E GESTAÇÃO

2

A PELE DO FUMANTE FICA **PÁLIDA E ENRUGADA**,
AS **GENGIVAS ENFRAQUECEM** E OS **DENTES**
MANCHAM. AS MULHERES QUE FUMAM ENTRAM
NA MENOPAUSA ANTES DO TEMPO.



FUMAR NÃO COMBINA COM VOCÊ!
A FUMAÇA TE DEIXA COM **MAU CHEIRO** E
INCOMODA OUTRAS PESSOAS.

3

TABAGISMO E GESTAÇÃO



QUANDO ALGUÉM CONVIVE COM FUMANTES E RESPIRA A FUMAÇA DO CIGARRO É CHAMADO DE **FUMANTE PASSIVO**.



ESSAS PESSOAS ESTÃO SUJEITAS AOS **MESMOS RISCOS DE DOENÇAS** QUE O FUMANTE ATIVO.



QUANDO A MULHER ENGRAVIDA, O FETO
RECEBE TUDO AQUILO QUE A MÃE
COME, BEBE E RESPIRA.



TUDO AQUILO QUE VOCÊ FIZER TERÁ **REFLEXO** NO
DESENVOLVIMENTO DO SEU FILHO(A) ENQUANTO
ELE ESTIVER NA SUA BARRIGA APÓS O PARTO.

5 TABAGISMO E GESTAÇÃO



SE VOCÊ FUMAR, SEU FILHO(A) RECEBERÁ TODOS
OS **COMPONENTES TÓXICOS DO TABACO.**



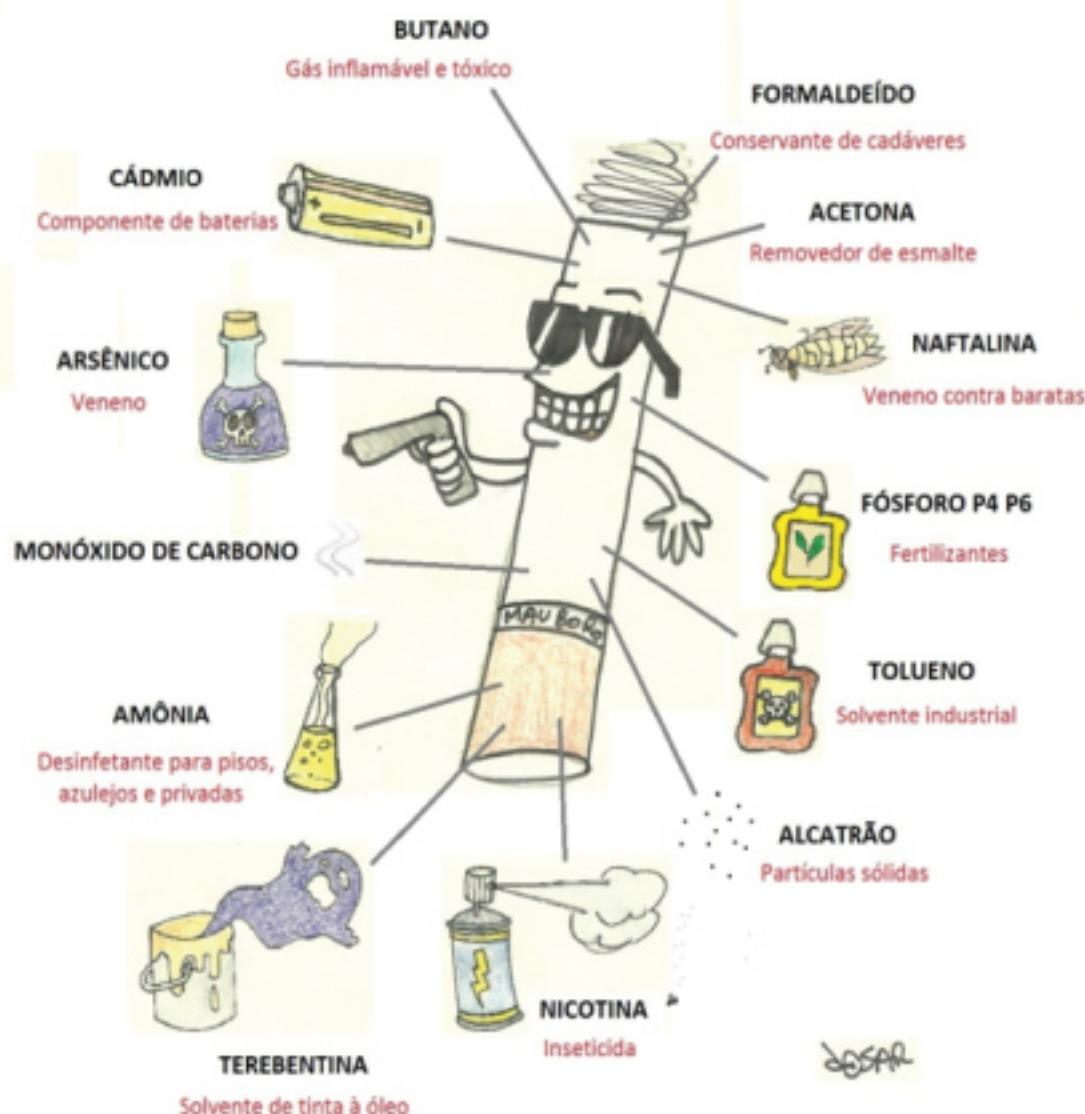
E NÃO SÃO POUCOS!



TABAGISMO E GESTAÇÃO

6

AO FUMAR VOCÊ E SEU FILHO(A) SOFREM OS EFEITOS
DE QUASE **5 MIL SUBSTÂNCIAS NOCIVAS À SAÚDE.**
VEJA ALGUMAS DELAS:

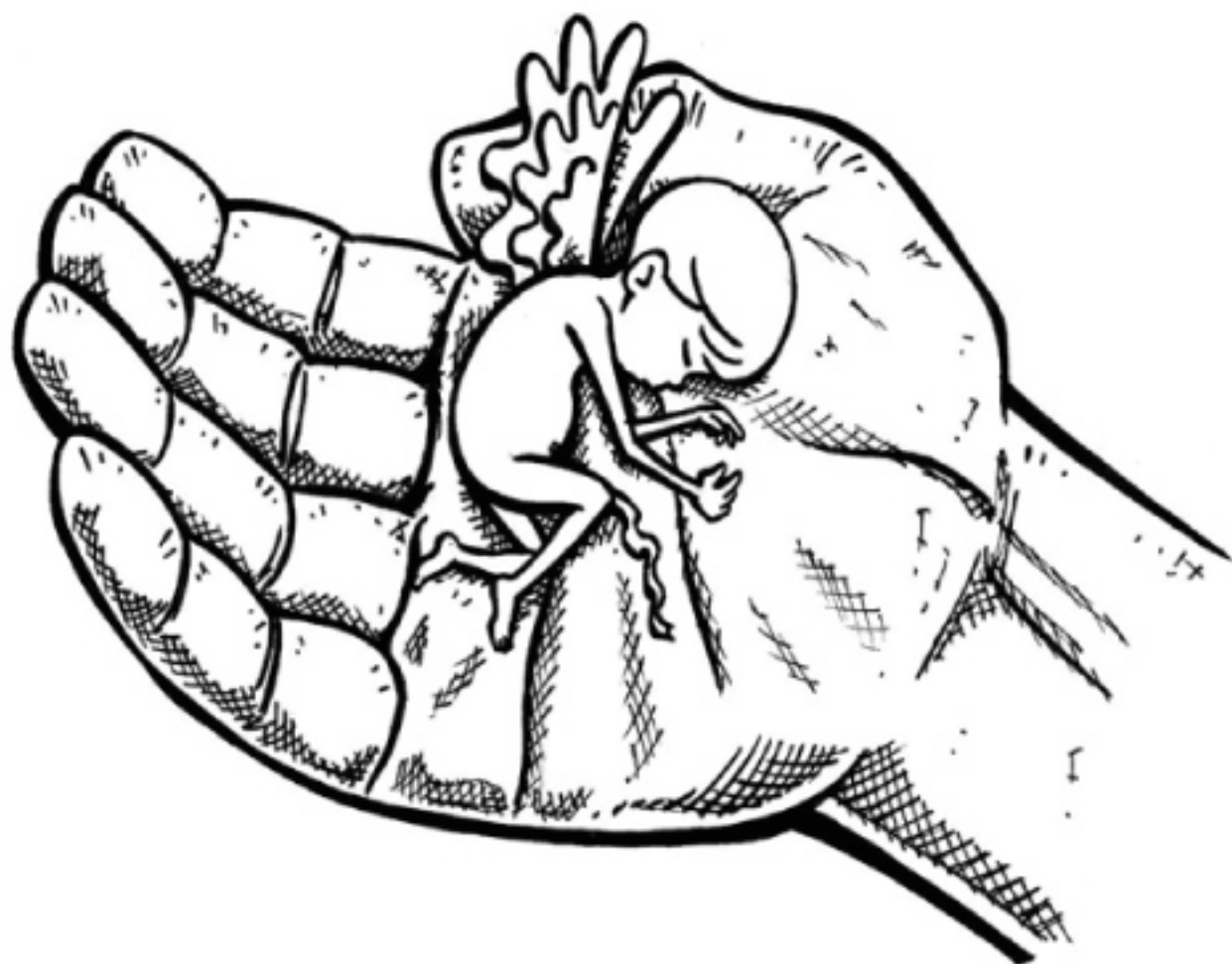


7

TABAGISMO E GESTAÇÃO



FUMAR NA GESTAÇÃO PODE **CAUSAR ABORTO!**
SEU FILHO(A) PODE **NAScer PREMATURO,**
COM BAIXO PESO E MAL FORMADO.



BEBÊS DE MÃES QUE **FUMARAM NA**
GESTAÇÃO CORREM RISCO DE **30% MAIOR**
DE MORRER NO PARTO.



TABAGISMO E GESTAÇÃO

8

DURANTE A AMAMENTAÇÃO, SEU FILHO(A)
RECEBE OS NUTRIENTES FUNDAMENTAIS
PARA SEU **BOM DESENVOLVIMENTO**.

Leite Materno



Beba Sem Moderação

ENTRETANTO, QUANDO A MÃE QUE AMAMENTA
É FUMANTE, SEU FILHO(A) TAMBÉM **SOFRE OS
EFEITOS DA QUÍMICA DO CIGARRO**



FILHOS(AS) DE MÃES QUE FUMARAM NA GESTAÇÃO,
AMAMENTAÇÃO E QUE CONVIVEM COM PAIS
FUMANTES TÊM MAIOR RISCO DE ADQUIRIR
PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS.



ESTAS CRIANÇAS TAMBÉM PODEM SOFRER
DIFICULDADE DE APRENDIZADO NA ESCOLA.



APROVEITE ESTE MOMENTO E **PARE DE FUMAR!**
A RESPIRAÇÃO, CIRCULAÇÃO E A CAPACIDADE DE
EXERCÍCIO MELHORAM. VOCÊ IRÁ **PERCEBER**
MELHOR O CHEIRO E O SABOR DOS
ALIMENTOS E SE ALIMENTAR MELHOR.



IMEDIATAMENTE VOCÊ DEIXA DE EXPOR SEU
BEBÊ ÀS **SUBSTÂNCIAS PERIGOSAS DO CIGARRO.**



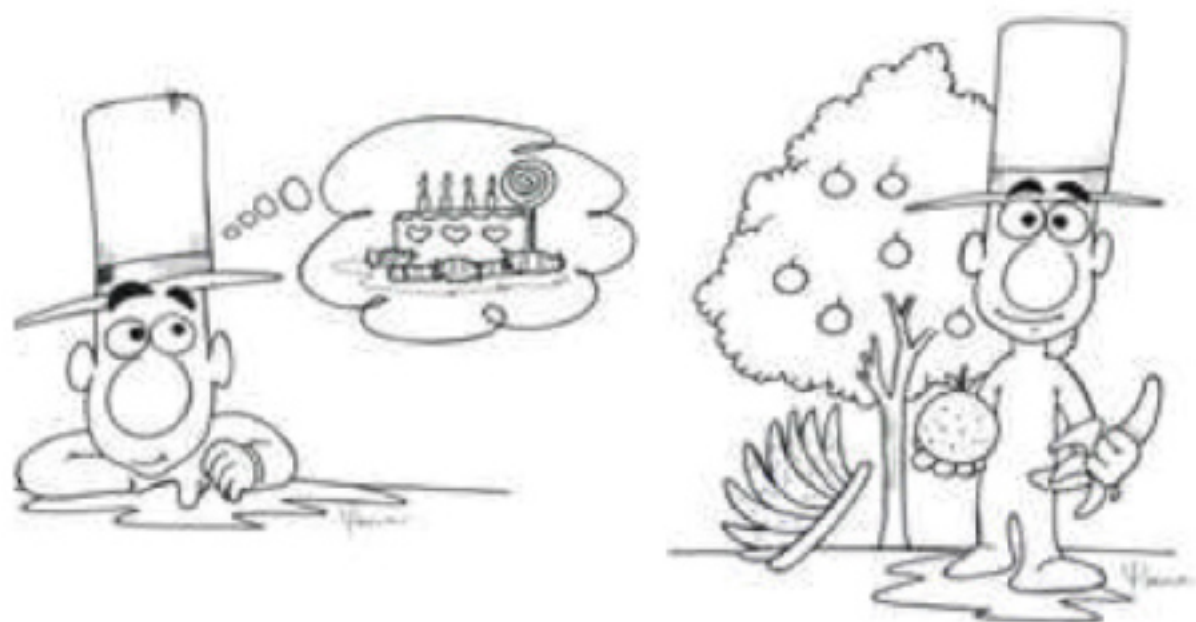
É POSSÍVEL PARAR DE FUMAR!!!
ALGUMAS REAÇÕES PODEM APARECER COMO:
INSÔNIA, IRRITAÇÃO E AUMENTO DE APETITE.



NÃO SE ASSUSTE!
ESSAS REAÇÕES DESAPARECEM EM ALGUMAS
SEMANAS. **É IMPORTANTE TER PACIÊNCIA.**



SE DER VONTADE DE COMER DOCE, PROCURE FRUTAS E LEGUMES PARA NÃO AUMENTAR DEMAIS SEU PESO, **BEBA BASTANTE ÁGUA!**



ALGUNS ALIMENTOS **PODEM TE AJUDAR** QUANDO A VONTADE DE FUMAR VIER: FRUTAS CÍTRICAS COMO LARANJA, LIMÃO E ABACAXI, CENOURA PICADA EM PALITOS E COLOCAR UM CRAVO NA BOCA.



FAÇA ATIVIDADE FÍSICA,
COMO CAMINHAR 30 MINUTOS POR DIA.



MUDE SEUS HORÁRIOS!

CORTE O CAFÉ NOS MOMENTOS DE MAIOR VONTADE DE FUMAR. INCLUA ATIVIDADES NOVAS À SUA ROTINA.



TABAGISMO E GESTAÇÃO

14

PENSE NOS BENEFÍCIOS QUE VOCÊ
E SEU FILHO(A) TERÃO EM PARAR DE FUMAR.



LEIA ESTE MANUAL SEMPRE QUE NECESSÁRIO!

15

TABAGISMO E GESTAÇÃO



RESPIRE FUNDO QUANDO TIVER VONTADE
DE FUMAR. **ELA NÃO É CONSTANTE!**



QUANTO MAIS DECIDIDA A NÃO FUMAR VOCÊ
ESTIVER, **MENOS VONTADE DE FUMAR VOCÊ TERÁ.**



NÓS PODEMOS AJUDAR!
SE VOCÊ É GESTANTE E FUMA, EXISTE UM
TRATAMENTO ESPECÍFICO PARA VOCÊ.



PROCURE A UNIDADE DE SAÚDE MAIS PRÓXIMA
E DEIXE SEU NOME E TELEFONE QUE
NÓS ENTRAREMOS EM CONTATO.





ILUSTRAÇÃO:

FÁBIO AKIO YAMAGUTI

CESAR MANCILHA C. PEDIGONE

ELABORAÇÃO

ANDRÉ LUÍS BERTANI

SUZANA ERICO TANNI MINAMOTO

IRMA DE GODOY

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO

DADOS PRÉ INTERVENÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

-Nome: _____

-Idade: _____

-RG(hospital): _____

-Endereço: _____

-Cidade: _____

-Estado: _____

-Telefones: _____

-Est.Civil: () vive com companheiro () não vive com companheiro

-Escolaridade: () Nenhuma () Fundamental () Médio () Superior

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL (ABEP, 2012)

Posse de Itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada Mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer	0	2	2	2	2
(aparelho independente ou parte de geladeira duplex)					

Grau de Instrução do Chefe de Família

Analfabeto/Fundamental 1 Incompleto	0
Fundamental 1 Completo/Fundamental 2 Incompleto	1
Fundamental 2 Completo/Médio Incompleto	2
Médio Completo/Superior Incompleto	4
Superior Completo	8

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
A1	42 – 46
A2	35 – 41
B1	29 – 34
B2	23 – 28
C1	18 – 22
C2	14 – 17
D	8 – 13
E	0 – 7

DADOS GESTACIONAIS

-Semana gestacional: _____

-Gestações anteriores: () Sim, quantas: _____ () Não

-Fumou nas gestações anteriores: () Sim () Não

-Algum aborto: () Sim, quantos _____ () Não

-Motivo do aborto relacionado ao tabagismo: () Sim () Não

-Contraceptivo oral: () Sim () Não

-Consome bebida alcoólica atualmente: () Sim () Não

DOENÇAS ASSOCIADAS

-Pulmonares: () Sim, _____ () Não

-Cardiovasculares: () Sim, _____ () Não

-Câncer: () Sim, _____ () Não

-Outras: () Sim, _____ () Não

ANTECEDENTES FAMILIARES DE DOENÇAS

-Pulmonares: () Sim, _____ () Não

-Cardiovasculares: () Sim, _____ () Não

-Câncer: () Sim, _____ () Não

-Outras: () Sim, _____ () Não

HISTÓRIA TABÁGICA

-Idade de início: _____

-Tipo de fumante: () Diário () Fim de semana () Ocasional

-Consumo de cigarros/dia: _____

-Anos/maço: _____

-Consumo regular de outras formas de tabaco: () Cigarro com sabor; () Narguilé; ()
Palha; () Cachimbo/Charuto; () Outros: _____ () Nenhum

-Tentativas Prévias de Cessação: () Sim () Não

-Conhece algum recurso para cessação: () Nenhum () Medicamentos () TCC

-Fumantes em casa: () Sim () Não

-Fuma dentro de casa: () Sim () Não

-CO: _____ ppm

ESTÁGIO MOTIVACIONAL (Prochaska e DiClemente, 1982)

-() **Pré-contemplação:** fumando, não motivado a parar nos próximos 6 meses

-() **Contemplação:** motivado a parar nos próximos 6 meses, porém sem data
estipulada

-() **Preparação:** motivado a parar nos próximos 30 dias

-() **Ação:** parou de fumar a 6 meses ou menos

-() **Manutenção:** parou de fumar a mais de 6 meses

GRAU DE DEPENDÊNCIA (Fagerström, 1991)

-**Tempo do primeiro cigarro:** (3) 5min. (2) 6 a 30min. (1) 31 a 60min. (0) Após 60min.

-**É difícil não fumar em locais proibidos:** (1) Sim (0) Não

-**O cigarro do dia com mais satisfação:** (1) Primeiro da manhã (0) Outros

-**Cigarros/dia:**

(0) Menos de 10

(1) 11 a 20

(2) 21 a 30

(3) Mais de 31

-**Fuma mais pela manhã:** (1) Sim (0) Não

-**Fuma mesmo doente:** (1) Sim (0) Não

PONTUAÇÃO: _____ GRADUAÇÃO: até 4: Leve; 5: Moderada; 6 - 10: Elevada

ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (Zigmond e Snaith, 1983)

-**Me sinto tenso ou contraído:**

(3) A maior parte do tempo

(2) Boa parte do tempo

(1) De vez em quando

(0) Nunca

	V1	V7	V8
3			
2			
1			
0			

-Sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

(0) Sim, do mesmo jeito

(1) Não tanto

(2) Só um pouco

(3) Não sinto mais prazer em nada

	V1	V7	V8
0			
1			
2			
3			

-Sinto uma espécie de medo, como se algo ruim fosse acontecer:

(3) Sim, muito forte

(2) Sim, não tão forte

(1) Pouco, mas não me preocupa

(0) Não sinto isso

	V1	V7	V8
3			
2			
1			
0			

-Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

(0) Do mesmo jeito que antes

(1) Pouco menos

(2) Bem menos

(3) Não consigo mais

	V1	V7	V8
0			
1			
2			
3			

-Estou com a cabeça cheia de preocupações:

(3) A maior parte do tempo

(2) Boa parte do tempo

(1) De vez em quando

(0) Raramente

	V1	V7	V8
3			
2			
1			
0			

-Me sinto alegre:

(3) Nunca

(2) Poucas vezes

(1) Muitas vezes

(0) A maior parte do tempo

	V1	V7	V8
3			
2			
1			
0			

-Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

(0) Sim, quase sempre

(1) Muitas vezes

(2) Poucas vezes

(3) Nunca

	V1	V7	V8
0			
1			
2			
3			

-Estou lento:

(3) Quase sempre

(2) Muitas vezes

(1) De vez em quando

(0) Nunca

	V1	V7	V8
3			
2			
1			
0			

-Tenho sensação de medo como frio na barriga ou aperto no estômago:

(0) Nunca

(1) De vez em quando

(2) Muitas vezes

(3) Quase sempre

	V1	V7	V8
0			
1			
2			
3			

-Perdi o interesse em cuidar da aparência:

(3) Completamente		V1	V7	V8
(2) Não me cuido como deveria	3			
(1) Talvez não tanto	2			
(0) Me cuido como antes	1			
	0			

-Me sinto inquieto, como se não pudesse ficar parado:

(3) Sim, demais		V1	V7	V8
(2) Bastante	3			
(1) Pouco	2			
(0) Não sinto assim	1			
	0			

-Fico animado com notícias boas:

(0) Do mesmo jeito que antes		V1	V7	V8
(1) Pouco menos	0			
(2) Bem menos	1			
(3) Quase nunca	2			
	3			

-De repente, tenho sensação de entrar em pânico:

(3) Quase todo momento		V1	V7	V8
(2) Várias vezes	3			
(1) De vez em quando	2			
(0) Não sinto isso	1			
	0			

-Tenho prazer em assistir bom programa de TV, rádio ou quando leio algo:

(0) Quase sempre

(1) Várias vezes

(2) Poucas Vezes

(3) Quase nunca

	V1	V7	V8
0			
1			
2			
3			

PONTUAÇÃO: Ansiedade V1_____ V7_____ V8_____; Depressão V1_____

V7_____ V8_____ GRADUAÇÃO: até 7: Improvável; 8 – 11: Possível; 12 ou mais:

Provável

ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO (Reis, 2010)

		V1					V7					V8				
Neste último mês, com que frequência...		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?															
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?															
3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?															
4	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?															
5	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?															
6	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?															
7	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?															
8	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?															
9	Você tem ficado irritado porque as coisas que															

	acontecem estão fora do seu controle?																		
10	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?																		

0= nunca; 1= quase nunca; 2= às vezes; 3= quase sempre; 4= sempre

Pontuação: V1:_____ V7:_____ V8:_____

Questionnaire of Smoking Urges – Brief

1. Desejo fumar um cigarro agora. V1 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente V7 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente V8 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
2. Nada seria melhor do que fumar um cigarro agora. V1 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente V7 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente V8 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
3. Se fosse possível, eu provavelmente fumaria agora. V1 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente V7 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente V8 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
4. Eu controlaria melhor as coisas, neste momento, se eu pudesse fumar. V1 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente V7 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente V8 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
5. Tudo o que eu quero agora é fumar um cigarro. V1 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente V7 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente V8 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
6. Eu tenho necessidade de um cigarro agora. V1 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente V7 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente V8 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
7. Fumar um cigarro seria gostoso nesse momento. V1 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente V7 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente V8 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
8. Eu faria praticamente qualquer coisa por um cigarro agora. V1 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente V7 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente V8 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmentee
9. Fumar me faria ficar menos deprimido. V1 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente V7 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente

V8 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
10. Eu vou fumar assim que for possível.
V1 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
V7 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
V8 - Discordo totalmente 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente

Pontuação: V1:_____ V7:_____ V8:_____

EVOLUÇÃO

Visita 1 (Consequências do tabagismo para o feto). Conduta (I e C): Avaliar o CO, HAD, EEP, entregar vídeo e manual e dar orientação pertinente.

Visita 2 (Substâncias compartilhadas via placenta e possíveis eventos decorrentes do fumo para a gestação como aborto e prematuridade). Conduta (I): Avaliar CO, aplicar escala de fissura, se abstinente, número de cigarros fumados por dia, se fumando e dar orientações pertinentes. Conduta (C): Avaliar CO, aplicar escala de fissura, se abstinente e número de cigarros fumados por dia, se fumando.

Visita 3 (Possíveis eventos decorrentes do fumo para o recém nascido como baixo peso e estatura e redução da função pulmonar). Conduta (I): Avaliar CO, aplicar escala de fissura, se abstinente, número de cigarros fumados por dia, se fumando e dar orientações pertinentes. Conduta (C): Avaliar CO, aplicar escala de fissura, se abstinente e número de cigarros fumados por dia, se fumando.

Visita 4 (Estratégias para cessação do tabagismo e vantagens da cessação para mãe e feto). Conduta (I): Avaliar CO, aplicar escala de fissura, se abstinente, número de cigarros fumados por dia, se fumando e dar orientações pertinentes. Conduta (C): Avaliar CO, aplicar escala de fissura, se abstinente e número de cigarros fumados por dia, se fumando.

Visita 5 (Dependência química e psicológica e outras formas de uso do tabaco). Conduta (I): Avaliar CO, aplicar escala de fissura, se abstinente, número de cigarros fumados por dia, se fumando e dar orientações pertinentes. Conduta (C): Avaliar CO, aplicar escala de fissura, se abstinente e número de cigarros fumados por dia, se fumando.

Visita 6 (Uso de repositores nicotínicos sem prescrição médica e identificação dos sintomas de abstinência e como lidar com eles). Conduta (I): Avaliar CO, aplicar escala de fissura, se abstinente, número de cigarros fumados por dia, se fumando e dar orientações pertinentes. Conduta (C): Avaliar CO, aplicar escala de fissura, se abstinente e número de cigarros fumados por dia, se fumando.

Visita 7 (Associação fumo e álcool e ganho de peso devido à abstinência). Conduta (I): Avaliar CO, HAD, EEP, aplicar escala de fissura, se abstinente, número de cigarros fumados por dia, se fumando e dar orientações pertinentes. Conduta (C): Avaliar CO, HAD, EEP, aplicar escala de fissura, se abstinente e número de cigarros fumados por dia, se fumando.

Visita 8 – Pós parto (Transporte de substâncias via leite materno e prejuízos do fumo passivo para a criança como agravamento da asma, susceptibilidade à hiperreatividade brônquica e DPOC na vida adulta). Conduta (I): Avaliar CO, HAD, EEP, aplicar escala de

fissura, se abstinente, número de cigarros fumados por dia, se fumando e dar orientações pertinentes. Conduta (C): Avaliar CO, HAD, EEP, aplicar escala de fissura, se abstinente e número de cigarros fumados por dia, se fumando. Conduta (I e C): Avaliar os dados pós parto abaixo.

DADOS PÓS PARTO

-Tabagismo: () Sim () Não

-Se sim, consumo atual de cigarros/dia: _____

-Aborto na gestação atual: () Sim () Não

-Parto: () Normal () Cesareana

-Prematuridade: () Sim () Não

-Peso do recém nascido: _____ kg

-Estatura do recém nascido: _____ cm

-Amamentação: () Sim () Não

-O recém nascido precisou de hospitalização: () Sim () Não

-O recém nascido precisou de suporte ventilatório: () Sim () Não

-O recém nascido apresenta má formação: () Sim () Não

-Desenvolvimento NeuroPsicoMotor: () Normal () Atraso

-Participou de quantas sessões de tratamento: _____

-Assistiu aos vídeos informativos: () Sim () Não

-CO: _____ppm

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Influência de intervenção breve direcionada para gestantes na cessação do tabagismo durante o período gestacional e após o parto.

Essa pesquisa tem como objetivo avaliar a eficácia de abordagem direcionada para incentivar a cessação do tabagismo em gestantes utilizando terapia em grupo, vídeos e materiais impressos.

Você está sendo convidada para participar porque está grávida e é fumante. Durante o estudo, você será entrevistada, responderá alguns questionários, com duração de 15 minutos, e participará de sessões do grupo de tratamento com duração de 30 minutos. Nas sessões, você receberá material impresso e assistirá a vídeos com informações sobre tabagismo na gestação. Todas as atividades do estudo serão agendadas de comum acordo entre o pesquisador e as gestantes.

Não há riscos associados a sua participação no estudo e você não receberá qualquer medicação ou se submeterá a qualquer procedimento.

Declaro que os objetivos da pesquisa e a minha participação no estudo foram explicados e que eu os entendi. Certifico que li ou que o conteúdo do texto deste consentimento foi lido para mim e que eu entendi e concordo com seu conteúdo. Eu recebi uma cópia deste formulário devidamente assinada. Uma segunda via ficará sob responsabilidade do pesquisador. Meu “aceite” demonstra que concordei em participar livremente deste estudo.

Entendo que qualquer informação obtida sobre mim será confidencial e que os registros de minha participação na pesquisa estarão disponíveis apenas para revisão pelos pesquisadores do estudo. Entendo também que a minha identidade não será revelada em nenhuma forma de divulgação dos resultados desta pesquisa.

Entendo que fui convidada a participar do estudo e, portanto, estou livre para recusar minha participação ou para desistir a qualquer momento, sem qualquer lucro, custo ou encargo, e que minha decisão não afetará o acesso a outros serviços da instituição e a continuidade do meu seguimento no serviço de pré-natal.

Qualquer dúvida adicional, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa pelos telefones: (14) 3880 1608 e/ou 3880 1609.

RG: _____

Nome da Participante

Ass.

RG: _____

Nome do Pesquisador

Ass.

André Luís Bertani

(pesquisador)

Rua José Barbosa de Barros, 1160

CEP: 18610-307 – Jd. Paraíso

Botucatu – SP - Telef: (14) 9708 536

andrelubert@gmail.com

Profª. Titular Irma de Godoy

(orientadora)

Departamento de Clínica Médica

Faculdade de Medicina de Botucatu

Botucatu – SP. Telef: 14-38822969

Irma@fmb.unesp.br

Profª. Dra. Suzana Tanni Minamoto

(co-orientadora)

Departamento de Clínica Médica

Faculdade de Medicina de Botucatu

Botucatu – SP. Telef: 14-38822969

suzanapneumo@gmail.com

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Via do paciente

Influência de intervenção breve direcionada para gestantes na cessação do tabagismo durante o período gestacional e após o parto.

Essa pesquisa tem como objetivo avaliar a eficácia de abordagem direcionada para incentivar a cessação do tabagismo em gestantes utilizando terapia em grupo, vídeos e materiais impressos.

Você está sendo convidada para participar porque está grávida e é fumante. Durante o estudo, você será entrevistada, responderá alguns questionários, com duração de 15 minutos, e participará de sessões do grupo de tratamento com duração de 30 minutos. Nas sessões, você receberá material impresso e assistirá a vídeos com informações sobre tabagismo na gestação. Todas as atividades do estudo serão agendadas de comum acordo entre o pesquisador e as gestantes.

Não há riscos associados a sua participação no estudo e você não receberá qualquer medicação ou se submeterá a qualquer procedimento.

Declaro que os objetivos da pesquisa e a minha participação no estudo foram explicados e que eu os entendi. Certifico que li ou que o conteúdo do texto deste consentimento foi lido para mim e que eu entendi e concordo com seu conteúdo. Eu recebi uma cópia deste formulário devidamente assinada. Uma segunda via ficará sob responsabilidade do pesquisador. Meu “aceite” demonstra que concordei em participar livremente deste estudo.

Entendo que qualquer informação obtida sobre mim será confidencial e que os registros de minha participação na pesquisa estarão disponíveis apenas para revisão pelos pesquisadores do estudo. Entendo também que a minha identidade não será revelada em nenhuma forma de divulgação dos resultados desta pesquisa.

Entendo que fui convidada a participar do estudo e, portanto, estou livre para recusar minha participação ou para desistir a qualquer momento, sem qualquer lucro, custo ou encargo, e que minha decisão não afetará o acesso a outros serviços da instituição e a continuidade do meu seguimento no serviço de pré-natal.

Qualquer dúvida adicional, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa pelos telefones: (14) 3880 1608 e/ou 3880 1609.

RG: _____

Nome da Participante

Ass.

RG: _____

Nome do Pesquisador

Ass.

André Luís Bertani

(pesquisador)

Rua José Barbosa de Barros, 1160

CEP: 18610-307 – Jd. Paraíso

Botucatu – SP - Telef: (14) 9708 536

andrelubert@gmail.com

Profª. Titular Irma de Godoy

(orientadora)

Departamento de Clínica Médica

Faculdade de Medicina de Botucatu

Botucatu – SP. Telef: 14-38822969

Irma@fmb.unesp.br

Profª. Dra. Suzana Tanni Minamoto

(co-orientadora)

Departamento de Clínica Médica

Faculdade de Medicina de Botucatu

Botucatu – SP. Telef: 14-38822969

suzanapneumo@gmail.com