

CESSAÇÃO TABÁGICA NA GRAVIDEZ

Guia para profissionais
de saúde





DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

CESSAÇÃO TABÁGICA NA GRAVIDEZ

Guia para profissionais
de saúde

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, LISBOA

Novembro de 2015



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

FICHA TÉCNICA

Portugal. Direção-Geral da Saúde.

Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2015.

EDITOR

Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45

1049-005 Lisboa

[www://www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

Diretor-Geral da Saúde

Francisco George

AUTORES

Emília Nunes

Miguel Narigão

CONTRIBUTOS

Agradecem-se os contributos de Cecília Pardal, Eduarda Pestana, Luís Rebelo, Rui Alves.

Agradece-se igualmente a colaboração de Lisa Vicente e do Programa Nacional de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil na revisão deste documento.

DESIGN, PAGINAÇÃO, IMPRESSÃO E ACABAMENTO

Regrapapiro Artes Gráficas - www.regrapapiro.com

ISBN: 978-972-675-199-1

Tiragem:

2500 Exemplares

Depósito legal:

402058/15

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	7
Intervenção dos profissionais de saúde	9
Finalidade do presente guia	10
2. CONSTITUINTES DO FUMO DO TABACO	11
Biomarcadores da exposição ao fumo do tabaco	14
3. CONSUMO DE TABACO E SAÚDE MATERNO-FETAL	17
Riscos da exposição ao fumo ambiental do tabaco	19
Benefícios da cessação tabágica na gravidez	19
4. EFETIVIDADE DAS INTERVENÇÕES DE APOIO À CESSAÇÃO TABÁGICA NA GRAVIDEZ	23
5. INTERVENÇÃO BREVE	25
Abordagem 5As - estratégias de aplicação	27
1.ªA - Abordar	28
2.ªA - Aconselhar	30
3.ªA - Avaliar	33
Avaliação da intenção e do grau de prontidão para parar de fumar	
4.ªA - Apoiar	35
Apoiar a mulher grávida decidida a parar de fumar	
Preparação do dia D	
Intervenção farmacológica	
Apoiar a mulher grávida ambivalente: a abordagem motivacional	
Abordagem motivacional breve 5 Rs. Estratégias de aplicação	
Apoiar a mulher grávida que não quer parar de fumar	
5.ªA - Acompanhar	52
Intervenção após o parto e prevenção da recaída	
Aleitamento materno	
Mulheres grávidas fumadoras muito dependentes	
6. ACONSELHAMENTO DA GRÁVIDA ADOLESCENTE	59
Estratégias para uma comunicação eficaz	59
Escuta reflexiva	
Reforço positivo	
Abordagem de resolução de problemas	
7. INTERVENÇÃO MUITO BREVE	65
BIBLIOGRAFIA	66
ANEXO 1 - Teste de Fagerström	76

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Consequências do consumo de tabaco durante a gravidez e o pós-parto	21
Quadro 2	Recomendações da OMS para a prevenção e gestão do uso do tabaco e da exposição ao fumo ambiental durante a gravidez (2013)	24
Quadro 3	Abordagem 5As	27
Quadro 4	Argumentos sobre os efeitos positivos da cessação do tabagismo durante a gravidez	32
Quadro 5	Estratégias de preparação do dia D	38
Quadro 6	Exemplos de diálogo para responder às preocupações mais comuns da mulher grávida	39
Quadro 7	Estratégias para lidar com o desejo de fumar	40
Quadro 8	Sugestões para ajudar a superar obstáculos após a cessação tabágica	41
Quadro 9	Princípios da entrevista motivacional	46
Quadro 10	Abordagem motivacional breve 5Rs	49
Quadro 11	Síntese da abordagem “5As”	54
Quadro 12	Aconselhamento de mulheres grávidas adolescentes	61

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Componentes da prontidão para a mudança	34
Figura 2	Síntese das tarefas a realizar em função da prontidão para parar de fumar	36
Figura 3	Exemplo de contrato de adesão à cessação tabágica	37
Figura 4	Exemplo de registo diário do consumo de tabaco	39
Figura 5	Balanço decisional de prós e contras	48

1

INTRODUÇÃO

Fumar é atualmente a principal causa evitável de complicações na gravidez, quer para a mãe, quer para o feto e o recém-nascido. Dietz e outros (2010) estimaram que 5% a 8% dos partos de pré-termo, 13% a 19% dos partos de crianças com baixo peso ao nascer, 5% a 7% das mortes relacionadas com partos de pré-termo e 23% a 34% das mortes súbitas do lactente, possam ser atribuídos ao consumo de tabaco durante a gravidez (Dietz *et al.*, 2010).

Parar de fumar antes de engravidar ou nas primeiras semanas após a conceção permitirá reduzir substancialmente estas complicações.

No nosso país, quase todas as mulheres grávidas recebem assistência e vigilância médica, o que se traduz por múltiplas oportunidades de apoio e aconselhamento, no sentido da cessação tabágica, por parte dos profissionais de saúde com quem contactam.

Por outro lado, evitar as recaídas após o parto é uma estratégia importante para aumentar o número de mulheres fumadoras que param de fumar antes da meia-idade, o que contribuirá para diminuir o risco de aparecimento de doenças crónicas incapacitantes e de morte prematura. Eliminará também a exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco no ambiente familiar e o exemplo do comportamento de fumar da mãe, o que diminuirá a probabilidade de estas virem a fumar quando atingirem a adolescência.

Apesar da importância deste fator de risco, não existem dados nacionais representativos do comportamento face ao tabaco das mulheres grávidas portuguesas, nem da proporção aconselhada e apoiada a parar de fumar pelos profissionais de saúde. Num estudo realizado por Alves e outros, em 2005-2006, em cinco maternidades da cidade do Porto, numa coorte de 5420 grávidas, reavaliadas quatro anos mais tarde, foi encontrada uma prevalência de fumadoras de 22,9%. Destas:

- 11,0% não modificaram o consumo durante a gravidez;
- 47,4% pararam de fumar durante a gravidez, das quais: 15,2% definitivamente; 32,1% recaíram, após o parto;
- 41,7% reduziram o consumo, em média 8,9 cigarros/dia (de 15,4 para 6,5 cigarros). Destas, apenas 7,9% mantiveram essa redução, tendo 33,8% retomado os níveis de consumo anteriores à gravidez.

As mulheres que fumavam 10 ou mais cigarros por dia, nos três meses anteriores à gravidez, apresentaram uma probabilidade de parar de fumar aproximadamente 50% inferior às restantes mulheres grávidas fumadoras. As mulheres grávidas com mais de 12 anos de escolaridade apresentaram uma probabilidade de parar de fumar cerca de 40% superior à observada nas mulheres grávidas com menos de 10 anos de escolaridade (Alves *et al.*, 2013).

O baixo nível de literacia apresenta-se associado a uma maior probabilidade de consumo e de exposição durante a gravidez e a uma menor probabilidade de sucesso na cessação tabágica. A presença de comorbilidade psiquiátrica, de consumo de álcool ou de outras dependências, ser mãe solteira ou estar desempregada, associa-se também a consumos mais elevados (Reid *et al.*, 2010; World Health Organization, 2010; Greaves, Poole, Okoli, 2011; Smedberg *et al.*, 2014).

Assim, os profissionais de saúde devem estar particularmente atentos às mulheres grávidas adolescentes, mães solteiras e/ou provenientes de áreas menos favorecidas, social e economicamente, dado poderem necessitar de um apoio acrescido na cessação tabágica (Lumley *et al.*, 2009; World Health Organization, 2010; Greaves, Poole, Okoli, 2011; Loring, 2014).

De acordo com as recomendações para aplicação do artigo 14.º da Convenção Quadro da OMS para o controlo do tabaco, relativo à cessação tabágica:

- É um direito básico de toda a mulher grávida ser devidamente informada sobre os malefícios do uso do tabaco e da exposição ao fumo ambiental.
- Toda a mulher grávida tem direito a um ambiente livre de fumo, em sua casa, no seu local de trabalho e em locais públicos.
- Todas as intervenções que abordem a prevenção do consumo de tabaco e da exposição ao fumo ambiental durante a gravidez devem ser:
 - centradas na mulher e nas questões de igualdade de género;
 - culturalmente apropriadas e socialmente aceitáveis;
 - isentas de qualquer forma de julgamento, punição ou discriminação.
- Os centros de saúde, hospitais e clínicas devem oferecer instalações totalmente livres de fumo e dispor de profissionais de saúde que se assumam como modelos de não fumadores para os seus utentes (World Health Organization, 2013a).

INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Apesar da importância e dos benefícios da cessação tabágica, este assunto nem sempre é devidamente abordado pelos profissionais de saúde.

Um estudo realizado no Reino Unido, por Hardy e outros (2014), revelou que cerca de 26% das mulheres grávidas atendidas no Serviço Nacional de Saúde eram fumadoras e, destas, cerca de 12% fumaram durante a gravidez. A proporção de mulheres com registo de aconselhamento para parar de fumar durante a gravidez aumentou de 7%, em 2000, para 37%, em 2005, tendo estagnado nos 26% a 29%, entre 2006 e 2009. Este aumento resultou da introdução, em 2004, de um sistema de indicadores e incentivos financeiros para a realização de diversas atividades, por parte dos médicos de medicina geral e familiar – *Quality and Outcomes Framework* –, incluindo o registo e o aconselhamento de utentes fumadores. Este sistema não incluiu, no entanto, metas específicas para o registo do aconselhamento da mulher grávida, o que, segundo os autores, justifica a estagnação desta atividade observada nos últimos anos.

A carência de formação no apoio à cessação tabágica constitui uma das principais barreiras à intervenção identificada pelos profissionais de saúde. Outras barreiras frequentemente citadas são a falta de tempo na consulta para abordar este assunto, o receio de prejudicar a relação com os pacientes, em particular quando estes não estão motivados para mudar o seu comportamento, e a baixa perceção do risco associado ao consumo, em especial quando os profissionais são eles próprios fumadores (Stead *et al.*, 2009; World Health Organization, 2010).

Contudo, o papel dos profissionais de saúde no apoio à cessação tabágica é de extrema importância, dado que a maioria das pessoas fumadoras que tentam parar de fumar sem apoio acaba por recair nas primeiras semanas após a tentativa (Hughes, Keely, Naud, 2004).

Muitos pacientes não estão devidamente conscientes do risco de fumar. O aconselhamento por parte dos profissionais de saúde pode aumentar a motivação para parar e o sucesso da cessação, de modo significativo, repercutindo-se favoravelmente em termos de ganhos em saúde individuais e coletivos. No período de gravidez esse aconselhamento é particularmente importante, dadas as consequências do consumo não só para a mãe, mas também para o feto.

Acresce que a gravidez constitui um período, no ciclo de vida da mulher, de maior disponibilidade para a mudança de comportamentos relacionados com a saúde (*teachable moment*) (MCBride, 2003).

Idealmente, o aconselhamento para a cessação tabágica deve fazer parte dos cuidados pré-concepcionais, já que parar de fumar antes da gravidez permite obter maiores benefícios, designadamente, o aumento da probabilidade de engravidar, uma maior proteção da saúde da mãe e do feto e a possibilidade de usar terapêuticas farmacológicas, não aconselhadas durante a gravidez, que poderão duplicar o sucesso na cessação (Fiore *et al.*, 2008).

Nesse sentido, a inquirição e o registo sobre o consumo e a exposição ao fumo ambiental do tabaco devem fazer parte da consulta de planeamento familiar e da consulta pré-concepcional. Esta informação deve ser atualizada em todas as consultas de vigilância da gravidez e do puerpério. Complementarmente, é importante que as mensagens de prevenção da recaída, e de prevenção da exposição ao fumo ambiental, sejam reforçadas nas consultas de saúde infantil ou durante os atos de vacinação do bebé.

Algumas mudanças no ambiente e nos procedimentos da consulta podem facilitar a implementação de intervenções breves de aconselhamento para a cessação tabágica. A adoção de um sistema de identificação e registo do consumo de tabaco, o investimento na formação, a existência de materiais informativos disponíveis e o conhecimento sobre os locais de consulta de referência para apoio intensivo, se necessário, são condições fundamentais para os profissionais de saúde poderem responder de modo adequado a este problema de saúde.

FINALIDADE DO PRESENTE GUIA

O presente guia procura constituir um instrumento de orientação e apoio para os profissionais de saúde na realização de abordagens breves de intervenção no apoio à cessação tabágica na gravidez, passíveis de ser efetuadas em poucos minutos, de modo oportunista, no contexto das consultas de medicina geral e familiar, de enfermagem, de saúde materna e de planeamento familiar, tendo por base uma abordagem motivacional, que evite o confronto no processo de comunicação com as pacientes.

Destina-se a todos os profissionais de saúde, em particular aos que prestam cuidados de saúde a mulheres grávidas, ou a mulheres e casais que estão a planear uma gravidez ou que tiveram um filho há menos de 12 meses.

2 CONSTITUINTES DO FUMO DO TABACO

O fumo do tabaco é um aerossol, constituído por uma mistura complexa e dinâmica de mais de 7000 químicos, sob a forma de gases, vapores e partículas, entre os quais: nicotina, monóxido de carbono, chumbo, cádmio, crómio, polónio-210, arsénico, acetona, cianeto de hidrogénio, formaldeído, benzeno, butadieno, metanol, resíduos de pesticidas, entre outros. Cerca de 70 destes químicos foram classificados como cancerígenos para o ser humano (Geiss e Kotzias, 2007; US Department of Health and Human Services, 2010).

A matéria existente no fumo do tabaco constituída por partículas, uma vez extraída a nicotina e a água, designa-se genericamente por alcatrão, ou condensado. A composição química do alcatrão, em diferentes tipos de cigarros, é variável, pelo que o teor de alcatrão expresso na embalagem não traduz necessariamente o grau de risco (Geiss e Kotzias, 2007; US Department of Health and Human Services, 2010).

O monóxido de carbono, substância tóxica presente no fumo do tabaco em maior quantidade, forma-se durante o processo de combustão. É um gás inodoro e incolor que, em concentrações elevadas, pode conduzir à morte. Apresenta grande afinidade com a hemoglobina, levando à formação de carboxiemoglobina, diminuindo assim a capacidade de oxigenação das células e tecidos (Geiss e Kotzias, 2007; US Department of Health and Human Services, 2010).

A nicotina é um alcaloide vegetal existente na planta e no fumo do tabaco. É uma substância tóxica que, acima de determinadas quantidades, pode ser mortal para o ser humano (US Department of Health and Human Services, 2010).

Embora outras substâncias existentes no fumo, como o acetaldeído, possam reforçar os efeitos aditivos do tabaco, a nicotina é a substância determinante para o desenvolvimento da dependência (Benowitz, 2008; US Department of Health and Human Services, 2010, 2014; National Institute on Drug Abuse, 2014).

A nicotina tem propriedades psicoativas, atingindo o cérebro em poucos segundos após a inalação do fumo. Age sobre os recetores nicotínicos da acetilcolina existentes a nível cerebral e periférico. A estimulação dos recetores cerebrais acetilcolinérgicos promove a libertação de diversos neurotransmissores, em particular de dopamina. A libertação de dopamina é particularmente importante, pela sua ação no sistema cerebral de recompensa, o que contribui para o reforço do comportamento de fumar (Benowitz, 2008;

US Department of Health and Human Services, 2010, 2014; National Institute on Drug Abuse, 2014).

Um cigarro contém aproximadamente 0,5 g a 1 g de tabaco e, em média, 10 mg de nicotina. O fumador absorve, habitualmente, cerca de 1 mg a 2 mg de nicotina por cigarro, mas a absorção pode variar entre 0,5 mg e 3 mg, conforme a intensidade e o número de inalações do fumo. Não existe, por este motivo, uma relação direta entre a quantidade de nicotina absorvida e os teores de emissão de nicotina apresentados na rotulagem dos maços de cigarros. Por outro lado, a presença de aditivos que provoquem a alcalinização do fumo poderá facilitar a absorção da nicotina e o seu potencial aditivo (World Health Organization, 2010).

A carência de nicotina, em pessoas fumadoras, leva à redução da libertação de dopamina e à emergência de sinais desagradáveis de privação, fator que induz a vontade de fumar (Benowitz, 2008; US Department of Health and Human Services, 2010, 2014; National Institute on Drug Abuse, 2014).

Além de dopamina, a nicotina promove a libertação direta ou indireta de outros neurotransmissores, designadamente, norepinefrina, glutamato, acetilcolina, serotonina, beta-endorfinas e ácido γ -aminobutírico (GABA), que agem sobre a função cognitiva, a memória, o apetite, o humor, a ansiedade e a percepção do stress (Benowitz, 2008; US Department of Health and Human Services, 2010).

Alguns destes neurotransmissores, como o glutamato ou o GABA, potenciam a ação da dopamina, reforçando a sua capacidade de proporcionar a sensação de satisfação e prazer (Benowitz, 2008; US Department of Health and Human Services, 2010).

Para além da libertação destes neurotransmissores, o consumo crónico de tabaco pode inibir a ativação cerebral da monoaminoxidase A e B, o que leva ao aumento da dopamina e da norepinefrina nas sinapses cerebrais, com o conseqüente reforço dos efeitos agradáveis do consumo (Benowitz, 2008; US Department of Health and Human Services, 2010).

A repetição do ato de fumar provoca um aumento do número de recetores cerebrais nicotínicos, o que induz um aumento gradual da necessidade diária de cigarros e o agravamento dos sintomas de abstinência, sempre que se interrompe o consumo (World Health Organization, 2010; National Institute on Drug Abuse, 2014).

O grau de dependência da nicotina é variável de pessoa para pessoa, em grande medida, devido a fatores genéticos. Algumas pessoas nunca desenvolvem dependência podendo fumar apenas esporadicamente. Pelo contrário, um fumador com dependência terá

necessidade de fumar nos primeiros minutos após acordar, para compensar a privação de nicotina durante o período de sono, e de fumar repetidamente ao longo do dia (World Health Organization, 2010; Heatherton *et al.*, 1989, 1991).

O consumo de tabaco associa-se habitualmente a determinados comportamentos e sensações, como sejam manusear e saborear o cigarro e sentir o seu odor e calor, a situações sociais, como fumar depois das refeições, depois de beber um café ou uma bebida alcoólica, junto de amigos, de colegas ou em ambientes em que há outras pessoas a fumar, ou a estímulos, como a visualização da imagem dos cigarros ou de pessoas a fumar. A associação repetida entre os efeitos neurobiológicos agradáveis proporcionados pela nicotina e as sensações, os comportamentos e os contextos associados ao consumo, gera um processo pavloviano de condicionamento, passando estas sensações, comportamentos ou contextos, a funcionar como um estímulo desencadeante do desejo de fumar (Benowitz, 2010).

Pode existir condicionamento mesmo para situações desagradáveis. Se o fumador aprende que a ausência de cigarros lhe provoca irritabilidade, todas as situações que lhe provoquem irritação ou frustração serão associadas à vontade de fumar (Benowitz, 2010).

O descondicionamento emocional e comportamental deve, assim, ser tido em conta no processo de aconselhamento para a cessação tabágica, dado que estas sensações ou situações poderão desencadear um forte impulso para fumar, muitas vezes na origem de situações de recaída (Benowitz, 2008, 2010).

Os sintomas de abstinência da nicotina podem fazer-se sentir algumas horas após o consumo do último cigarro, caracterizando-se pelo aparecimento de episódios de forte desejo e compulsão para fumar (*craving*), irritabilidade, ansiedade, dificuldade de concentração, insónia e humor deprimido, acompanhado de algum grau de desregulação hedónica, traduzida pela sensação de menor satisfação com a vida e com a realização de atividades que até aí davam prazer. Estes sintomas atingem a máxima intensidade nas primeiras semanas após a interrupção do consumo (Benowitz, 2010).

Os episódios de forte desejo de fumar (*craving*) duram apenas alguns minutos. A sua frequência diminui algumas semanas após a cessação, podendo persistir, no entanto, durante meses, especialmente se a vontade de fumar for desencadeada por estímulos de condicionamento ambiental ou social (Benowitz, 2010; World Health Organization, 2010).

A incapacidade para resistir à compulsão para fumar está na origem da maioria das situações de recaída (Heishman, Singleton, Pickworth, 2008).

BIOMARCADORES DA EXPOSIÇÃO AO FUMO DO TABACO

Existem diversos biomarcadores da exposição ao fumo do tabaco. A cotinina - principal metabolito da nicotina -, pode ser medida no sangue, na urina, ou, mais habitualmente, na saliva. É um excelente indicador da exposição ao fumo do tabaco, dada a sua elevada especificidade relativamente à nicotina. A sua medição é frequentemente usada em contextos de investigação (US Department of Health and Human Services, 2010; Javors *et al.*, 2011).

O doseamento da concentração de monóxido de carbono (CO) no ar expirado, com recurso a um aparelho de medição (coxímetro), é, no entanto, um método mais económico, simples, menos invasivo e mais rápido, embora menos preciso, do que o doseamento bioquímico da cotinina.

A semivida do monóxido de carbono é curta (2 a 6 horas), com eliminação completa em 10 a 15 horas, pelo que consumos anteriores a esse período poderão não ser devidamente avaliados. Os níveis de CO diminuem durante a noite. Assim, medições efetuadas nas primeiras horas da manhã podem subavaliar a exposição ao fumo. Por outro lado, a medição só deve ser efetuada pelo menos 30 minutos após o consumo do último cigarro (National Institute of Care and Clinical Excellence, 2010; Underner e Peiffer, 2010).

Vários fatores podem modificar a eliminação do CO, como a idade, o sexo, a atividade física, o consumo de álcool ou determinadas doenças, como a asma, a diabetes ou a DPOC, bem como a exposição à poluição atmosférica ou ao fumo de lareiras (National Institute of Care and Clinical Excellence, 2010; Underner e Peiffer, 2010).

Embora não haja uniformidade entre diversos autores, considera-se existir exposição ao fumo do tabaco quando os valores no ar expirado são iguais ou superiores a 4 partes por milhão (ppm). É possível, no entanto, usar como ponto de corte valores entre 3 e 10 ppm (National Institute of Care and Clinical Excellence, 2010).

Bailey (2013), num estudo realizado em mulheres grávidas, com validação bioquímica (medição da cotinina), verificou que, usando como valor de referência as 8 ppm de CO, apenas 1% das grávidas não fumadoras no início da gravidez foram incorretamente identificadas como fumadoras. Contudo, apenas 56% das fumadoras e 67% das que tinham fumado 5 ou mais cigarros nas 24 horas anteriores, foram identificadas. Usando como ponto de corte as 4 ppm, apenas 8% das não-fumadoras foram classificadas erroneamente como fumadoras, tendo sido identificadas 90% das fumadoras e 96% das que fumaram 5 ou mais cigarros nas 24 horas anteriores. Assim, estes autores sugerem que se utilize, como ponto de corte para definição de grávida fumadora, uma concentração de CO, no ar expirado, igual ou superior a 4 ppm. Esta opção permitirá identificar a generalidade das mulheres grávidas fumadoras, mesmo com consumos inferiores a 5 cigarros nas últimas 24 horas.

Os coxímetros vêm acompanhados de instruções de utilização e de interpretação de resultados, que devem ser tidas em consideração. Alguns modelos necessitam de calibração periódica.

No contexto da vigilância da gravidez, considerando que o consumo de tabaco autorreportado nem sempre é fidedigno, seria aconselhável recorrer à medição da concentração do monóxido de carbono no ar expirado.

3

CONSUMO DE TABACO E SAÚDE MATERNO-FETAL

Fumar constitui uma das principais causas evitáveis de redução da fertilidade, bem como de morbidade e mortalidade materna, fetal e infantil (US Department of Health and Human Services, 2010, 2014).

O consumo de tabaco na gravidez provoca alterações a nível da placenta e da circulação materno-fetal, com aumento da resistência à perfusão e oxigenação do feto e à eliminação de metabolitos tóxicos (US Department of Health and Human Services, 2010, 2014).

Muitos dos constituintes do fumo do tabaco atravessam a barreira placentária, atingindo a circulação e os tecidos do feto. Desses constituintes, o CO inalado pela mãe, resultante da combustão do tabaco, parece ter um papel importante na produção de um quadro de hipoxia fetal e consequente anemia funcional, que poderá contribuir para o atraso do crescimento fetal e o baixo peso ao nascer (US Department of Health and Human Services, 2010).

Acresce que o feto parece apresentar maior sensibilidade, do que a mãe, aos efeitos tóxicos do CO e uma maior dificuldade na sua eliminação. Estudos de investigação revelam que situações acidentais de exposição da mulher grávida a níveis elevados de CO, das quais esta consegue recuperar totalmente, poderão provocar danos neurológicos permanentes no feto ou até mesmo a morte fetal (Norman e Halton 1990; Koren et al. 1991; Rogers 2009, US Department of Health and Human Services, 2010).

Outras substâncias existentes no fumo, como a nicotina, os metais pesados e os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, têm vindo a ser investigadas, existindo alguma evidência quanto à sua implicação na génese dos problemas associados ao consumo de tabaco na gravidez.

A análise dos efeitos isolados de cada uma destas substâncias é, contudo, difícil, dado que estas coexistem no fumo com milhares de outras e com fatores maternos diversificados. Por outro lado, muitos estudos são conduzidos com base em experimentação animal, o que, naturalmente, limita a possibilidade de extrapolar conclusões para o ser humano (Wickstrom, 2007; US Department of Health and Human Services, 2010, 2014).

De acordo com o US Department of Health and Human Services (2014), a evidência é suficiente para concluir que a exposição à nicotina durante a gravidez contribui para vários resultados adversos como o parto prematuro e a mortalidade fetal e pode ter consequências adversas duradouras no desenvolvimento cerebral do feto. Estes efeitos são mais acentuados quando o nível de consumo é elevado.

Embora a exposição à nicotina em administração farmacológica possa ser menos nociva do que a nicotina presente nos cigarros, é a dose total de nicotina recebida pelo feto que determina os seus efeitos adversos. Estas conclusões impõem uma atitude de precaução relativamente ao uso de terapêutica de substituição da nicotina durante a gravidez (Albuquerque *et al.*, 2004; Wickstrom, 2007; US Department of Health and Human Services, 2010; Geelhoed, 2011; Machado *et al.*, 2011).

O tabagismo materno pré-natal apresenta uma associação causal com o parto de pré-termo e a restrição do crescimento fetal, o baixo peso ao nascer, a placenta prévia, o descolamento prematuro da placenta, a rotura precoce de membranas, a gravidez ectópica e a ocorrência de algumas anomalias congénitas, como as fissuras oro-faciais (US Department of Health and Human Services, 2010, 2014).

Fumar constitui o fator de risco modificável mais importante de baixo peso. Os recém-nascidos de mães fumadoras apresentam cerca de duas vezes mais risco de apresentarem baixo peso ao nascer do que os recém-nascidos de mães não fumadoras. O risco de o bebé nascer com baixo peso aumenta com a continuidade do consumo ao longo da gravidez, em particular no último trimestre, período em que o crescimento fetal é mais rápido (England *et al.*, 2001; US Department of Health and Human Services, 2010, 2014).

Existe evidência sugestiva, mas ainda não suficiente, de associação causal entre o tabagismo pré-natal materno e o aborto espontâneo, a morte fetal e algumas anomalias congénitas, como as malformações cardiovasculares, o pé boto e a gastrosquise (US Department of Health and Human Services, 2004, 2010, 2014; Hackshaw, Rodeck, Boniface, 2011; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013).

As mulheres grávidas com mais de 35 anos poderão apresentar um risco acrescido de complicações associadas ao consumo de tabaco (Lamminpää *et al.*, 2013).

Alguns estudos têm mostrado uma associação entre fumar e uma diminuição do risco de pré-eclampsia. Este efeito será aparentemente provocado, não pela nicotina, mas por outras substâncias libertadas pela combustão do tabaco, dado que esta diminuição de risco não se observa em consumidoras de produtos de tabaco sem fumo. Porém, as mulheres fumadoras que sofrem de pré-eclampsia poderão apresentar um risco aumentado de complicações. Trata-se, todavia, de matéria ainda mal compreendida e que requer mais investigação (Miller *et al.*, 2010; United States Department of Health and Human Services, 2010, 2014).

As crianças cujas mães fumaram durante a gravidez podem apresentar um risco acrescido de síndrome de morte súbita do lactente, de asma, de otites do ouvido médio e de infeções respiratórias (US Department of Health and Human Services, 2004, 2010, 2014).

Podem apresentar, também, síndrome de abstinência no período neonatal, efeito observável em mães com consumos de tabaco elevados, bem como um risco acrescido para virem a tornar-se dependentes quando atingirem a adolescência (Law *et al.*, 2003; Godding *et al.*, 2004; US Department of Health and Human Services, 2004, 2010, 2014).

A evidência é sugestiva, mas não suficiente, para inferir uma relação causal entre o tabagismo materno pré-natal e a ocorrência de transtornos do comportamento, ou de hiperatividade e déficit de atenção na criança (US Department of Health and Human Services, 2014).

RISCOS DA EXPOSIÇÃO AO FUMO AMBIENTAL DO TABACO

A mulher grávida deve evitar a exposição ao fumo ambiental do tabaco, dado que, para além de ser prejudicial à sua própria saúde, a evidência disponível confirma que esta exposição contribui para a redução do peso do bebé ao nascer (US Department of Health and Human Services, 2006). Existe evidência sugestiva de associação causal entre a exposição ao fumo ambiental do tabaco durante a gravidez e o parto prematuro (US Department of Health and Human Services, 2004, 2014).

A evidência é suficiente para inferir uma relação causal entre a exposição ao tabagismo dos pais após o parto e a síndrome de morte súbita do lactente, o aparecimento de doenças do trato respiratório inferior, pieira, sintomatologia asmátiforme, otites do ouvido médio e redução da função pulmonar em lactentes e crianças (US Department of Health and Human Services, 2004, 2014).

BENEFÍCIOS DA CESSAÇÃO TABÁGICA NA GRAVIDEZ

Embora parar de fumar antes da concepção ou nas primeiras semanas de gravidez ofereça os maiores benefícios, quer para o feto, quer para a mãe, parar de fumar é sempre benéfico em qualquer momento da gravidez, mesmo nas últimas semanas antes do parto (Raatikainen, Huurinainen, Heinonen, 2007; World Health Organization, 2010; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2010, 2013).

Assim, a abordagem sobre o consumo de tabaco deve ser o mais precoce possível, idealmente no período pré-concepcional, devendo ser mantida durante toda a gravidez e no período pós-parto.

Contudo, em mulheres grávidas fumadoras que não conseguem parar de fumar, reduzir drasticamente o número diário de cigarros fumados é uma medida de redução de danos, que poderá diminuir o risco de complicações, embora não o elimine totalmente (World Health Organization, 2010).

Parar de fumar é também benéfico para a saúde da própria mulher. Os benefícios traduzem-se pela redução do risco de diversas doenças, designadamente de cancro, em diferentes localizações, doenças respiratórias, doenças cérebro e cardiovasculares, diabetes, tuberculose e cegueira (US Department of Health and Human Services, 2014).

Na mulher, a cessação tabágica tem sempre benefícios, mas estes são consideravelmente maiores quando esta ocorre antes dos 40 anos e, preferivelmente, antes dos 30, conforme foi confirmado num estudo realizado no Reino Unido, numa coorte de 1,2 milhões de mulheres. Segundo este estudo, as mulheres que pararam definitivamente de fumar antes dos 40 anos reduziram o excesso de risco de morte por doenças associadas ao tabaco em cerca de 90%, as que pararam antes dos 30 reduziram esse excesso de risco em cerca de 97% (Pirie *et al.*, 2013).

Assim, apoiar a grávida a parar de fumar é uma oportunidade única de promover a saúde das mulheres, que não deve ser desaproveitada, dado que a gravidez constitui um dos momentos de maior motivação para a modificação de comportamentos e a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

Quadro 1 | Consequências do consumo de tabaco durante a gravidez e o pós-parto

FUMAR DURANTE A GRAVIDEZ E O PÓS-PARTO	EVIDÊNCIA DE RELAÇÃO CAUSAL
Infertilidade	Suficiente
Aborto espontâneo	Sugestiva
Gravidez ectópica	Suficiente
Baixo peso ao nascer	Suficiente
Parto de pré-termo	Suficiente
Atraso de crescimento intra-uterino	Suficiente
Rotura precoce das membranas	Suficiente
Descolamento da placenta	Suficiente
Placenta prévia	Sugestiva
Fissuras orofaciais (fenda do palato e lábio leporino)	Suficiente
Outras malformações congénitas (cardiovasculares, pé boto, gastrosquise)	Sugestiva
Morte fetal	Suficiente
Morte perinatal	Sugestiva
Síndrome de morte súbita do lactente	Suficiente
Infeções do trato respiratório inferior	Suficiente
Sintomatologia asmática e agravamento das crises de asma	Suficiente
Aparecimento de asma na criança	Sugestiva
Otitis do ouvido médio	Suficiente
Redução da função pulmonar no recém-nascido e na criança	Suficiente
Efeitos adversos no neurodesenvolvimento fetal	Suficiente
Transtornos do comportamento, de hiperatividade e défice de atenção na criança	Sugestiva
Maior propensão para o consumo de tabaco na adolescência	Sugestiva

Fonte: US Department of Health and Human Services, Surgeon General Reports 2004, 2006, 2010, 2014.

4 EFETIVIDADE DAS INTERVENÇÕES DE APOIO À CESSAÇÃO TABÁGICA NA GRAVIDEZ

As intervenções de aconselhamento individual da mulher grávida, que excedam a simples recomendação para parar de fumar, revelaram ser efetivas, devendo ter início na primeira consulta pré-natal e ser reforçadas ao longo de toda a gravidez e no período pós-parto (Fiore *et al.*, 2008; Lumley, Chamberlain, Dowswell *et al.*, 2009; National Institute of Health and Clinical Excellence, 2010; Greaves *et al.*, 2011; Taylor e Pyatt, 2015; World Health Organization, 2013a).

As recomendações da OMS, enunciadas no quadro 2, reforçam este princípio (WHO, 2013a).

Embora a abstinência no período pré-concepcional ou no início da gravidez possibilite a obtenção de maiores ganhos em saúde, parar em qualquer momento, mesmo nas últimas semanas antes do parto, pode oferecer benefícios (Fiore *et al.*, 2008; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013).

De acordo com a revisão de literatura, programas específicos para a cessação tabágica no âmbito da preparação e vigilância da gravidez são os mais efetivos. Todavia, as abordagens oportunistas breves, ou muito breves, de “30 segundos” a 15 minutos, podem ter bons resultados, em particular no aconselhamento de mulheres com dependência baixa ou moderada (Fiore *et al.*, 2008).

O apoio telefônico ou os materiais de autoajuda, como folhetos informativos, ou programas específicos na Internet dirigidos à cessação tabágica na gravidez, parecem constituir boas alternativas, em particular para mulheres grávidas sem disponibilidade para frequentar as consultas de cessação tabágica (Naughton, Prevost, Sutton, 2008; Chamberlain *et al.*, 2013).

A eficácia e a segurança do uso de medicação de apoio à cessação tabágica durante a gravidez, não estão ainda comprovadas. O uso de substitutos de nicotina adotado em alguns países como estratégia de redução de danos, não parece aumentar o sucesso das tentativas. As restantes alternativas terapêuticas são desaconselhadas na gravidez (Coleman *et al.*, 2012; World Health Organization, 2013 a).

RECOMENDAÇÕES DA OMS PARA A PREVENÇÃO E GESTÃO DO USO DO TABACO E DA EXPOSIÇÃO AO FUMO AMBIENTAL DURANTE A GRAVIDEZ

IDENTIFICAÇÃO DO USO DE TABACO E DA EXPOSIÇÃO AO FUMO AMBIENTAL

1. Os profissionais de saúde devem inquirir todas as mulheres grávidas relativamente ao uso do tabaco (passado e presente) e à exposição ao fumo ambiental do tabaco, o mais precocemente possível na gravidez e, posteriormente, em todas as consultas pré-natais.

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA NA GRAVIDEZ

2. Os profissionais de saúde devem oferecer, por rotina, conselhos e intervenções psicossociais para a cessação do consumo de tabaco a todas as mulheres grávidas fumadoras ou que pararam de fumar recentemente.

INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA NA GRAVIDEZ

3. O painel de peritos não pode fazer uma recomendação sobre o uso, ou não, da terapia de substituição de nicotina para apoiar a cessação tabágica na gravidez.
4. O painel de peritos não recomenda o uso do bupropiom ou da vareniclina para apoiar a cessação tabágica na gravidez.
5. O painel de peritos recomenda a realização de mais investigação sobre a segurança, a eficácia e os fatores que afetam a adesão fármaco-terapêutica na cessação tabágica durante a gravidez.

PROTEÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO FUMO AMBIENTAL DO TABACO (LOCAIS PÚBLICOS E DE TRABALHO LIVRES DE FUMO)

6. Todas as instalações onde se prestem cuidados de saúde devem ser livres de fumo, no sentido de proteger a saúde de todos os funcionários, pacientes e visitantes, incluindo as mulheres grávidas.
7. Todos os locais de trabalho e locais públicos devem ser livres de fumo, para proteção de todos, incluindo as mulheres grávidas.

PROTEÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO FUMO AMBIENTAL DO TABACO (DOMICÍLIOS LIVRES DE FUMO)

8. Os profissionais de saúde devem informar e aconselhar as mulheres grávidas, os seus parceiros e outros membros da família, sobre os riscos da exposição ao fumo ambiental do tabaco e as estratégias para reduzir essa exposição em sua casa.
9. Os profissionais de saúde devem, sempre que possível, abordar diretamente os parceiros e outros membros da família, no sentido de os informar sobre os riscos da exposição ao fumo ambiental do tabaco durante a gravidez, de promover a redução da exposição ao fumo ambiental e de oferecer apoio na cessação tabágica.

Fonte: World Health Organization. Recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. Genève: WHO, 2013a.

5

INTERVENÇÃO BREVE

A gravidez é um momento de adaptação e aprendizagem. A condição psicoemocional da mulher neste período torna-a mais disponível e motivada para mudanças de comportamento que garantam a saúde do seu bebé.

A frequência de contactos, a regularidade dos mesmos e a proximidade afetiva que se estabelece entre os profissionais de saúde e a mulher, ou os casais, ao longo do período da gravidez, constituem fatores favoráveis para aumentar essa motivação, que devem ser aproveitados no sentido da promoção da literacia e da capacitação para escolhas mais saudáveis, em particular no domínio da cessação tabágica.

Ajudar as mulheres grávidas a parar de fumar implica que os profissionais saibam como abordar esta questão, com empatia, e sem provocar situações de confronto ou rotura no processo de comunicação. Saber como abordar este assunto é importante para reduzir a probabilidade de algumas mulheres poderem omitir essa informação, perdendo assim a oportunidade de obter ajuda (National Institute for Care and Clinical Excellence, 2010; Greaves, Poole, Okoli, 2011).

Nesse sentido, é importante usar uma abordagem comunicacional que reforce o clima de confiança entre o profissional de saúde e a mulher grávida, de modo a que esta se sinta segura para assumir que fuma e para aceitar a informação e o apoio que lhe é proposto.

Dado que o tempo de consulta é limitado, foram desenvolvidas técnicas de abordagem deste assunto, passíveis de ser realizadas em poucos minutos – intervenções breves –, que se revelaram eficazes, em particular nas situações de dependência de menor complexidade, e que a seguir se desenvolvem.

Se o tempo de contacto for escasso, o profissional poderá optar por uma abordagem muito breve: abordar, aconselhar e oferecer encaminhamento para uma consulta de apoio intensivo.

A oferta de materiais de autoajuda, como um folheto informativo, pode também ser uma boa alternativa quando não se dispõe de muito tempo, ou como complemento do aconselhamento breve (Naughton, Prevost, Sutton, 2008).

Perante situações de dependência elevada, ou associada a problemas de saúde mental ou outras dependências, será aconselhável oferecer encaminhamento para uma consulta de apoio intensivo à cessação tabágica. Deste modo, todos os profissionais devem conhecer as consultas de apoio à cessação tabágica disponíveis na sua área, para poderem proceder a esta referência.

O atendimento das mulheres grávidas referenciadas deve ter carácter prioritário, sob pena de não ser possível agir em tempo útil, no que se refere à proteção do feto.

ABORDAGEM 5As - ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO

A intervenção estruturada em cinco etapas, conhecida pelo acrónimo "5As", é recomendada na prática clínica para ajudar as mulheres grávidas a parar de fumar. Consiste numa abordagem de aconselhamento e tratamento breve do tabagismo, baseada em evidência, que pode ser realizada em poucos minutos, de forma oportunista, por qualquer profissional de saúde (DGS, 2007; Fiore *et al.*, 2008; American College of Obstetricians and Gynecologists 2011, 2013; World Health Organization 2013).

Quadro 3 | Abordagem 5As

ABORDAGEM 5AS
1.º A – (A)bordar hábitos: perguntar sobre o consumo de tabaco e registar.
2.º A – (A)conselhar: aconselhar a parar ou reforçar os benefícios de não fumar, em particular nos ex-fumadores recentes.
3.º A – (A)valiar: avaliar a motivação e a prontidão para fazer uma tentativa para parar de fumar. No caso de haver interesse em parar, continuar para os dois passos seguintes. No caso de não haver interesse, iniciar uma abordagem motivacional breve de acordo com a abordagem 5Rs (ver adiante).
4.º A – (A)poiar a tentativa: ajudar na tentativa de parar.
5.º A – (A)companhar: programar o acompanhamento e avaliar o sucesso.

Fonte: Adaptado de Fiore *et al.*, 2008.

1.º A - ABORDAR

Esta etapa consiste na recolha de informação sobre o consumo de tabaco, a realizar em todas as primeiras visitas pré-natais, e subsequente registo na ficha clínica. A situação deve ser reavaliada em cada visita ao longo da gravidez e do período pós-parto.

Diversos estudos revelam que muitas grávidas podem esconder ou subavaliar o seu comportamento de fumar, devido a sentimentos de culpa e ao estigma social associado ao tabagismo (National Institute for Care and Clinical Excellence, 2010; Greaves, 2011).

Um estudo efetuado por Tappin e outros (2008) revelou uma prevalência de cerca de 6% de grávidas fumadoras não identificadas tendo por base o consumo autorreportado (30% de prevalência com base na medição da cotinina; 24% tendo por base os dados reportados pela grávida). A diferença entre os dados autorreportados e os dados tendo por base a validação bioquímica foi mais acentuada entre as mulheres provenientes de contextos desfavorecidos.

O modo como os profissionais abordam este assunto pode facilitar a resposta e melhorar consideravelmente a precisão da informação.

Assim, em vez de utilizar uma questão fechada - “a senhora fuma”, com resposta sim/não, deve colocar-se uma questão de escolha múltipla, que poderá ser mostrada à paciente num cartão ou numa folha impressa. Esta opção pode aumentar consideravelmente a veracidade das respostas (Melvin *et al.*, 2000; American College of Obstetricians and Gynecologists 2011, 2013):

Pergunta:

“Qual das seguintes afirmações descreve melhor a sua situação relativamente ao uso de tabaco?”

- a) “Nunca fumei ou fumei menos de 100 cigarros durante a minha vida.”
- b) “Parei de fumar antes de saber que estava grávida e neste momento não fumo.”
- c) “Parei de fumar depois de saber que estava grávida e neste momento não fumo.”
- d) “Ainda fumo, mas reduzi o número de cigarros que fumo desde que soube que estava grávida.”
- e) “Fumo regularmente, aproximadamente o mesmo que fumava antes de saber que estava grávida.”

No caso de a mulher grávida ter respondido a), b) ou c), felicite e reforce a sua decisão de não fumar.

No caso de mulheres grávidas que pararam recentemente de fumar, realize as tarefas de prevenção da recaída (ver adiante).

No caso de uma resposta d) explore os motivos que levaram a paciente a reduzir. A mulher que reduziu o consumo, em princípio, já está consciente de que deveria parar. Porém, por algum motivo não tomou essa decisão. Será importante perceber porquê, usando as seguintes frases: “Vejo que reduziu o consumo de tabaco. O que sabe sobre os riscos de fumar durante a gravidez?” “Podemos falar mais sobre este assunto?” No caso de uma resposta afirmativa, deve passar-se ao 2.º A – Aconselhar. No caso de a mulher já estar consciente dos riscos, pode não ser necessário realizar o 2.º A, sendo de passar imediatamente ao 3.º A – Avaliar a motivação e a prontidão para a mudança. Se a paciente demonstrar resistência, proponha continuar a falar na próxima consulta e ofereça um folheto informativo.

Perante uma resposta e) pergunte: “Verifico que respondeu que fuma. O que é que sabe sobre os riscos do tabaco na gravidez?” “Podemos conversar um pouco sobre esse assunto?” Em caso afirmativo, avançar para o 2.º A - Aconselhar.

No caso de haver resistência, proponha continuar a falar na próxima consulta e ofereça um folheto informativo (exemplo: folheto da DGS Tabaco e gravidez. Saiba mais).

2.º A - ACONSELHAR

Embora a generalidade da população esteja consciente dos riscos de fumar, é comum as mulheres grávidas minimizarem os riscos ou terem a percepção de que não serão afetadas.

Os conselhos para parar de fumar devem ser claros e personalizados, com mensagens inequívocas sobre os benefícios de parar de fumar tanto para a mulher como para o seu bebé. Uma forma eficaz de iniciar a discussão sobre este tema será dizer: “O meu melhor conselho para si e para o seu bebé é que pare de fumar.”

Algumas mulheres tentam reduzir o número de cigarros que fumam, em vez de tentar parar completamente, mas fumar regularmente, ainda que um pequeno número de cigarros, está associado à diminuição do peso do bebé ao nascer e a outras complicações (England *et al.*, 2001).

Se uma mulher sugere diminuir o consumo em alternativa a parar, o profissional de saúde deve informá-la de que consumir menos cigarros por dia pode reduzir o risco, mas deixar de fumar é sempre a melhor decisão, quer para a sua saúde, quer para a saúde do seu bebé.

Por vezes, são os próprios profissionais de saúde que aconselham a mulher grávida a reduzir o consumo em vez de parar de fumar. Um estudo feito no Reino Unido, pelo British Market Research Bureau (2007), citado pelo NICE (2010), revelou que as grávidas aconselhadas a parar de fumar completamente tiveram maior probabilidade de parar, do que as aconselhadas a reduzir o consumo: 36% e 8% respetivamente. Das grávidas aconselhadas a reduzir, menos de 1% tentou parar de fumar e 69% reduziram. As grávidas que receberam mensagens mistas, ou seja, tanto para parar completamente, como para reduzir o número de cigarros diários, apresentaram uma maior probabilidade de reduzir, do que de desistir completamente: 58% reduziram, em comparação com 14% que pararam completamente (British Market Research Bureau, 2007; NICE, 2010).

A informação deve ser transmitida de uma forma inequívoca e factual. A mulher grávida não deve fumar durante a gravidez. Deve, portanto, parar de fumar totalmente. Ao afirmar que o seu melhor conselho é que pare de fumar, o profissional de saúde estará a comunicar a mensagem de forma clara, sem dar a sensação de que critica a pessoa (NICE, 2010).

O aconselhamento de todas as mulheres grávidas a parar de fumar deve ter em atenção as condicionantes pessoais e sociais, sendo de considerar que algumas necessitarão de um apoio mais intensivo, e de mais contactos, dado poderem enfrentar maiores dificuldades neste processo, em particular as que apresentem problemas de saúde mental ou as provenientes de contextos sociais menos favorecidos. Nestas situações, uma intervenção breve pode não ser suficiente, sendo de oferecer encaminhamento para a consulta de apoio intensivo à cessação tabágica de referência.

Contudo, se a mulher não é capaz de parar ou já fez tentativas mal sucedidas, reduzir o número de cigarros diários para o mínimo possível constitui uma estratégia de redução de danos que, não sendo ideal, poderá contribuir para minorar o risco (Greaves, Poole, Okoli, 2011).

Os conselhos adicionais devem ser adaptados à história clínica de cada mulher grávida e às suas respostas à pergunta inicial de escolha múltipla.

Em vez de enumerar os riscos de fumar, pergunte o que é que a paciente já sabe sobre o consumo de tabaco na gravidez. Deixe que seja a própria mulher a verbalizar os riscos. Depois complete a informação se necessário. Perguntar à mulher qual a informação que esta possui sobre os riscos de fumar pode ser mais motivador, do que fazer um longo “discurso” sobre as consequências nocivas de continuar a fumar. Esta última opção pode irritar as mulheres que já estão plenamente conscientes dos riscos, ou que não estão dispostas a parar.

O profissional de saúde deve usar um discurso positivo, focado nos benefícios de parar de fumar. Contudo, valorizar alguns problemas, como o baixo peso ao nascer ou outras complicações, pode ser eficaz no aconselhamento de mulheres que acreditam que não estão em risco, especialmente se conheceram outras grávidas que passaram por gravidezes sem complicações, apesar de fumarem, ou se elas próprias tiveram uma gravidez anterior sem complicações, apesar de terem fumado. Nestas situações, a medição do monóxido de carbono pode ajudar a objetivar o risco (Underner e Peiffer, 2010; American College of Obstetricians and Gynecologists 2011; World Health Organization, 2013).

O quadro 4 apresenta exemplos de benefícios de parar de fumar que os profissionais poderão usar como argumentos no aconselhamento da mulher grávida.

A mulher grávida pode duvidar que os médicos ou outros profissionais de saúde entendam como é difícil parar de fumar. Reconhecer os obstáculos e dificuldades quando se pretende parar de fumar pode aumentar a receptividade do aconselhamento.

A declaração seguinte é um exemplo de como pode reconhecer a dificuldade em parar de fumar, oferecendo encorajamento: “Eu sei que lhe estou a pedir para fazer algo muito difícil e que a vai obrigar a um grande esforço, mas o meu melhor conselho para si e para o seu bebé é que pare de fumar.”

Pode ligar-se o aconselhamento à história clínica: “Sabemos que tem uma história de rinite e asma. Parar de fumar vai ajudá-la a sentir-se melhor e a proporcionar um ambiente mais saudável para o seu bebé. Também diminuirá o risco de o seu bebé vir a ter problemas respiratórios no futuro.”

A mulher grávida pode ter a impressão de que é preciso um longo período de tempo, após parar de fumar, para que a sua saúde ou a saúde do seu bebé melhorem, ou deixem de correr riscos, mas os benefícios começam imediatamente. Este aspeto deve ser valorizado.

Quadro 4 | Argumentos sobre os efeitos positivos da cessação do tabagismo durante a gravidez.

EFEITOS POSITIVOS DA CESSAÇÃO TABÁGICA DURANTE A GRAVIDEZ

- Após um dia sem fumar, o seu bebé vai receber mais oxigénio e nutrientes necessários para se desenvolver.
- Há menor risco de o seu bebé nascer antes do tempo.
- Há maior probabilidade de o seu bebé a acompanhar quando sair do hospital.
- O seu bebé terá menor probabilidade de vir a sofrer de bronquite e asma.
- Parar de fumar também tem muitos benefícios para si própria. Terá menor risco de desenvolver doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, cancro do pulmão, doença pulmonar obstrutiva crónica e outras doenças relacionadas com o tabaco.
- Vai ter mais hipótese de viver para conhecer os seus netos.
- Vai ter mais energia e respirar mais facilmente.
- Vai ter mais dinheiro para gastar em outras coisas de que gosta.
- A sua roupa, o seu cabelo e a sua casa vão cheirar melhor.
- A comida vai saber melhor.
- Vai sentir-se bem com o esforço que fez, por si e pelo seu bebé.

Fonte: Adaptado de American College of Obstetricians and Gynecologists, 2011.

3.º A - AVALIAR

Depois de aconselhar a grávida a parar de fumar e de responder às suas perguntas, deve passar-se à avaliação da sua disposição para parar. O grau de dependência da nicotina, a percepção da autoeficácia para parar e a intenção de parar, são fortes preditores do sucesso da cessação tabágica.

O grau de dependência do tabaco é variável de pessoa para pessoa. Quando o nível de dependência é muito elevado, a mulher grávida terá necessidade de fumar na primeira meia-hora após acordar, para compensar a privação de nicotina durante o período de sono, e de fumar 20 ou mais cigarros por dia (Heatherston *et al.*, 1989, 1991).

Pode acontecer, no entanto, que mulheres grávidas com pontuação baixa no teste de Fagerström (anexo), que avalia fundamentalmente a dependência física, registem dificuldades na cessação tabágica, podendo necessitar de apoio na vertente do descondicionamento emocional e comportamental (Chaiton *et al.*, 2007; Benowitz, 2010; Borland *et al.*, 2010; Fidler, Shahab, West, 2011; DiFranza, Wellman, Savageau, 2013).

A fim de tentar objetivar o grau de risco, poderá usar-se a medição do CO no ar expirado (Underner, Peiffer, 2010; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2011).

Avaliação da intenção e do grau de prontidão para parar de fumar

A prontidão para parar de fumar traduz a importância que a grávida atribui à mudança de comportamento e a confiança quanto à sua capacidade para a empreender com sucesso (confiança ou percepção da autoeficácia). Para avaliar a intenção e o grau de prontidão para parar de fumar podem ser utilizadas duas técnicas.

A mais simples e rápida consiste em perguntar se a mulher está disposta a tentar parar de fumar até à próxima consulta e que tipo de apoio gostaria de receber.

Outra técnica, um pouco mais demorada, baseia-se em duas questões: avaliação da importância e avaliação da autoeficácia.

Assim, para avaliar a importância de parar de fumar pode usar-se uma escala visual de 1 a 10, ou colocar simplesmente a seguinte pergunta:

“Numa escala de 1 a 10, em que o “1” é “nada importante” e o “10” “muitíssimo importante”, que pontuação atribui à importância que tem para si parar de fumar?”

Em função da resposta, se a pontuação atribuída for média ou alta, perguntar “Porque é que não deu um 1 ou um 2”; se for baixa, perguntar “Porque é que não deu um 9 ou um

10?”. Com esta pergunta a paciente será levada a refletir sobre os motivos que a levam a valorizar (ou não) o tabaco como um fator de risco.

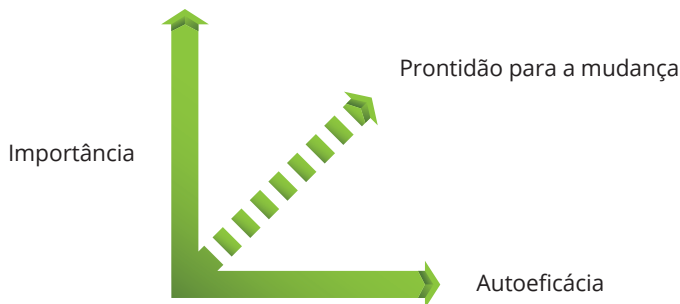
Se a pontuação atribuída for baixa, deve pedir-se à mulher que fale livremente sobre aquilo que sabe sobre os riscos de fumar na gravidez, no sentido de explorar as suas crenças, atitudes e conhecimentos. O profissional pode clarificar ou completar essa informação, dando por exemplo um folheto informativo no final da consulta. Depois deve colocar-se outra pergunta:

“De novo, numa escala de 1 a 10, em que “1” é “nada capaz” e o 10 “totalmente capaz”, como avalia a sua capacidade para parar de fumar?”

Em função da resposta, se a pontuação atribuída for baixa, inferior ou igual a 5, perguntar: “Que obstáculos ou dificuldades sente que tem de resolver para poder dar um 9 ou um 10?”

Se a pontuação atribuída for acima de 5 ou 6, perguntar: “Quais os motivos que a levaram a não dar um “1”? Quais as forças que sente que possui para poder parar com sucesso?” Explorar as respostas, usando perguntas abertas, reforçando a percepção da autoeficácia para a mudança.

Figura 1 | Componentes da prontidão para a mudança



Fonte: World Health Organization, 2013b

O primeiro destes métodos (perguntar à mulher se esta pretende parar de fumar nos próximos dias) é mais rápido, mas o segundo método, embora mais demorado, permite obter mais informação e pode ser mais motivacional, dado que leva a mulher a tomar consciência da importância que atribui ao parar de fumar, bem como das suas forças e fraquezas para empreender uma mudança de comportamento. A prontidão para a mudança traduz, em última análise, a motivação intrínseca para mudar.

4.º A - APOIAR

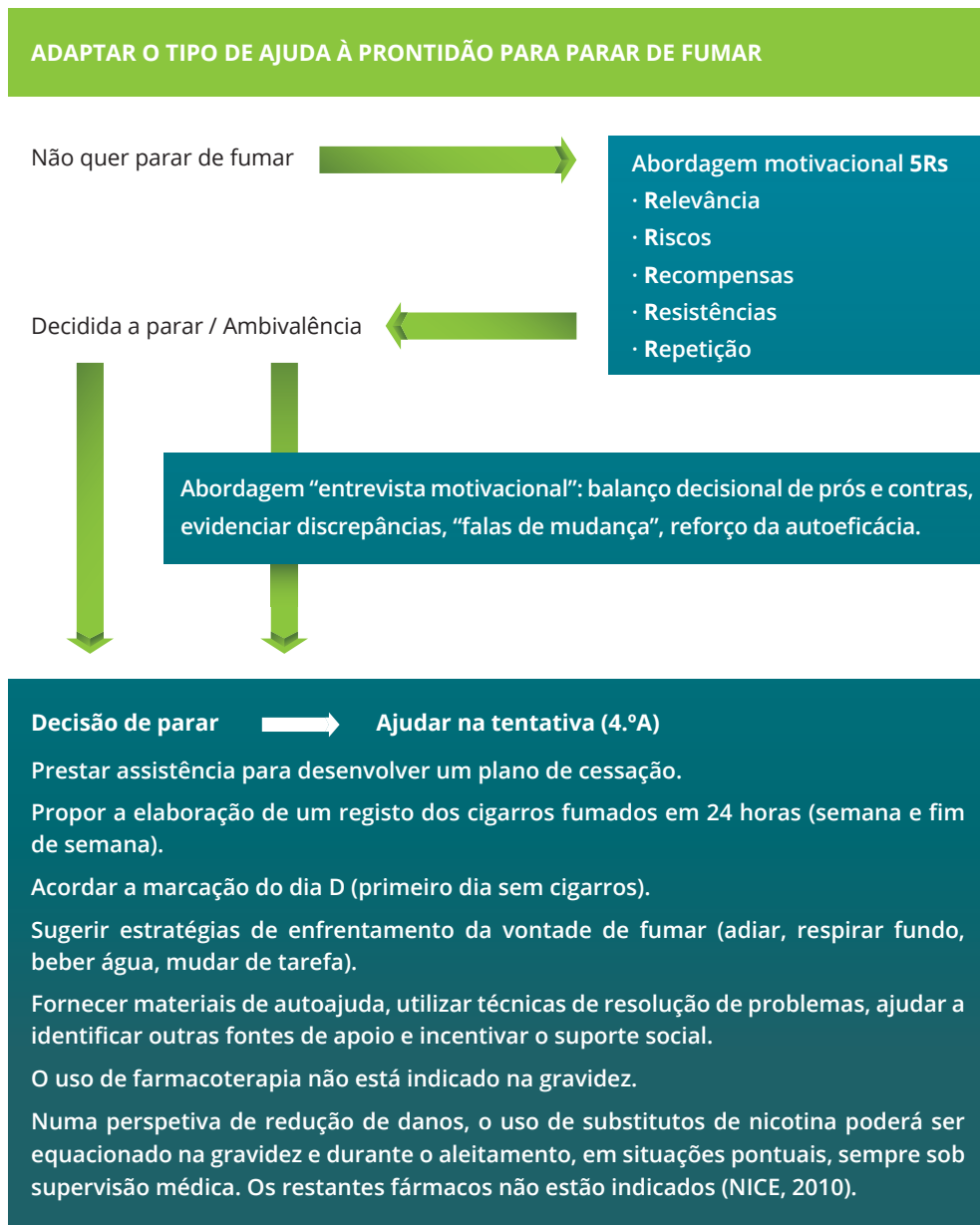
A quarta etapa consiste em ajudar a mulher a progredir no processo de mudança, em função da disponibilidade e da prontidão para mudar, conforme se descreve na figura 2.

A abordagem será diferente se a grávida mostrar vontade de parar de imediato ou, pelo contrário, mostrar indecisão ou total resistência a parar.

No primeiro caso será de ajudar na tentativa, com a marcação do dia D (primeiro dia sem cigarros) e aconselhamento sobre as tarefas a realizar antes e depois desse dia.

Perante mulheres que respondam não estar decididas a parar, ou se mostrem ambivalentes e indecisas, o profissional deve usar técnicas concebidas para clarificar opções e aumentar a motivação, designadamente as descritas pelo acrónimo 5Rs (Relevância, Riscos, Recompensas, Resistências, Repetição) ou pela entrevista motivacional, propondo, por exemplo, uma análise de balanço decisional entre prós e contras.

Figura 2 | Síntese das tarefas a realizar em função da prontidão para parar de fumar



A mulher grávida decidida a parar de fumar

Perante uma mulher grávida disposta a parar de fumar, o profissional de saúde deve incentivar o uso de estratégias de preparação, em particular para lidar com a síndrome de abstinência, e promover o descondicionamento emocional e social do comportamento de fumar.

Uma forma de iniciar o aconselhamento é informar a mulher grávida que é necessário estabelecer um plano de mudança e marcar uma data para parar. Nesse sentido, o profissional de saúde pode iniciar dizendo: “Precisa de escolher uma data para parar, para se ir preparando. Seria mais fácil para si parar num dia da semana ou num fim-de-semana?”

Esta abordagem direta é geralmente bem aceite pelas utentes e interpretada como um sinal de interesse por parte do profissional. Alguns médicos utilizam um contrato para formalizar a decisão da grávida (exemplo na figura 3). Esta data deve ficar registada no processo clínico.

Figura 3 | Exemplo de contrato de adesão à cessação tabágica

CONTRATO DE CESSAÇÃO

Decidi parar de fumar no dia: _____

Porque compreendo que deixar de fumar é a melhor decisão que posso tomar em benefício da minha saúde e da saúde do meu bebé.

(Assinatura da utente) _____ (Assinatura do médico) _____

(Data) _____

Fonte: Adaptado de American College of Obstetricians and Gynecologists, 2011.

Preparação do dia D (primeiro dia sem cigarros)

A fim de se preparar para o dia D, a mulher deve ser aconselhada a realizar algumas tarefas que a ajudem a superar a síndrome de privação, conforme Quadro 5.

Quadro 5 | Estratégias de preparação do dia D

ESTRATÉGIAS DE PREPARAÇÃO DO DIA D

- Identificar os cigarros que lhe dão mais satisfação e as circunstâncias em que os fuma. Esses cigarros serão os mais difíceis de abandonar.
- Identificar as situações em que fuma quase sempre um cigarro: quando toma café, após as refeições, junto de amigos fumadores. Delinear estratégias para evitar essas circunstâncias, por exemplo, mudando os hábitos associados ao tabaco, deixando de frequentar locais onde se fume, ou pedindo aos amigos para que evitem fumar junto de si.
- Antecipar o que deverá fazer no caso de se sentir muito tentada a fumar.
- Encontrar formas de ocupar as mãos ou a mente, de modo a esquecer a vontade de fumar.
- Pedir ajuda e encorajamento, de preferência a amigos ex-fumadores, que melhor poderão compreender as suas dificuldades. O cônjuge pode não ser o melhor apoio, se é fumador e não pretende parar de fumar. No dia anterior ao dia D, arejar a casa e o carro e livrar-se dos maços de cigarros e isqueiros.

Fonte: Chamberlain *et al.*, 2013,

Uma vez definida uma data para parar (dia D), será importante ajudar a pessoa a encontrar as suas estratégias para lidar com o desejo de fumar, os sintomas de abstinência ou com as situações sociais suscetíveis de desencadear uma recaída.

Conhecer os hábitos tabágicos é um passo prévio importante para antecipar quais os momentos em que a urgência de fumar poderá ser maior. Nesse sentido, pode sugerir-se a elaboração de um registo de todos os cigarros fumados durante o dia, razões ou contextos em que cada cigarro foi fumado e o grau de satisfação obtido, conforme figura 4. Esta análise permitirá que a mulher tome consciência dos momentos ou circunstâncias sociais em que poderá ter maior vontade de fumar e, portanto, maior risco de recair.

A mulher grávida pode sentir-se pressionada por uma série de dificuldades que a podem levar a desistir. Devido às limitações de tempo da consulta, é aconselhável pedir à paciente para priorizar as questões que mais a preocupam, por exemplo, como lidar com o desejo de fumar ou com a possibilidade de aumentar de peso.

Figura 4 | Exemplo de registo diário do consumo de tabaco

HORA A QUE FUMEI	RAZÕES PORQUE FUMEI	CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE FUMEI	GRAU DE SATISFAÇÃO

Quadro 6 | Exemplos de diálogo para responder às preocupações mais comuns da mulher grávida

EXEMPLOS DE DIÁLOGO
<p>Utente: Parar completamente parece muito difícil. Posso diminuir o número de cigarros que fumo?</p>
<p>Profissional de saúde: De acordo com o que hoje se sabe, qualquer consumo pode prejudicar o seu bebé. É melhor parar de fumar completamente.</p>
<p>Utente: Estou preocupada com o desejo de fumar e com o que vou sentir quando parar de fumar.</p>
<p>Profissional de saúde: Os sintomas de abstinência são muitas vezes um sinal de que o seu corpo está a recuperar. A ansiedade e os momentos em que sentirá muita vontade de fumar serão mais fortes durante as primeiras semanas após parar de fumar. É uma situação normal e temporária, que implica muita força de vontade ao longo do tempo. Podemos encontrar algumas estratégias para lidar com os problemas que vai enfrentar (quadros 7 e 8).</p>
<p>Utente: Ouvi dizer que a maioria das pessoas ganha peso quando para de fumar. Eu já estou preocupada com o peso que vou ganhar durante a gravidez e não quero ficar pior.</p>
<p>Profissional de saúde: O aumento de peso durante a gravidez é normal. O eventual ganho de peso, se parar de fumar, é muito menos prejudicial do que o risco que corre se continuar a fumar. Uma vez que pare de fumar, podem utilizar-se estratégias para a ajudar a manter um peso saudável, tanto durante como após a gravidez. Fazer uma alimentação saudável e manter-se fisicamente ativa poderá prevenir um eventual ganho de peso.</p>

Após a cessação tabágica surgirão momentos em que existirá uma forte vontade de fumar (*craving*). A fim de diminuir a dificuldade de resistir à tentação de fumar, a mulher deverá saber que esse forte desejo de fumar apenas durará alguns minutos e ser ensinada a usar estratégias de distração mental nesses momentos, conforme sugerido no quadro 7.

Quadro 7 | Estratégias para lidar com o desejo de fumar

ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM O DESEJO DE FUMAR (*craving*)

- Pensar que, após um dia sem fumar, o seu bebê vai receber mais oxigênio e nutrientes necessários para se desenvolver.
- Pensar que o forte desejo de fumar só dura alguns minutos.
- Distrair a mente com pensamentos positivos.
- Respirar fundo e concentrar-se na respiração.
- Beber um copo de água.
- Andar a pé.
- Mudar de tarefa.
- Telefonar a alguém.
- Relembrar para si própria a sua decisão de não fumar.
- Evitar estar perto de pessoas a fumar.

Algumas mulheres podem sentir-se ansiosas e tentadas a controlar a ansiedade com o consumo de alimentos. É útil informar a mulher sobre o valor calórico de alguns alimentos e sobre o modo de lidar com a “fome emocional” e o desejo de fumar sem recurso a alimentos hipercalóricos. Nesse sentido, deve incentivar-se a diminuição drástica da ingestão de alimentos ricos em gordura, sal e/ou açúcar, como por exemplo bolachas, *croissants*, massas folhadas, bolos, natas, gelados, alimentos fritos, maioneses, iogurtes e queijos gordos.

Andar a pé diariamente, com calçado confortável, em terreno plano, é também bom para a saúde física e para o equilíbrio emocional da mulher, contribuindo para diminuir a ansiedade, controlar o aumento de peso durante a gravidez e melhorar a recuperação no período pós-parto.

De acordo com recomendações internacionais, a mulher grávida saudável deve realizar pelo menos 150 minutos de atividade física aeróbica moderada, repartida ao longo da semana, o que corresponde a cerca de 20 a 30 minutos diários a andar a pé. Esta meia hora diária, poderá ser repartida em períodos mínimos de 10 minutos (US Department of Health and Human Services, 2008; Levine *et al.*, 2010).

Na gravidez sem complicações, a realização de atividades físicas, como nadar ou fazer ginástica aeróbica, pode ser uma boa alternativa (Gouveia *et al.*, 2007).

Exercícios que apresentem risco de queda, trauma ou sobrecarga física devem, naturalmente, ser evitados. Na gravidez de risco, a realização de atividade física deve ser adequadamente ponderada (US Department of Health and Human Services, 2008).

Quadro 8 | Sugestões para ajudar a superar obstáculos após a cessação tabágica

SUGESTÕES PARA AJUDAR A SUPERAR OBSTÁCULOS/DIFICULDADES APÓS A CESSAÇÃO

Basta um cigarro (até mesmo uma única aspiração de fumo) para aumentar a probabilidade de recaída.

Os sintomas de abstinência, incluindo o humor irritável, a vontade intensa de fumar e a dificuldade de concentração são normais e duram no máximo algumas semanas. A vontade intensa de fumar (*craving*) pode ser desencadeada por estímulos emocionais, ambientais ou sociais, por vezes, várias semanas após o último cigarro. Os episódios de *craving* duram apenas alguns minutos. A sua frequência tende a desaparecer com o tempo.

A maioria das pessoas tenta parar várias vezes antes de ser bem sucedida. A recaída não deve ser encarada como um fracasso, mas como uma fonte de aprendizagem para uma nova tentativa (Fiore *et al.*, 2008).

Barreiras/dificuldades	Estratégias
Irritabilidade	Preparar as pessoas que convivem consigo para o facto de poder estar mais irritável. Diminuir a exigência sobre si própria. Beber muita água. Evitar bebidas estimulantes. Andar a pé.
Humor negativo	Participar em atividades físicas, como caminhar e dançar. Fazer 10 inspirações lentas e profundas. Falar com um amigo/a. Lembrar-se que esta fase vai passar, à medida que o seu organismo se for libertando da necessidade de fumar.
Estar perto de outros fumadores	Passar mais tempo com os amigos que não fumam. Pedir às pessoas para não fumarem perto de si. Não permitir que se fume em sua casa ou no seu carro. Afastar-se de pessoas a fumar, quando sentir vontade de o fazer.

Estímulos desencadeantes	<p>Identificar e antecipar as situações que lhe podem provocar desejo de fumar, tais como beber café, estar ao telefone, insónias, encontros sociais ou situações stressantes.</p> <p>Depois das refeições e depois de acordar, escovar os dentes imediatamente.</p> <p>Envolver-se em atividades que distraiam: dar um passeio, jardinagem, ler, ter um <i>hobby</i>, ou ouvir música.</p>
Stresse	<p>Mudar o seu comportamento ou estilo de vida para reduzir o stresse. Fazer atividade física, como caminhar. Falar com amigos/as.</p>
Desejo intenso de fumar	<p>Aprender a pensar de modo positivo e construtivo, o que a fará sentir-se mais forte.</p> <p>Usar pensamentos eficazes, escolhendo frases como: “Eu opto por deixar de fumar.”; “Posso usar uma série de alternativas em vez de fumar.”; “Já enfrentei problemas antes. Eu consigo lidar com isto.”; “Só estou um pouco tensa neste momento. Mas sou capaz de me acalmar.”; “Quando me apetecer fumar, faço ou penso noutra coisa.”</p>
Insónia	<p>Evitar beber café ou estimulantes. Ir para a cama apenas quando já sentir sono. Se não conseguir dormir durante a noite, deve levantar-se e ler um pouco ou realizar outra tarefa, até que volte a ter sono.</p>
Dificuldade de concentração	<p>Realizar tarefas que exijam algum esforço físico, moderado, para “queimar energia”, como andar a pé, limpar o pó da casa ou cuidar das plantas (neste último caso, deve ter o cuidado de usar luvas, para evitar o risco de infeções, como a toxoplasmose). Fazer intervalos ao longo do dia. Dormir pelo menos 6 a 7 horas por dia.</p>
Sensação de fome	<p>Escolher alimentos pobres em calorias, como pequenos frutos ou legumes (descascados ou muito bem lavados) que possam ser comidos de vez em quando (tomate <i>cherry</i>, cerejas, bagos de uva, pedaços de cenoura, “cubos” de melancia ou de melão, gomos de laranja, um pouco de pão, ou uma bolacha-maria, etc).</p> <p>Beber muita água.</p>

Fonte: Adaptado de American College of Obstetricians and Gynecologists, 2011.

A existência de suporte social é muito importante. A mulher grávida deve identificar pessoas de referência que a possam apoiar no processo de cessação tabágica. Poderá ser útil envolver o pai do bebé neste processo e motivá-lo a parar de fumar, no caso de este também ser fumador. Contudo, por vezes, o outro membro do casal pode não ser a escolha mais indicada para prestar apoio, em particular se este não estiver interessado em parar de fumar. Se for este o caso, devem encontrar-se outros elementos da família, ou do círculo social, que possam acompanhar e apoiar a grávida neste processo (Park, Tudiver, Campbell, 212; Ford *et al.*, 2013).

Os materiais de autoajuda específicos para a gravidez são um instrumento útil, como reforço do aconselhamento. Os materiais devem estar sempre disponíveis e ser produzidos num formato que possa ser utilizado em qualquer circunstância. Os materiais impressos como brochuras ou folhetos podem ser mais acessíveis do que um CD ou DVD. No entanto, o recurso aos contactos telefónicos, às novas tecnologias e à Internet oferece oportunidades que deverão ser exploradas. Também as sessões de grupo, por exemplo, com apresentações de vídeos, seguidas de debate, podem ser outra alternativa a equacionar localmente (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013).

No dia D, ou nos dias imediatamente anteriores, será importante sinalizar a decisão de parar de fumar com um reforço positivo, a enviar através de uma carta, *e-mail*, SMS, ou chamada telefónica de congratulação. Embora este contacto não seja fundamental para a abordagem “5As” ser bem sucedida, pode proporcionar à utente uma sensação de encorajamento e apoio.

Intervenção farmacológica

As utentes grávidas ou no período de amamentação devem tentar parar de fumar sem recurso a fármacos.

As ajudas farmacológicas, como a terapia de substituição de nicotina (TSN), o bupropiom e a vareniclina não foram suficientemente testadas quanto à sua eficácia e segurança durante a gravidez e o período de amamentação. Acresce que a evidência sobre a efetividade destes medicamentos no aumento das taxas de abstinência tabágica nas grávidas é ainda inconclusiva, não parecendo aumentar a probabilidade de manutenção da abstinência após o parto (WHO, 2013, (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013; Berlin *et al.*, 2014).

Segundo as recomendações da OMS, o uso do bupropiom ou da vareniclina para apoiar a cessação tabágica na gravidez não está indicado. Relativamente à nicotina, as recomendações sobre o seu uso na gravidez são inconclusivas. Neste contexto, a OMS

recomenda a realização de mais pesquisas sobre a segurança, a eficácia e os fatores que afetam a adesão à terapêutica da cessação tabágica na gravidez (WHO, 2013a).

De acordo com as recomendações do National Institute for Health and Care Excellence (2010), numa perspectiva de redução de danos, poderá ser considerada a prescrição de substitutos de nicotina em grávidas que apresentam consumos muito elevados e que não conseguiram parar de fumar sem ajuda, em tentativas anteriores. Nestas situações, os riscos da exposição do feto à nicotina e os benefícios de parar de fumar sem apoio farmacológico devem ser claramente equacionados e discutidos com a mulher.

As grávidas que optam por usar substitutos de nicotina devem ser cuidadosamente vigiadas. É importante que a mulher demonstre vontade de parar de fumar e entenda os benefícios e os riscos do uso deste medicamento, para ela e para o feto.

De modo a ser possível acompanhar a evolução, e comprovar se a grávida parou de facto de fumar nesse período, a prescrição de terapêutica de substituição de nicotina deve ser a necessária para apenas duas semanas de tratamento, contadas a partir do dia D. Será útil fazer comprovação com a medição do CO no ar expirado, a fim de se ponderar a continuidade da terapêutica com nicotina (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2008, 2013; Lumley *et al.*, 2009).

As fórmulas de libertação intermitente de nicotina (gomas ou pastilhas) são preferíveis, relativamente às fórmulas de libertação contínua (sistemas transdérmicos), não sendo aconselháveis fórmulas aromatizadas com alcaçuz. Se os sistemas transdérmicos forem usados, devem ser retirados durante a noite (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2008, 2013; Lumley *et al.*, 2009; National Institute for Care and Clinical Excellence, 2010; Australian Health Ministers' Advisory Council 2012).

O bupropiom e a vareniclina não estão indicados no período de aleitamento, dado poderem ser transmitidos ao feto através do leite materno (American College of Obstetricians and Gynecologists 2008, 2013, Lumley *et al.*, 2009, National Institute for Care and Clinical Excellence, 2010, Australian Health Ministers' Advisory Council 2012, WHO 2013a).

A mulher grávida ambivalente: a abordagem motivacional

A ambivalência é comum no processo de mudança. Perante mulheres grávidas indecisas, que exprimem vontade de parar, mas simultaneamente dão justificações para continuar a fumar, o profissional de saúde deve ter presentes os princípios da entrevista motivacional, desenvolvida por Miller e Rollnick (1991), que visa aumentar a motivação intrínseca da pessoa para a mudança, com base nos próprios objetivos e valores pessoais, no sentido de ajudar a resolver a ambivalência e facilitar a progressão para a decisão de parar.

A abordagem assente na entrevista motivacional requer mais tempo de aplicação do que a abordagem motivacional breve “5Rs”, que a seguir se descreve, mas os seus princípios podem ser úteis para evitar as resistências na comunicação e aumentar a probabilidade de que a mulher grávida indecisa faça uma tentativa mais consistente para parar de fumar (Lumley *et al.*, 2009; Lai, Cahill, Tang, 2012;;Chamberlain *et al.*, 2014).

A entrevista motivacional respeita os princípios da teoria da autodeterminação, que valoriza a motivação intrínseca, como uma condição essencial para a mudança de um dado comportamento, mesmo quando a mudança envolve desconforto ou sinais de privação (Ryan e Deci, 2000).

De acordo com esta teoria, a motivação intrínseca decorre de três condições básicas: sentido de competência (autoeficácia), perceção de autonomia e sentimento de pertença (relacionamento social) (Ryan e Deci, 2002; Markland, 2005).

A fim de reforçar a perceção de autonomia, os profissionais de saúde devem procurar conhecer as perspetivas dos pacientes, oferecer opções de escolha em relação ao tratamento, fornecer informações relevantes e apoiar a sua própria iniciativa, minimizando a perceção de coerção ou de controlo. Esta abordagem contrasta com as estratégias de comunicação prescritivas ou focadas em ameaças relativas às consequências negativas para a saúde, na vergonha ou no sentimento de culpa.

A perceção da mulher grávida quanto ao apoio e às expectativas dos familiares e amigos no sentido de que a gravidez decorra sem problemas pode, também, ser valorizada e constituir uma fonte de motivação. Pelo contrário, se a mulher grávida tiver poucos vínculos afetivos ou pouco apoio social, o profissional de saúde deverá tentar valorizar as suas competências pessoais e reforçar a sua auto-estima, através de reforços positivos.

O estilo de comunicação motivacional assenta num conjunto de princípios - empatia, evidenciar as discrepâncias, saber lidar com as resistências e reforçar a autoeficácia - que se descrevem no quadro 9.

Quadro 9 | Princípios da entrevista motivacional

PRINCÍPIOS DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL	
Expressar empatia	Aceitação incondicional (sem estigmatização ou julgamentos). Partir do ponto em que a paciente se encontra. Explorar o que esta já sabe e construir a interação a partir daí. Escuta reflexiva. Ouvir mais do que falar. Aceitar a ambivalência no processo de decisão como normal.
Evidenciar as discrepâncias	Levar a paciente a apresentar argumentos para a mudança e a tomar consciência das incoerências ou discrepâncias entre continuar a fumar e o desejo de parar ou de melhorar a sua saúde. Uma análise de prós e contras (balanço decisional) pode ajudar a evidenciar essas discrepâncias.
Lidar com a resistência	Evitar a argumentação para a mudança ("pregar" não resulta e contribui para criar resistências à comunicação). A resistência é um sinal para o profissional responder de forma diferente. Resulta do processo de comunicação. Colocar perguntas abertas e escutar reflexivamente evita as resistências na comunicação.
Apoiar a auto-eficácia	Promover a crença da paciente na sua capacidade de realizar a mudança com sucesso. Promover "falas de mudança". Fazer apreciações genuínas e positivas. Ter expectativas positivas quanto ao sucesso. A crença do profissional na capacidade da grávida para mudar, aumenta a probabilidade de sucesso.

Adaptado de: University of Colorado Anschutz Medical Campus, School of Medicine. The DIMENSIONS: Tobacco Free Toolkit for Healthcare Providers, Colorado: Behavioral Health and Wellness Program. University of Colorado Anschutz Medical Campus, 2013.

Esta abordagem pressupõe que o profissional domine diversas técnicas de comunicação, de modo a evitar o confronto, a argumentação e as resistências: fazer perguntas abertas, ser capaz de escutar reflexivamente, fazer afirmações, resumos e sínteses, e promover "falas de mudança".

Perguntas abertas

Fazer perguntas abertas, que exijam uma resposta mais aprofundada do que um simples sim/não, abre a porta para que a paciente continue a falar e exprima as suas verdadeiras crenças e preocupações (Humenuik *et al.*, 2010). Exemplos: "O que sabe sobre os riscos de fumar na gravidez? Quais os motivos que a levam a continuar a fumar? O que a preocupa se continuar a fumar?"

Escuta reflexiva

A escuta reflexiva serve para mostrar que o profissional de saúde compreende o que está a ser dito, ou para ajudar a esclarecer o que a mulher grávida realmente quer dizer. Na escuta reflexiva, o profissional de saúde deve funcionar como uma espécie de espelho que reflete aquilo que a mulher transmitiu.

Pode ser usada para realçar a ambivalência sobre o uso do tabaco, para a orientar no sentido de um maior reconhecimento dos seus problemas e preocupações, e para reforçar declarações sobre a intenção de mudança.

A escuta reflexiva eficaz incentiva a paciente a continuar a falar, pelo que o profissional de saúde deve dar tempo suficiente para que isso aconteça.

Afirmações

Fazer afirmações, genuínas, de “apreço” pelos esforços realizados pela paciente serve para criar um clima de confiança. Exemplos: “Fico contente por ver que está interessada em falar sobre o seu consumo de tabaco. Vejo que é uma pessoa forte, apesar das dificuldades que poderá ter de enfrentar...”

Sínteses

Fazer sínteses ou resumos do que foi dito pela paciente serve para mostrar que se está a compreender o que esta pretende dizer e para a ajudar a progredir no processo de mudança. Os resumos devem ser simples e breves. O profissional deve selecionar a informação que pretende valorizar, de modo a orientar a conversa no sentido mais útil ao reforço da intenção de mudança, mas sem desvirtuar o que foi dito pela paciente.

Falas de mudança

Uma das metas da entrevista motivacional é incentivar, tanto quanto possível, a conversa acerca da mudança, explorando essa intenção, num processo que reforce a perceção de autoeficácia e a motivação.

O profissional deve resistir à tentação de encontrar as soluções pela paciente. É esta que tem de fazer o trabalho de mudar, não o profissional. Quanto mais a mulher grávida verbalizar argumentos para a mudança, mais forte será o seu compromisso.

Podem incentivar-se falas de mudança com base em diferentes dimensões:

- Desejo: “Quais os motivos que a levam a fazer esta mudança?”
- Capacidade: “Se decidisse parar de fumar acha que seria capaz de se manter sem fumar?”
- Motivo: “Quais são as principais razões que a levam a querer parar?”
- Necessidade: “Em que medida parar de fumar é importante para si? Por quê?”
- Compromisso: “O que acha que vai fazer para conseguir parar?”

Complementarmente, podem ser usados diversos instrumentos motivacionais. O uso durante a consulta, ou como “trabalho de casa”, do balanço decisional de prós e contras pode ser muito útil. Nesse sentido, perguntar: “O que vê de positivo, ou de negativo, se continuar a fumar?”, “O que poderá perder, ou o que poderá ganhar, se parar de fumar?”. Em alternativa pode fornecer-se uma folha de papel com 4 opções conforme figura 5.

Figura 5 | Balanço decisional de prós e contras

	CONTINUAR A FUMAR	DEIXAR DE FUMAR
Aspetos positivos		
Aspetos negativos		

Calcular a poupança financeira em tabaco, mostrar uma imagem com os químicos do tabaco, ou medir o monóxido de carbono no ar expirado, são outros instrumentos motivacionais que poderão ser utilizados (World Health Organization, 2013b).

Abordagem motivacional breve 5Rs Estratégias de aplicação

O método de aconselhamento baseado nos 5Rs. (Relevância, Riscos, Resistências, Recompensas, Repetição) é uma forma de aconselhamento centrado na pessoa, desenvolvido para poder ser realizado de modo breve, quando o técnico dispõe de pouco tempo de consulta (Fiore *et al.*, 2008; World Health Organization, 2013b).

Baseia-se nos princípios da entrevista motivacional, anteriormente descritos, tendo como finalidade ajudar a pessoa a clarificar os motivos que a levam a não querer parar de fumar e a identificar as razões pessoais que a poderão motivar para empreender uma tentativa de mudança (Fiore *et al.*, 2008; World Health Organization, 2013b).

As etapas desta abordagem são apresentadas no quadro 10. Não é necessário realizar todos os cinco “Rs” numa só consulta, devendo escolher-se os mais relevantes, de acordo com os comentários da utente durante as etapas “Aconselhar” e “Avaliar”.

Quadro 10 | Abordagem motivacional breve 5Rs

ABORDAGEM 5Rs	
Relevância dos benefícios	Encoraje a grávida a descrever em que medida o abandono do tabaco é importante para si própria, para o seu bebé e para a sua família.
Riscos em continuar	<p>A fim de garantir que a mulher grávida compreende o risco para a sua própria saúde e para a saúde do seu bebé se continuar a fumar, em vez de enunciar os riscos, deve pedir-lhe para identificar potenciais consequências negativas. Uma maneira de começar esta parte da discussão é perguntar: "Embora não queira ou não esteja pronta para parar agora, o que já ouviu falar sobre os riscos de fumar durante a gravidez?" Se a grávida parece não conhecer os riscos, este será um bom momento para fornecer informações específicas sobre o consumo de tabaco durante a gravidez.</p> <p>Uma mulher que teve um filho saudável, apesar de ter fumado, pode estar convencida de que não é necessário parar de fumar. Esta é uma oportunidade para se certificar de que a grávida conhece os riscos. Deve informá-la de que cada gravidez é diferente e que, pelo facto de estar mais velha e fumar há mais anos, pode apresentar maior risco de complicações.</p>
Recompensas	<p>Peça à grávida para descrever os benefícios de parar de fumar para ela, para o bebé e para a sua família. Dependendo da situação, ela pode precisar de alguns exemplos, tais como: "Vai diminuir o risco de complicações, terá mais energia para cuidar de si mesma e do seu bebé" ou "Vai dar um bom exemplo aos seus filhos e aos seus amigos" .</p> <p>A história clínica da paciente e a informação sobre o comportamento em relação ao tabaco podem fornecer informações valiosas para criar uma lista de fatores que poderão aumentar a motivação para parar, por exemplo, poupar dinheiro que poderá ser útil, agora que a família vai aumentar, ou reduzir o risco de asma ou de outras doenças crónicas.</p>
Resistências	<p>Peça à grávida para identificar os obstáculos e as dificuldades que sente, relativamente à decisão de parar de fumar. Procure explorar eventuais soluções, pedindo à paciente se acha que essas dificuldades podem ser ultrapassadas e como. As soluções identificadas pela própria paciente serão mais facilmente seguidas.</p> <p>Deve tranquilizá-la acentuando que os profissionais de saúde estão disponíveis para a ajudar a superar eventuais obstáculos. O suporte familiar ou social poderá ser explorado.</p> <p>Deve reforçar-se a percepção de autoeficácia para enfrentar os problemas.</p>

Repetição

Em cada consulta, o profissional de saúde deve avaliar se a grávida mudou de posição quanto à possibilidade de fazer uma tentativa para parar de fumar. Saliente que muitas pessoas que tentam parar de fumar têm recaídas antes de serem bem sucedidas e que fazer uma tentativa para parar aumenta a probabilidade de vir a ter êxito. A recaída faz parte do processo de mudança. Por outro lado, pode aprender com as várias tentativas, aumentando assim a capacidade de lidar com a privação dos cigarros e de conseguir parar definitivamente.

Para quem não responde à Intervenção 5Rs, pode ser útil fornecer informações sobre como obter ajuda, se mudar de ideias, ou fornecer um folheto de autoajuda.

Fonte: Adaptado de American College of Obstetricians and Gynecologists, 2011.

Em alternativa à abordagem 5 Rs pode usar-se a folha de balanço decisional de prós e contras: “O que vê de positivo se continuar a fumar? O que vê de negativo? O que poderá perder se parar de fumar e o que poderá ganhar?”

Se a mulher progredir para a fase de ambivalência deve reforçar-se a abordagem motivacional.

Se mantiver a sua opção de não querer parar, o profissional deve manter as linhas de comunicação abertas, no final da entrevista, por exemplo, com a seguinte declaração: “Eu entendo que não esteja preparada para parar de fumar, mas peço-lhe que pense sobre esta opção até à próxima consulta”. Em alternativa, pode pedir permissão para voltar a falar no assunto numa próxima consulta e fornecer uma brochura de autoajuda.

As utentes devem continuar a receber aconselhamento mesmo quando não se encontram preparadas para parar. Fumar é um problema de saúde demasiado grave para que o profissional de saúde desista de o abordar.

Ajudar a mulher grávida que não quer parar de fumar

Uma utente que recusa fazer uma tentativa para parar de fumar tem certamente motivos para não parar, que, por vezes, pode não conseguir ou não querer expressar. Frequentemente a mulher duvida da sua capacidade para parar de fumar. Gostaria no seu íntimo de parar, mas tem receio de não conseguir resistir à vontade de fumar. Por vezes a mulher já fez tentativas fracassadas, reforçando a sua convicção de que não consegue deixar o tabaco. Pode, também, estar pouco consciente dos riscos ou ter a perceção de

que estes não se aplicam a si. Por outro lado, podem coexistir outras dependências e problemas de saúde mental que dificultem ainda mais esta decisão.

A abordagem do tema da cessação tabágica, com pacientes pouco motivadas, pode provocar resistência ou desculpas por parte da paciente. Nestas situações há que expressar empatia e evitar o confronto ou as atitudes prescritivas ou moralizadoras. Deve usar-se um método de comunicação centrado na paciente, que parta daquilo que esta já sabe, e que lhe permita progredir na clarificação dos seus conhecimentos, objetivos e decisões através do aumento da capacitação e da autonomia.

O profissional deve evitar cair na tentação de encontrar soluções. Estas devem ser encontradas pela mulher. Nesse sentido, devem usar-se perguntas abertas e escuta reflexiva.

5 A - ACOMPANHAR

O passo final da abordagem “5 As” consiste no acompanhamento após a cessação, de modo a monitorizar a evolução do processo, identificar e ajudar a resolver eventuais dúvidas ou dificuldades, evitar a recaída e consolidar o sucesso da cessação.

Proporcionar incentivo e reforço positivo relativamente ao esforço que está a ser feito é importante para manter a motivação.

Se a grávida deixou recentemente de fumar (respostas B ou C à pergunta inicial sobre o consumo de cigarros), deve ser felicitada por não fumar. A importância de evitar situações de exposição ao fumo de terceiras pessoas deve ser reiterada.

Deixe que a grávida saiba que vai acompanhar a situação nas próximas consultas e que está disponível se ela necessitar.

Intervenção após o parto e prevenção da recaída

Cerca de 60% a 80% das mulheres que param de fumar durante a gravidez têm uma recaída no ano após o parto (National Institute for Health and Care Excellence, 2010; Chamberlain *et al.*, 2013).

Dados recolhidos em 5 maternidades do Porto, em 2005/2006, revelaram que apenas cerca de um terço das mulheres que afirmaram ter parado de fumar durante a gravidez se mantinham abstinentes quatro anos mais tarde (Alves *et al.*, 2013).

Não existem dados conclusivos sobre quais as melhores estratégias para prevenir a recaída no período após o parto (National Institute for Health and Care Excellence, 2010; Chamberlain *et al.*, 2013; Su e Buttenheim, 2014).

Avaliar a intenção de manter a decisão de não fumar, no último trimestre de gravidez, pode ajudar a identificar as mulheres que precisarão de mais acompanhamento a seguir ao parto (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013).

Os passos seguintes podem ajudar a reduzir o risco de recidiva:

- Avaliação e registo sistemático do consumo de tabaco em todas as consultas de saúde materna e infantil.
- Dar aconselhamento positivo. A linguagem é importante no aconselhamento para a cessação tabágica. É sempre útil reiterar mensagens curtas sobre os benefícios para a

saúde infantil e familiar, de manter um ambiente em casa livre de fumo, em termos de redução do risco de consequências graves, como a síndrome da morte súbita do lactente, bronquite e asma e problemas da infância mais comuns, como cólicas e otite média.

- Continuar a louvar o esforço por não desistir.
- Reforçar o desejo de ser uma boa mãe, dizendo, por exemplo, “Ajudou realmente o seu bebê, fornecendo um espaço em casa livre de fumo para que ela /ele possa continuar a crescer de forma saudável”, enfatizando que a própria mãe terá mais energia para cuidar do seu bebê e fornecendo mensagens de felicitações adicionais.

Perante uma recaída, tranquilize e incentive a mulher a tentar novamente. Diga-lhe: “Foi uma má decisão, não um fracasso.” De seguida:

- Pergunte se quer parar de fumar imediatamente e, em caso afirmativo, marque nova data para parar por escrito.
- Diga-lhe para se livrar novamente de tudo o que esteja relacionado com o tabaco (cigarros, fósforos, isqueiros, cinzeiros).
- Fale-lhe sobre o que funcionou bem inicialmente e o que pode ter levado à recaída.
- Peça à utente para pensar sobre o que a fez querer fumar, e em que circunstâncias, deste modo ela poderá entender o que desencadeou a recaída e desenvolver um plano para evitar o fator desencadeante, ou lidar melhor com ele da próxima vez.

As mulheres que aumentam significativamente o seu peso durante a gravidez podem estar em maior risco de recaída (Favaretto *et al*, 2007; Berg, 2008, Levine *et al.*, 2010). Se uma mulher está preocupada com seu peso após o parto, quando está a tentar parar de fumar, estas sugestões podem ajudá-la:

- “Não se concentre na perda de peso durante a tentativa para parar de fumar. Pare de fumar em primeiro lugar e em seguida trataremos das questões de peso.”
- “Escolha alimentos saudáveis, ricos em nutrientes e pobres em gorduras, sal e açúcar.”
- “Participe em atividades físicas moderadas, como andar a pé.”

Pode ser necessário providenciar aconselhamento sobre alimentação saudável e apoio para a gestão do peso, sendo de considerar o encaminhamento para um nutricionista.

Para as mulheres que sofrem recaídas, visitar os passos “5 As” e continuar a afirmar os efeitos positivos de parar de fumar, tranquilizando e reassegurando a determinação da equipa em continuar a ajudá-la no processo.

Aleitamento materno

Apesar de a nicotina e de outros tóxicos do fumo do tabaco estarem presentes no leite materno, este é o melhor alimento para o bebé. Se as mães fumadoras não conseguem parar de fumar, devem ser aconselhadas a amamentar, minimizando os riscos para o bebé, quer da exposição aos químicos do tabaco transmitidos através do leite, quer do fumo ambiental:

- Fumar o menor número possível de cigarros;
- Nunca fumar, pelo menos 1 ou 2 horas, antes de o bebé mamar;
- Nunca fumar junto do bebé;
- Usar um “casaco para fumar” que deverá ser retirado quando a mãe pega ou cuida do bebé;
- Nunca fumar dentro de casa ou à janela;
- Nunca fumar no interior do carro (Taylor e Pyatt, 2015).

Mulheres grávidas muito dependentes

As mulheres grávidas que fumam mais de um maço de cigarros por dia e se mostram incapazes de parar depois de uma intervenção breve podem precisar de assistência adicional. O encaminhamento para uma consulta de apoio intensivo de cessação tabágica pode ajudar algumas mulheres e deve ser oferecido.

Quadro 11 | Síntese da abordagem “5As”

ABORDAGEM “5As”- SÍNTESE	
PASSOS “5As”	AÇÃO
Aborde o assunto:	Não questione: “Você fuma?” ou “Não fuma, pois não?”
Questione sobre o consumo de tabaco	Utilize uma pergunta de resposta múltipla: “Qual das seguintes afirmações descreve melhor o seu consumo de tabaco?”
Registe na ficha clínica	a. Nunca fumei ou fumei menos de 100 cigarros durante a minha vida. b. Parei de fumar antes de saber que estava grávida e neste momento não fumo. c. Parei de fumar depois de saber que estava grávida e neste momento não fumo.

	<p>d. Ainda fumo, mas reduzi o número de cigarros que fumo desde que soube que estava grávida.</p> <p>e. Fumo regularmente, aproximadamente o mesmo que fumava antes de saber que estava grávida.”</p> <p>Se a grávida parou de fumar antes ou depois de saber que estava grávida (resposta b) ou c), reforce a sua decisão, felicitando-a e incentivando-a a manter esse comportamento.</p> <p>Se a grávida fuma, resposta d) ou e), prossiga para as etapas seguintes.</p> <p>Registe a resposta na ficha clínica.</p>
<p>Aconselhe a parar</p>	<p>Pergunte o que é que a paciente já sabe sobre os riscos do consumo de tabaco na gravidez. Depois complete a informação se necessário.</p> <p>Enfatize que parar de fumar é uma das mudanças mais importantes que a mulher grávida pode fazer.</p> <p>Faça perguntas abertas: “O que sabe sobre os riscos de fumar na gravidez?” Use uma linguagem positiva. Evite o confronto. Advertências e discursos sobre os riscos de fumar podem ser intimidantes ou desanimadores.</p> <p>Utilize argumentos claros, fortes e individualizados sobre os benefícios de parar de fumar e o impacto do tabagismo para a mulher, o feto e o bebê. Não faça julgamentos ou recriminações.</p> <p>Tipo de discurso, exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Claro: “É importante que pare de fumar, pela sua saúde e pela saúde do seu bebê. Eu posso ajudá-la.” · Determinado: “Como seu médico (ou profissional de saúde), preciso que saiba que parar de fumar é a coisa mais importante que pode fazer para proteger o seu bebê e a sua própria saúde. <p>A nossa equipa pode e vai ajudá-la a consegui-lo.”</p> <ul style="list-style-type: none"> · Individualizado: Estabeleça relação entre o abandono do consumo do tabaco e o benefício para a saúde da mulher, do bebê, dos restantes membros da família e a experiência pessoal de cada mulher, com uma declaração como: “Sabemos que há problemas de asma na sua família. O seu bebê será mais saudável, e terá menos problemas respiratórios, se parar de fumar”.

<p>Avalie a motivação para parar</p>	<p>Questione se a mulher está preparada para fazer uma tentativa de parar de fumar nos 30 dias seguintes.</p> <p>Considere a possibilidade de formalizar o desejo de parar com um contrato de compromisso para deixar de fumar no dia D.</p> <p>Em alternativa utilize as escalas analógicas de 1 a 10, para avaliar a importância e a autoeficácia para parar de fumar.</p> <p>Avalie a dependência: “Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro? Quantos cigarros fuma por dia?”</p> <p>Poderá ser útil fazer uma avaliação de monóxido do carbono no ar expirado, com recurso a um medidor (coxímetro).</p> <p>Decida qual a estratégia a seguir em função da prontidão para mudar.</p> <p>Registe a decisão da utente na ficha clínica, para assegurar a abordagem do assunto na consulta seguinte.</p> <p>Avalie o consumo nas visitas subsequentes.</p>
<p>Se a mulher grávida não está preparada para parar, explore os motivos</p>	<p>Use a estratégia 5Rs (relevância, riscos, recompensas, resistências, repetição).</p> <p>Se a grávida tentou parar mas não conseguiu ou recaiu, explore o que não funcionou.</p> <p>Tranquilize a grávida referindo que, por vezes, são necessárias várias tentativas para ter sucesso.</p> <p>Não advirta, seja aberto e disponível.</p> <p>Peça autorização para voltar a falar sobre este assunto na próxima consulta.</p>
<p>Se a mulher grávida está ambivalente, ajude a clarificar a decisão</p>	<p>Use uma abordagem motivacional, por exemplo o balanço de prós e contras. Faça perguntas abertas. Promova as falas de mudança. Faça sínteses e afirmações positivas. Reforce a autoeficácia.</p>

Se a mulher grávida está disposta a parar, forneça orientação e apoio

Ajude a grávida a marcar uma data para deixar de fumar.

Utilize "um contrato", incluindo a data para parar e os recursos que vão ser utilizados para a cessação.

Proponha um diário para a grávida aprender a conhecer os momentos ou os contextos em que os cigarros lhe dão mais prazer, dado que serão os mais difíceis de abandonar.

Forneça materiais de autoajuda, com conselhos sobre estratégias para ter sucesso na cessação e para a resolução de problemas.

Pratique com a utente o diálogo sobre "não fumar", que esta poderá usar com a família e os amigos.

Incentive a grávida a partilhar com a família, amigos e colegas de trabalho, a sua decisão e a pedir a sua compreensão e apoio.

Ajude-a a preparar-se para as dificuldades nas primeiras semanas, tais como os sintomas de abstinência da nicotina.

Aconselhe-a a retirar todos os produtos do tabaco do seu ambiente habitual e a evitar os locais ou os contextos associados ao consumo de tabaco (por exemplo, espaços de lazer ou determinadas situações sociais).

Deixe claro que a abstinência total é essencial: "Nem mesmo um único cigarro após a data para parar de fumar."

Ajude a desenvolver estratégias para lidar com outros fumadores no domicílio. Pode incentivar outros familiares a parar de fumar conjuntamente com ela ou pedir-lhes que não fumem na sua presença.

Se a grávida fez uma tentativa anterior, deverá rever e identificar o que contribuiu para a recaída, de modo a retirar ensinamentos dessa experiência.

Incentive-a a expressar os seus temores/receios sobre parar de fumar, as dificuldades sentidas e eventuais sentimentos ambivalentes.

<p>Organize o acompanhamento</p>	<p>Planeie o acompanhamento e providencie o apoio necessário em cada visita seguinte.</p> <p>Envie uma mensagem de parabéns sempre que a utente atinge objetivos e se mantém sem fumar.</p> <p>Reforce a decisão de parar de fumar.</p> <p>Comunique a sua confiança na capacidade de a grávida se manter sem fumar.</p> <p>Convide-a para falar sobre o seu sucesso.</p>
<p>Ajude a prevenir a recaída</p>	<p>Estabeleça e mantenha uma via de comunicação para momentos difíceis. Disponibilize um número de telefone de serviço (para telefonemas ou SMS) ou um endereço de <i>e-mail</i> para que esta possa comunicar os problemas que vai encontrando e os sucessos que vai tendo, após ter parado de fumar.</p> <p>Se não for possível indicar contactos locais, sugira o contacto com a linha Saúde 24: 808 24 24 24</p>

6 ACONSELHAMENTO DA GRÁVIDA ADOLESCENTE

Não existem dados nacionais sobre a prevalência de consumo de tabaco entre as grávidas adolescentes. De acordo com diversos estudos, as grávidas adolescentes podem apresentar uma maior probabilidade de consumo de tabaco do que as restantes grávidas, acedendo menos aos serviços de apoio intensivo à cessação tabágica. Por outro lado, a gravidez na adolescência apresenta um risco acrescido de complicações, como o baixo peso ao nascer e o parto prematuro, que pode ser agravado pelo consumo de tabaco (Chan e Sullivan, 2008; Douglas, Gray, Teijlingen, 2010).

Apesar destes riscos, as grávidas adolescentes fumadoras nem sempre são devidamente aconselhadas e apoiadas a parar de fumar. O aconselhamento breve durante a vigilância da gravidez pode constituir uma oportunidade de sensibilizar a adolescente e de a encaminhar para uma consulta de apoio intensivo à cessação tabágica.

A abordagem de uma jovem grávida pode ser mais bem sucedida se o aconselhamento for:

- Pessoal – com significado para a adolescente, adaptado às suas preocupações e às suas competências pessoais;
- Relevante – para a sua idade, cultura e estilo de vida;
- Realista - não excessivamente ambicioso, mas compreendendo plenamente todos os obstáculos que será necessário enfrentar ao tentar parar de fumar;
- Prático - ajudando a encontrar maneiras de contornar esses obstáculos, para aumentar a probabilidade de sucesso;
- Acorado - numa relação de confiança e de respeito (Alley e Wareing, 2010).

ESTRATÉGIAS PARA UMA COMUNICAÇÃO EFICAZ

Escuta reflexiva

Ouçã com atençã o que a jovem tem a dizer, as suas preocupações e o que considera importante. Deixe que a jovem fale sobre os seus problemas, o que sente e o que considera que a pode impedir de parar de fumar. É de grande importãncia tentar perceber qual o papel que o tabaco representa na vida da adolescente. Por vezes a adolescente tem crenças acerca do tabaco, que importa conhecer e clarificar, como por exemplo, que fumar contribui para que o parto seja mais fácil.

Reforço positivo

Encontre algo para elogiar na forma como a jovem gere atualmente situações difíceis. Muitas mulheres jovens que engravidam nã têm muita experiêcia de sucesso e de elogios, e podem nã ter a autoconfiança necessãria para assumir o controlo das suas opções, tal como ter uma casa livre de fumo, em particular se viverem com um companheiro ou outros familiares fumadores. Os reforços positivos podem ajudar a desenvolver a autoconfiança e a percepçã de autoeficãcia na cessaçã.

Abordagem de resoluçã de problemas

Os obstãculos à cessaçã tabãgica são específicos para cada jovem. Ouça as dificuldades que esta sente. Pense no seu papel como um orientador, ajudando-a a clarificar esses obstãculos e a identificar as possíveis soluções. A adolescente terã mais hipóteses de lidar com um problema se encontrar, com a sua ajuda, as suas próprias estratãgias para lidar com ele. É melhor uma pequena soluçã encontrada pela jovem, que serã melhor seguida, do que uma grande soluçã encontrada pelo profissional de saúde.

Procure diminuir a ansiedade da jovem, acentuando que muitas outras mulheres enfrentaram dificuldades semelhantes, mas com a ajuda dos profissionais de saúde conseguiram lidar com esses obstãculos e parar de fumar.

Sempre que possível, e sempre com a concordãcia prãvia da jovem, é importante obter o envolvimento e o suporte do pai do bebã ou de outros elementos da família. Se o pai do bebã for fumador, deve ser sensibilizado para parar de fumar.

Fornecer um folheto de autoajuda pode ser útil. Poderã explorar-se o recurso ao apoio atravãs de *e-mail* ou do telefone. No entanto, lembre-se que muitas jovens que engravidam têm uma baixa escolaridade. O aconselhamento deve ser sempre adaptado a cada adolescente e às suas condições de vida.

É importante que a jovem sinta que poderã falar consigo, ou com outro elemento da equipa de saúde, caso tenha alguma dúvida. Se for possível, deve ser dado um número de telefone para contacto em situações de "urgêcia".

ACONSELHAMENTO DE MULHERES GRÁVIDAS ADOLESCENTES	
O QUE A JOVEM PODE DIZER...	O QUE O PROFISSIONAL DE SAÚDE PODE RESPONDER...
<p>“Preciso de fumar, estou stressada e fumar ajuda-me a acalmar e a ficar menos nervosa.”</p>	<p>Pergunte sobre as razões pelas quais se sente ansiosa e como poderá ser ajudada.</p> <p>Explique que fumar só a acalma por um período muito curto. Algum tempo após ter fumado o último cigarro, sentirá ansiedade provocada pela falta da nicotina e terá necessidade de voltar a fumar. Ou seja, fumar contribui para provocar ansiedade.</p> <p>Explique também que, cada vez que fuma, reduz a quantidade de oxigénio disponível para o bebé e isso faz com que o coração do bebé bata mais rapidamente, aumentando a sensação de ansiedade.</p>
<p>“Eu já tentei parar, mas é muito difícil.”</p>	<p>Felicite-a por já ter tentado parar de fumar e reforce que é muito importante voltar a tentar, agora que está grávida.</p> <p>Pergunte quais os motivos que a levaram a tentar parar de fumar.</p> <p>Pergunte sobre essa experiência e sobre o que a ajudou a parar e os motivos que a fizeram retomar o consumo.</p> <p>Reconheça que parar de fumar não é fácil. Ofereça o seu apoio e o apoio da equipa. Sublinhe que já ajudou outras mulheres grávidas a parar e que está disponível para responder às suas dúvidas e para a ajudar a encontrar soluções.</p>
<p>“Fumar ajuda-me a não ganhar peso, durante a gravidez.”</p>	<p>Concorde que manter um peso saudável durante a gravidez é importante, no entanto, a chave para a gestão do peso é fazer uma alimentação saudável em vez de fumar.</p> <p>Dê informação sobre como fazer uma alimentação saudável. Se necessário encaminhe para o nutricionista.</p>

“Posso ter um bebé mais pequeno se continuar a fumar?”

Explique que fumar aumenta a possibilidade de o bebé ter mais dificuldade em crescer, devido aos efeitos dos tóxicos do fumo na placenta e na circulação fetal. Ter um bebé com atraso de crescimento pode significar ter que o deixar no hospital e, possivelmente, nos cuidados intensivos, porque vai precisar de ajuda para respirar e controlar a temperatura corporal. Estas situações podem contribuir para que o bebé possa vir a ter mais doenças no futuro.

“Consegui reduzir o número de cigarros que fumava desde que soube que estava grávida.”

Felicite-a por reconhecer que fumar é perigoso para ela e para o seu bebé.
Pergunte como conseguiu reduzir e se teve algum apoio.
Reafirme os benefícios e a importância de parar de fumar e lembre que não existe um nível seguro de exposição e que, muitas vezes, quando as pessoas diminuem o número de cigarros que fumam, sem se aperceberem inalam mais profundamente e aspiram mais vezes. Ou seja, podem não diminuir o risco.
Ofereça o seu apoio e o apoio da equipa para a ajudar a parar de fumar. Sublinhe que parar de fumar será mais fácil com o seu apoio.

“Eu já fumei durante metade da minha gravidez, portanto já não vai fazer diferença.”

Diga que fumar é prejudicial durante a gravidez e que parar em qualquer momento da gravidez será sempre bom para ela e para o bebé. Nos últimos meses de gravidez o crescimento do bebé é mais rápido, pelo que é importante que o bebé possa receber o oxigénio e os nutrientes de que necessita. Parar de fumar é sempre importante, mesmo que seja apenas nas últimas semanas antes do parto.

“Eu não consigo parar sozinha.”

Reconheça que parar de fumar não é fácil.
Ofereça o seu apoio e o da equipa para a ajudar a parar de fumar.
Peça-lhe para pensar em amigos ou familiares que a possam ajudar nos momentos mais difíceis.

“Eu estou a tentar parar, mas às vezes ainda fumo um cigarro.”

Se isso acontecer, reforce que não se deve sentir culpada: foi apenas um lapso.

Ajude-a a tentar entender porque isso aconteceu e como pode evitar uma situação semelhante no futuro. Ajude-a a encontrar estratégias para lidar com situações em que a tentação de fumar pode ser maior. Poderá ser necessário aprender e treinar estratégias de descondicionamento comportamental, através da mudança de hábitos ou dos contextos em que habitualmente fumava sempre um cigarro.

“Todos os meus amigos fumam, vou sentir-me mal quando estiver com eles.”

Sugira que deve explicar aos seus amigos porque é tão importante não fumar e pedir o seu apoio para que não fumem junto de si e não lhe ofereçam cigarros.

Peça-lhe para pensar se tem um amigo, ou um membro da família, que tenha parado de fumar e que esteja preparado para lhe dar apoio.

Diga-lhe que deve estar preparada para situações difíceis e momentos de tentação e ajude-a a pensar como pode lidar com eles.

“Quando tiver o bebé em casa, passo a fumar fora de casa.”

Felicite-a por tomar essa decisão. Pergunte porque decidiu que não fumar perto do bebé é importante. Reafirme os perigos do fumo passivo para as crianças e explique como o tabagismo durante a gravidez também prejudica o bebé. Fumar fora de casa não elimina a exposição do bebé, porque as partículas do fumo ficam presas nas roupas da mãe, ou podem entrar no interior da casa quando se fuma à janela ou na varanda. O melhor é mesmo parar de fumar definitivamente.

Fonte: Adaptado de Alley e Wareing, 2010.

7

INTERVENÇÃO MUITO BREVE

No caso de o profissional de saúde dispor de muito pouco tempo, ou não se sentir preparado para realizar uma intervenção “5As” completa, poderá optar por uma intervenção muito breve 2As+ R. As três tarefas são as seguintes:

1º A - (A)border - perguntar se a grávida fuma atualmente ou se já fumou e registar essa informação. A pergunta a fazer: “Quantas vezes fumou nos últimos 30 dias?”

2º A - (A)conselhar a parar - no caso de a grávida ser fumadora, informar sobre a importância da cessação tabágica e a existência de apoios disponíveis. Não será necessário avaliar a motivação para parar. Poderá passar-se de imediato à proposta de encaminhamento para apoio numa consulta de cessação tabágica.

(R)referenciar - perguntar à utente se está interessada em ser apoiada a parar de fumar. Em caso afirmativo deve marcar uma nova consulta ou encaminhar para uma consulta de apoio intensivo à cessação tabágica.

Esta abordagem requer uma boa articulação entre serviços e um adequado conhecimento sobre as consultas de cessação tabágica disponíveis e formas de referência. A marcação da consulta deve ser rápida e ter carácter prioritário, sob pena de perder utilidade em termos de proteção da gravidez.

BIBLIOGRAFIA

Abrams DB. Synthesis and future directions in craving research. Transdisciplinary concepts and measures of craving: commentary and future directions. *Addiction*. 95:2 (2000) 237-46.

Albuquerque CA, Smith KR, Johnson C, Chao R, Harding R. Influence of maternal tobacco smoking during pregnancy on uterine, umbilical and fetal cerebral artery blood flows. *Early Human Development*. 80 (2004) 31-42.

Alley K, Wareing H. Talking about smoking in pregnancy: A guide for professionals who work with pregnant teenagers. Tommy's, 2010. Disponível em: www.tommys.org

Alves E, Azevedo A, Correia S, Barros H. Long-term maintenance of smoking cessation in pregnancy: an analysis of the birth cohort, Generation XXI. *Nicotine & Tobacco Research*. 15: 9 (2013)1598-1607.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Motivational interviewing: a tool for behavior change. ACOG. Committee Opinion No. 423. *Obstetrics and Gynecology*. 113 (2009) 243-246.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Smoking cessation during pregnancy. ACOG. Committee Opinion n.º 471. *Obstetrics and Gynaecology*. 166 (2010) 1241-1244. (Reaffirmed 2013).

American College of Obstetricians and Gynecologists. Smoking cessation during pregnancy: A clinician's guide to helping pregnant women quit smoking. 2011.

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee on Obstetric Practice Opinion. Exercise during pregnancy and the postpartum period. Number 267, January 2002. (Reaffirmed 2009).

American Academy of Pediatrics, Committee on Environmental Health. Environmental tobacco smoke: A hazard to children. *Pediatrics*, 99. 4 (1997) 639-642. (Reaffirmed 2007).

Australian Health Ministers' Advisory Council 2012; Clinical Practice Guidelines: Antenatal Care – Module 1. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing, 2012.

Bagot KS, Heishman SJ, Moolchan ET. Tobacco craving predicts lapse to smoking among adolescent smokers in cessation treatment. *Nicotine & Tobacco Research*, 9 (2007) 647-652.

Bailey BA. Using expired air carbon monoxide to determine smoking status during pregnancy: Preliminary identification of an appropriately sensitive and specific cut-point. *Addictive Behaviors*, 38:10 (2013) 2547-2550.

Berlin I, Grangé G, Jacob N *et al.* Nicotine patches in pregnant smokers: randomised, placebo controlled, multicentre trial of efficacy. *British Medical Journal* 348 (2014) g1622 doi: 10.1136/bmj.g1622.

Benowitz NL, Lessov-Schlaggar CN, Swan GE *et al.* Female sex and oral contraceptive use accelerate nicotine metabolism. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 79 (2006) 480–488.

Benowitz NL. Neurobiology of nicotine addiction: Implications for smoking cessation treatment. *The American Journal of Medicine*. 121 (supl. 1), (2008) S3-S10.

Benowitz NL. Nicotine addiction. *New England Journal of Medicine*. 362 (2010) 2295-2303.

Berg CJ, Park ER, Chang Y *et al.* Is concern about post-cessation weight gain a barrier to cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. *Nicotine Tobacco Research*, 10 (2008) 1159–1163.

Boldo E, Medina S, Oberg M, *et al.* Health impact assessment of environmental tobacco smoke in European children: sudden infant death syndrome and asthma episodes. *Public Health Reports*. 125 (2010) 478-487.

Borland R, Yong HH, O'Connor RJ *et al.* The reliability and predictive validity of the heaviness of smoking index and its two components: findings from the International tobacco control four country study. *Nicotine and Tobacco Research*, 12: sup 1 (2010) S45–S50.

Borland T *et al.* Exploring the adequacy of smoking cessation support for pregnant and postpartum women. *BMC Public Health* 13:472 (2013). Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/472>

British Market Research Bureau. Infant feeding survey 2005. A survey conducted on behalf of the Information Centre for Health and Social Care and the UK Health Departments. Southport: The Information Centre, 2007.

Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation in pregnancy: systematic review and meta-analysis. *Addiction* 106:1(2011) 52–61.

Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S. *et al.* Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Europe PMC Funders Group Author Manuscript. *Cochrane Database Systematic Review*. Author manuscript; PMC, 15 (2014).

Chaiton MO, Cohen JE, McDonald PW *et al.* The heaviness of smoking index as a predictor of smoking cessation in Canada. *Addictive Behaviors*. 32: 5 (2007) 1031–1042.

Chan DL, Sullivan EA. Teenage smoking in pregnancy and birthweight: a population study, 2001–2004. *The Medical Journal of Australia*. 188 (2008) 392–396.

Clifford A, Lang L, Chen R. Effects of maternal cigarette smoking during pregnancy on cognitive parameters of children and young adults: a literature review. *Neurotoxicology and Teratology*. 34:6 (2012)560-70.

Cnattingius S. The epidemiology of smoking during pregnancy: Smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. *Nicotine and Tobacco Research*. 6 (Suppl 2) (2004) S125–S140.

Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Systematic Review* (2012) 9:CD010078.

Dietz PM, England LJ, Shapiro-Mendoza CK *et al.* Infant morbidity and mortality attributable to prenatal smoking in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*. 39:1 (2010) 45-52.

DiFranza J R *et al.* Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*. 161:7 (2007) 704-710.

Direção-Geral da Saúde. Programa-tipo de cessação tabágica. Circular normativa n.º 26/DSPPS, de 28/12/2007.

Douglas FCG, Gray DA, Teijlingen ER. Using a realist approach to evaluate smoking cessation interventions targeting pregnant women and young people. *BMC Health Services Research* 10:49 (2010). Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/49>

Dwyer JB, McQuown SC, Leslie FM. The dynamic effects of nicotine on the developing brain. *Pharmacology and Therapeutics*. 122 (2009)125–139.

Ebert M, Fahy K. Why do women continue to smoke in pregnancy? *Women Birth* 20 (2007) 161–168.

England LJ, Kendrick JS, Wilson HG, Merritt RK, Gargiullo PM, Zahniser SC. Effects of smoking reduction during pregnancy on the birth weight of term infants. *American Journal of Epidemiology*. 154 (2001) 694–701.

Fahy SJ, Cooper S, Coleman T *et al.* Provision of smoking cessation support for pregnant women in England: results from an online survey of NHS stop smoking services for pregnant women. *BMC Health Services Research*. 14:107 (2014)

Fang WL, Goldstein AO, Butzen AY *et al.* Smoking cessation in pregnancy: A review of postpartum relapse prevention strategies. *The Journal of the American Board of Family Medicine* 17(2004) 264–75.

Farley AC, Hajek P, Lycett D *et al.* Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 1 (2012).

Favaretto AL, Duncan BB, Mengue SS *et al.* Prenatal weight gain following smoking cessation. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*. 135 (2007) 149–153.

Ferreira-Borges C. Effectiveness of a brief counseling and behavioral intervention for smoking cessation in pregnant women. *Preventive Medicine*. 4:1 (2005) 295–302.

Ferreira PL, Quintal C, Lopes I, Taveira N. Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 27: 2 (2009) 37-56.

Fidler A, Shahab L, West R. Strength of urges to smoke as a measure of severity of cigarette dependence: comparison with the Fagerström Test for Nicotine Dependence and its components. *Addiction*, 106: 3 (2011) 631–638.

Fiore M *et al.* Treating tobacco use and dependence: 2008 update: clinical practice guideline. Rockville, MD: Public Health Service. U.S. Department of Health and Human Services, 2008.

Ford P, Clifford A, Gussy KA. Systematic review of peer-support programs for smoking cessation in disadvantaged groups. *Int. Journal of Environmental Research and Public Health* 10 (2013) 5507-5522.

Geelhoed JJM, Marroun H, Verburg BO *et al.* Maternal smoking during pregnancy, fetal arterial resistance adaptations and cardiovascular function in childhood. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. 118:6 (2011) 755 -762.

Geiss O, Kotzias D. Tobacco, Cigarettes and Cigarette Smoke. An overview, Luxembourg: European Commission, Directorate-General Joint Research Centre, Institute for Health and Consumer Protection, 2007.

Godding V, Bonnier C, Fiasse L *et al.* Does in utero exposure to heavy maternal smoking induce nicotine withdrawal symptoms in neonates? *Pediatric Research*, 55:4 (2004) 645–1.

Goodwin RD, Keyes K, Simuro N. Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 109: 4 (2007) 875-883.

Gouveia R, Martins S, Sandes AR *et al.* gravidez e exercício físico. Mitos, evidências e recomendações. *Acta Médica Portuguesa*, 20 (2007) 209-214.

Greaves L, Poole N, Okoli CTC *et al.* Expecting to Quit: A best practices review of smoking cessation interventions for pregnant and post-partum women (2nd ed.). Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. 2011.

Hackshaw A, Rodeck C, Boniface S. Maternal smoking in pregnancy and birth defects: a systematic review based on 173 687 malformed cases and 11.7 million controls. *Human Reproduction Update*. 17:5 (2011)589-604.

Hardy B, Szatkowsk L, Tata LJ *et al.* Smoking cessation advice recorded during pregnancy in

United Kingdom primary care. *BMC Family Practice* 15:21 (2014) 1-7.

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*. 86:9 (1991)1119-1127.

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC *et al.* Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *British Journal of Addiction* 84:7 (1989) 791-799.

Heishman SJ , Singleton EG, Pickworth , WB. Reliability and validity of a short form of the Tobacco Craving. Questionnaire . *Nicotine & Tobacco Research*, 10 (2008) 643-651.

Henningfield J, Tsoh J, Hurt RD, Velicer W. Biochemical verification of tobacco use and cessation. *Nicotine and Tobacco Research*. 4 (2002)149-159.

Hotham ED, Gilbert AL, Atkinson ER. A randomised-controlled pilot study using nicotine patches with pregnant women. *Addictive Behaviors*. 31:4 (2006) 641-8.

Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 99: 1 (2004) 29-38.

Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL *et al.* The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care. Geneva, World Health Organization, 2010.

Hylkema MN, Blacquièrre MJ. Intrauterine effects of maternal smoking on sensitization, asthma, and chronic obstructive pulmonary disease. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 6:8 (2009) 660-662.

Jarvis MJ, Boreham R, Primatesta P. *et al.* Nicotine yield from machine smoked cigarettes and nicotine intakes in smokers: evidence from a representative population survey. *Journal of the National Cancer Institute*. 93:2 (2001) 134-138. Disponível em: <http://jnci.oxfordjournals.org/content/93/2/134.full.pdf+html>

Javors MA, Hatch JP, Lamb RJ. Sequential combination of self-report, breath carbon monoxide, and saliva cotinine to assess smoking status. *Drug Alcohol Dependence Journal*. 113:2-3 (2011) 242-244.

Koren G, Sharav T, Pastuszak A *et al.* A multicenter prospective study of fetal outcome following accidental carbon monoxide poisoning in pregnancy. *Reproductive toxicology*. 5:5 (1991)397-403.

Lamminpää *et al.* Smoking among older childbearing women – a marker of risky health behaviour a registry-based study in Finland. *BMC Public Health*, 13 (2013) 1179

Lai DTC, Cahill K, Qin Y *et al.* Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub2.

Law KL, Stroud LR, Gasse LL *et al.* Smoking during pregnancy and newborn neurobehavior. *Pediatrics*. 2003;111:1318–23.

Levine MD, Cheng Y, Marcus MD *et al.* Relapse to smoking and postpartum weight retention among women who quit smoking during pregnancy. *Obesity (Silver Spring)* 20 (2012) 457–459.

Levine MD, Marcus MD, Kalarchian MA *et al.* Weight concerns, mood, and postpartum smoking relapse. *American Journal of Preventive Medicine*. 39 (2010) 345–351.

Likis FE, Andrews JC, Fonnesebeck CJ *et al.* Smoking cessation interventions in pregnancy and postpartum care. Evidence report/Technology Assessment No.214. (Prepared by the Vanderbilt Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10065-I.) AHRQ Publication No. 14-E001-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; February 2014. <http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/517/1871/smoking-pregnancy-infants-report-140226.pdf>

Loring B. Tobacco and inequities. Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm. Copenhagen: World Health Organization, 2014. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/247640/tobacco-090514.pdf

Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T *et al.* Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. (3):CD001055 (2009).

Machado JB, Filho PVM, Peterson GO *et al.* Quantitative effects of tobacco smoking exposure on the maternal-fetal circulation. *BMC Pregnancy and Childbirth* 11:24 (2011) Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-11-24.pdf>

Markland D, Ryan RM, Tobin VJ, Rollnick S. Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 24:6 (2005) 811-831.

McBride CM, Emmons KM, Lipkus IM. Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health Education and Research* 18 (2003)156–70.

Melvin C, Dolan-Mullen P, Windsor R *et al.* "Recommended cessation counseling for pregnant women who smoke: A review of the evidence." *Tobacco Control, Suppl III, Vol 9, iii* 80-84, 2000.

Miller E, Huiling S, Wu Wen S *et al.* The risk of adverse pregnancy outcomes is increased in preeclamptic women who smoke compared with nonpreeclamptic women who do not smoke. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 203:4 (2010) 334. e1-334.e8.

Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing, Preparing people to change addictive behavior*, New York: The Guilford Press, 1991.

Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*. 64:6 (2009) 527-537.

Miller WR, Moyers TB. Eight stages in learning Motivational Interviewing. *Journal of Teaching in the Addictions*, 5:1 (2006) 3-17.

National Institute for Health and Care Excellence. *Quitting smoking in pregnancy and following childbirth*. NICE public health guidance 26, 2010.

National Institute on Drug Abuse, Tobacco/Nicotine. *Research report Series. Revisão, 2012*. Disponível em: <http://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/tobaccorrsv3.pdf>

National Institute on Drug Abuse. *Principles of adolescent substance use disorder treatment: A Research-Based Guide*. NIH, 2014.

Naughton F, Prevost AT, Sutton S. Self-help smoking cessation interventions in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 103: 4 (2008) 566-79.

Norman CA, Halton DM. Is carbon monoxide a workplace teratogen: a review and evaluation of the literature. *Annals of occupational hygiene*. 1990;34(4):335-47.

O'Callaghan FV, Al Mamun A, O'Callaghan M *et al.* Maternal smoking during pregnancy predicts nicotine disorder (dependence or withdrawal) in young adults - a birth cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 33:4 (2009) 371-317.

Park EW, Tudiver FG, Campbell T. Enhancing partner support to improve smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 7.

Pirie K, Peto R, Reeves Gk *et al.* The The 21st century, hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet*. 381 (2013) 133-141.

Prapavessis H, De Jesus S, Harper T *et al.* The effects of acute exercise on tobacco cravings and withdrawal symptoms in temporary abstinent pregnant smokers. *Addictive Behaviors*. 39:3 (2014) 703-708.

Raatikainen K, Huurinainen P, Heinonen S. Smoking in early gestation or through pregnancy: a decision crucial to pregnancy outcomes. *Preventive Medicine*. 44 :1 (2007) 59-63.

Reid JL, Hammond D, Boudreau C *et al.* Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four Western countries: Findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine & Tobacco Research*. 12 (2010) S20–S33.

Roberts V, Maddison R, Simpson C *et al.* The acute effects of exercise on cravings, withdrawal symptoms, affect, and smoking behaviour: Systematic review update and meta-analysis. *Psychopharmacology*. 222:1(2012)1–15.

Rogers JM. Tobacco and pregnancy. *Reproductive toxicology*, 28: 2 (2009) 152-160.

Ryan R M, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55:1 (2000) 68-78.

Sayette, MA, Martin, CS, Hull, JG *et al.* The effects of nicotine deprivation on craving response covariation in smokers. *Journal of Abnormal Psychology*, 112 (2003) 110–118.

Shipton D, Tappin DM, Vadiveloo T *et al.* Reliability of self reported smoking status by pregnant women for estimating smoking prevalence: a retrospective, cross sectional study. *British Medical Journal* 339 (2009) b4347.

Smedberg J *et al.* Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. *BMC Pregnancy and Childbirth* 14 (2014) 213.

Stead LF, Lancaster T. Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 12 (2012) pub2.

Stead, M, Angus K, Ingrid H *et al.* Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. PESCE European Research Team. *British Journal of General Practice*, September. 59 (2009) 682–690.

Su A, Buttenheim AM. Maintenance of smoking cessation in the postpartum period: Which interventions work best in the long-term? *Maternal and Child Health Journal*. 18: 3 (2014) 714-718.

Tappin D, Shipton D, Chalmers J *et al.* Determining accuracy of self-reported smoking status in pregnant women at maternity booking and second trimester serum screening. Glasgow Centre for Population Health, 2008.

Taylor P, Pyatt J., Edts. Smoking cessation during pregnancy. Guidelines for intervention. Washington Department of Health, Olympia, WA: Office of Health Communities, revised edition, 2015.

Underner M, Peiffer G. Interpretation des valeurs du CO expire en tabacologie. Revue des maladies respiratoires. 27 : 4 (2010) 293-300.

University of Colorado Anschutz Medical Campus, School of Medicine. The Dimensions: Tobacco Free Toolkit for Healthcare Providers, Colorado: Behavioral Health and Wellness Program. University of Colorado Anschutz Medical Campus, 2013.

US Department of Health and Human Services. How tobacco smoke causes disease: A report of the surgeon general. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.

US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among youth and young adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012.

US Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. Rockville, MD: Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, 1990.

US Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Atlanta, Ga. 2006.

US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Washington, D.C.: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004.

US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: 50 years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.

US Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines for Americans. Chapter7: Physical activity for women during pregnancy and the postpartum period. Washington DC: US Department of Health and Human Services, 2008.

US Department of Health and Human Services. Women and smoking: A report of the Surgeon General. Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2001.

Ussher M, Etter JF, Giatras N, Coleman T. Tobacco withdrawal symptoms and urges to smoke in pregnant versus non-pregnant smokers. *Addictive Behaviors*. 37 (2012) 1353-1357.

Washio Y, Higgins ST, Heil SH et al. Examining maternal weight gain during contingency management women: a call for extension to the postpartum period. *Maternal-Child Health Journal*. 2012.

Wickström R. Effects of nicotine during pregnancy: Human and experimental evidence. *Current Neuropharmacology*, 5 (2007) 213-222.

Wigginton B, Lee C. Stigma and hostility towards pregnant smokers: Does individuating information reduce the effect? *Psychology & Health*. 28 (2013) 86 2-873.

World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation Article 14. (Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation), 2014. Disponível em: http://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/article_14/en/

World Health Organization. Gender, women and the tobacco epidemic. Samet JM, Yoon S-Y eds. Geneva: WHO, 2010.

World Health Organization. Recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. Geneva: WHO, 2013a.

World Health Organization. Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care. Part III: Training for primary care providers: Brief tobacco interventions. Building capacity for tobacco control: training package 4. Geneva, World Health Organization, 2013b.

ANEXO 1 - Teste de Fagerström

TESTE DE FAGERSTRÖM - dependência da nicotina*

PERGUNTAS	RESPOSTAS	PONTOS
1. Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro?	Nos primeiros 5 minutos	3
	6 – 30 minutos	2
	31 – 60 minutos	1
	Após 60 minutos	0
2. Custa-lhe não fumar em locais onde é proibido?	Sim	1
	Não	0
3. Qual o cigarro que seria mais difícil para si deixar de fumar?	O primeiro da manhã	1
	Qualquer outro	0
4. Quantos cigarros fuma por dia?	10 ou menos	0
	11 – 20	1
	21 – 30	2
	31 ou mais	3
5. Fuma mais nas primeiras horas depois de acordar, ou no resto do dia?	Nas primeiras horas	1
	No resto do dia	0
6. Se estiver muito doente, de cama, fuma ou não?	Sim	1
	Não	0

Uma pontuação de 6 ou mais indica um grau de dependência elevado.

Fonte: *Ferreira PL, Quintal C, Lopes I, Taveira N. Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 27: 2 (2009) 37-56.



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45

1049-005 Lisboa - Portugal

Tel.: +351 218 430 500

Fax.: +351 218 430 530

E-mail: geral@dgs.pt