

JULIANA PIRES CAVALSAN
JOEL RENNÓ JR.
RENAN ROCHA
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

TABAGISMO E GRAVIDEZ

SMOKING AND PREGNANCY

Resumo

Os dados da literatura são unânimes em confirmar os malefícios do fumo na população geral e, sobretudo, em gestantes. Fumo na gestação é preditor para resultados adversos no nascimento, como nascimento prematuro e baixo peso ao nascer, bem como para maior mortalidade fetal e infantil. A abstinência do cigarro sempre deve ser estimulada em gestantes. Para maior sucesso do tratamento, devem-se considerar as vulnerabilidades sociais, as doenças associadas (principalmente depressão e ansiedade), o nível de maturidade emocional, o desejo pela gestação e as incertezas sobre o futuro. O objetivo deste artigo é identificar as gestantes que estão mais propensas a permanecer fumando durante a gestação, orientar sobre a abordagem médica, avaliando se há tratamentos seguros durante a gravidez e qual a melhor modalidade terapêutica a ser oferecida. Atualmente, a terapia comportamental, em especial a terapia cognitiva comportamental, é o melhor tratamento para a abstinência do cigarro, para pacientes gestantes ou não. Em caso de dependência grave de nicotina, é necessária a introdução de medicações. A medicação mais usada é a bupropiona, apesar de os estudos ainda não garantirem a sua segurança em relação ao feto. Na prática, não se observam complicações nas gestantes e nos fetos.

Palavras-chave: Gestação, fumo, tratamento.

Abstract

The literature is consistent in confirming the harmful effects of smoking in the general population and especially in pregnant women. Smoking during pregnancy is a predictor of adverse birth outcomes, such as preterm birth and low birth weight, as well as of increased fetal and infant mortality. Smoking cessation should always be stimulated in pregnant women. To increase treatment success, it is important to consider social vulnerabilities, associated diseases (especially depression and anxiety), emotional maturity, whether or

not the pregnancy was desired, and uncertainties about the future. The objectives of this article were to identify the pregnant women who are more vulnerable to continue smoking during pregnancy, to provide guidance on the management of these cases, evaluating the availability of treatments that can be used safely during pregnancy, and to identify the best treatment to offer to these women. Currently, behavioral therapy, especially cognitive behavioral therapy, is the best treatment available for smoking cessation, both for pregnant women and in general. Severe nicotine dependence may require pharmacotherapy. In these cases, the medication most commonly used is bupropion, despite the lack of evidence regarding its safety for the fetus. In clinical practice, no complications for the fetus or for the pregnant women have been reported.

Keywords: Pregnancy, smoking, treatment.

INTRODUÇÃO

O primeiro documento governamental que associa o tabagismo a doenças foi lançado em 1964¹, e entre as doenças mais comuns estão os cânceres (pulmão, bexiga), as doenças respiratórias, as doenças cardíacas e vasculares, entre outras.

Durante a gravidez, o cigarro causa crescimento uterino restrito, prejudicando o transporte de oxigênio e outros nutrientes para o feto. Há maior chance de prematuridade, que é uma importante causa de mortalidade neonatal, e pior desenvolvimento neuromotor². Os bebês têm risco para nascer com baixo peso (redução média de 200g)², o que tem forte associação com o desenvolvimento de doença coronariana, diabetes tipo 2 e obesidade na vida adulta².

Além disso, o fumo está associado com risco aumentado de abortamento, má formação congênita, natimorto, maior risco de placenta prévia, gestação ectópica, ruptura prematura de membranas e morte súbita do recém-nascido³⁻⁷.

JULIANA PIRES CAVALSAN
JOEL RENNÓ JR.
RENAN ROCHA
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

Na infância, há maior chance de hiperatividade, transtorno de conduta e impulsividade⁸.

Isso acontece porque os componentes tóxicos do cigarro causam diretamente danos nas estruturas cerebrais e nos sistemas fisiológicos fetais. Pesquisas demonstraram que o cigarro altera as vias de neurotransmissores e atua na arquitetura cerebral em regiões associadas com o estresse e a regulação do humor, como o hipocampo⁸.

Apesar disso, cerca de uma em cada 10 gestantes (11,6%) fumou nos últimos 3 meses da gravidez, valores bem inferiores ao preconizado pelo governo americano, de 1,4%⁹.

FATORES DE RISCO

A gravidez é um período de grande motivação para a cessação do tabagismo, e, por isso, mais de 45% das mulheres param de fumar assim que descobrem a gravidez². Essas mulheres estão altamente motivadas a proteger seus bebês. Param de fumar primariamente pela saúde e bem-estar do bebê e secundariamente por sua própria saúde³. Além disso, quem tem companheiros que não fumam tende a fumar menos cigarro, e os níveis de dependência são menores. Infelizmente, somente 1/3 das mulheres que pararam de fumar espontaneamente mantém a abstinência após 1 ano².

No entanto, muitas mulheres continuam fumando. Essas mães tendem a ter mais problemas psicológicos e emocionais, menos recursos financeiros, mais problemas familiares e menor estabilidade residencial. Enquanto fumar para essas mulheres é um redutor do estresse, a gestação é mais frequentemente causadora de estresse³.

Além disso, as gestantes que sofrem de depressão, ansiedade, com menos escolaridade, vítimas de abusos físicos antes e/ou durante a gravidez, solteiras e que abusam de bebidas alcóolicas têm maior chance de fumar¹⁰.

Um artigo de revisão realizado na Inglaterra revelou que taxas de gestantes fumantes permanecem altas nos grupos que tendem a ter menos acesso aos serviços de pré-natal. Na Inglaterra, 12% das gestantes continuam fumando até o momento do parto, resultando em 83.000 crianças nascidas de mães fumantes por ano¹¹.

Além dos fatores de risco já descritos, as adolescentes apresentam seis vezes mais chances de fumar do que mulheres mais velhas, e as gestantes que são profissionais

não qualificadas são cinco vezes mais propensas a fumar do que as profissionais qualificadas¹¹.

ASSOCIAÇÃO ENTRE FUMO, DEPRESSÃO E ANSIEDADE NA GESTAÇÃO

A gravidez é considerada um período de vulnerabilidade para as mulheres desenvolverem algum tipo de transtorno mental, sendo que os principais são a depressão e a ansiedade, que acometem cerca de 15 a 25% das gestantes. Durante a progressão da gravidez, a placenta produz e libera exponencialmente o hormônio liberador de corticotrofina (CRH), que altera o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e está totalmente relacionado com a resposta ao estresse¹².

A nicotina afeta vários neurotransmissores que têm influência na fisiopatologia da depressão através da ativação ou dessensibilização dos receptores nicotínicos. Esses receptores interferem no sistema neuroendócrino e estão envolvidos na depressão e no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal¹².

A nicotina pode aumentar a quantidade de CRH e de hormônio adrenocorticotrófico, resultando em aumento dos níveis de cortisol e, conseqüentemente, afetando o humor, a cognição e o comportamento. Estudos sugerem que pessoas expostas ao fumo passivo têm menores níveis de dopamina e ácido gama-aminobutírico (GABA)¹².

Weng et al.¹² determinaram que gestantes expostas ao fumo passivo têm maior chance de terem depressão perinatal e ideação suicida.

Indivíduos com doenças mentais referem que o cigarro os ajuda a diminuir o estresse. No entanto, uma metanálise de 26 estudos longitudinais comprovou que parar de fumar está associado com menor ansiedade, depressão e estresse, além de melhorar o humor e a qualidade de vida¹³.

Mulheres com depressão e ansiedade são mais propensas a fumar durante a gravidez e menos propensas a interromper o fumo¹⁰.

Cerca de 50% das mulheres com depressão e ansiedade fumam¹⁰.

Idealmente, todas as gestantes (fumantes ou não) devem ser rastreadas para doenças mentais, principalmente depressão e ansiedade, que são as mais comuns. Na vigência dessas doenças e do fumo, o tratamento para ambas as condições deve ser oferecido.

INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS

As intervenções no início da gestação (antes de 20-24 semanas) são efetivas no abandono do tabagismo³.

Estima-se que esse tipo de intervenção aumenta a taxa de abandono do cigarro de 11 a 15%⁴.

O aconselhamento médico deve ser dado de forma clara e objetiva, com discurso positivo e sem julgamento. Deve-se falar sobre a saúde do bebê e da impossibilidade de amamentar se fumar. Para ser efetivo, os profissionais precisam de sensibilidade e tato para abordar o assunto.

Existem alguns facilitadores que ajudam o profissional a promover a cessação ao fumo. Os mais comuns são¹¹:

- Engajamento dos companheiros, que muitas vezes também são fumantes¹¹.
- Estabelecer uma relação de confiança com a gestante¹¹.
- Reconhecer o estilo de vida da paciente e o contexto no qual o cigarro está inserido. Por exemplo, mulheres que vivem em condições desfavoráveis, com muitos fatores estressores, têm mais dificuldade em parar de fumar, pois o cigarro age como suporte¹¹.
- Encorajar a gestante a pelo menos diminuir a quantidade de cigarro se não conseguir a abstinência. Apesar de não haver quantidade segura de cigarro na gravidez, existe uma relação de dose-resposta. Assim, quanto maior o consumo de cigarro pela gestante, menor será o desenvolvimento físico e mental da criança³.
- Oferecer serviços com estrutura para o tratamento do tabagismo (ter medicações, adesivo de nicotina, suporte psicológico), além de facilitar o acesso das mulheres a esses serviços, como meios de transporte até o local de tratamento e locais para cuidar das crianças enquanto as mulheres estiverem em avaliação¹¹.
- Políticas públicas para combater o tabagismo¹¹.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem se mostrado uma boa aliada para o tratamento do tabagismo. O tratamento se constitui de sessões que identificam e abordam as barreiras cognitivo-comportamentais na cessação do tabagismo, levando em consideração o contexto da gravidez e da adaptação puerperal; focam nas percepções dos riscos, nos prós e contras do fumo, na angústia e nas estratégias de autocontrole. Além

disso, utilizam-se exercícios que ajudam as pacientes a perceberem suas reações cognitivas e afetivas na cessação do tabagismo¹⁴.

Essas intervenções são efetivas, mas em mulheres com alta dependência do cigarro podem não ser suficientes.

Uma barreira para se alcançar a cessação do tabagismo é a preocupação com o ganho de peso. Sabe-se que é comum que o fumante ganhe em torno de 5 kg após parar de fumar. Isso se deve a vários fatores, como a melhora do paladar ao parar de fumar; o indivíduo passa a sentir melhor o gosto dos alimentos, e isso o incentiva a comer mais. Também se deve ao consumo de alimentos quando está com vontade de fumar ou por própria ansiedade no período de abstinência. O ganho de peso é maior nos primeiros 3 meses após parar de fumar.

Ganho de peso na gestação está associado com alguns resultados adversos, tanto para a mãe quanto para o bebê. A gestante com alto peso tende a permanecer acima do peso após o parto e se tornar uma obesa mais tarde. Existe maior risco de o bebê nascer com alto peso, o que dobra o risco de obesidade infantil⁶.

Hulman et al.⁶ compararam o ganho de peso em gestantes que nunca tinham fumado com as que pararam de fumar na gravidez e com as que continuaram fumando. O resultado foi que mulheres com sobrepeso e obesas ganharam peso acima da taxa semanal recomendada no segundo e no terceiro trimestre, independentemente do tabagismo, assim como todas as mulheres que pararam de fumar. As gestantes fumantes ganharam mais peso no primeiro trimestre, e as que pararam de fumar, no segundo e no terceiro trimestre.

Em relação ao peso do bebê, temos que mulheres que pararam de fumar no primeiro trimestre têm crianças com peso ao nascer equivalente àquelas cujas mães nunca fumaram³.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E REPOSIÇÃO DE NICOTINA

Quando as intervenções comportamentais não são suficientes para o tratamento do tabagismo, é necessária a utilização de medicações e a terapia de reposição de nicotina.

Os tratamentos mais usados são a reposição de nicotina (adesivo, goma, spray), a bupropiona e a vareniclina.

O objetivo da reposição de nicotina é diminuir gradualmente a dose até que o fumante possa parar de

JULIANA PIRES CAVALSAN
JOEL RENNÓ JR.
RENAN ROCHA
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

ARTIGO

usar sem se sentir mal com os sintomas de abstinência. Além disso, o usuário deixa de receber cerca de outras 4.000 substâncias tóxicas que existem no cigarro².

A bupropiona é um antidepressivo que tem ação dopaminérgica e adrenérgica e atua como antagonista do receptor nicotínico².

A vareniclina é um agonista parcial do receptor nicotínico, que se liga mais facilmente a esses receptores do que a nicotina. Assim, se o usuário dessa medicação fumar, não sentirá o prazer que o cigarro causa, pois todos os receptores já estarão ocupados pela medicação².

Mas podemos utilizar esses tratamentos durante a gravidez?

Os estudos ainda não são suficientes para avaliar o impacto que a bupropiona e a vareniclina podem causar no feto; portanto, não há conclusões sobre a sua segurança em gestantes².

A bupropiona é metabolizada pelo fígado, e seus metabólitos farmacologicamente ativos são a hidroxibupropiona (OHBUP, forma mais potente), a tri-hidroxibupropiona (TB) e a eritro-hidroxibupropiona (EB). Durante a gravidez, a bupropiona também é metabolizada pela placenta, sendo o TB o principal metabólito formado. Sabe-se que a bupropiona, a OHBUP e a TB estão presentes no líquido amniótico, mas em concentrações baixas. No entanto, os estudos ainda não são conclusivos para determinar se essa medicação é realmente segura durante a gestação¹⁵.

Haddad et al.⁴ avaliaram o uso dessas modalidades de tratamento, e os resultados foram que a terapia de reposição de nicotina é efetiva e que a associação de duas formas de reposição é ainda mais efetiva.

Além disso, a associação de reposição de nicotina com a bupropiona é mais efetiva do que a bupropiona em monoterapia⁴.

A vareniclina mostrou taxa de abstenção de cigarro em torno de 28%, seguida pela bupropiona, com 19%, e pela reposição de nicotina, com 17%⁴.

Todas essas modalidades apresentam efeitos colaterais. O principal efeito da bupropiona é a maior chance de convulsões. Os efeitos da vareniclina são eventos cardiovasculares, convulsões, depressão e agitação. Em relação à terapia de reposição de nicotina, podem causar taquicardias e outras arritmias, além de alergia cutânea ao adesivo⁴.

No entanto, em gestantes, Haddad et al.⁴ concluem que a terapia de reposição de nicotina apresenta riscos potenciais, como maior taxa de cesárea e aumento da pressão diastólica, mas ainda não se sabe se os riscos desse tipo de tratamento superam os riscos do fumo.

Outro estudo, feito por Vaz et al.¹⁶, mostrou pouca eficácia da terapia de reposição de nicotina em gestantes, aparentemente por baixa adesão. De acordo com o artigo, de 7 a 30% das gestantes aderem a essa modalidade terapêutica. Uma das possíveis explicações é que o metabolismo da nicotina está aumentado durante a gravidez, e, por isso, as gestantes precisam de doses maiores de nicotina para combater os sintomas de abstinência.

Os níveis de bupropiona e de vareniclina não são alterados durante a gravidez^{2,17}.

Em um artigo publicado por Bérard et al.⁷, compararam-se gestantes que utilizaram a bupropiona (por 87 dias) e o adesivo de reposição de nicotina (por 54 dias) com gestantes fumantes. Os resultados foram os seguintes: as fumantes tiveram gestações mais curtas, e os bebês nasceram com menor peso. Casos de prematuridade ocorreram em 26,7% das fumantes, em 7,9% das usuárias de adesivos e em 2,8% das que usaram a bupropiona. A bupropiona não aumenta o risco de prematuridade quando comparada com o adesivo e não está associada com o risco de bebês pequenos para a idade gestacional.

O uso do adesivo está associado com significante redução no risco de bebês pequenos para a idade gestacional⁷.

Tanto o adesivo quanto a bupropiona tiveram impacto positivo na prevalência da abstinência do tabagismo durante e após a gravidez, com taxas de 60% entre as usuárias de bupropiona e de 65% entre as de adesivo⁷.

Os autores afirmam que o consenso geral considera que o uso da bupropiona e do adesivo de reposição de nicotina é menos prejudicial do que o cigarro para o feto⁷.

Em outro trabalho, mostrou-se que o uso de adesivo não mostrou impacto negativo nos bebês².

Em um importante artigo de revisão², conclui-se que a terapia de reposição de nicotina associada com intervenções comportamentais aumentou a taxa de abstinência do cigarro no final da gravidez em 40%;

no entanto, esse resultado está muito próximo do resultado do grupo que utilizou placebo. Assim, os autores concluem que há fraca evidência para sugerir que o uso de terapia de reposição de nicotina associada com intervenções comportamentais seja eficaz para a cessação do tabagismo em gestantes. Não houve evidência que mostrasse algum impacto, tanto positivo quanto negativo, no desenvolvimento das crianças de mães que utilizaram a reposição.

TRATAMENTO ALTERNATIVO

O cigarro eletrônico é um dispositivo que produz aerossol de nicotina ao esquentar uma solução que normalmente contém propilenoglicol ou glicerol, nicotina, aldeídos e agentes aromatizantes. Além da nicotina, o vapor produzido contém substâncias tóxicas, como formaldeído, acetaldeído, compostos orgânicos voláteis e metais⁹.

Assim, o cigarro eletrônico tem o potencial de satisfazer o paciente com o hábito de fumar (mantém o comportamento de levar algo à boca e a ingestão de nicotina), mas com menos produção de substâncias tóxicas que um cigarro convencional¹⁸.

A percepção é de que os cigarros eletrônicos são mais seguros e menos prejudiciais do que os cigarros convencionais⁹.

As evidências sugerem que são seguros na gestação, mas ainda não se conhecem os seus efeitos no desenvolvimento fetal¹⁸.

CONCLUSÃO

Os estudos são unânimes em considerar o fumo um grande mal à saúde materna, à saúde do feto e ao desenvolvimento da criança; no entanto, não são conclusivos em determinar qual o melhor tratamento e a sua segurança durante a gestação.

Não é por isso que não se deve estimular a paciente a alcançar abstinência total do cigarro, apesar das dificuldades que isso significa.

Ao se iniciar o tratamento para o tabagismo, temos que levar em consideração as vulnerabilidades sociais, as doenças associadas (principalmente depressão e ansiedade), o nível de maturidade emocional, o desejo pela gestação e as incertezas sobre o futuro.

Para se ter esse panorama sobre os aspectos da vida das pacientes, é fundamental criar um bom vínculo terapêutico, estabelecer uma relação de confiança e, sempre que possível, levar toda a família (especialmente os companheiros) para serem parceiros do tratamento.

O tratamento medicamentoso e a reposição de nicotina sempre devem ser considerados em casos de alta dependência do cigarro.

Na prática clínica, a bupropiona é a mais utilizada por existirem mais estudos que sugerem a sua segurança durante a gravidez.

Apesar de os estudos também sugerirem que a reposição de nicotina é segura, é mais difícil precisar a quantidade de nicotina que deverá ser oferecida à paciente devido ao aumento da metabolização da nicotina durante a gestação.

Em relação à vareniclina, existem poucos dados na literatura que garantam sua segurança. Além disso, essa medicação apresenta efeitos colaterais, como náuseas, vômitos, constipação, dores de cabeça, insônia, agitação e depressão, sintomas que já são difíceis de serem tolerados pela população geral e ainda mais serão em gestantes.

A intervenção comportamental é ainda a melhor ferramenta para o tratamento, e em especial a TCC, de acordo com os estudos mais recentes.

Artigosubmetidoem11/11/2016,aceitoem21/12/2016. Os autores afirmam não ter conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Joel Rennó Jr., Rua Teodoro, 352, cj. 27, CEP 05406-000, São Paulo, SP. E-mail: rennoj@terra.com.br

Referências

1. U.S. Department of Health Education and Welfare. Smoking and health: report of the advisory committee of the surgeon general of the public health service. Washington: U.S. Public Health Service; 1964.
2. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation

JULIANA PIRES CAVALSAN
JOEL RENNÓ JR.
RENAN ROCHA
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

- during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(9):CD010078.
- Haggaström FM. Diretrizes para cessação do tabaco. Abordagem de grupos especiais: gestantes. *J Bras Pneumol*. 2004;30:55-7.
 - Haddad A, Davis AM. Tobacco smoking cessation in adults and pregnant women: behavioral and pharmacotherapy interventions. *JAMA*. 2016;315:2011-2.
 - Curtin SC, Mathews TJ. Smoking prevalence and cessation before and during pregnancy: data from the birth certificate, 2014. *Nati Vital Stat Rep*. 2016;65:1-14.
 - Hulman A, Lutsiv O, Park CK, Krebs L, Beyene J, McDonald SD. Are women who quit smoking at high risk of excess weight gain throughout pregnancy? *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;6:263.
 - Bérard A, Zhao JP, Sheehy O. Success of smoking cessation interventions during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215:611.e1-611.e8.
 - Moylan S, Gustavson K, Overland S, Karevold EB, Jacka FN, Pasco JA, et al. The impact of maternal smoking during pregnancy on depressive and anxiety behaviors in children: the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BMC Med*. 2015;13:24.
 - Fallin A, Miller A, Assef S, Ashford K. Perceptions of electronic cigarettes among medicaid-eligible pregnant and postpartum women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016;45:320-5.
 - Tong VT, Farr SL, Bombard J, D'Angelo D, Ko JY, England LJ. Smoking before and during pregnancy among women reporting depression or anxiety. *Obstet Gynecol*. 2016;128:562-70.
 - Flemming K, Graham H, McCaughan D, Angus K, Sinclair L, Bauld L. Health professionals' perceptions of the barriers and facilitators to providing smoking cessation advice to women in pregnancy and during the post-partum period: a systematic review of qualitative research. *BMC Public Health*. 2016;16:290.
 - Weng SC, Huang JP, Huang YL, Lee TS, Chen YH. Effects of tobacco exposure on perinatal suicidal ideation, depression and anxiety. *BMC Public Health*. 2016;16:623.
 - Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014;348:g1151.
 - Lee M, Miller SM, Wen KY, Hui SK, Roussi P, Hernandez E. Cognitive-behavioral intervention to promote smoking cessation for pregnant and postpartum inner city women. *J Behav Med*. 2015;38:932-43.
 - Fokina VM, West H, Oncken C, Clark SM, Ahmed MS, Hankins GD, et al. Bupropion therapy during pregnancy: the drug and its major metabolites in umbilical cord plasma and amniotic fluid. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215:497.
 - Vaz LR, Aveyard P, Cooper S, Leonardi-Bee J, Coleman T, SNAP Trial Team. The association between treatment adherence to nicotine patches and smoking cessation in pregnancy: a secondary analysis of a randomized controlled trial. *Nicotine Tob Res*. 2016;18:1952-9.
 - Fokina VM, Xu M, Rytting E, Abdel-Rahman SZ, West H, Oncken C, et al. Pharmacokinetics of bupropion and its pharmacologically active metabolites in pregnancy. *Drug Metab Dispos*. 2016;44:1832-8.
 - Wigginton B, Gartner C, Rowlands IJ. Is it safe to vape? Analyzing online forums discussing e-cigarette use during pregnancy. *Womens Health Issues*. 2017;27:93-9.