

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA GRAVIDEZ E DA PARENTALIDADE

**Tabagismo na Gravidez:
A relação entre a Ansiedade, Cessação Tabágica e Coping**

Fatima Cristina Almeida de Melo

2009

Dissertação de Mestrado sob orientação da Professora Doutora Teresa Botelho, e apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, ISPA, para a obtenção do grau de Mestre, na especialidade de Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, conforme Portaria n.º 842/2005 de 19 de Setembro, para dar satisfação ao ponto “b” do n.º 2 do Art.º 5 do Decreto-lei n.º 216/92 de 13 de Outubro.



Agradecimentos

À Professora Doutora Teresa Botelho, pela sua orientação e apoio na realização da tese.

Ao Professor Doutor João Maroco, pelos esclarecimentos relativos à análise estatística.

À todas as grávidas que participaram neste estudo, e assim, possibilitaram a recolha da amostra.

À todos os Profissionais de Saúde que de alguma forma colaboraram, e especialmente, às Enfermeiras Susana e Isabel (Serviço de Obstetrícia – CUF Descobertas); à Enfermeira Cristina (Centro de Saúde Oeiras); às Enfermeiras Isabel e Ana Paula (Centro de Saúde de Cascais) que de forma sempre simpática e atenciosa facilitaram a abordagem às grávidas na recolha da amostra em seus respectivos Serviços.

À colega de Mestrado e querida amiga, Ana Margarida Rocha, um agradecimento especial, pelo seu valioso apoio, constante incentivo e por partilhar o seu conhecimento durante o processo de realização e revisão deste meu trabalho (em especial no seu último mês de gravidez...), com a simplicidade de quem tem verdadeira sabedoria e generosidade como lema de vida.

À colega de Mestrado e querida amiga, Catarina Moço pela leitura e sugestões.

Aos Familiares e Amigos que colaboraram de alguma forma com seu apoio, e especialmente à minha querida Mãe, Maria Amélia Almeida de Melo, pela energia contagiante e constante motivação, enviadas com todo o seu amor, do outro lado do Atlântico...

Resumo

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o tabagismo na gravidez é considerado um grave problema de saúde pública devido aos efeitos negativos que pode provocar no desenvolvimento fetal e na saúde da grávida.

Nesta investigação participaram 73 grávidas no segundo trimestre de gravidez. O estudo de carácter exploratório transversal, comparativo e correlacional tem como principal objectivo comparar os níveis de ansiedade de grávidas que cessaram o hábito tabágico com grávidas que não cessaram e correlacionar os níveis de ansiedade com os níveis de dependência tabágica. Para além disso, foram analisadas as estratégias de *coping* utilizadas pelas mulheres que cessaram o hábito tabágico.

De acordo com os resultados obtidos, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a cessação tabágica e os níveis de ansiedade das grávidas (estado e traço). Também ao nível da associação entre a cessação tabágica e grau de dependência de nicotina, não se registaram diferenças estatisticamente significativas ($\alpha=0,05$). No que diz respeito à análise da associação entre o grau de dependência e os níveis de ansiedade, verifica-se que existe uma correlação positiva significativa entre o nível de dependência e o nível de ansiedade estado e altamente significativa entre o nível de dependência e o nível de ansiedade traço. Assim, quanto maior o nível de dependência mais elevado o nível de ansiedade estado e a ansiedade traço ($\alpha=0,05$). Relativamente à análise das estratégias de *coping*, constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de grávidas que deixou de fumar e o grupo de grávidas que continua a fumar, relativamente à utilização de dois tipos de estratégia de *coping*: “planear” e “auto-culpabilização” ($\alpha=0,05$).

Através destes resultados é possível obter maior conhecimento nesta área, permitindo desenvolver no futuro medidas mais adequadas ao nível da prevenção e intervenção do tabagismo na gravidez.

Palavras-chave: Gravidez, tabagismo, ansiedade, cessação tabágica e coping

Abstract

Accordingly with the OMS, smoking addiction during the pregnancy is a serious issue of public health due to negative effect that it can cause on foetal development as well as the health of the pregnant women.

73 pregnant women (second trimester) participated in the study. This transversal and comparative study main objective was to compare the levels of anxiety of pregnant women that stopped smoking with those that didn't stop, and correlate the levels of anxiety with the levels of smoking addiction. Furthermore, we analysed the coping strategies coping used by women that ceased smoking.

According with the results, one can verify that there were no significant statistics differences between smoking addiction and the levels of anxiety of pregnant women (strait-trait). Also on the association level between smoking addiction and the comparative degree of nicotine, no significant statistics differences were recorded ($\alpha=0,05$). Concerning the association between the level of dependence and the levels of anxiety, take place one significant positive correlation between the level of dependence and the level of anxiety strait, and highly significant between the level of dependence and the level of anxiety trait. In this manner, how highest is the level of dependence the higher is the level of anxiety strait and anxiety trait ($\alpha=0,05$).

Concerning the analyses of coping strategies, we verified that there are significant differences between the group that stopped smoking, and the group that still smokes in relation to the use of two types of stratergy of coping "planning" and "self-blame" ($\alpha=0,05$).

These results further promote the development of future measures at the level of prevention and intervention of smoking addiction during pregnancy.

Keywords: Pregnancy, smoking addiction, smoking cessation, anxiety and coping.

Índice

Introdução	1
Enquadramento Teórico	3
O Tabagismo	3
Referências Históricas sobre o Tabagismo.....	3
O Tabagismo: Um Problema de Saúde Pública	5
Dependência de Nicotina, Cessação Tabágica e Síndrome de Abstinência.....	6
O Tabagismo e Seus Efeitos na Saúde da Mulher.....	9
Gravidez e Tabagismo.....	12
Gravidez, três trimestres de mudanças	12
Tabagismo na Gravidez.....	13
Cessação Tabágica na Gravidez	15
Ansiedade, Tabagismo e Gravidez.....	21
Conceito de Ansiedade	21
Ansiedade e Tabagismo.....	23
Ansiedade e Gravidez.....	26
Tabagismo, Ansiedade e Gravidez	27
Estratégias de Coping.....	28
Conceito de Coping e sua Relação com Ansiedade	28
Estratégias de Coping na Gestão da Ansiedade e Cessação Tabágica	29
Estratégias de Coping para a Cessação Tabágica na Gravidez	31
Método	33
Delineamento	33
Participantes	33
Caracterização Sociodemográfica dos participantes	34
Procedimento.....	39
Material	40
Resultados	46
Análise do Efeito da Cessação Tabágica nos Níveis de Ansiedade.....	46

Análise da Associação entre a Cessação Tabágica e Grau de Dependência de Nicotina.....	49
Análise da Associação entre o Grau de Dependência e os Níveis de Ansiedade	50
Análise das Estratégias de Coping	52
Análise de Outros Aspectos Relacionados com o Quadro Teórico	55
Discussão	61
Conclusão.....	69
Referências.....	72
Anexo 1: Material	82

Índice de Figuras

Figura 1. Percentagens das idades dos sujeitos da amostra	34
Figura 2. Percentagens da nacionalidade dos sujeitos da amostra	35
Figura 3. Percentagens dos níveis de escolaridade dos sujeitos da amostra	35
Figura 4. Percentagens da situação laboral dos sujeitos da amostra	36
Figura 5. Percentagens do estado civil dos sujeitos da amostra	36
Figura 6. Percentagens de Primíparas e Multíparas	37
Figura 7. Percentagens referentes ao desejo e planeamento da gravidez	37
Figura 8. Percentagens da vigilância da gravidez	38
Figura 9. Percentagens do hábito tabágico.....	38
Figura 10. Percentagens relativas ao momento de cessação tabágica	39
Figura 11. Distribuição dos níveis de ansiedade-estado em grávidas fumadoras e não fumadoras	47
Figura 12. Distribuição dos níveis de ansiedade-traço em grávidas fumadoras e não fumadoras	47
Figura 13. Distribuição do número de tentativas de cessação tabágica pré- gravidez	48
Figura 14. Distribuição do número de tentativas de cessação tabágica antes da gravidez	48
Figura 15. Distribuição dependência de nicotina em função do hábito tabágico	49
Figura 16. Distribuição dependência de nicotina em função do número de tentativas para a cessação tabágica	50
Figura 17. Distribuição entre o grau de dependência e os níveis de ansiedade-estado	51
Figura 18. Distribuição entre o grau de dependência e os níveis de ansiedade-traço	51

Figura 19. Distribuição da correlação entre o nível de ansiedade-estado e a ansiedade-traço	52
Figura 20. Distribuição das estratégias para a cessação tabágica	54
Figura 21. Distribuição do hábito tabágico dos familiares	55
Figura 22. Distribuição da escolaridade relacionada com o hábito tabágico	56

Índice de Quadros

Quadro 1: Enquadramento histórico do tabaco no Mundo (Rosemberg, 2002, 2004; Musk & De Klerk, 2003)	3
Quadro 2: Quadro representativo dos níveis de ansiedade nos três trimestres de gravidez (Colman & Colman, 1994; Melo & Lima, 2002).....	26
Quadro 3: Quadro representativo das Sub-escalas do Brief-Cope	53
Quadro 4: Quadro representativo da média e desvio padrão das idades das grávidas em função do hábito tabágico	56
Quadro 5: Quadro representativo da motivação “Preocupação com a própria saúde” em função do hábito tabágico	57
Quadro 6: Quadro representativo da motivação “Ter enjoado o cheiro do tabaco” em função do hábito tabágico	58
Quadro 7: Quadro representativo da idade média de iniciação tabágica em função do hábito tabágico	58
Quadro 8: Quadro representativo do significado do cigarro “Boa forma de Relaxar” em função do hábito tabágico	59
Quadro 9: Quadro representativo dos sintomas de cessação tabágica “Não Sentiu nada” em função do hábito tabágico	60
Quadro 10: Quadro representativo do interesse da consulta de desabituacão tabágica em função do hábito tabágico	60

Introdução

De acordo com as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), cinco milhões de pessoas morrem em cada ano devido a doenças associadas ao consumo do tabaco, como diversos tipos de cancro e doenças respiratórias. Além das doenças físicas, estudos epidemiológicos apontam para uma associação entre tabagismo e transtornos psicológicos, incluindo ansiedade e depressão (Gigliotti, Carneiro & Ferreira, 2001; Valença, Nardi & Nascimento, 2001).

Em Portugal, de acordo com o censo de 1999, dos 26% da população que fuma com mais de 15 anos, 15% são mulheres (INSA, 2000; U.S. Department of Health And Human Services, 2001). Sabe-se que o acto de fumar varia de acordo com o género, idade, aspectos sócio-culturais e sócio-geográficos. Na mulher, o tabagismo pode afectar a sua saúde no geral e especificamente na gravidez. Fumar durante a gestação é considerado um grave problema de saúde pública, existindo riscos para a grávida fumadora e também para a que convive com fumadores, já que absorve pelo ambiente substâncias tóxicas que passam para o feto através das trocas materno-fetais (Rosemberg, 2004).

Inúmeras investigações avaliam o tabagismo na população e suas consequências, mas são raras as que centram o seu objecto de estudo no hábito tabágico durante a gravidez. Segundo os últimos dados existentes do Inquérito Nacional de Saúde Pública (INSA, 2000), em Portugal Continental entre 1995 (38%) e 1998 (44%), registou-se um aumento da percentagem de mulheres grávidas que cessaram o hábito tabágico durante a gestação. Além de alguns outros factores (ser primípara, nível educacional mais elevado e ausência de familiares próximos que fumem), o baixo consumo de cigarros antes da gravidez (devido a um grau mais baixo de dependência de nicotina) é considerado um bom indicador para a cessação tabágica durante a gestação. No entanto, aproximadamente 60% das mulheres que fumam antes da gravidez continuam a manter o hábito tabágico devido ao forte poder aditivo da nicotina (USDHHS, 2001).

Sabe-se que a maioria das grávidas apenas reduz ou continua a fumar durante a gestação. Não obstante, existem gestantes que cessam o hábito tabágico de forma espontânea (sem intervenção psicológica e/ou farmacológica) assim que sabem da gravidez. Nesse sentido, é fundamental o conhecimento relativo às grávidas que conseguem parar de fumar de forma espontânea para ajudar numa intervenção efectiva na cessação tabágica na gravidez (Hunt & Lumley, 2002; Solomon & Quinn, 2004). A gestação é uma fase especial para a promoção da cessação do tabagismo, uma vez que os resultados das intervenções são melhores neste grupo do que na população em geral. A preocupação com a saúde do feto e com a sua própria saúde, gera normalmente na grávida uma forte motivação para a cessação tabágica (Solomon & Quinn, 2004; Coleman, 2004).

Apesar do tabagismo ser considerado um tema prioritário, especialmente em grupos de risco como as grávidas, em Portugal não são encontrados dados sobre a relação entre a ansiedade e a cessação tabágica durante a gestação, bem como a existência de programas específicos para ajudar a grávida nesse sentido. Apesar da evidência científica de que deixar de fumar é um processo difícil para a maioria das pessoas devido à dependência provocada pela nicotina e pela ansiedade referida durante a fase da desabitação tabágica, em geral, muitos profissionais de saúde, apenas, aconselham a grávida que fuma a parar (sem uma intervenção específica) ou a reduzir para 5 cigarros/dia.

Pelo que foi referido, torna-se pertinente aprofundar a investigação nesta área, pretendendo-se com este estudo a avaliação de algumas destas questões.

Enquadramento Teórico

O Tabagismo

O comportamento tabágico pode ser explicado por factores socioeconómicos, familiares e pessoais que colaboram de forma decisiva para o início, manutenção ou cessação deste comportamento. No entanto, o comportamento tabágico tem-se modificado ao longo dos tempos e neste sentido parece pertinente reflectir sobre essa evolução.

Referências Históricas sobre o Tabagismo

O tabaco é uma planta, cientificamente chamada de *nicotiana tabacum*, originária da América. Ao observarmos a linha do tempo (ver Quadro 1), verificamos que o hábito de fumar remonta a tempos antigos, existindo diversos factores responsáveis pela expansão da epidemia do tabaco no mundo.

Cronologia	Evolução Histórica
Há 5 mil anos	Tabaco (planta <i>nicotiana tabacum</i>) era usado em cerimónias religiosas, rituais mágicos e fins medicinais com poder protector e curativo
Séc. XV	Tabaco espalhado por toda a América
Séc. XVI	Tabaco tornou-se popular na Europa e em Portugal através de Luis de Goes Jean Nicot (1560) – Tabaco como cura medicinal – “Pó da Rainha” – Em sua homenagem passou a ser designado de nicotina O Papa Inocêncio X condenou o hábito de fumar, considerando-o um pecado contra a Igreja Império Otomano pune os fumadores com pena de morte Difundiu-se pela África (moeda de troca no tráfico de escravos) Chega ao Japão, Índia e China
Séc. XVIII	Uso do tabaco generalizado (fim da proibição) As elites utilizavam o tabaco em acontecimentos sociais (forma de poder e estatuto social)
Séc. XIX	Em Inglaterra, França e E.U.A. surgem fábricas de produção de cigarros (produção aumenta e preço diminui – novas tecnologias – tabaco enrolado)

Séc. XX	Após Primeira Guerra Mundial – Tabaco torna-se epidemia Em 1920 as mulheres começam a fumar em público. Movimentos feministas: aumento do consumo entre as mulheres Técnicas de marketing e publicidade (2ª metade do Século XX)
---------	--

Quadro 1: Enquadramento histórico do tabaco no Mundo (Rosemberg, 2002; Musk & De Klerk 2003).

Assim, foi no Século XX que o uso do tabaco começou a ser mais difundido e utilizado, aumentando o interesse, e conseqüentemente, a realização de investigações dos hábitos associados ao tabaco e conseqüências da sua utilização. De acordo com Lagrue (2000), nos anos 60, surgem os primeiros relatórios científicos associando o consumo do tabaco com algumas doenças, especialmente problemas cardiovasculares e cancro do pulmão. O hábito de fumar considerado um “charme” durante as décadas de 70 e 80, chega assim ao fim do século XX considerado como um grave problema para a saúde pública, iniciando-se um combate ao tabagismo, através de campanhas de prevenção, surgindo inclusive regras para protecção do não fumador (fumador passivo). A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1987, lançou o Dia Mundial sem Tabaco (31 de Maio), com o objectivo de consciencializar a população para os riscos do tabagismo. Em 1999, a mesma organização, elaborou e aprovou um documento envolvendo 191 países membros, para o programa Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, relacionado com a proibição de fumar em diversos locais públicos, soluções para a fumicultura, impostos, etc (Framework Convention on Tobacco Control, 2003; Pastor & Llorca, 2004).

Apesar de todas as evidências sobre os malefícios do tabaco e dos efeitos psicoactivos da nicotina, com o seu efeito altamente tóxico e aditivo, provocando dependência no fumador, faltam políticas efectivas de educação para a saúde nessa área. De acordo com as evidências científicas, os problemas causados pelo tabagismo ultrapassam as questões individuais, atingindo proporções bem maiores, tendo conseqüências em toda a sociedade, transformando o tabagismo num problema de saúde pública.

O Tabagismo: Um Problema de Saúde Pública

Rosemberg (2002; 2004) considera que o tabagismo é uma doença crónica causada pela dependência do tabaco, sendo a nicotina a substância responsável por essa dependência.

De acordo com a OMS (2004) o tabagismo é considerado um grave problema de saúde pública, sendo a nível mundial uma das principais causas de morte prematura, associada a diversas patologias. O tabaco é causa estabelecida ou provável de, pelo menos vinte cinco doenças, como diversos tipos de cancros (pulmão, cavidade oral, estômago, pâncreas, rins, bexiga, mama, colo do útero, entre outros), doenças cardiovasculares e do aparelho respiratório.

Desde 1980 são também relatadas patologias associadas ao tabagismo passivo (inspirar involuntariamente o fumo), como cancro de pulmão em cônjuges de fumadores, bem como no que diz respeito à exposição ao fumo no local de trabalho (Rosemberg, 1995; 2002; WHO, 2003).

Também segundo Rosemberg (2002), aproximadamente 2 bilhões de pessoas em todo o mundo, dos quais 700 milhões são crianças, inspiram involuntariamente o fumo do tabaco como fumadores passivos. Neste sentido, crianças que convivem com fumadores apresentam maiores riscos de desenvolver bronquites, pneumonias, diminuição da capacidade respiratória, menor estatura e doenças pulmonares na idade adulta.

Actualmente no mundo existem 1 bilhão e 200 milhões de indivíduos fumadores (1 bilhão de homens e 200 milhões de mulheres) (OMS, 2004; Pereira e Rufino-Netto, 2004) e morrem por ano 5 milhões de pessoas em consequência de doenças provocadas pelo tabaco. Até ao ano de 2020, se a actual tendência de consumo do tabagismo não for revertida, ocorrerão 10 milhões de mortes prematuras anuais no mundo, nos grupos etários entre 35 a 69 anos, decorrentes do uso do tabaco. (World Bank, 2003; USDHH, 2004; OMS, 2006).

Em termos sócio-geográficos observa-se um desvio da epidemia do tabagismo dos países mais desenvolvidos para os menos desenvolvidos, e quanto menor a escolaridade, maior é a prevalência de fumadores. Prevê-se que daqui a 20 anos, a

grande percentagem de fumadores se localizará nos países em desenvolvimento, causando grande impacto ao nível da morbilidade e mortalidade das populações (World Bank, 1999; 2003). A prevalência do tabagismo é maior entre pessoas mais desfavorecidas ao nível sócio-económico comparativamente com as mais favorecidas (40% vs. 12%). Variáveis sócio-demográficas surgem associadas ao hábito de fumar, como a idade e o género. Existem diferenças na prevalência do tabagismo entre mulheres e homens, nas faixas etárias dos 15-24 anos de idade (36,5% vs 31,1%) (Barringer e Weaver, 2002).

Nas últimas décadas, globalmente, observa-se maior prevalência do consumo de tabaco no sexo feminino, especialmente nas adolescentes, podendo este comportamento provocar um aumento na morbilidade e mortalidade na população feminina a médio e longo prazo (Centers for Disease Control (CDC) 2001; USDHHS, 2001). Na União Europeia, o consumo de tabaco tem diminuído de forma lenta e consistente no sexo masculino (44% em 1987, 40% em 1995), e diminuído muito pouco no sexo feminino durante o mesmo período (de 28 % para 27%) (Joossens, 1999).

No entanto, um terço da população ainda mantém hábitos tabágicos apesar dos conhecimentos sobre os malefícios do tabaco e da maioria dos fumadores desejar parar de fumar, uma vez que superar a abstinência do tabaco constitui uma dificuldade e as consultas anti-tabágicas serem ainda insuficientes para a população em geral (WHO, 2003; OMS, 2006).

Apesar do primeiro documento oficial sobre os malefícios do tabaco para a saúde ter sido publicado há 40 anos (Surgeon General Report, 1964), o uso do tabaco continua a comprometer a saúde da população, o meio ambiente e a economia dos países (Pereira & Rufino-Netto, 2004). Esta questão pode dever-se à dependência da nicotina e aos sintomas da síndrome de abstinência, sendo portanto difícil a cessação tabágica.

Dependência de Nicotina, Cessação Tabágica e Síndrome de Abstinência

O fumo do tabaco é uma mistura de cerca de 4.700 substâncias tóxicas, sendo a nicotina, o monóxido de carbono e o alcatrão as mais citadas. A nicotina enquanto

responsável pelo processo de dependência é considerada uma droga psicoactiva que age sobre determinados receptores existentes a nível cerebral e periférico, provocando estimulação ou depressão, conforme a frequência e a intensidade com que é inalada. Actua nos sistemas endócrino e neuroendócrino, na musculatura esquelética e no sistema cardiovascular como vasoconstritor, bem como ao nível da medula e do córtex supra-renais, desencadeando alterações no sistema nervoso central (SNC), estado emocional, comportamental, e no controle do peso (Room, 2001; Viegas, 2007).

Após a inalação, a nicotina é rapidamente absorvida pelos alvéolos pulmonares, e atinge o cérebro em cerca de 10 segundos, estimulando os receptores colinérgicos nicotínicos, levando à produção e libertação dos neurotransmissores (dopamina, noradrenalina, serotonina e endorfinas), responsáveis pelas alterações cognitivas, pelas sensações de prazer e recompensa e ainda pelos comportamentos de auto-administração associados ao tabagismo, sendo conhecido o efeito bifásico da nicotina (activação – estimulação vs. desactivação – sedação). O tempo de actuação da nicotina no organismo é de apenas duas horas, fazendo com que o fumador recorra ao cigarro várias vezes ao dia. (Micó, Brea, Vinardell, Conales, Rojas & Álvaro, 2000; Seibel & Toscano, 2001; Lebargy, 2003; Viegas, 2007).

Embora a nicotina seja estimulante, após um cigarro, os fumadores descrevem com frequência sensações de relaxamento e redução da ansiedade, e também melhoria na concentração e função cognitiva. De acordo com Focchi (2006), a manutenção do comportamento tabágico pode ser entendida por esses efeitos agradáveis relatados pelo fumador e, provavelmente por evitar os sintomas da síndrome de abstinência (Halty, 2002; Focchi, Malbergier & Ferreira, 2006). No entanto, não está claro se a sensação de bem-estar proporcionado pelo fumo é causado pelo efeito intrínseco da nicotina ou se é devido ao alívio dos sintomas da abstinência (Viegas, 2007). O acto de fumar muitas vezes também é mantido por condicionamento, já que o fumador o associa com eventos específicos, como fumar após refeições, o café, ou ainda pela manipulação dos objectos usados durante o acto de fumar. Em suma, os fumadores regulares procuram gratificação imediata e adiamento das consequências negativas (Gigliotti et al., 2001; Issa, 2003).

Estas sensações de bem-estar conduzem à dependência da nicotina que constitui um fenómeno complexo, envolvendo vários factores como biológicos, fisiológicos, psicológicos e ambientais. A dependência da nicotina é considerada uma perturbação da saúde mental, assim classificada na IV Edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV) e na Classificação Internacional das Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde. O grau de dependência é geralmente avaliado pelo teste de Fagerstrom para Dependência Nicotínica (TFDN) ou Questionário de Tolerância de Fagestrom (QTF), sendo que quanto maior a pontuação (»6), maior o grau de dependência (Viegas, 2007).

No entanto, nem todos os fumadores desenvolvem dependência, talvez devido a factores inerentes ao indivíduo, tais como aspectos genéticos-hereditários que podem estar relacionados à modulação do humor pela nicotina (Moxham, 2000; Viegas, 2007).

Geralmente após algum tempo de consumo de nicotina, aparecem sinais de tolerância (usar mais para obter o mesmo efeito), de compulsão (ânsia incontrolável pelo cigarro – craving) e sintomas da síndrome de abstinência, que se manifestam, quando a quantidade de nicotina consumida é interrompida (Seibel & Toscano, 2001).

Segundo o DSM-IV (1996, 2002), o diagnóstico de síndrome de abstinência faz-se através da presença de pelo menos quatro sintomas ao fim de vinte e quatro horas ou mais de privação: estado disfórico ou depressivo, ansiedade, insônia, irritabilidade, inquietude, agitação, dificuldade de concentração, aumento de apetite, de peso, diminuição da frequência cardíaca e urgência (*craving*) em fumar novamente (Kassel & Unrod, 2000; Lebargy, 2003; Jarvis, 2004).

Pelo que foi referido, para cessar o hábito tabágico é preciso controlar os principais factores envolvidos como a dependência psicológica e fisiológica da nicotina, e as influências psicossociais. Pesquisas recentes indicam que 90% dos fumadores gostariam de parar de fumar, mas somente de 1 a 5% cessam o hábito tabágico espontaneamente, após a primeira tentativa, sem ajudas específicas (intervenção técnica, através de terapias comportamentais e/ou tratamento farmacológico) (Gigliotti et. al., 2001; Barringer & Weaver, 2002).

Aproximadamente 60 a 70 % de fumadores consideram que o aconselhamento médico ajudaria a cessar o hábito tabágico (Gigliotti et al., 2001; Issa, 2003).

Atualmente a maioria dos programas de intervenção para a cessação tabágica realizam-se através de uma abordagem multidisciplinar, com suporte psicológico individual ou em grupo (de orientação cognitivo-comportamental) e intervenção psicofarmacológica (devido ao grande poder aditivo) de forma a aliviar os sintomas de abstinência (Dale, Glover & Sachs, 2001). Normalmente, os fumadores com baixo grau de dependência à nicotina não necessitam de tratamento, apenas, de aconselhamento breve para conseguir a cessação e a abstinência tabágica (Gigliotti et al., 2001).

Para o maior sucesso da cessação tabágica, existem vários factores: tipo de comunicação entre profissional de saúde e paciente, características pessoais do fumador, grau de dependência tabágica (menor êxito em fumadores com elevada dependência), género (menor êxito na mulher devido a preocupação com peso), nível de escolaridade (maior probabilidade de êxito nos fumadores com maior nível educacional), quantidade de consumo de tabaco, muitas tentativas de cessar hábito, depressão (redução de êxito), familiares que não sejam fumadores regulares, e não ter tido recaídas nas duas semanas após o “dia D”(dia de início da cessação tabágica) (Gigliotti et al., 2001; Barringer & Weaver, 2002; Rosemberg, 2004).

Tendo em conta, a influência do género supracitada, segue-se a referenciação dos efeitos do tabagismo na saúde da mulher.

O Tabagismo e Seus Efeitos na Saúde da Mulher

Entre os anos 50 e 60, devido às alterações sócio-económicas, verificou-se um aumento do hábito tabágico nas mulheres em todo o mundo (Rosemberg, A., 2002), e desde 1970, em geral, o hábito tabágico feminino inicia-se na adolescência. Aproximadamente 200 milhões de mulheres fumam, principalmente nos países mais desenvolvidos, tendo como consequência um aumento do risco de doenças: cardiovasculares, pulmonares, cancerígenas, além do sistema reprodutor feminino ser prejudicado pelo tabagismo, provocando alterações na função menstrual, maior risco de infertilidade, de complicações na gravidez, de osteoporose e de menopausa

precoce. Caso continue a aumentar a prevalência de tabagismo no sexo feminino, as taxas de morbidade e mortalidade serão iguais ou maiores do que no sexo masculino (CDC, 2001; Cabar & Carvalho, 2003; USDHHS, 2001; 2004). Em Portugal, segundo os últimos dados do Inquérito Nacional de Saúde (INSA, 2000), a prevalência de fumadores do sexo feminino está a aumentar (5% em 1988 e 8% em 1998), sendo que a prevalência das mulheres fumadoras na faixa etária dos 25 aos 34 anos é muito superior à prevalência das mulheres em geral (20% em 1998).

Na sociedade contemporânea, a diversidade de papéis exercidos pela mulher condiciona a que esta concilie a vida familiar com a vida profissional. Considerando que 80% das mulheres entre 25 e 60 anos trabalham, a dupla jornada resulta em situações de extrema ansiedade, fazendo com que muitas mulheres usem o cigarro como “companhia”, como uma forma de relaxar, para manter o peso ou um aliado para enfrentar situações difíceis. Diversos factores influenciam o tabagismo feminino, tais como idade de início e duração do hábito, quantidade de cigarros consumidos diariamente, contexto sócio-económico, familiar, estado civil, habilitações literárias e tipo de profissão. O tabagismo nas mulheres está mais associado com o nível educacional (quanto maior a escolaridade, menor a prevalência de cigarros) do que propriamente com a ocupação profissional e o salário (CDC, 2001; Gigliotti, et al., 2001; USDHHS, 2001).

De acordo com alguns estudos, existem características associadas às mulheres fumadoras com grau de dependência de nicotina elevado, como sejam, trabalho com baixos rendimentos, desempregadas, divorciadas ou celibatárias, pouco acesso à informação, educação escolar insuficiente, utilização do cigarro como apoio ou como forma de relaxar – isto não é característica da mulher, se calhar é melhor tirar (USDHHS, 2001; Cabar & Carvalho, 2003).

Muitos efeitos da nicotina são sentidos como benéficos pelas mulheres (dificultando o abandono do tabagismo), que referem sensação de relaxamento, controle do peso, melhoria do humor e redução dos níveis de ansiedade (Gigliotti & Laranjeira, 1999; Gigliotti et al., 2001). Por estas razões, as mulheres apresentam maiores dificuldades para cessar o hábito tabágico, para além dos factores hormonais e/ou psicológicos, como mecanismo para auto-regulação de estados emocionais,

nomeadamente na gestão das emoções negativas como raiva, solidão, etc. No caso de fumadoras mais dependentes (mais de 20 cigarros/dia), a cessação torna-se um obstáculo difícil de ser ultrapassado, pela necessidade de repor os níveis de nicotina no organismo.

Tendo por base o objecto deste estudo, segue-se a particularização do efeito do tabaco nas mulheres grávidas.

Gravidez e Tabagismo

Gravidez, três trimestres de mudanças

Ao longo de três trimestres, a gravidez provoca na mulher mudanças físicas, psíquicas e sociais num curto espaço de tempo, sendo considerado um grande desafio à sua maturidade e à estrutura da sua personalidade. O tempo de gravidez pode ser usado para que a mulher imagine as tarefas e solicitações que terá que cumprir em relação ao bebê e ao seu novo papel como mãe. (Colman & Colman, 1994; Canavarro, 2001).

O primeiro trimestre é caracterizado pela descoberta da gravidez e a sua aceitação. Mesmo a gravidez sendo desejada, o sentimento de ambivalência (aceitação/rejeição) pode ocorrer: o desejo de ter o bebê com medo de aborto espontâneo, mudança corporal, alterações na vida profissional, do parto e das novas responsabilidades (Canavarro, 2001; Baptista & Furquim, 2003).

O segundo trimestre é considerado o mais estável do ponto de vista psicológico (Cordeiro, 2002; Maldonado, 2002), tendo a mulher ultrapassado a preocupação da ameaça de aborto e de alguns sintomas mais incómodos do início da gravidez, podendo ter outras questões para gerir, como alterações na imagem corporal. É neste trimestre que começa a sentir os movimentos do feto, demonstrando de forma concreta a sua diferenciação, contribuindo para o desenvolvimento da identidade parental (Maldonado, 2002).

O terceiro trimestre caracteriza-se pela preparação para o parto, sendo uma realidade que provoca receios e grande aumento de ansiedade em muitas mulheres. Nesta fase, é suposto o bebê já ser percebido como um ser individual a nível físico e psicológico (Maldonado, 2002).

Durante esses três trimestres, as rápidas alterações psicológicas, endócrinas e somáticas sentidas pela grávida, podem provocar maior vulnerabilidade, justificando assim um certo grau de ansiedade e de alterações ao nível da identidade e auto-

estima. No entanto, estes sentimentos podem ser concomitantes com a alegria e orgulho por estar a gerar um filho (Melo & Lima, 2000).

De acordo com Colman & Colman (1994), existem seis etapas psicológicas distribuídas pelos três trimestres designados de “Integração”, “Diferenciação” e “Separação”, sendo que cada mulher tende a ultrapassar cada uma dessas etapas de forma própria. (Colman & Colman, 1994; Melo e Lima, 2000; Canavarro, 2001; Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005).

Embora ocorram alterações emocionais na gravidez, a grande maioria está enraizada nas reacções adaptativas à mudança e desenvolvimento (Colman & Colman, 1994). No entanto, pode implicar uma maior vulnerabilidade e desencadear um aumento de sintomas, como ansiedade ou transtornos de humor e depressão (Baptista & Furquim, 2003).

Um dos factores da ansiedade gravídica prende-se com o bom desenvolvimento do bebé, sendo o hábito tabágico um comportamento considerado de alto risco. O consumo da nicotina pode afectar o feto, ao comprometer o saudável desenvolvimento fetal, o peso e a saúde do recém-nascido (Marin, 2003).

Tabagismo na Gravidez

Desde a década de cinquenta, através da pesquisa retrospectiva de Simpson (1957) existem evidências de que o consumo de tabaco pode trazer graves complicações à gravidez. Desde então, inúmeros estudos científicos abordaram os efeitos negativos do tabagismo na gravidez, no desenvolvimento fetal e no recém-nascido. Fumar durante a gestação é considerado um grave problema de saúde pública, e aproximadamente 70% das mulheres que fumam antes da gravidez continuam a manter o hábito tabágico devido ao forte poder aditivo da nicotina, apesar dos conhecimentos sobre as consequências negativas para a saúde, para a gravidez e para o desenvolvimento do feto (USDHHS, 2001; Wirth, 2003; Rosemberg, 2004).

Na gravidez a manutenção do hábito tabágico pode estar relacionada com: uma atitude negativa em relação à gravidez, idade, estado civil, existência ou não de um companheiro ou familiares fumadores, receio de aumento do peso, nível elevado de

dependência de nicotina, existência de problemas psicológicos, problemas familiares, baixos recursos financeiros, baixo nível acadêmico, além de outras dependências associadas como drogas e álcool (Ershoff, Solomon, Dolan-Mullen, 2000; Wirth, 2003; Coleman, 2004; Cnattingius, 2004).

Já no período da pré-concepção, o tabagismo interfere na função reprodutora das mulheres, com evidente atraso da primeira gestação (Kuczkowski, 2004). Os índices de infertilidade chegam a 41% nas mulheres que fumam e os abortos espontâneos atingem entre 10% e 35%, conforme a quantidade de tabaco consumido. Uma grávida que fume 20 cigarros/dia inala o fumo do cigarro 11 mil vezes ao longo dos nove meses da gestação. Os efeitos adversos de fumar durante a gestação estão associados a riscos, tais como: parto prematuro, aborto espontâneo, descolamento prematuro da placenta, ruptura prematura das membranas, e também riscos múltiplos para o desenvolvimento do feto, como baixo peso ao nascer (redução de 150 a 250g), maior risco da síndrome de morte súbita do recém-nascido, desenvolvimento de problemas pulmonares e infecções do ouvido médio (USDHHS, 2001; Lima, 2002; Nakamura, Alexandre & Santos 2004).

Brown, Miller, Khawli e Galbert (1988) evidenciam através de um estudo de ecografia, calcificações extensas de grau III que ocorrem significativamente com maior frequência em placentas de grávidas fumadoras do que em grávidas não-fumadoras, comprometendo a função de trocas materno-fetais.

Nas gestantes fumadoras, a presença de nicotina no líquido amniótico e no sangue fetal, age sobre o coração do feto aumentando a frequência cardíaca, além do efeito vasoconstritor no útero e na placenta, que reduz o fluxo sanguíneo e a oferta de oxigênio, o que pode provocar hipoxia crônica no feto, resultando num menor desenvolvimento do mesmo (Dempsey & Benowitz, 2001).

Através de exame de ultra-som é possível demonstrar o efeito da nicotina sobre os centros nervosos respiratórios do feto, após a gestante fumar um cigarro, os movimentos do torax do feto diminuem, só retomando o ritmo normal após uma hora (Lowe, Balanda & Clare, 1998; Dempsey & Benowitz, 2001; Nakamura et al., 2004).

Perante a resistência da grávida que fuma, muitos profissionais de saúde ainda aconselham apenas a redução para cinco cigarros diários, no entanto, um único

cigarro fumado por uma gestante pode provocar graves danos ao feto pelo uso regular do tabaco, mesmo em pequenas doses (Lowe et al., 1998). De acordo com a OMS (2006), todos os produtos do tabaco são nocivos para a saúde não havendo um limiar seguro de exposição. Em 2005, na Noruega foi realizado um estudo demonstrando que consumos abaixo de cinco cigarros por dia estão associados a um aumento de mortalidade por todas as causas e por doenças isquêmicas cardíacas, em ambos os sexos, e num aumento da mortalidade por cancro do pulmão, mais acentuado nas mulheres, o que vem confirmar o princípio de que não existem níveis seguros de exposição (Bjartveit & Tverdal, 2005).

Contudo, não é apenas o consumo directo de tabaco que é prejudicial à saúde, existindo riscos para as grávidas que vivem em ambientes com fumadores, seja em casa ou no local de trabalho, já que inspira substâncias tóxicas que pela circulação sanguínea passam para o feto (Lambers & Clark, 1996; Rosemberg, 2004).

É de referir ainda que apesar do estudo de todos estes malefícios do tabaco para a gestante e para o feto, os últimos dados do Inquérito Nacional de Saúde (INSA, 2000), indicam que aproximadamente 60% a 70% de mulheres que fumam antes da gravidez, continuam a fumar durante e depois da gestação, maioritariamente nas faixas etárias mais jovens. Apesar disso, os mesmos resultados revelam um aumento na prevalência de grávidas que param de fumar na gestação.

Cessação Tabágica na Gravidez

Como já referido, fumar na gravidez constitui um grave risco para a saúde da grávida e para o saudável desenvolvimento fetal, sendo fundamental promover a cessação tabágica. A gravidez promove uma maior consciencialização na gestante, podendo servir como um importante estímulo para a cessação tabágica, devido à preocupação da gestante com a saúde do feto e com a sua própria saúde (Lima, 2002). O baixo consumo de cigarros (provavelmente devido a um grau mais baixo de dependência de nicotina) antes da gravidez é considerado o melhor indicador para o êxito da cessação tabágica durante a gestação (Gigliotti et al., 2001; Lima, 2002).

Na gravidez existem alguns factores que podem estar associados ao êxito da cessação tabágica, tais como: planeamento e desejo da gravidez, ser primípara,

náuseas do primeiro trimestre, acompanhamento por profissionais de saúde e frequência de consultas pré-natais, apoio do meio familiar e social (não fumadores), conjuge não fumador, baixo nível de dependência da nicotina (<10 cigarros/dia), elevado nível educacional, não dependência de outras drogas ou álcool e crença de que fumar pode realmente prejudicar o desenvolvimento do feto (Wirth, 2003; Solomon & Quinn, 2004).

No entanto, uma grande percentagem de mulheres durante a gravidez, ainda não consegue parar de fumar, conseguindo apenas uma redução do consumo (Gigliotti et al., 2001). É de referir que o risco de baixo peso do recém-nascido se mantém nestas gestantes que apenas reduzem a quantidade de cigarros durante a gravidez, já que muitas delas acabam por inspirar profundamente cada cigarro, mantendo os níveis anteriores de nicotina no organismo (Gigliotti et al., 2001; Wirth, 2003; Vollbrecht, Viegas, Arent & Badalotti, 2004).

Apesar do grande benefício para o desenvolvimento fetal ocorrer se a cessação tabágica acontecer no princípio da gravidez, parar de fumar em qualquer fase da mesma tem um grande impacto na saúde do feto e da grávida. Existem inclusive mulheres que param de fumar espontaneamente (parar de fumar por sua própria iniciativa, sem ajudas, pouco tempo após a concepção), tornando-se abstinentes somente por este período (Dempsey & Benowitz, 2001; Marin, 2003; Solomon & Quinn, 2004).

As grávidas que interrompem de forma espontânea o hábito tabágico no início da gestação, tendem a não voltar a fumar até ao parto, sendo rara a cessação tabágica espontânea após o primeiro trimestre. De acordo com alguns estudos, 71% das mulheres que fumavam menos de 10 cigarros/dia cessaram de forma espontânea o hábito tabágico na gestação (Solomon & Quinn, 2004; USDH, 2004).

No entanto, segundo Hajek (2001) as mulheres que deixam de fumar devido à gravidez e não pela sua própria saúde, tendem a voltar a fumar a seguir ao parto.

As mulheres que param de fumar espontaneamente diferem das que continuam a fumar nas características demográficas, nos factores relacionados com a gravidez, no histórico tabágico, nos ambientes tabágicos, crenças e atitudes e outras variáveis psicossociais. Em todos os estudos as mulheres que param espontaneamente

apresentam um grau acadêmico mais elevado em comparação com as mulheres que continuam a fumar (Ockene, Ma, Zapka, Pbert, Goins & Stoddard (2002) têm rendimentos superiores e são casadas ou têm um parceiro (Curry, McBride, Grothaus, Lando & Pirie, 2001). Existem ainda outros factores como intenção de amamentar, ocorrência de aborto prévio e ser primípara. Provavelmente as primíparas estejam mais motivadas para iniciar os cuidados pré-natais mais cedo e para seguir os conselhos relativos à saúde, tais como a abstinência do tabaco (Curry et al., 2001).

Todos os estudos que incluíam avaliações do histórico tabágico encontraram diferenças significativas entre as grávidas que pararam espontaneamente e as que continuaram a fumar sobre indicadores de dependência de nicotina. As mulheres que pararam espontaneamente tinham mais probabilidades de fumar menos antes da gravidez, de fumar o primeiro cigarro mais tarde no dia, de serem mais velhas quando começaram a fumar, terem fumado durante menos anos e terem feito tentativas anteriores de deixar de fumar. Estas descobertas sugerem que as mulheres que deixaram de fumar espontaneamente eram fumadoras menos dependentes, e conseqüentemente tiveram menos dificuldade em deixar de fumar (Curry et al., 2001; Hajek., 2001, Ockene et al., 2002; Solomon & Quinn, 2004),

Como já foi referido, o ambiente tabágico pode ter uma influência importante no comportamento tabágico. As conclusões da literatura geral revelam que as mulheres que pararam espontaneamente têm menos fumadores na sua rede social e têm menos probabilidades de ter um parceiro fumador (Ockene et al., 2002; Solomon & Quinn, 2004). Os mesmos autores analisaram as crenças e atitudes relacionadas com o tabagismo e descobriram que as mulheres que pararam de fumar espontaneamente, em comparação com as que continuaram a fumar, expressavam maior preocupação com os danos causados à saúde do feto. (Ockene et al., 2002; Solomon & Quinn, 2004).

Alguns estudos exploraram a relação entre outras características psicossociais e a cessação espontânea. Segundo estes, as grávidas que cessaram hábito tabágico espontaneamente sentem menos ansiedade e stress do que as mulheres que continuam a fumar (Ludman, McBride, Nelson, Curry, Grothaus, Lando & Pirie,

2000; Ockene et al., 2002), mas não existiam diferenças nos sintomas depressivos (Ludman et al., 2000).

Para além do êxito na abstinência durante a gravidez, essas mulheres distinguem-se pela capacidade de alterar simultaneamente vários comportamentos relacionados com a saúde (Pirie, McBride & Curry, 2000). Muitas mulheres alteram a sua dieta, bem como os comportamentos relacionados com o consumo de álcool e de caféina durante a gravidez. No entanto, a maioria dos programas de cessação formais observou melhores resultados quando o objectivo principal é a cessação tabágica e quando são impostas menos restrições ao nível dos outros comportamentos, tais como a dieta (Pirie et al., 2000).

Para a cessação tabágica na gestação ser uma realidade, é preciso desenvolver uma política definida de apoio à cessação do tabagismo nas consultas de planeamento familiar e durante a gravidez (Dempsey & Benowitz., 2001). As consultas pré-natais devem constituir uma oportunidade de reforço para os profissionais de saúde promoverem a cessação tabágica, ou seja, abordar de forma motivadora a gestante, abrindo um espaço para dialogar com a grávida sobre os seus objectivos de vida, motivar a sua auto-estima, orientando estratégias para enfrentar a ansiedade por ter deixado de fumar, e se necessário, encaminhar para acompanhamento psicológico ou grupos de apoio, no sentido de ajudar a manter a abstinência durante a gravidez e após o parto (Rigotti, 2002). No entanto, a forte pressão social e o reconhecimento dos malefícios do tabaco podem fazer com que muitas grávidas não prestem as informações correctas a respeito do seu hábito tabágico, o que pode causar dificuldades na adesão ao tratamento (Fiore, Bailey, Cohen & Dorfman, 2000;. West, McNeill & Raw, 2003; Cnattingius, 2004). Por essa razão, em estudos epidemiológicos essas informações necessitam ser validadas por confirmação bioquímica, através da dosagem da cotinina (saliva ou urina) ou do monóxido de carbono no ar exalado (Rigotti, 2002).

No entanto, é no período que antecede a gravidez, que a intervenção dos profissionais de saúde é fundamental. Em idade fértil toda a mulher fumadora que tenha intenção de engravidar, deve ser abordada pelo ginecologista/obstetra no sentido de planear com antecedência a sua cessação tabágica. Além da mulher

(fumadora activa ou passiva), esse planeamento também deve abranger o companheiro, visto que ter um cônjuge que fume é um factor preditivo de insucesso para a cessação tabágica. O risco da convivência da grávida não-fumante com pessoas que fumam deve ser considerado durante a consulta. O apoio social (companheiro, familiares, amigos) e a existência de programas específicos para mulheres como grupos de apoio, apoio psicológico e/ou farmacológico podem auxiliar a cessação tabágica, evitar recaídas e readquirir qualidade de vida (Gigliotti et al., 2001; Wirth, 2003).

É necessário que a equipa de profissionais de saúde realize uma despistagem atenta, já que podem estar associados outros problemas à desabitação tabágica, como quadros pré-existentes de depressões ou transtornos de ansiedade graves que devem ser encaminhados a especialistas da área de saúde mental (Gigliotti, et al., Wirth, 2003).

Os clínicos que prestam cuidados pre-natais as mulheres grávidas estão numa posição privilegiada para oferecer intervenções clinicamente testadas e eficazes. No entanto, menos de metade de todos os obstetras inquiridos advertem as suas pacientes quanto às consequências do tabagismo e oferecem os tratamentos recomendados nas orientações *Treating Tobacco Use and Dependence* para clínicos (Fiore et al., 2000; USDHHS, 2000; Floyd, Belodoff, Sidhu & Schulkin, 2001). As orientações para as práticas clínicas em *Treating Tobacco Use and Dependence* recomendam que fossem oferecidas às fumadoras grávidas intervenções psicossociais, além do aconselhamento mínimo para a cessação, incluindo materiais de auto-ajuda específicos para a gravidez.

Assim, os aspectos psicológicos da dependência devem ser abordados de forma ampla. De acordo com o grau de motivação da grávida, diversas técnicas podem ser utilizadas individualmente ou em grupo com bons resultados. Com as grávidas que ainda estejam ambivalentes, é utilizada a entrevista motivacional e para as que já estejam motivadas a parar de fumar, utiliza-se a terapia cognitiva-comportamental, sendo esta técnica a mais usada nos programas de desabitação tabágica (Gigliotti, et al.,; Rigotti, 2002). As orientações actuais indicam que as farmacoterapias devem ser consideradas, apenas, quando a mulher grávida não for capaz de parar de fumar de

outra forma e, quando a probabilidade de parar de fumar, com os respectivos benefícios, superar os riscos da farmacoterapia e da potencial continuação do tabagismo (Fiore et al., 2000).

Dempsey e Benowitz (2001) realizaram uma ampla revisão sobre o uso da terapia de reposição de nicotina (TRN) durante a gravidez e consideram que nos casos em que a grávida não tenha conseguido a cessação tabágica somente com a ajuda de intervenções não-farmacológicas, deve-se considerar a prescrição de TRN, sendo que esta terapia dobra a taxa de sucesso da cessação tabágica. Outros autores (Gigliotti & Laranjeira, 1999; WHO, 2001) consideram que, apesar dos estudos sobre o uso da TRN ainda apresentarem controvérsias para uso durante a gravidez, é mais seguro do que a grávida fumar um cigarro e estar exposta a mais de quatro mil substâncias tóxicas.

Independentemente do tipo de intervenção, os programas de cessação tabágica direcionados às gestantes apresentam resultados muito superiores aos dirigidos à população em geral. As taxas de sucesso em programas de intervenção para a cessação tabágica na gravidez são cerca de três vezes maiores quando comparadas com outros grupos (Melvin, Dolan-Mullen, Windsor, Whiteside & Goldenberg, 2000).

Como já foi referido anteriormente, associada à cessação tabágica podem ocorrer sintomas de ansiedade, aspecto que será abordado de seguida.

Ansiedade, Tabagismo e Gravidez

Conceito de Ansiedade

A ansiedade é uma emoção humana considerada normal, com componentes fisiológica e psicológica, tendo uma função adaptativa (com um papel protector e motivador), permitindo um estado de alerta e de prontidão face a uma ameaça real, produzindo assim uma resposta adequada (Maldonado, 2002; Ballone, 2005).

Para um acontecimento ser interpretado como ansiogénico depende não apenas da sua origem, mas do significado que o indivíduo atribui ao mesmo, dos seus recursos, defesas, mecanismos de *coping*, bem como de componentes relacionados com a personalidade do indivíduo (Carvalho, 2000; Ballone, 2005).

A ansiedade está associada a emoções como o medo, tensão, inquietação e apreensão provocada pela antecipação de um acontecimento de difícil previsão, percebido como perigoso e sem controlo pelo indivíduo, intensificando a actividade do sistema nervoso autónomo, sendo o modo como o indivíduo interpreta o acontecimento mais importante do que o acontecimento em si. Níveis elevados de ansiedade, quando ultrapassam as capacidades adaptativas do indivíduo, produzem consequências graves como alterações hormonais e fisiológicas. Os sintomas de ansiedade podem apresentar-se através de manifestações corporais involuntárias, como secura da boca, sudorese, arrepios, tremor, vómitos, dores abdominais e outras alterações biológicas e bioquímicas (Dantzer, 2001).

Segundo Anastasi e Urbina (2000), o indivíduo pode responder de diferentes formas em diversos contextos. Quando a sua manifestação é habitual, pode ser considerada como um traço da personalidade, ou na sua manifestação, como estado ansioso.

De acordo com o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (Spilberger, Gorsuch & Lushene, 1970), é útil a distinção entre ansiedade-traço e ansiedade-estado. O traço de ansiedade refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis na propensão à ansiedade. Os indivíduos com essa característica são menos sensíveis a mudanças

decorrentes de situações ambientais e mais estáveis no tempo, logo mais vulneráveis às tensões. A ansiedade-traço é um elemento de equilíbrio da personalidade, já que ela faz parte da maneira de reagir do indivíduo perante os acontecimentos da vida. A ansiedade-traço é considerada uma característica estável da personalidade, com tendência para antecipar os riscos das experiências do dia-a-dia, sejam hipotéticos ou reais (Spielberger et al, 1970; 1979).

No que diz respeito ao estado de ansiedade, este é considerado como um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão, conscientemente percebidos e por aumento na actividade do sistema nervoso autónomo, podendo variar em intensidade de acordo com o perigo percebido (Spielberger, 1981). A duração da reacção de estado de ansiedade dependerá da persistência do estímulo evocador e da experiência do indivíduo em lidar com situações semelhantes. Quando altos níveis de estado de ansiedade são experimentados como desagradáveis ou dolorosos, inicia-se uma sequência de comportamentos com o objectivo de evitar ou minimizar o perigo, ou pode acontecer uma readequação sensorial e cognitiva que possibilite uma reavaliação da situação como sendo menos ameaçadora (Spielberger, Pollans & Worden, 1984).

A ansiedade pode tornar-se patológica em determinadas circunstâncias, quando os comportamentos e sintomas ocorrem com extrema frequência e intensidade, interferindo na saúde e no bem-estar, na vida pessoal e profissional do indivíduo, ou quando aparece em conjunto com outra perturbação. A presença de um forte estado ansioso pode ser a base dos transtornos de ansiedade. Clinicamente, uma ampla variedade de transtornos psicobiológicos pode estar associada à ansiedade, tais como a dependência química (Paulino & Godinho, 2002). No caso de ansiedade patológica, o indivíduo subestima os recursos pessoais de *coping* e os indícios securizantes do meio, sendo que a diferença entre ansiedade patológica e normal é a sobreavaliação subjectiva do risco (Spielberger et. al., 1979).

Ansiedade e Tabagismo

Apesar de ser um tema controverso, pela sua complexidade ao envolver mecanismos neurobiológicos e comportamentais, algumas pesquisas sugerem que o tabagismo pode aumentar os níveis de ansiedade e stress, sendo o tabaco considerado uma droga estimulante e não tranquilizante (Parrot, 1999; Siqueira, 2000; Raw, 2004). Diversos estudos têm sido feitos no sentido de investigar as diferenças individuais na responsividade à nicotina, como função de traços de ansiedade ou histórico de desordens de ansiedade. Segundo Parrot e Kaye (1999), o consumo de tabaco pode aumentar os níveis de ansiedade sendo a dependência de nicotina considerada a responsável por essa relação. Alguns investigadores contestaram essa conclusão, afirmando que só é possível considerar a existência de uma associação entre estes dois factores, e não uma relação de causalidade. (Kassel & Unrod, 2000).

Os efeitos dos comportamentos tabágicos nas perturbações de ansiedade levaram a explorar as ligações entre a nicotina e os diferentes sistemas biológicos implicados na ansiedade. A administração aguda de nicotina estimula os diferentes receptores nicotínicos e favorece a libertação de diferentes neurotransmissores, particularmente a acetilcolina, a noradrenalina, a serotonina, o GABA e o glutamato. Estes receptores são de diferentes tipos e têm localizações diferentes, o que poderia explicar a diversidade e a complexidade dos efeitos da nicotina (Khazaal, Cornuz & Zunillo, 2004).

De uma forma geral, as comorbidades constatadas entre certas perturbações de ansiedade e o tabagismo não têm uma explicação consensual. O cigarro tanto pode ser ansiogénico, especialmente em situação de privações repetidas, como pode ser ansiolítico. Em diversos estudos verificou-se que os fumadores têm maiores níveis de ansiedade do que os não fumadores ou do que os fumadores ocasionais e ex-fumadores. Concluiu-se também que a dependência e a síndrome de abstinência têm importância fundamental na relação stress/ansiedade-consumo de tabaco (Khazaal et al., 2004). A ansiedade é um dos sintomas mais frequentes na síndrome de abstinência de nicotina e o seu aumento pode levar ao risco de recaída (Hughes, 2004; O'Connell, Lucan & Yeh, 2003).

O hábito de fumar e a abstinência da nicotina interferem nos principais sistemas de neurotransmissão envolvidos nos transtornos psiquiátricos. As pesquisas sobre tabagismo e transtornos psiquiátricos podem promover conhecimentos fundamentais para orientações no sentido de procedimentos mais adequados nos diversos contextos terapêuticos (Focchi et al., 2006). O estudo da correlação entre tabagismo e presença de sintomas psiquiátricos tem vindo a despertar interesse em diversos países (Roy, Parker, Mitchell e Wilhelm, 2001). Existe uma grande prevalência de tabagismo nos indivíduos com problemas de saúde mental, sendo que nos pacientes com distúrbios de ansiedade e depressão a prevalência é de 50% (McNeill, 2001).

Parece ser pertinente estudar as ligações entre tabagismo e perturbações de ansiedade, já que os fumadores referem sensações de relaxamento e redução da ansiedade após fumar um cigarro, apesar da nicotina ser classificada como uma substância psicoativa, tendo efeitos estimulantes e, por vezes mesmo ansiogénicos (Khazaal et al., 2004). Também de acordo com o DSM-IV, os sintomas de ansiedade fazem parte dos critérios da síndrome de abstinência da nicotina, sublinhando-se ainda o impacto do tabaco sobre a neurobiologia da ansiedade. Resultados de diversos estudos permitem estabelecer a hipótese de que a natureza da relação entre tabagismo e ansiedade varia segundo o tipo ou diagnóstico do transtorno de ansiedade (Stewart & Kushner, 2001; Oliva, 2003; Johnson & Slade, 2003).

De modo geral, encontramos duas vezes mais dependência tabágica, nos indivíduos que sofrem de perturbações de ansiedade do que na população geral. O tabagismo está tanto mais associado às perturbações de ansiedade quanto haja dependência de nicotina. Quando esses pacientes tentam parar de fumar, existe maior probabilidade de que os sintomas de ansiedade ou depressivos se tornem mais intensos e constituam um obstáculo para a cessação tabágica. No entanto, diversos autores afirmam que as evidências da relação tabagismo/ansiedade são bem menos consistentes do que a relação entre tabagismo/depressão. Acredita-se que pacientes com perturbações psicológicas utilizam com maior frequência o cigarro, relatando que ao fumarem se sentem mais relaxados e confiantes. (Khazaal et al., 2004).

Um estudo de Parrot (1999) pretendeu demonstrar que o efeito relaxante do cigarro é apenas aparente, já que os testes aplicados mostraram um aumento de

tensão e irritabilidade nos indivíduos fumadores, quando tinham menor quantidade de nicotina no organismo. Parrot observou que sempre que se registava uma descida do nível de nicotina no organismo dos fumadores, estes necessitavam repor nicotina para manter um nível de ansiedade e stress normal ou suportável. Esse estudo permitiu demonstrar que o tabaco não alivia a ansiedade e o stress, mas que contribui directamente para o seu aumento. A análise dos dados permite concluir que ao contrário do que se pensa, parar de fumar é que reduz gradualmente os níveis de stress/ansiedade. Em geral, resultados de pesquisas sugerem que fumadores tendem a ser mais extrovertidos, ansiosos, tensos, impulsivos e com mais traços de ansiedade em relação a ex-fumadores e a não-fumadores. Ainda não existe um consenso sobre o perfil psicológico do fumador. O conhecimento sobre factores psicológicos, associados ao consumo de tabaco é fundamental para fins práticos, podendo ser utilizado no tratamento do indivíduo dependente de nicotina. Actualmente, poucos profissionais da saúde encaram as características da personalidade individual como factor determinante da manutenção do hábito tabágico (Roy et al., 2001).

O estudo deste tema é complexo, por englobar variáveis de nível físico, psicológico e social e por existir ainda maior quantidade de investigações sobre os efeitos positivos da nicotina, graças às políticas de financiamento da indústria do tabaco (Parrot, 1999). É necessário realizar mais investigações nesta área, com outras amostras, em outros contextos e com outras metodologias (Parrot, 1999; Kassel & Unrod, 2000), nomeadamente com o grupo de grávidas.

Apesar da crença antiga de que as emoções maternas influenciam e afectam o feto, somente nas últimas décadas surgiu o interesse científico para documentar este facto, tendo os aparelhos ecográficos aberto novas possibilidades de pesquisas no sentido de observar a relação entre ansiedade materna e comportamento fetal (Rosemberg, 2004).

Ansiedade e Gravidez

A gravidez e a maternidade estão associadas a uma situação de crise por conduzirem a uma grande mudança no equilíbrio psicológico, biológico e social da mulher (Figueiredo, 2000). Assim, esta fase exige novas formas de respostas emocionais, cognitivas e comportamentais, traduzindo-se por uma reorganização por parte da gestante com a própria e com os outros (Canavarro, 2001), sendo assim, justificada a presença de um certo grau de ansiedade.

Durante a gravidez, a presença da ansiedade é um denominador comum e está presente em diferentes níveis de intensidade, sendo que os níveis de ansiedade habituais servem à futura mãe como forma de adaptação ao seu novo papel, requerendo uma certa plasticidade psicológica (Maldonado, 2002; Conde & Figueiredo, 2003).

Na gravidez os sintomas de ansiedade dividem-se em três dimensões: a) Cognitivas (falta de concentração, de atenção, esquecimento, etc); b) Emocionais (irritabilidade, apreensão, crises de choro, nervosismo, tensão, falta de controlo, etc); c) Fisiológicas (insónia, sudorese, vômitos, náuseas, inquietação, tremor, aumento de frequência cardíaca (Carpenito, 1998; Johnson & Slade, 2003).

Em cada trimestre podem ocorrer diferentes níveis e expressões de ansiedade, como consequência inevitável de adaptação às rápidas mudanças que acontecem (Colman & Colman, 1994; Melo & Lima, 2002) tal como representado no quadro 2.

Trimestre	Características	Sintomatologia
1º Trimestre	Adaptação e aceitação da Gravidez: Conflito de ambivalência devido à intensificação das vivências da maternidade.	Ansiedade: Incerteza da gravidez e adaptação à notícia; receio de aborto; sonolência; insónia; náuseas e vômitos.
2º Trimestre	Percepção dos movimentos fetais.	Ansiedade menos intensa (período mais estável).
3º Trimestre	Movimentos do bebé mais intensos; Preparação para o parto.	Maior ansiedade: receios relativos ao parto (psíquico e somático).

Quadro 2: Quadro representativo dos níveis de ansiedade nos três trimestres de gravidez (Colman & Colman, 1994; Melo & Lima, 2002).

Assim, durante a gravidez podem ocorrer um aumento dos níveis de ansiedade, já que as grávidas apresentam mais crenças e receios hipocondríacos do que as mulheres não grávidas. A maioria das grávidas expressa medos e ansiedades relacionadas com a gravidez e o parto, com a saúde do bebé, com a sua própria saúde, e com a vida familiar. (Ohman, Grunewald & Waldestrom, 2003; Maldonado, Dickstein & Nahoum 2002; Melender, 2002).

A investigação efectuada nesta área tem implicações importantes ao nível dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, apontando para a necessidade de intervir junto das grávidas e dos casais no sentido de reduzir a ansiedade materna com apoio psicológico e informações para ajustar as expectativas realistas em relação a gravidez e ao parto (Gigliotti et al., Maldonado et al., 2002).

De acordo com alguns investigadores (Gigliotti, et al., 2001; Maldonado et al., 2002), existem dados consistentes quanto às implicações directas da ansiedade na fisiologia uterina, na saúde e desenvolvimento fetal, bem como na predisposição da grávida para comportamentos de risco como obesidade e uso de álcool ou tabaco.

Tabagismo, Ansiedade e Gravidez

Não foram encontrados estudos que relacionam estas variáveis. Contudo, nos estudos que exploram a relação entre as características psicossociais e a cessação espontânea as grávidas que cessaram o hábito tabágico sentem menos ansiedade e stress do que as que continuam a fumar (Ludman e al.; 2002; Ochene et at.; 2002). Por sua vez, Aveyard (2005) concluiu que a recomendação às grávidas para parar de fumar e o aconselhamento intensivo nesse sentido não estão associados ao aumento do grau de ansiedade, e que assim, o aconselhamento para parar de fumar deve ser integrado na prática dos profissionais de saúde materna sem o receio de agravar o stress/ansiedade na gravidez.

Assim sendo revela-se essencial aprofundar a relação entre estas três variáveis, bem como das estratégias de *coping* associadas à cessação tabágica na gravidez.

Estratégias de Coping

Conceito de Coping e sua Relação com Ansiedade

Na língua portuguesa não existe uma única palavra que expresse a complexidade do termo *coping*, podendo assumir vários significados como “lidar com”, “enfrentar” ou “adaptar-se”. Para efeitos deste estudo, o termo *coping* é definido como “lidar com” através das estratégias utilizadas pelas grávidas para a cessação tabágica.

O conceito de coping tem sido descrito como o conjunto das estratégias utilizadas pelos indivíduos para se adaptarem a situações adversas ou stressantes. Segundo o modelo clássico de Lazarus e Folkman (1984), o termo *coping* é definido como um “conjunto de esforços (estratégias) cognitivos e comportamentais, em permanente mudança, desenvolvidos pelo indivíduo para lidar com (dominar, evitar, aceitar, reduzir ou tolerar) as exigências específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como (...) ultrapassando os seus recursos pessoais” (Lazarus & Folkman, 1984, p.141). É um processo que envolve uma interacção dinâmica e complexa entre o indivíduo e o meio, e que se altera de acordo com a avaliação e reavaliação cognitiva da situação percebida como stressante pelo indivíduo, facilitando o ajustamento individual ou a adaptação perante essas situações (Lazarus & Folkman, 1984; Serra, 1999).

Segundo determinados autores (Serra, 1999; Lazarus & Folkman, 1984; Folkman & Moskowitz, 2000; Jerlock, 2006), o *coping* tem duas funções principais:

- Coping focado no problema ou instrumental: que consiste na avaliação da situação, escolha da melhor alternativa e acção. Visa actuar para eliminar de vez a causa do stress e ansiedade, evitando prolongamento do estado emocional negativo, que se pode reflectir na saúde física e psicológica do indivíduo.

- Coping focado nas emoções ou paliativa: visa reduzir a sensação de ansiedade e stress, adequando a resposta emocional a situação stressante, sem visar a solução.

Carver (1997) refere que existem estilos de *coping*, ou seja, os indivíduos têm pré-disposições de *coping* ou desenvolvem formas habituais de lidar com situações de

stress e ansiedade, podendo os estilos de *coping* influenciar suas reacções em novas situações. Os estilos de *coping* podem reflectir a tendência de um indivíduo a responder de uma forma particular, quando confrontado com uma série específica de situações.

Folkman e Moskowitz (2000) concluíram que as abordagens do *coping* convergem nos seguintes aspectos: têm múltiplas funções, é influenciado pela avaliação das características do contexto de ansiedade e stress, pelas características da personalidade e pelos recursos sociais do indivíduo e de seu meio.

Parece existir um consenso de que existe uma correlação estreita entre a percepção cognitiva de uma ameaça, o aparecimento da ansiedade e do stress e as alterações fisiológicas (Galdino, 2000). Neste sentido, os indivíduos procuram descobrir estratégias para alterar e controlar o que provoca stress, tensão e ansiedade, sendo que algumas pessoas procuram avaliar as situações de outra forma, minimizá-las ou relativizá-las, enquanto outras recorrem à fuga, ao ataque ou pedido de ajuda.

Estratégias de Coping na Gestão da Ansiedade e Cessação Tabágica

A relação entre o tabagismo e o stress e ansiedade é debatida há algum tempo, parecendo existir uma relação positiva entre fumar e a sensação de alívio do stress e da ansiedade, o que conduz a um padrão regular de fumador.

Os fumadores frequentes experimentam períodos de acrescida ansiedade e stress entre cigarros, e fumar repõe por momentos o seu nível de ansiedade dentro do suportável. Contudo, eles precisarão de outro cigarro para prevenir que os sintomas de abstinência se desenvolvam novamente (Parrot & Kaye, 1999; Parrot, 2003). A repetida ocorrência de mal-estar entre cigarros indica que os fumadores tendem a sentir níveis de stress diários superiores à média. Como tal, a dependência parece ser uma causa directa do stress e da ansiedade, mas é usada também como estratégia para lidar como alívio da ansiedade.

A sensação de prazer vem da reposição de nicotina no organismo, já que os indivíduos fumam de forma a manter esses níveis estáveis, pelo número de cigarros fumados, pelo intervalo entre os mesmos, pela quantidade e profundidade das tragadas que dão em cada cigarro, permitindo o controlo preciso de cada dose de

nicotina. Ao superar a abstinência de forma espontânea, com ajuda psicológica e/ou medicamentos, o indivíduo será capaz de lidar com a ansiedade de forma mais saudável, alterando o estilo de vida com exercício físico, alimentação saudável, exercícios de relaxamento, etc. O hábito de fumar está muito ligado a determinados momentos, locais e situações, como o primeiro cigarro do dia, cigarro após refeições ou café, ou quando fala ao telefone. As situações variam, mas o princípio para lidar com essas situações é o mesmo. É preciso aprender novas estratégias para quebrar o elo da dependência, mudando as rotinas (Raw, 2004).

Os indivíduos mais ansiosos e stressados tendem a ter maiores dificuldades em parar de fumar, bem como os que tem maior predisposição a estados de humor negativo, como tristeza e ansiedade. A maioria dos fumadores aprende a usar os cigarros como uma forma de lidar com a ansiedade e o stress, provavelmente devido ao efeito da nicotina como promotor do bem-estar. Outra razão é que o acto de acender e fumar um cigarro serve como distracção para o fumador deixar de pensar ou lidar com stressores. Além disso, a maioria começou a fumar na adolescência, como uma actividade social, em grupo, e o acender do cigarro pode lembrar sentimentos de apoio do grupo, que trazem conforto em situações de ansiedade (Raw, 2004; Unesp, 2005).

Se fumar constitui uma forma de lidar com a ansiedade e stress, após deixar de fumar o indivíduo terá dificuldades em lidar com estados de humor negativos. Assim, terá que desenvolver novos métodos mais efectivos, sendo que a melhor forma de lidar com os desafios seria através da procura de estratégias para resolvê-los de forma saudável, alterando o estilo de vida no sentido de reduzir os stressores possíveis (Raw, 2004; Unesp, 2005).

As interpretações cognitivas amplificadas das ameaças percebidas, levam os sujeitos mais ansiosos a utilizarem um *coping* centrado na emoção, preocupando-se em baixar os níveis de sofrimento emocional, usando a fuga e o evitamento e consumindo medicamentos ou substâncias como o tabaco e alimentos, para se distraírem (Graziani, 2001).

Os modelos de *coping* que envolvem ansiedade e stress relacionados com o consumo de substâncias referem o consumo de tabaco como uma resposta de *coping*

entre várias alternativas possíveis, para alcançar a gestão emocional. Estes modelos colocam a hipótese de que é provável que os fumadores tenham poucas competências de *coping* para gerir as exigências do ambiente e para regular as emoções negativas quando se sentem ansiosos ou excitados. De acordo com esta perspectiva, a preferência de *coping* através do tabagismo em vez de recorrer a outras estratégias deriva de défices no repertório que determinada pessoa tem de competências de *coping* adequadas e eficazes, tais como a tomada de decisões e a resolução de problemas, relaxamento, relativização ou aceitação. O *coping* através do consumo de tabaco poderá levar a acumulação de problemas não resolvidos, que poderão contribuir para a continuação de ansiedade e stress (Vollrath, 1998).

De acordo com Marques (2001) a psicoterapia ou grupos de apoio com sessões de aconselhamento são eficazes como complemento do tratamento da dependência da nicotina, sendo significativo quando a dependência está associada a ansiedade ou depressão. O aconselhamento ajuda a identificar situações em que o cigarro está associado a um comportamento (após café, etc) ou circunstâncias emocionais (ansiedade, depressão, tédio, etc.), e assim sendo, o fumador aprende estratégias para quebrar o vínculo entre esses factores e o acto automático de fumar.

Estratégias de Coping para a Cessação Tabágica na Gravidez

No que diz respeito às estratégias de coping utilizadas pelas grávidas para cessar o hábito tabágico, pouca investigação foi ainda desenvolvida.

Existem poucos estudos sobre as grávidas que param espontaneamente de fumar para percebermos quais as características e motivações das mulheres que conseguem manter a abstinência durante a gestação e as estratégias mais utilizadas para lidar (*coping*) com a privação do cigarro. Provavelmente esses dados permitirão maior conhecimento sobre esse grupo de grávidas, possibilitando no futuro medidas mais adequadas de prevenção e intervenção ao tabagismo, direccionadas especialmente às jovens, evitando futuras complicações de saúde, seja em relação à sua própria saúde ou a dos seus possíveis filhos.

Intervenções breves (ex.: aconselhamento breve ou um folheto com sugestões) podem ser tão boas como intervenções mais intensivas para manter a abstinência

nesta população. Talvez as estratégias de tratamento usadas até à data tenham tido um alcance muito limitado e outras abordagens, tais como a gestão de contingência e aconselhamento mais intensivo no início da gravidez devam ser testadas.

Parar de fumar pode significar um aumento de peso de três a cinco quilos, devido às alterações no metabolismo e a necessidade de preencher o “vazio”, a ansiedade deixada pelo cigarro, substituindo-o por alimentos mais calóricos, como doces (Gigliotti et al., 2001; Wirth, 2003).

Ainda não existem dados sobre a influência das mudanças fisiológicas e endocrinológicas específicas da gravidez no comportamento tabágico. Não é claro de que forma as mudanças hormonais durante a gravidez afectam as tentações de fumar ou a experiência de sintomas de privação, pois poucos estudos se centraram nas características da gravidez que podem influenciar a cessação tabágica.

Neste sentido, a investigação aqui apresentada tem como principais objectivos avaliar os níveis de ansiedade das grávidas que cessaram o hábito tabágico em comparação com o grupo de grávidas que continuou a fumar durante a gestação, quais as estratégias de coping utilizadas, bem como a caracterização das grávidas que cessam o hábito tabágico de forma espontânea.

A identificação das características pessoais e sociais destas grávidas permitirão organizar estratégias para identificar antecipadamente a população de risco e desenvolver medidas mais adequadas ao nível da prevenção e intervenção do tabagismo na gravidez.

Método

Delineamento

Este estudo é de carácter exploratório transversal e comparativo, comparando os níveis de ansiedade de grávidas que cessaram o hábito tabágico com grávidas que não cessaram. Consiste também num estudo correlacional, uma vez que correlaciona os níveis de ansiedade com os níveis de dependência tabágica. Para além disso, foram analisadas as estratégias de *coping* utilizadas pelas mulheres que cessaram o hábito tabágico.

Participantes

A amostra é constituída por 73 mulheres grávidas, com idades compreendidas entre os 19 e os 35 anos, $M = 28,49$ anos (ver figura 1).

Os critérios de selecção para recolha da amostra de forma a controlar eventuais variáveis parasitas foram:

- 1) Exclusão de gravidez de risco pela questão de idade. São excluídas as grávidas com idade inferior aos 18 anos e superior aos 35 anos (Ximenes, 2004).
- 2) Exclusão de mulheres grávidas com patologia clínica (física e/ou psicológica) diagnosticada por técnicos de saúde.

Assim, foram critérios de exclusão a idade e a existência ou não de patologias médicas e/ou psicológicas associadas.

Apenas participam neste estudo (critérios de inclusão) as mulheres que são fumadoras ou cessaram o hábito tabágico durante a gravidez e ainda as que se encontravam no segundo trimestre de gravidez. Este último aspecto deve-se ao facto de na literatura o segundo trimestre ser considerado o período da gravidez mais estável e menos ansiogénico (Colman & Colman, 1994).

É de salientar que todas as grávidas referem não existir no momento do preenchimento do questionário nenhuma situação causadora de ansiedade.

A recolha da amostra foi realizada nos Centros de Saúde de Oeiras, Parede, Cascais e na CUF Descobertas (Lisboa).

Esta amostra é considerada uma amostra não-probabilística por conveniência, uma vez que a probabilidade de uma qualquer grávida participar no estudo é desconhecida e porque foi recolhida nos locais acima referidos por conveniência do investigador.

Caracterização Sociodemográfica dos participantes

Do total de grávidas que participaram neste estudo, 46% tem idades compreendidas entre os 30 e 35 anos, 36% entre 25 e 29 anos, e 18% entre 19 e aos 24 anos (ver figura 1).

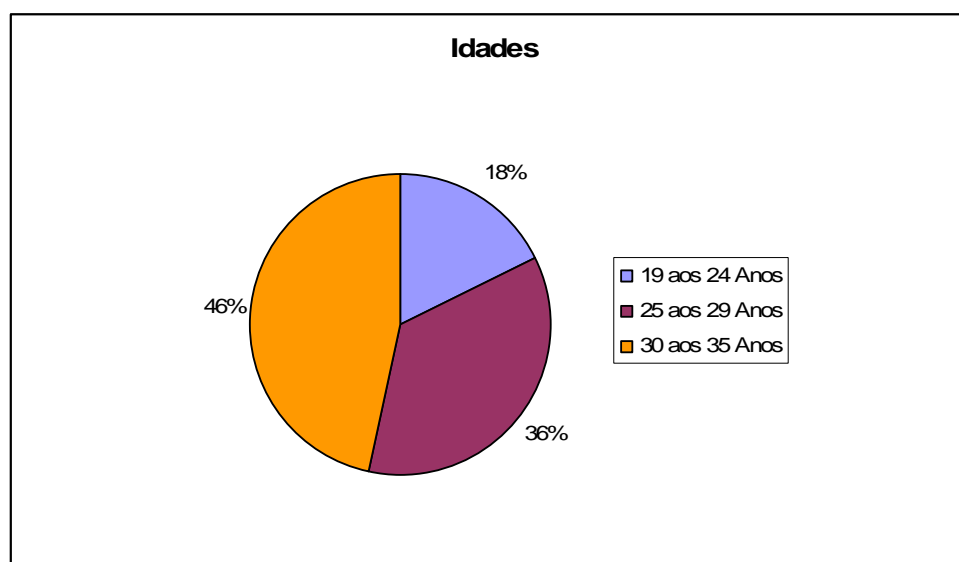


Figura 1. Percentagens das idades dos sujeitos da amostra.

No que diz respeito à nacionalidade das grávidas que participaram neste estudo, 90% é de nacionalidade portuguesa, sendo as restantes (10%) estrangeiras (ver figura 2).

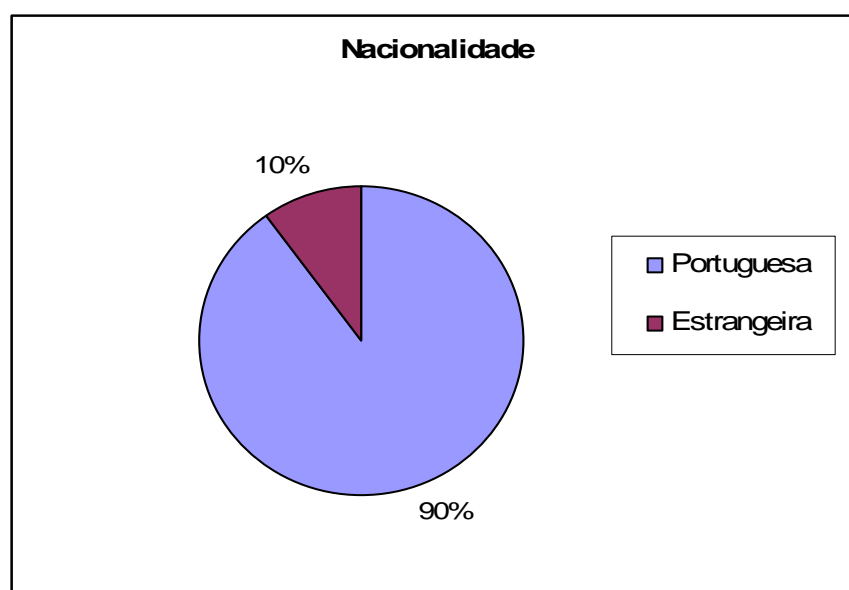


Figura 2. Percentagens da nacionalidade dos sujeitos da amostra.

Quanto ao grau de escolaridade, 35% das grávidas frequentou o ensino secundário, 32% o 3º ciclo, 23% tem bacharelato/licenciatura, 7% tem o 2º ciclo e 3% o 1º ciclo (ver figura 3).

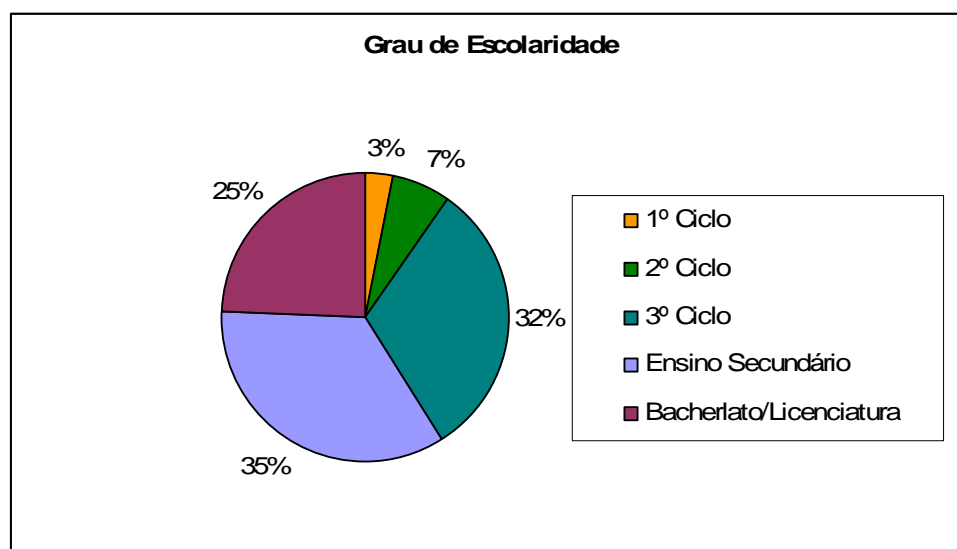


Figura 3. Percentagens dos níveis de escolaridade dos sujeitos da amostra.

Do total de grávidas, 90% exerce uma actividade laboral, 3% estão desempregadas, 1% são estudantes e 6% não respondeu a esta questão (ver figura 4).

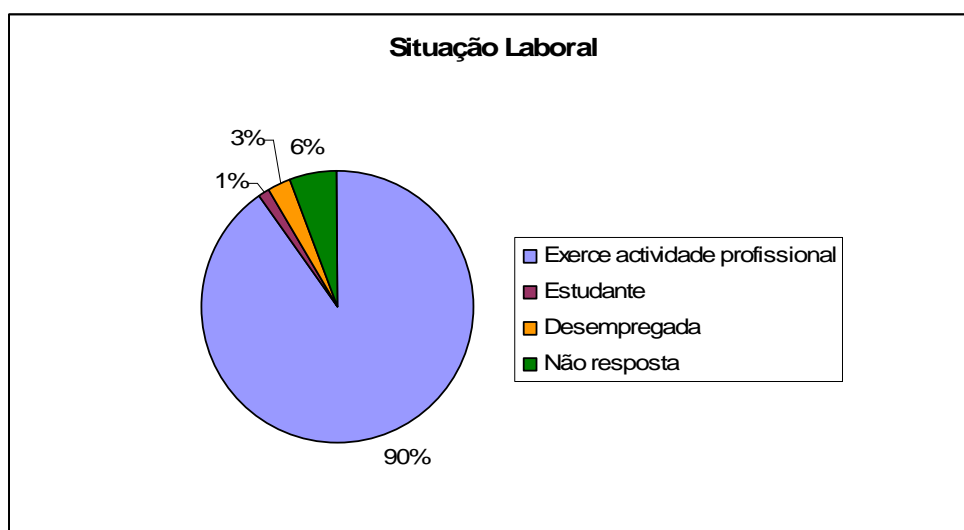


Figura 4. Percentagens da situação laboral dos sujeitos da amostra.

Relativamente ao estado civil as grávidas distribuem-se da seguinte forma: a maioria, ou seja, 74% vive em união de facto ou é casada, 25% são solteiras e 1% estão divorciadas (ver figura 5).

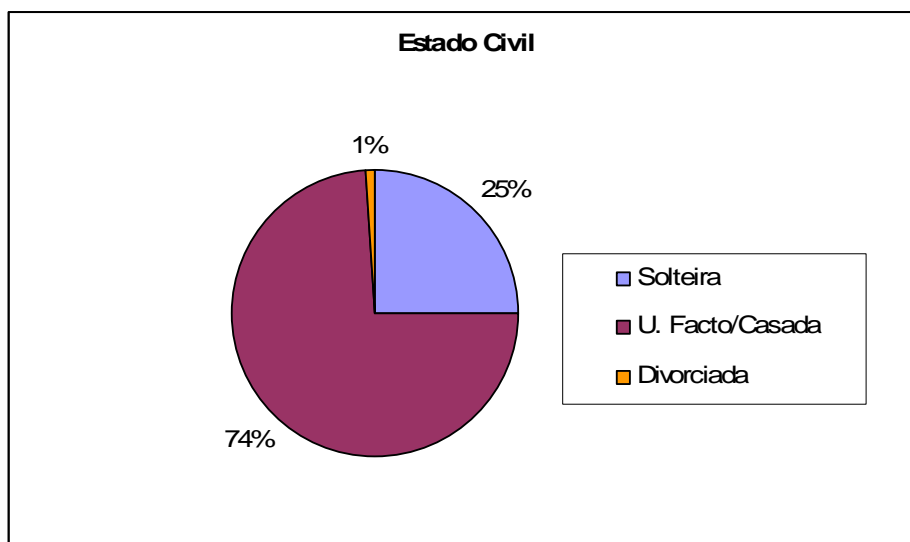


Figura 5. Percentagens do estado civil dos sujeitos da amostra.

Das grávidas que participaram nesta investigação, 60% são primíparas e as restantes (40%) são múltíparas (ver figura 6).

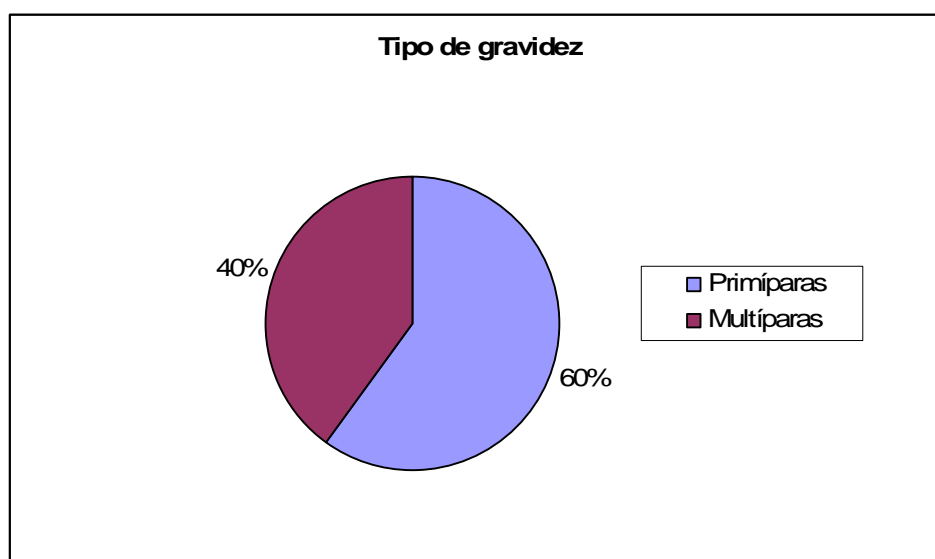


Figura 6. Percentagens de Primíparas e Multíparas.

Quanto ao facto da existência de desejo e planeamento da gravidez, a larga maioria registou que a sua gravidez foi desejada e planeada (95%). Apenas 5% teve uma gravidez não desejada e não planeada (ver figura 7).

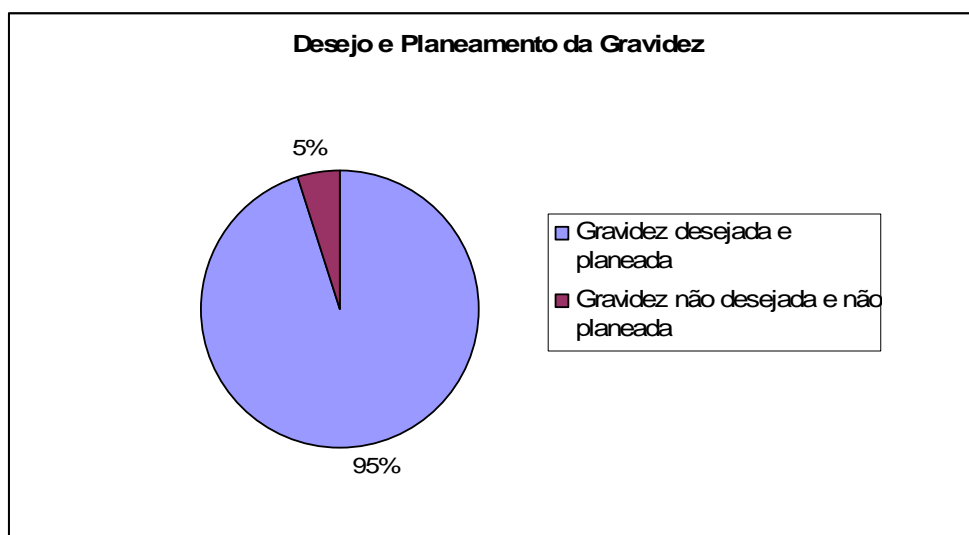


Figura 7. Percentagens referentes ao desejo e planeamento da gravidez.

Em relação à vigilância da gravidez praticamente todas as grávidas que participaram tiveram uma gravidez vigiada (99%) (ver figura 8).

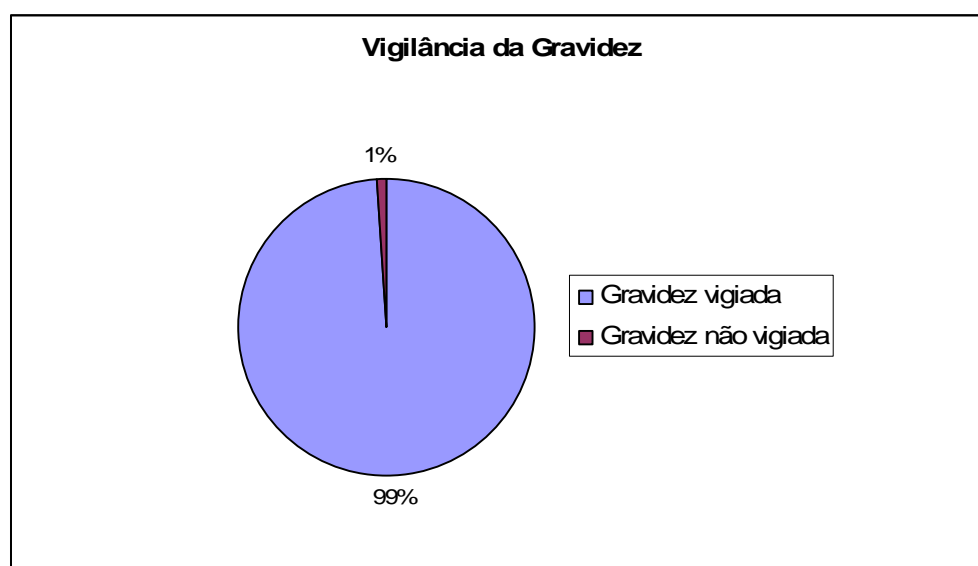


Figura 8. Percentagens da vigilância da gravidez.

Do total de 73 grávidas, 47% são fumadoras e 53% cessaram o hábito tabágico (ver figura 9).

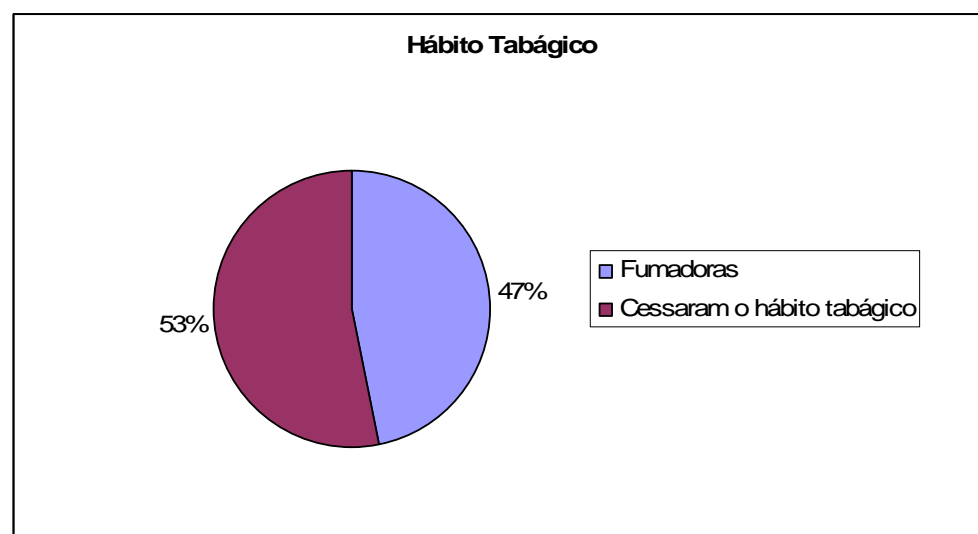


Figura 9. Percentagens do hábito tabágico.

Das grávidas participantes no estudo, 47% não pararam de fumar e 53% pararam durante o período de gravidez. Destas, metade (50%) fizeram-no entre os 0 e 3 meses de gestação, e 3% entre os 3 e 6 meses (ver figura 10).

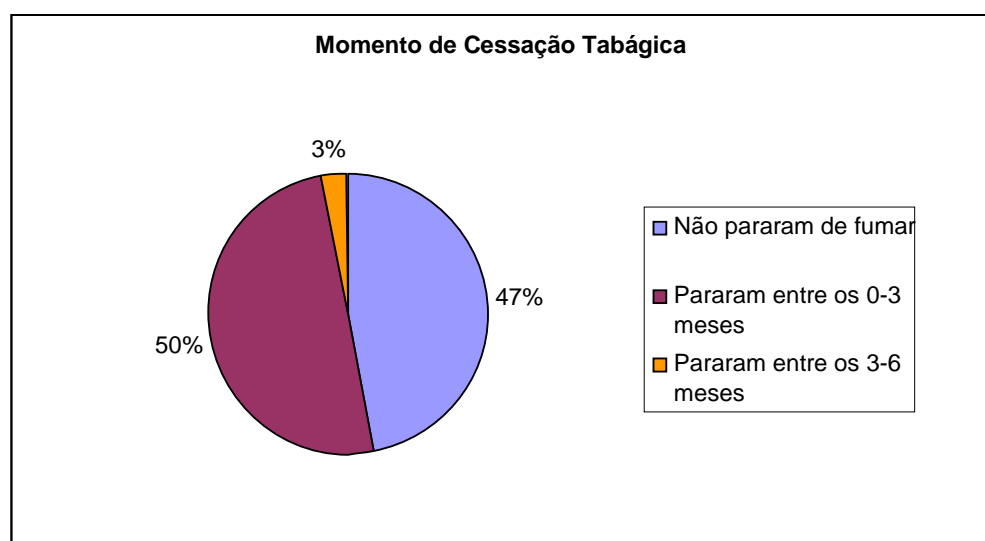


Figura 10. Percentagens relativas ao momento de cessação tabágica.

Procedimento

Foi solicitada a autorização à Direcção Geral de Saúde (D.G.S.) e Direcção de Obstetrícia da CUF Descobertas para recolher os dados nos referidos Centros de Saúde e na CUF Descobertas respectivamente. Após a formalização deste pedido e sua aceitação, foi obtido o consentimento informado das grávidas para a realização do estudo, explicando-se genericamente quais os objectivos, garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados.

Posteriormente, durante o tempo de espera pela consulta foram aplicados os instrumentos: Questionário de Caracterização, Escala de Fagerstrom, Inventário de Ansiedade Traço-Estado – STAI-Y, e Brief Cope.

Para a análise estatística dos dados recorreu-se ao *software* informático SPSS (*Statistical Package for Social Science*) 16.0 Base Windows (SPSS Inc, Chicago), realizando-se uma análise descritiva, para caracterização da amostra, e também uma análise inferencial, para avaliar as relações entre as variáveis.

Para a análise da relação entre a cessação tabágica e os níveis de ansiedade, aplicou-se o T-student, tendo em conta que foi feita a comparação de duas amostras independentes (grávidas que cessaram o hábito tabágico e as que não cessaram) quanto a uma variável quantitativa (valor total do STAY). Foi possível a aplicação

deste teste porque se verificou o cumprimento dos pressupostos da normalidade e homogeneidade de variâncias (Maroco, 2003).

Tendo por base que os níveis de ansiedade podem diferir consoante as tentativas para cessar o hábito tabágico, para complementar à análise acima referida, estudou-se a variável “número de tentativas para parar de fumar” (com número superior a dois), também relativamente à variável quantitativa (valor total do STAY). No entanto, como não se verificou a ocorrência dos pressupostos necessários para aplicação do teste paramétrico, optou-se pela utilização do teste não paramétrico: Teste de Kruskal-Wallis.

Relativamente às estratégias utilizadas para a cessação tabágica, após a verificação dos pressupostos de distribuição normal e homogeneidade de variâncias, aplicou-se o Teste T-student, para comparação de duas amostras independentes (grávidas que cessaram o hábito tabágico e as que não cessaram) quanto a uma variável quantitativa (sub-escalas do Brief-Cope).

Material

Para a realização deste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário de Caracterização, Questionário de Tolerância de Fagerstrom (QTF), Inventário de Ansiedade Traço-Estado – STAI – Y e Brief Cope.

Com o objectivo de avaliar o grau de clareza dos questionários e a capacidade discriminante dos itens, foram aplicados os questionários a 10 sujeitos. Os sujeitos não identificaram dificuldades, quer ao nível da compreensão do questionário, quer ao nível das respostas dadas aos itens que o constituem. Não despenderam demasiado tempo na execução, que consideraram acessível e sem ambiguidades.

Desta forma, parece que a aplicação dos questionários não trará qualquer tipo de problemas de ordem metodológica quando utilizados no estudo propriamente dito, assumindo-se assim, como um instrumento de avaliação potencialmente válido no âmbito do tema que se pretende abordar.

De seguida passaremos à descrição dos instrumentos aplicados:

- *Questionário de Caracterização da Amostra*

Este questionário foi construído para o efeito com base na recolha bibliográfica e consiste num questionário de auto-preenchimento, que contempla várias áreas relevantes para o estudo, como seja:

- 1) Caracterização da amostra (idade, nacionalidade, escolaridade, categoria profissional e estado civil);
- 2) Caracterização da gravidez (número de gravidez, tempo de gravidez, desejo e planeamento da gravidez, vigilância da gravidez ocorrência de complicações de saúde diagnosticadas por técnicos de saúde);
- 3) Avaliação da ansiedade na fase actual de vida;
- 4) Hábitos tabágicos da própria e dos que a rodeiam, bem como aspectos relacionados com a cessação tabágica.

- *Questionário de Tolerância de Fagerstrom (QTF)*

Consiste num questionário de auto-aplicação, com o objectivo de identificar e medir o grau de dependência de nicotina, através da análise dos seis itens a seguir referidos, relacionados com a dependência tabágica, em termos comportamentais.

- 1) Predictor da dependência de nicotina (avalia o tempo que o fumador (após acordar) precisa de um cigarro);
- 2) e 3) Indicador comportamental (comportamento do fumador nos locais em que é proibido fumar);
- 4) Consumo diário de cigarros;
- 5) Necessidade de fumar pela manhã;
- 6) Fumar estando doente

Está descrito na literatura que o QTF revisto tem um aceitável nível de consistência interna e a sua pontuação final correlaciona-se significativamente com os níveis dos marcadores bioquímicos de elevada sensibilidade para tabagismo e dependência nicotínica, como sejam os níveis de monóxido de carbono no ar expirado e os níveis séricos, urinários ou na saliva de nicotina (sensíveis ao fumo nas última horas) e de cotinina (sensível ao fumo nos últimos sete dias). É de referir que

os níveis de nicotina podem não ser equivalentes ao grau de dependência, já que alguns indivíduos podem satisfazer-se com níveis relativamente baixos e ainda assim ser dependentes. Também o nível individual de resposta à nicotina pode ser diferente, talvez, por razões genéticas. (Halty, 2002).

O QTF devido à sua fácil aplicação e brevidade é útil em contextos clínicos ou como instrumento em pesquisas, traduzindo os seus resultados numa escala: 0-4 significa dependência leve; 5 a 7, dependência moderada; e 8 a 10, dependência grave (Halty, 2002).

Foi analisada a consistência interna do QTF para a amostra em estudo tendo-se verificado a existência de uma adequada consistência interna (Alpha de Cronbach = 0,711), e capacidade discriminante dos itens, não surgindo necessidade de eliminar nenhum deles.

É de referir que apesar do Alpha de Cronbach não se deve aplicar a itens dicotómicos, mas sim o Coeficiente Kuder-Richardson (KR-20), o sistema SPSS usa a fórmula geral do Alpha de Cronbach para efectuar o cálculo, dado que conduz a resultados idênticos à da fórmula do KR-20.

- Inventário de Ansiedade Traço-Estado – STAI – Y

É um instrumento muito utilizado quer na investigação, quer na prática clínica. A construção do STAI efectuada por Spielberg teve início em 1964. Deve ser apresentado como “Questionário de Auto-Avaliação”, e não como medida de ansiedade.

A escala de Ansiedade STAI-Y de Spielberger: o Inventário de Estado-Traço da Ansiedade é uma escala de auto-avaliação para medir dois conceitos de ansiedade, tendo como possibilidade quantificar de forma independente a ansiedade actual no momento de aplicação (ansiedade-estado Y1) e o temperamento ansioso habitual (ansiedade-traço Y2). Pode ser aplicado em grupo ou individualmente, para ambos os sexos e não existe tempo limite para o seu preenchimento, sendo ambas as escalas constituídas por vinte itens.

Consistentes com a definição de ansiedade-estado, os itens do questionário estado de ansiedade (Y1) têm como objectivo avaliar sentimentos de tensão, apreensão e

preocupação, ou seja, como o indivíduo se sente no momento em que está a responder ao questionário. Os valores da escala Y1 aumentam em função do stress psicológico ou do perigo físico percebido pelo indivíduo.

A escala de traço de ansiedade (Y2) avalia como se sentem os indivíduos habitualmente, tendo em conta a frequência dos seus sentimentos de ansiedade. Quando são administradas em conjunto, a escala Y1 deve ser apresentada primeiro.

Para os vinte itens de cada escala (tipo Likert) existem quatro respostas possíveis que descrevem a intensidade dos sentimentos ansiosos na forma Y1 e a frequência na forma Y2. Na escala Y1, a gradação é constituída por: (1) nada; (2) algumas vezes; (3) moderadamente; e muito (4). Na escala Y2 é constituída por: (1) quase nunca; (2) alguma svezes; (3) frequentemente; (4) quase sempre.

Os itens apresentados são de dois tipos: alguns indicam a presença de ansiedade e outros a sua ausência. Na escala Y1, os 10 itens que sugerem a presença de ansiedade-estado são os seguintes: 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18. Na escala Y2, os 11 itens que indicam a presença de ansiedade-traço são: 22,24,25,28,29,31,32,35,37,38,40. Os restantes itens das duas escalas reflectem a ausência dos dois tipos de ansiedade, respectivamente.

Em relação à cotação, são atribuídos valores de 1 a 4 para cada uma das respostas, sendo que 4 indica a presença de níveis altos de ansiedade. Nos itens correspondentes à presença de ansiedade, a pontuação é atribuída de acordo com a gradação expressa na escala. Nos restantes itens, correspondentes à ausência de ansiedade, a pontuação é realizada de forma inversa. Para calcular os valores totais de cada escala, somam-se os valores atribuídos a cada um dos vinte itens. Deste modo, os valores totais de cada escala podem variar entre 20 e 80.

Actualmente, o STAI é considerado um instrumento dotado de excelentes qualidades psicométricas. Quanto à estabilidade do instrumento, Spielberg (1983) refere que é relativamente alta para a escala Y2, e relativamente baixa para a escala Y1 (avalia mudanças na ansiedade em função de factores situacionais). As médias dos coeficientes alfa encontradas para amostras normativas, nas escalas Y1 e Y2, foram 0,92 e 0,90, respectivamente. A consistência interna de ambas é bastante alta

de acordo com os coeficientes alfa e as correlações entre itens. Apresenta uma boa validade de constructo (Silva, 1998; 2003).

A escala global do STAY apresenta, na amostra utilizada, uma elevada consistência interna (alpha de Cronbach=0,964). Analisando cada uma das sub-escalas, STAY I e STAY II verifica-se que a consistência interna é muito elevada, encontrando-se acima dos 0,90. A primeira apresenta um alpha de Cronbach de 0,918 e a segunda de 0,95.

- *Brief Cope,*

Inventário auto-aplicável, elaborado para identificar as estratégias de coping que o indivíduo utiliza para aquela situação naquele momento.

O Brief Cope foi desenvolvido com o objectivo de reduzir o excessivo tempo que era necessário para responder. Isto é uma constatação recorrente em psicologia da saúde e, por essa razão, têm sido criados formatos breves das medidas originais.

O Brief Cope pretende ser uma medida que avalie adequadamente qualidades psicológicas importantes de modo mais breve possível (Carver, 1997). Com este objectivo este autor desenvolveu um questionário com 14 escalas com dois itens cada escala, que sofreu alterações relativamente à versão de 60 itens (COPE). Várias escalas focam explicitamente aspectos teóricos significativos do coping enquanto outras foram incluídas com base na evidência da importância desses aspectos particulares de coping. Em relação à versão do COPE de 60 itens, foram excluídas as escalas de “coping restritivo” e “supressão de actividades contrárias”, tendo sido incluída uma nova escala “ auto-culpabilização” e outras escalas foram redefinidas (Carver, 1997; Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

A escala global do Brief Cope apresenta, na amostra utilizada, uma elevada consistência interna (alpha de Cronbach=0,897). Analisando cada uma das sub-escalas, em geral a consistência interna é elevada estando acima dos 0,7 e em quatro das sub-escalas os valores estão acima dos 0,5 (BC1, BC2, BC7 e BC12). A sub-escala relativa à Negação (BC11) apresenta uma baixa consistência interna (alpha de Cronbach =0,445), assim como a referente ao Uso de substâncias (BC13) cujo valor é inferior a zero. Este aspecto poderá dever-se ao facto de no item 4 do Brief Cope

(um dos dois itens da BC13) não existir variabilidade nas respostas apresentadas (todas as respostas são do tipo “Nunca fiz isto”).

Resultados

Com o objectivo de responder às questões de investigação propostas para este estudo, foram elaborados quadros e figuras representativas, efectuando-se a análise respectiva. De seguida, vão ser apresentadas estatísticas descritivas, apresentando informação detalhada, e estatísticas indutivas, que permitem concluir se existem ou não diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Análise do Efeito da Cessação Tabágica nos Níveis de Ansiedade

Para a análise do efeito da cessação tabágica nos níveis de ansiedade das grávidas, foram seleccionadas duas variáveis: o “hábito tabágico” (se fumam ou não actualmente) e as “tentativas para cessação tabágica” que se traduz no número de tentativas para parar de fumar (nunca, uma vez, duas vezes, três vezes ou mais).

Hábito Tabágico

No que diz respeito à variável “hábito tabágico” é necessário avaliar os níveis de ansiedade estado (STAY I) e traço (STAY II).

Pela observação da figura 11, o nível médio em termos de ansiedade – estado não difere entre o grupo de grávidas que fuma actualmente e o grupo de grávidas que não fuma actualmente ($t(71)=0,334$; $p=0,74$).

Também para ansiedade – traço, o nível médio não difere entre os dois grupos de grávidas ($t(71)=0,696$; $p=0,488$) (ver figura 12).

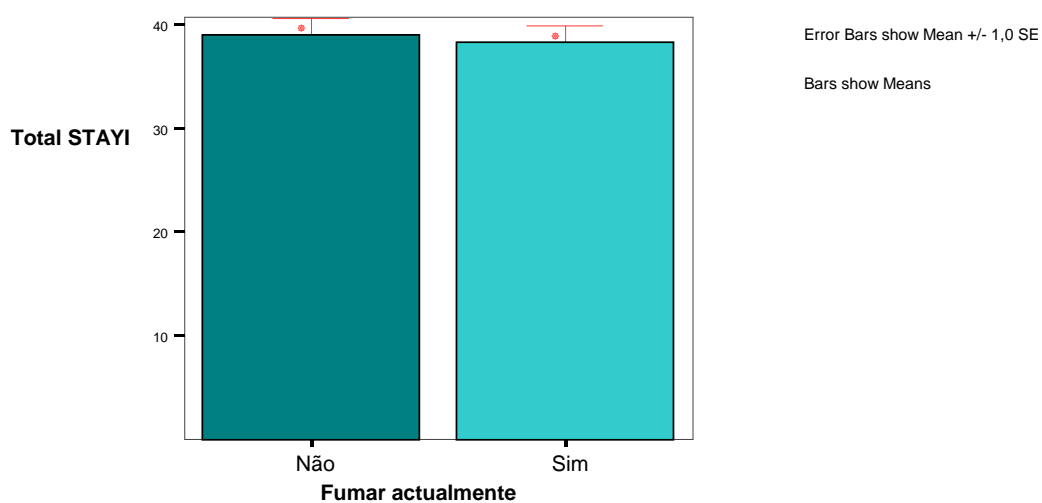


Figura 11. Distribuição dos níveis de ansiedade-estado em grávidas fumadoras e não fumadoras

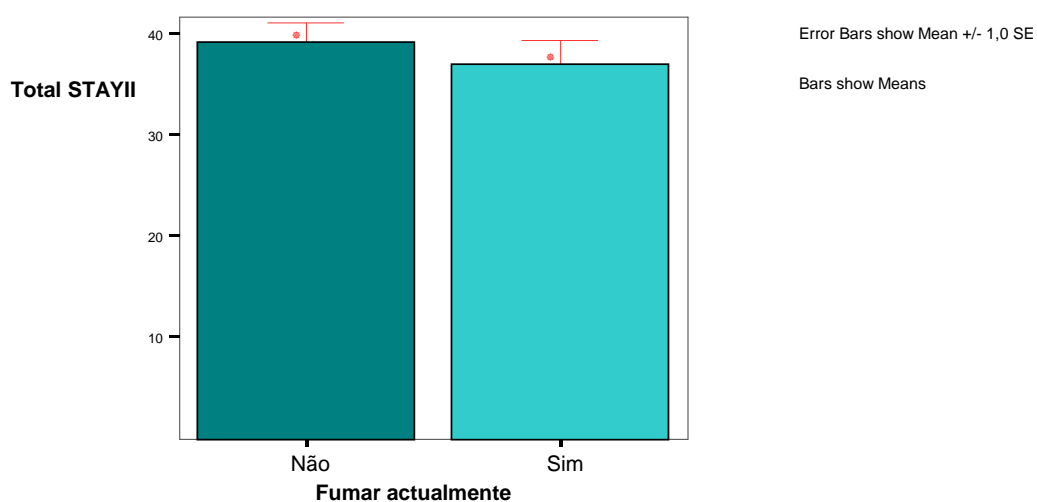


Figura 12. Distribuição dos níveis de ansiedade-traço em grávidas fumadoras e não fumadoras

Tentativas para Cessação Tabágica

Pela figura 13 verifica-se que 35% das grávidas nunca tentaram para de fumar. A mesma percentagem (35%) de participantes fizeram uma tentativa, 15% duas tentativas e outras 15% três ou mais tentativas. Quer nas grávidas que nunca tenham tentado deixar de fumar, tenham-no feito uma, duas ou três vezes ou mais, verifica-se

que os seus níveis de ansiedade não diferem significativamente do ponto de vista estatístico (*Kruskal Wallis* $H(3) = 1,843$; $p = 0,606$; $N = 73$) e (*Kruskal Wallis* $H(3) = 2,257$; $p = 0,521$; $N = 73$) para STAY I e STAY II, respectivamente (figura 14).

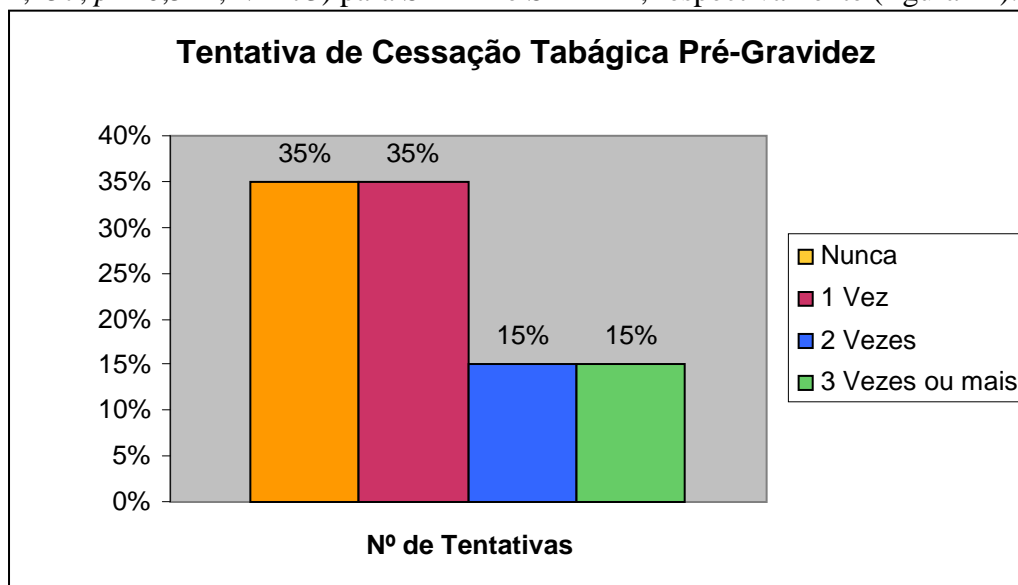


Figura 13. Distribuição do número de tentativas de cessação tabágica pré-gravidez.

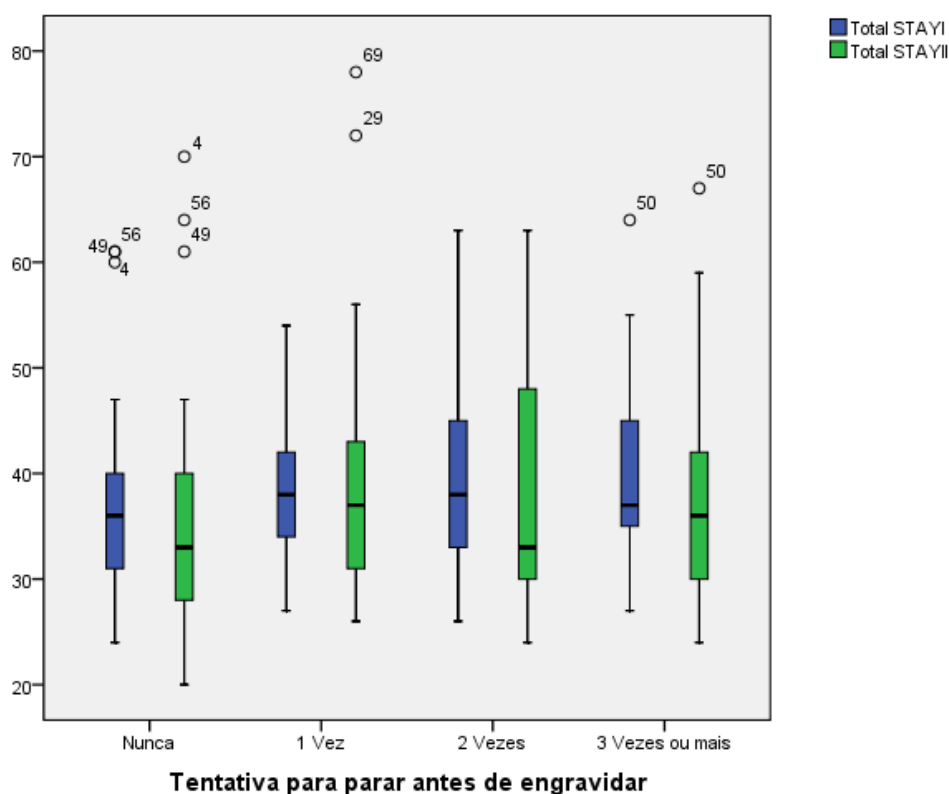


Figura 14. Distribuição do número de tentativas de cessação tabágica antes da gravidez.

Análise da Associação entre a Cessação Tabágica e Grau de Dependência de Nicotina

Para a análise desta associação, consideraram-se as mesmas variáveis anteriormente referidas para a cessação tabágica: o “hábito tabágico” (se fumam ou não actualmente) e as “tentativas para cessação tabágica” que se traduz no número de tentativas para parar de fumar (nunca, uma vez, duas vezes, três vezes ou mais). Foi considerado o valor total de Fagerstrom como indicador do grau de dependência de nicotina.

Hábito Tabágico

Relativamente à variável “hábito tabágico” pela observação da figura 15 o nível médio do total de Fagerstrom para as grávidas que não fumam actualmente é de 2,15 e 2,74 para as que não fumam actualmente.

Não se registam diferenças significativas entre as grávidas que deixaram de fumar e as que continuam a fazê-lo relativamente ao nível médio de dependência de nicotina ($t=-1,089$; 71 gl; $p=0,28$).

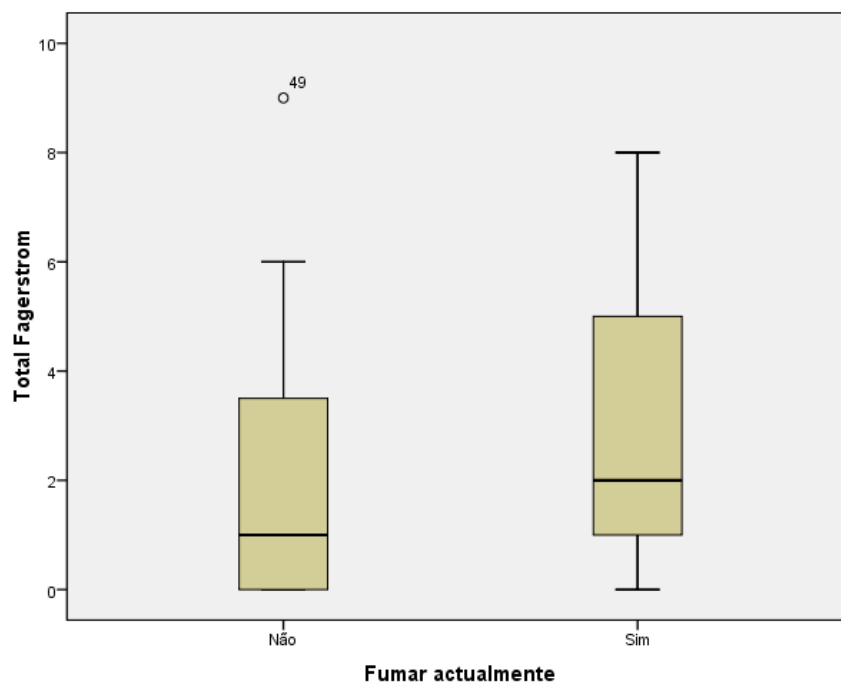


Figura 15. Distribuição dependência de nicotina em função do hábito tabágico.

Tentativas para Cessação Tabágica

De acordo com a figura 16 verifica-se que 35% participantes nunca tentaram parar de fumar e outras 35% tentaram uma vez, enquanto que 15% tentaram duas vezes e as restantes 15% tentaram tres vezes ou mais.

Não existem diferenças significativas entre os grupos (segundo o nº de tentativas efectuadas) relativamente ao total de fagerstrom, apesar de se encontrar no limiar de significância ($\chi^2 = 5,77$; 2 gl; $p = 0,056$).

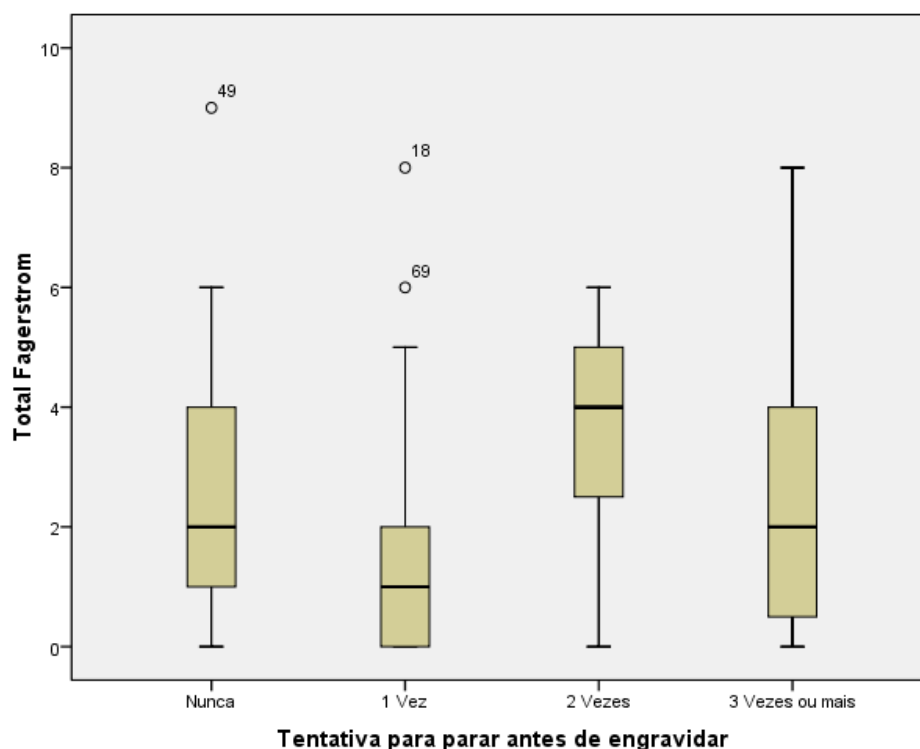


Figura 16. Distribuição dependência de nicotina em função do número de tentativas.

Análise da Associação entre o Grau de Dependência e os Níveis de Ansiedade

Pela observação da figura 17 e 18 respectivamente existe uma correlação positiva significativa entre o nível de dependência e o nível de ansiedade estado ($R_s = 0,278$; $p = 0,017$; $N = 73$) e altamente significativa entre o nível de dependência e o nível de ansiedade traço ($R_s = 0,303$; $p = 0,009$; $N = 73$). Assim, quanto maior o nível de dependência mais elevado o nível de ansiedade estado e a ansiedade traço.

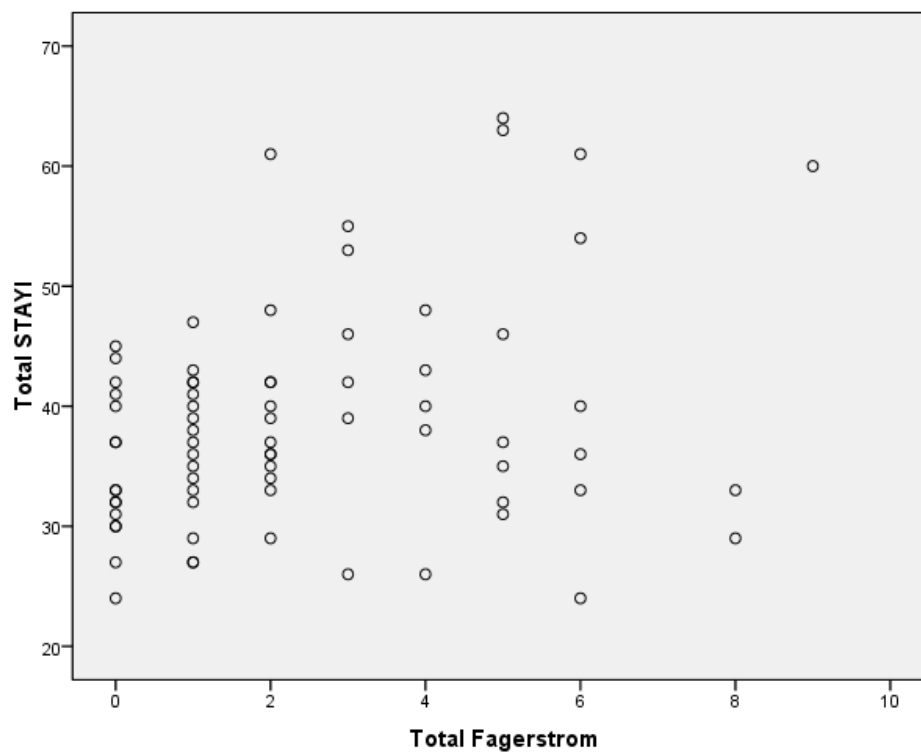


Figura 17. Distribuição entre o grau de dependência e os níveis de ansiedade-estado.

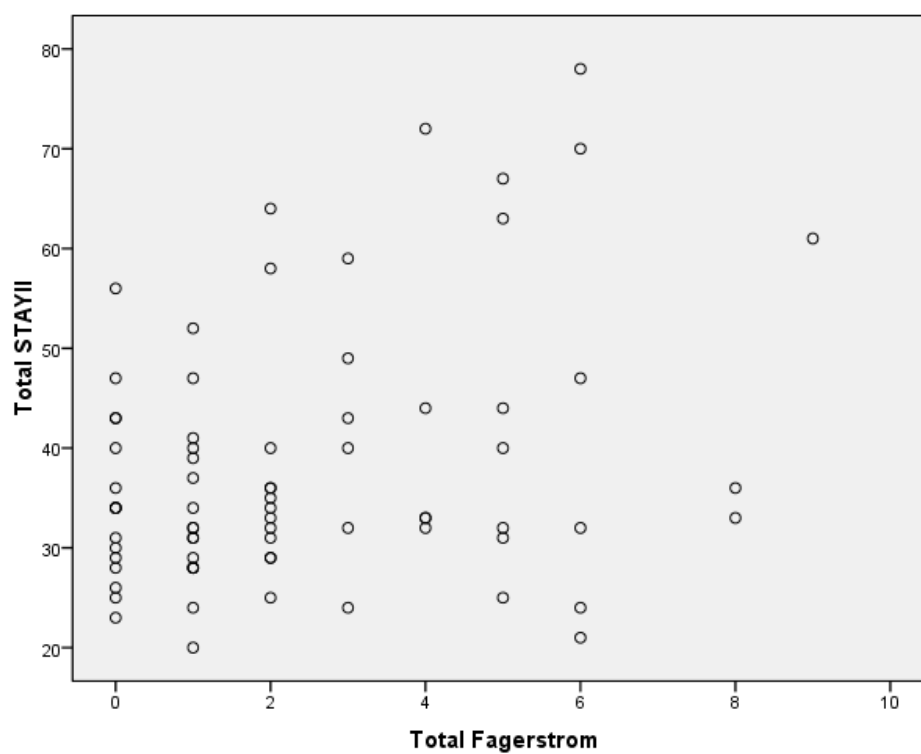


Figura 18. Distribuição entre o grau de dependência e os níveis de ansiedade-traço.

Por outro lado, o nível de ansiedade estado correlaciona-se de forma altamente significativa com o nível de ansiedade traço ($R_S = 0,795$; $p < 0,01$; $N = 73$) (ver figura 19).

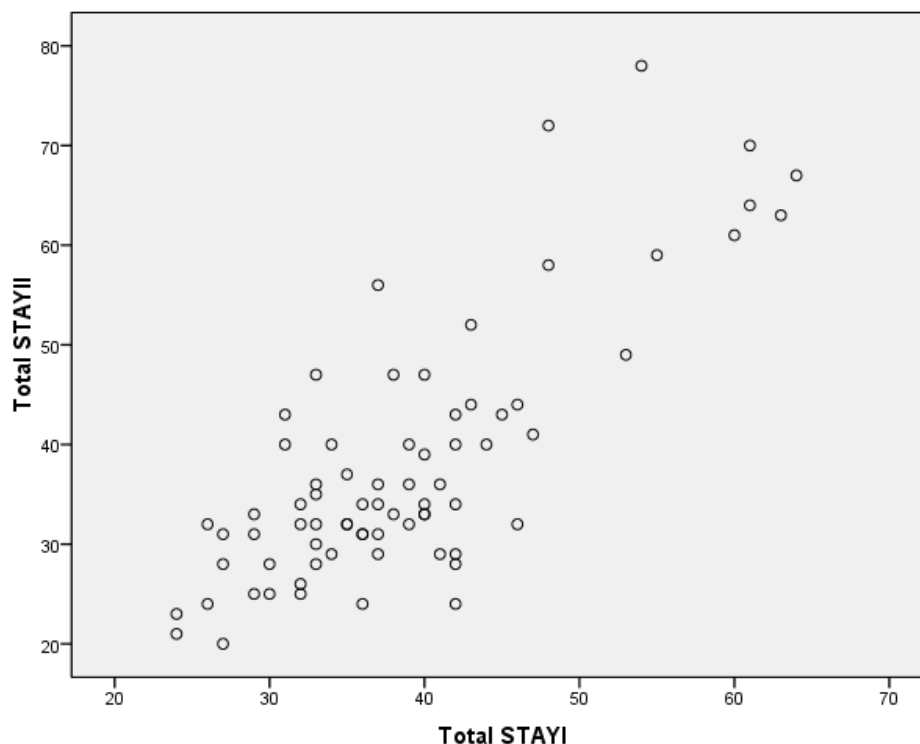


Figura 19. Distribuição da correlação entre o nível de ansiedade-estado e a ansiedade-traço.

Análise das Estratégias de Coping

Através do quadro 3 que representa os resultados obtidos no questionário Brief Cope, verifica-se que as estratégias de *coping* mais utilizadas pelas grávidas que cessaram o hábito tabágico foram: a “reinterpretação positiva” (5,08), o “planejar” (5,05) e a “aceitação” (5,05), sendo as estratégias menos utilizadas: o “uso de substâncias” (2,00), o “desinvestimento comportamental” (2,79) e a “negação” (3,21).

Constata-se ainda que existem diferenças significativas entre o grupo de grávidas que deixou de fumar e o grupo de grávidas que continua a fumar, relativamente à utilização de dois tipos de estratégia de *coping*: “planejar” ($t(69) = -2,072$; $p = 0,0425$) e

“auto-culpabilização” ($t(69)=-2,93$; $p=0,005$). Em relação aos restantes tipo de estratégias de *coping* não se encontraram diferenças significativas ($\alpha=0,05$).

No que diz respeito a estas estratégias de *coping*, as grávidas que continuam a fumar apresentam níveis médios mais elevados relativos ao *coping* “planear” (5,79 vs. 5,05) e “auto-culpabilização” (4,73 vs. 3,71) do que as grávidas que já não fumavam.

Sub-escalas do Brief-Cope	Não fuma actualmente n = 39		Fuma actualmente n = 34	
	M	DP	M	DP
Coping activo	4,47	1,447	4,91	1,443
Planear	5,05	1,610	5,79	1,341
Suporte instrumental	4,13	1,862	4,39	1,560
Suporte emocional	4,74	1,811	4,25	1,626
Religião	3,41	1,723	3,27	1,587
Reinterpretação positiva	5,08	1,667	5,34	1,450
Auto-culpabilização	3,71	1,450	4,73	1,464
Aceitação	5,05	1,610	5,45	1,523
Expressão sentimentos	4,73	1,866	4,79	1,495
Negação	3,21	1,647	3,41	1,365
Auto-distracção	3,76	1,195	4,18	1,131
Desinvestimento comportamental	2,79	,963	3,09	1,259
Uso de substâncias	2,00	,000	2,09	,379
Humor	4,53	1,520	4,94	1,580

Quadro 3: Quadro representativo das Sub-escalas do Brief-Cope.

Para além do questionário Brief Cope, no questionário de caracterização foram também abordadas questões acerca das estratégias utilizadas pelas grávidas que cessaram o hábito tabágico que se distribuem conforme representado na figura...

As estratégias mais utilizadas pelas grávidas que pararam de fumar foram: comer doces (38%), evitamento de situações stressantes (30%) e evitamento de tomar café

(29%). As estratégias não utilizadas e menos utilizadas foram: a prática de exercício (0%), reposição de nicotina (0%), e o acompanhamento psicológico (3%).

Não se observou nenhuma associação estatisticamente significativa entre qualquer uma das onze estratégias para lidar com a vontade de fumar e o comportamento tabágico actual ($\alpha=0,05$). No entanto, a associação entre o comportamento tabágico actual e a estratégia comer doces encontra-se próxima do limiar da significância ($X^2(1) = 3.126; p = 0.077; N = 73$).

Assim, os dados parecem indiciar a possibilidade de existir uma tendência para que as grávidas que pararam de fumar apresentem mais este tipo de estratégia, comparativamente às que não cessaram (ver figura 20).

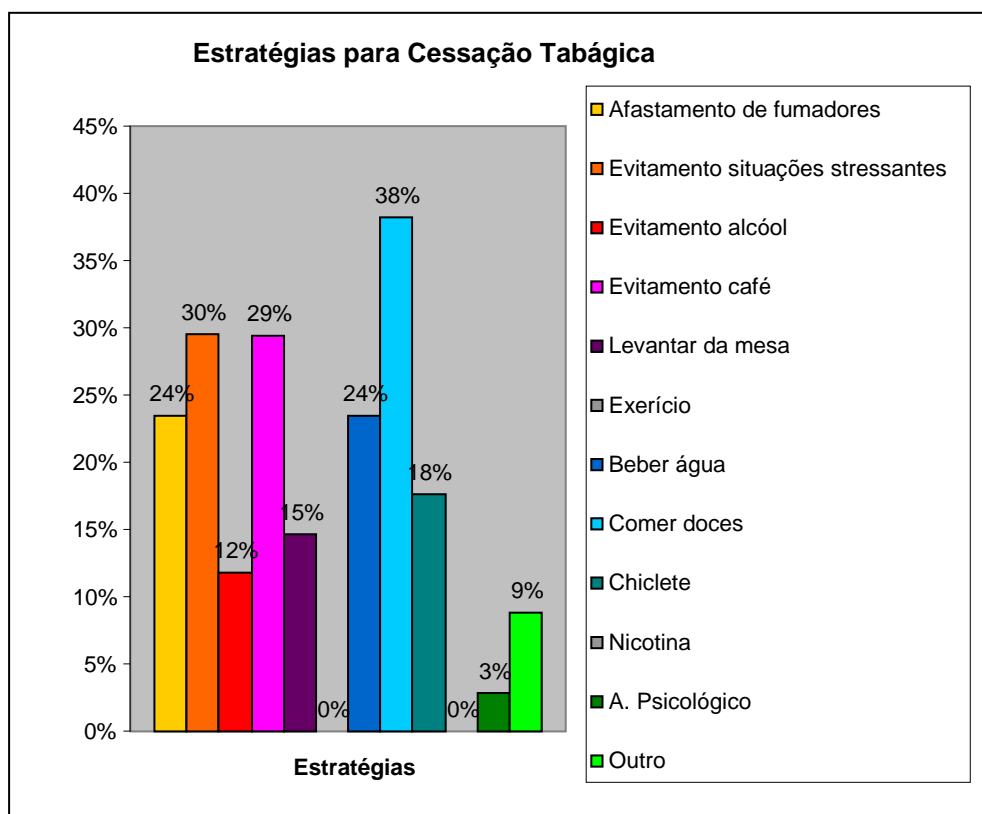


Figura 20. Distribuição das estratégias para a cessação tabágica.

Análise de Outros Aspectos Relacionados com o Quadro Teórico

Cessação Tabágica e Hábitos dos Familiares

A análise desta variável prende-se com o facto de na literatura estar referido que os hábitos tabágicos dos familiares que residem com a grávida podem influenciar negativamente a cessação tabágica da grávida (Ershoff et al., 2000; Wirth, 2003; Coleman, 2004; USDHHS, 2004).

Salienta-se que das 73 grávidas inquiridas, 45 (61%) vivem com um companheiro que fuma, em 21 (29%) casos outros parentes ou pessoas que vivem em sua casa fumam e apenas em 7 casos ninguém fuma em casa da grávida (10%).

Verifica-se também que comportamento tabágico actual da grávida (fumar ou não fumar) não está significativamente associado à existência de outras pessoas que fumem em sua casa ($X^2(2) = 0.048$; $p = 0.039$; $N = 73$) (ver figura 21).

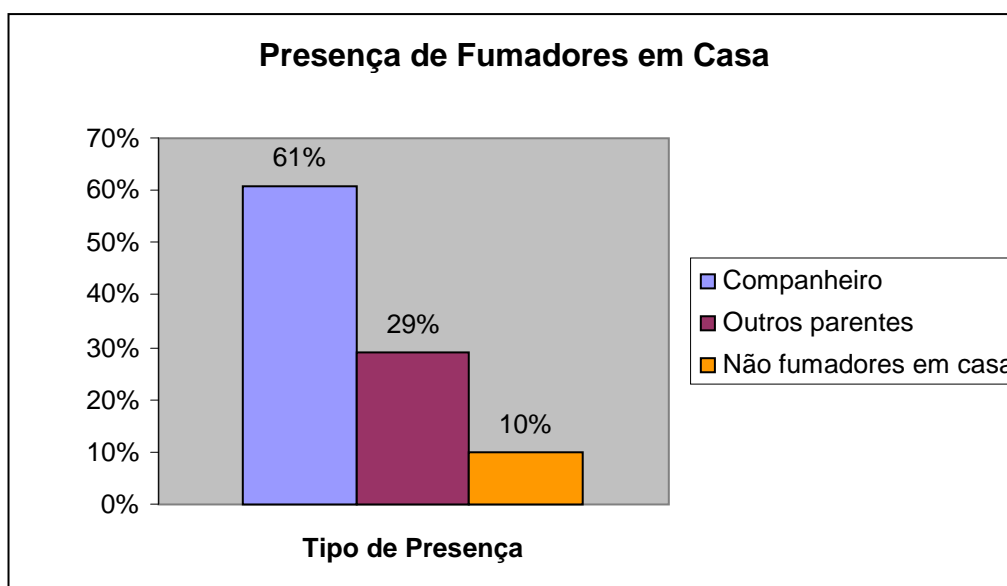


Figura 21. Distribuição do hábito tabágico dos familiares.

Cessação Tabágica e Grau de Escolaridade

Para análise da relação entre a variável “cessação tabágica” e “grau de escolaridade” surgiu a necessidade de recodificar a variável escolaridade de modo a

viabilizar essa análise. Assim passou-se da diferenciação dos diferentes níveis de escolaridade para “igual ou inferior ao 3º ciclo” e “superior ao 3º ciclo”.

Pela observação da figura 22 das grávidas não fumadoras 23% têm uma escolaridade igual ou inferior ao 3º ciclo e 30% com escolaridade superior ao 3º ciclo. Relativamente às grávidas que fumam 18% apresentam uma escolaridade igual ou inferior ao 3º ciclo, enquanto que 29% referem ter uma escolaridade acima do 3º ciclo.

O nível de escolaridade não está significativamente associado ao comportamento tabágico actual das grávidas ($X^2(1) = 0.215$; $p = 0.643$; $N = 73$).

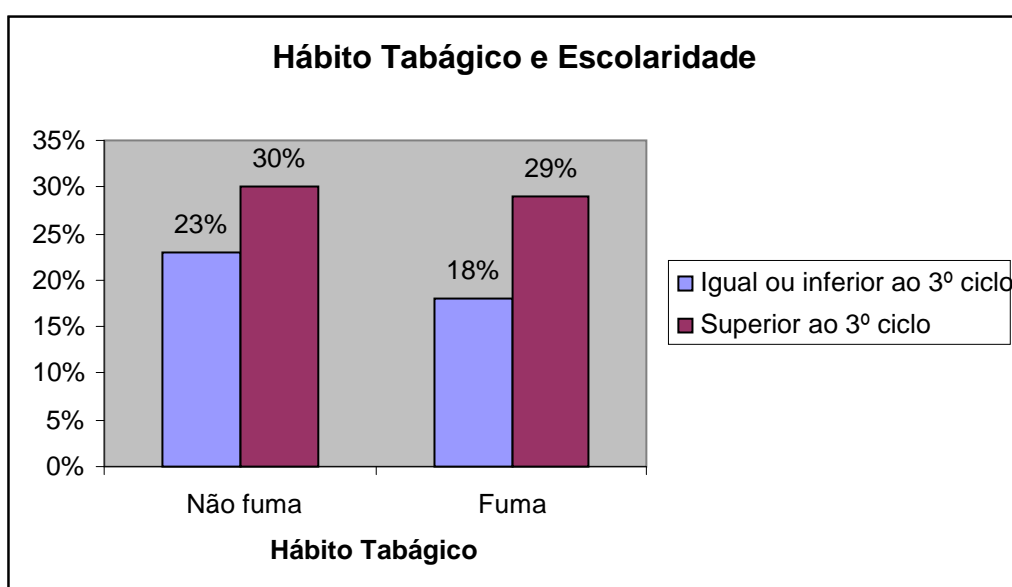


Figura 22. Distribuição da escolaridade relacionada com o hábito tabágico.

Cessação Tabágica e Idade

A idade média das grávidas que parou de fumar e a idade média das grávidas que não pararam não diferem significativamente ($t(71) = -0,324$; $p = 0,747$), sendo que os valores médios se situam entre os 28-29 anos (ver quadro 4).

	Não fuma actualmente		Fuma actualmente	
	n = 39		n = 34	
	M	DP	M	DP
Idade	28,33	4,781	28,68	4,183

Quadro 4: Quadro representativo da média e desvio padrão das idades das grávidas em função do hábito tabágico.

Cessação Tabágica e Motivações

De entre os nove factores motivacionais elencados (“Preocupação com a própria saúde”; “Malefícios do tabaco para a saúde do feto”; “Problemas de saúde que surgiram na gravidez”; “Ter enjoado o cheiro do tabaco”; “Ter náuseas e mal-estar quando fuma”; “Conselho dos profissionais de Saúde”; “Pressão social (parentes, amigos, colegas)”; “Querer libertar-me da dependência”; “Questões monetárias”, apenas em dois deles, a saber: “Preocupação com a própria saúde” e “Ter enjoado o cheiro do tabaco”, se verifica uma associação estatisticamente significativa com o comportamento tabágico actual.

No que diz respeito à motivação relacionada com a preocupação com a própria saúde (ver quadro 5) verifica-se que do total de grávidas que não fumam actualmente 61,5% não apresenta esta motivação e 38,5% refere preocupação com a própria saúde. Relativamente às grávidas fumadoras 91,2% não referem estar preocupadas com a sua própria saúde, enquanto que 8,8% respondem afirmativamente

Verifica-se ainda que esta motivação está significativamente associada com o comportamento tabágico actual ($X^2(1) = 8,589$; $p = 0,003$; $N = 73$). Segundo a análise de resíduos efectuada, conclui-se que existe uma tendência para que as grávidas que cessaram o consumo tabágico seleccionem mais este tipo de motivação ($d_{ij}=2,9$) do que as que não cessaram, passando-se o inverso com as que não cessaram ($d_{ij}=-2,9$).

Motivação	Não fuma actualmente n = 39	Fuma actualmente n = 34
“Preocupação com a própria saúde”		
Não	24 (61,5%)	31 (91,2%)
Sim	15 (38,5%)	3 (8,8%)

Quadro 5: Quadro representativo da motivação “Preocupação com a própria saúde” em função do hábito tabágico.

Relativamente à motivação “ter enjoado o cheiro do tabaco”, observa-se que 82,15% das grávidas não fumadoras não refere esta motivação, ao contrário das restantes 17,9%. Quanto às grávidas fumadoras a maioria (97,1%) refere não ter

enjoado o cheiro do tabaco, enquanto que 2,9% expressa esta motivação para a cessação tabágica.

Assim, o facto da grávida ter cessado ou não o consumo tabágico não é independente de ter ou não como motivação o facto de ter enjoado o cheiro do tabaco ($p=0,043$; Teste Exacto de Fisher).

Segundo a análise de resíduos efectuada, conclui-se que existe uma tendência para que as grávidas que cessaram o consumo tabágico seleccionem mais este tipo de motivação ($d_{ij}=2$) do que as que não cessaram, passando-se o inverso com as que não cessaram ($d_{ij}=-2$). Ver quadro 6.

Motivação	Não fuma actualmente n = 39	Fuma actualmente n = 34
“Ter enjoado o cheiro do tabaco”		
Não	32 (82,15%)	33 (97,1%)
Sim	7 (17,9%)	1 (2,9%)

Quadro 6: Quadro representativo da motivação “Ter enjoado o cheiro do tabaco” em função do hábito tabágico.

Cessação Tabágica e Idade de Iniciação Tabágica

A idade média de início do consumo tabágico não difere de forma estatisticamente significativa entre as grávidas que actualmente fumavam e as que já haviam parado ($t(71) = -0,224$; $p=0,824$). Em ambos os grupos de grávidas se verifica que começaram a fumar em média aos 16 anos (ver quadro 7).

	Não fuma actualmente n = 39		Fuma actualmente n = 34	
	M	DP	M	DP
Idade	16,18	2,533	16,32	2,972

Quadro 7: Quadro representativo da idade média de iniciação tabágica em função do hábito tabágico.

Cessação Tabágica e Significado do Cigarro

Para nenhum dos cinco significados do cigarro elencados no questionário (“Uma companhia”; “Boa forma de relaxar”; “Apoio para encarar situações difíceis”; “Bom

para concentração”; “Uma orma de sentir menos ansiedade”) foi encontrada uma associação significativa com o comportamento tabágico actual ($\alpha=0,05$).

Apenas no caso do significado “Uma boa forma de relaxar”, a associação com a variável do comportamento tabágico actual se encontra mais próximo do limiar da significância ($p=0,087$). Assim, os dados poderão indiciar alguma tendência para que este significado do cigarro seja mais seleccionado pelas grávidas que deixaram de fumar e menos pelas restantes.

Ainda no que diz respeito a este significado, pela observação da figura... constata-se que do total de grávidas não fumadoras (39), 12 delas não confere ao cigarro a função de relaxante, por oposição às restantes 25. Quanto às participantes grávidas fumadoras, 19 não consideram o cigarro como uma boa forma de relaxar, enquanto que 15 assim o consideram. Ver quadro 8.

Função do cigarro	Não fuma actualmente n = 39	Fuma actualmente n = 34
“Boa forma de relaxar”		
Não	14 (36%)	19 (56%)
Sim	25 (64%)	15 (44%)

Quadro 8: Quadro representativo do significado do cigarro “Boa forma de Relaxar” em função do hábito tabágico.

Cessaçã o Tabágica e Sintomas de Cessaçã o

Em relação aos sintomas (“Aumento de apetite”; “Ansiedade”; Falta de concentração”; “Variaçõ es de humor”; “Insõ nia”; “Sensaçã o de “vazio” na mã o”; “Nã o sentiu nada”; “Outros”) sentidos aquando da cessaçã o tabágica, nã o se verifica qualquer associaçã o estatisticamente significativa entre estes e o comportamento tabágico actual ($\alpha=0,05$).

Verifica-se que existe uma associaçã o entre o comportamento tabágico actual e o facto de terem ou nã o existido sintomas aquando da cessaçã o tabágica ($p=0,005$; Teste Exacto de Fisher). As grávidas que deixaram de fumar estã o mais associadas a nã o terem tido sintomas ($d_{ij}=2,8$) do que as que ainda nã o cessaram ($d_{ij}=-2,8$), pois nenhuma destas grávidas assinalou esta opçã o. Ver quadro 9.

Sintoma	Não fuma actualmente	Fuma actualmente
	n = 39	n = 34
“Não sentiu nada”		
Não	31 (79,5%)	34 (100%)
Sim	8 (20,5%)	0 (0%)

Quadro 9: Quadro representativo do sintomas de cessação tabágica “Não Sentiu nada” em função do hábito tabágico.

Cessação Tabágica e Interesse da Consulta de Desabituação Tabágica

Pela observação do quadro 10, caso existisse uma consulta de desabituação tabágica, das 39 grávidas que não fumam actualmente, 4 não frequentariam essa consulta e 35 frequentariam. Relativamente às 34 grávidas que fumam apenas duas não recorriam à referida consulta, visto que 32 delas frequentariam a consulta.

O interesse em frequentar uma consulta de cessação tabágica existente no Centro de Saúde ou na Maternidade não está associado ao comportamento tabágico actual das grávidas ($p=0,405$; Teste Exacto de Fisher).

Frequência na consulta de desabituação tabágica	Não fuma actualmente	Fuma actualmente
	n = 39	n = 34
Não	4 (10,3%)	2 (5,9%)
Sim	35 (89,7%)	32 (94,1%)

Quadro 10: Quadro representativo do interesse pela consulta de desabituação tabágica em função do hábito tabágico.

Cessação Tabágica e Métodos para Cessação

Não se verifica nenhuma associação significativa entre os quatro métodos para deixar de fumar – espontâneo, sem ajudas; fármacos; com apoio de profissional de saúde (enfermeira, médico, psicólogo); e métodos alternativos (acupunctura, etc.) e o comportamento tabágico actual das grávidas ($\alpha=0,05$).

Discussão

Este estudo teve como principais objectivos comparar os níveis de ansiedade de grávidas que cessaram o hábito tabágico com grávidas que não cessaram, bem como correlacionar os níveis de ansiedade com os níveis de dependência tabágica. Para além disso, foram analisadas as estratégias de *coping* utilizadas pelas mulheres que cessaram o hábito tabágico.

Relativamente ao efeito da cessação tabágica nos níveis de ansiedade das grávidas, verificou-se que não existem diferenças nos dois grupos de gestantes, ou seja, as mulheres que continuam a fumar e as que cessaram o hábito tabágico apresentam níveis de ansiedade-traço-estado que não diferem estatisticamente entre si. Também para as grávidas que nunca tenham tentado deixar de fumar, tenham-no feito uma, duas ou três vezes ou mais, verifica-se que os seus níveis de ansiedade não diferem significativamente do ponto de vista estatístico.

Estes resultados não são congruentes com a literatura geral, pois os efeitos da nicotina são sentidos como benéficos pelas mulheres que referem sensação de relaxamento, controle do peso, melhoria do humor e redução dos níveis de ansiedade, o que tende a dificultar a cessação tabágica (Gigliotti, et al., Focchi et al., 2006).

No que diz respeito especificamente à gravidez, período propenso a existência de um certo nível de ansiedade por todas as alterações vividas, um dos factores de ansiedade gravídica prende-se com o bom desenvolvimento do bebé, sendo o hábito tabágico um comportamento considerado de alto risco. Segundo estudos que exploraram a relação entre características psicossociais e a cessação espontânea, as grávidas que cessaram hábito tabágico espontaneamente sentem menos ansiedade e stress do que as mulheres que continuam a fumar (Ludman et al., 2000; Ockene et al., 2002), o que mais uma vez não é consistente com os resultados obtidos.

É de referir que na investigação realizada se procedeu ao despiste acerca da psicopatologia pré-existente no que diz respeito à ansiedade, de forma a isolar eventuais variáveis parasitas. De acordo com Wirth (2003), ao nível da intervenção é necessário que a equipa de profissionais de saúde realize uma despistagem atenta, já

que podem estar associados outros aspectos independentes da desabitação tabágica, como quadros pré-existentes de depressões ou transtornos de ansiedade graves que devem ser encaminhados a especialistas da área de saúde mental.

Na análise da associação entre a cessação tabágica e o grau de dependência de nicotina, também não se registam diferenças estatisticamente significativas entre as grávidas que deixaram de fumar e as que continuam a fazê-lo relativamente ao nível médio de dependência de nicotina, apesar de se encontrar no limiar de significância para uma das variáveis estudadas - tentativas para cessação tabágica ($\chi^2 = 5,77$; 2 gl; $p = 0,056$).

Os resultados obtidos contrariam alguns estudos que referem que as mulheres que deixaram de fumar espontaneamente eram fumadoras menos dependentes, logo, apresentavam menos dificuldade em deixar de fumar (Curry et al., 2001; Hajek, 2001; Ockene et al., 2002). No caso de fumadoras mais dependentes (mais de 20 cigarros/dia), a cessação torna-se um obstáculo difícil de ser ultrapassado, pela necessidade de repor os níveis de nicotina no organismo (Rosemberg, 2004).

Apesar da evidência científica de que deixar de fumar é um processo difícil para a maioria das pessoas, devido à dependência provocada pela nicotina e pela ansiedade referida durante a fase da desabitação tabágica, em geral, muitos profissionais de saúde, apenas, aconselham a grávida que fuma a parar (sem uma intervenção específica) ou a reduzir para 5 cigarros/dia (Gigliotti et al., 2001). Aproximadamente, 60% das mulheres que fumam antes da gravidez, continuam a manter o hábito tabágico devido ao forte poder aditivo da nicotina (U.S. Department of Health And Human Services, 2001; Gigliotti et al., 2001).

No que se refere à associação entre o grau de dependência e os níveis de ansiedade, verifica-se que existe uma correlação positiva significativa entre o nível de dependência e o nível de ansiedade estado e altamente significativa entre o nível de dependência e o nível de ansiedade traço. Assim, quanto maior o nível de dependência mais elevado o nível de ansiedade estado e ansiedade traço. Por outro lado, o nível de ansiedade estado correlaciona-se de forma altamente significativa com o nível de ansiedade traço.

Estes resultados vão ao encontro do descrito na literatura, até porque uma grande percentagem de mulheres durante a gravidez, não consegue parar de fumar, apenas, reduzir o consumo. Tal parece dever-se ao facto de muitas gestantes continuarem a fumar devido à dependência que têm da nicotina (Gigliotti et al., 2001; Wirth, 2003; Vollbrecht et al., 2004).

Geralmente após algum tempo de consumo de nicotina, aparecem sinais de tolerância (usar mais para obter o mesmo efeito), de compulsão (ansiedade incontrolável pelo cigarro) e sintomas da síndrome de abstinência, que se manifestam, quando a quantidade de nicotina consumida é interrompida (Seibel & Toscano, 2001; Rosemberg, 2004). Também segundo o DSM-IV (1996; 2002), o diagnóstico de síndrome de abstinência faz-se através da presença de pelo menos quatro sintomas, entre os quais se destaca a ansiedade (Kassel & Unrod, 2000; Lebargy, 2003; Jarvis, 2004).

Embora a nicotina seja considerada uma substância psicoactiva (estimulante), a maioria dos fumadores afirma que o tabaco descontra, sendo esse um dos principais motivos para não deixarem de fumar. No entanto, na maior parte dos estudos verificou-se que os fumadores têm maiores níveis de ansiedade do que os não fumadores ou do que os fumadores ocasionais e ex-fumadores. Concluiu-se também que a dependência e a síndrome de abstinência têm importância fundamental na relação ansiedade-consumo de tabaco. Pesquisas recentes sugerem que o tabagismo aumenta os níveis de ansiedade, sendo o tabaco considerado uma droga estimulante, e não tranquilizante (Parrot, 1999; Siqueira., 2000; Raw, 2004).

No que diz respeito à análise das estratégias de coping utilizadas pelas grávidas para a cessação tabágica, verifica-se através dos resultados do Brief Cope que as estratégias de *coping* mais utilizadas foram: “reinterpretação positiva”, “planear” e “aceitação”, sendo as estratégias menos utilizadas: “uso de substâncias”, “desinvestimento comportamental” e “negação”. Constata-se ainda que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de grávidas que deixou de fumar e o grupo de grávidas que continua a fumar, relativamente à utilização de dois tipos de estratégia de *coping*: “planear” e “auto-culpabilização”, sendo que as grávidas que continuam a fumar apresentam níveis médios mais elevados relativos ao

coping “planear” (5,79 vs. 5,05) e “auto-culpabilização” (4,73 vs. 3,71) do que as grávidas que já não fumam. Estes resultados sugerem que apesar das grávidas continuarem a fumar, permanece a vontade de cessar este hábito, utilizando como estratégia o planeamento, e podendo ocorrer o sentimento de auto-culpabilização.

Neste sentido, Wirth (2003) refere que em idade fértil toda a mulher fumadora que tenha intenção de engravidar, deve ser abordada pelo ginecologista/obstetra no sentido de planear com antecedência a sua cessação tabágica. Além da mulher (fumadora activa ou passiva), esse planeamento também deve abranger os elementos do núcleo familiar, pois ter um companheiro que fume é um factor preditivo de insucesso para a cessação tabágica. No entanto, os nossos resultados não corroboram estes estudos, uma vez que o comportamento tabágico actual das nossas grávidas (as que fumam e as que não fumam) não está significativamente associado à existência de outras pessoas que fumem em sua casa ou na família, como adiante iremos verificar.

No questionário de caracterização que incluía questões que exploravam também as estratégias de *coping*, as estratégias mais utilizadas pelas grávidas que pararam de fumar foram: “comer doces”, “evitamento de situações stressantes” e “evitamento de tomar café”, sendo que estratégias não utilizadas e menos utilizadas foram: “prática de exercício”, “reposição de nicotina”, e “acompanhamento psicológico”. Não se observou nenhuma associação estatisticamente significativa entre qualquer uma das onze estratégias para lidar com a vontade de fumar e o comportamento tabágico actual ($\alpha=0,05$). No entanto, a associação entre o comportamento tabágico actual e a estratégia comer doces encontra-se próxima do limiar da significância ($X^2(1) = 3.126; p = 0.077; N = 73$). Assim, os dados parecem indicar a possibilidade de existir uma tendência para que as grávidas que pararam de fumar apresentem mais este tipo de estratégia, comparativamente às que não cessaram.

Estes resultados estão de acordo com a teoria, tendo em conta que se verifica que parar de fumar pode significar um aumento de peso de três a cinco quilos, devido às alterações no metabolismo, à necessidade de preencher o “vazio”, e a ansiedade deixada pelo cigarro, trocando-o por alimentos mais calóricos, como doces (Gigliotti, et al., 2001; Wirth, 2003).

O acto de fumar muitas vezes também é mantido por condicionamento, já que o fumador o associa com eventos específicos, como fumar após refeições, o café, ou ainda pela manipulação dos objectos usados durante o acto de fumar. Em suma, os fumadores regulares procuram gratificação imediata e adiamento das consequências negativas (Gigliotti et al., 2001; Issa, 2003), o que também pode acontecer com a ingestão de doces.

Para além das variáveis acima referidas e consideradas como as principais deste estudo, foram analisadas outras variáveis, tendo em conta o descrito no quadro teórico.

No que diz respeito à relação entre **cessação tabágica e hábitos dos familiares**, verifica-se que o comportamento tabágico actual da grávida não está significativamente associado à existência de outras pessoas que fumem habitualmente em sua casa, apesar de 61% das grávidas referir a existência dessas pessoas. Estes resultados contrariam a literatura, visto que de acordo com a mesma, os hábitos tabágicos dos familiares que residem com a grávida podem influenciar negativamente a cessação tabágica da gestante (Gigliotti et al., 2001, Ockene et al., 2002; Wirth, 2003).

Relativamente à relação a **cessação tabágica e grau de escolaridade**, constata-se que o nível de escolaridade não está significativamente associado ao comportamento tabágico actual das grávidas. Estes dados também não são congruentes com o que é referido por Ockene et al. (2002), uma vez que estes salientam que as mulheres que param espontaneamente apresentam um grau académico mais elevado em comparação com as mulheres que continuam a fumar. De acordo com vários estudos epidemiológicos e sócio-demográficos efectuados em diferentes países, quanto menor a escolaridade, maior é a prevalência de fumadores (World Bank, 1999; 2003; USDHHS, 2001; Gigliotti, 2001; Wirth, 2003).

Quanto às variáveis **cessação tabágica e idade**, verifica-se que a idade média das grávidas que parou de fumar e a idade média das grávidas que não pararam não diferem significativamente, sendo que os valores médios se situam entre os 28-29 anos. Esta média está de acordo com os últimos dados do Inquérito Nacional de

Saúde (INSA, 2000), em que a prevalência das mulheres fumadoras na faixa etária dos 25 aos 34 anos é muito superior à prevalência das mulheres em geral.

Quanto à **cessação tabágica e motivações**, de entre os nove factores motivacionais avaliados, apenas em dois deles, “Preocupação com a própria saúde” e “Ter enjoado o cheiro do tabaco”, se verifica uma associação estatisticamente significativa com o comportamento tabágico actual ($\alpha=0,05$).

Face à primeira variável, o resultado obtido diverge da literatura, pois de acordo com diversas investigações, a gravidez promove uma maior consciencialização na gestante, podendo servir como um importante estímulo para a cessação tabágica, devido à preocupação da gestante com a saúde do feto (Lima, 2002; Ockene et al., 2002; Cnattingius, 2004), e não com a preocupação com a própria saúde.

Embora não tenham sido encontrados dados na literatura que clarifiquem os resultados relativamente à motivação “ter enjoado o cheiro do tabaco”, pode-se pensar que se o cheiro do tabaco intensifica a sensação de enjoo, já por si tão sentida na gravidez e dificilmente tolerada por algumas grávidas, este facto poderá ter alguma influência na determinação de deixar de fumar.

A propósito da relação entre a **cessação tabágica e idade de iniciação tabágica**, observa-se que a idade média de início do consumo tabágico não difere de forma significativa entre as grávidas que actualmente fumavam e as que já haviam parado. Em ambos os grupos de grávidas verifica-se que começaram a fumar em média aos 16 anos. Este dado relativo à idade média de iniciação ao consumo de tabaco, conflui com as estatísticas nacionais e mundiais. Em Portugal, se consultarmos alguns dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (2000), verificamos que, cada vez mais as jovens iniciam o consumo regular de tabaco em idade precoce. O mesmo panorama é visível um pouco por todo o mundo (Rosemberg, 2002), pois estima-se que aproximadamente 200 milhões de mulheres em todo o mundo comecem a fumar na sua adolescência. Sabe-se que, caso continue a aumentar a prevalência de tabagismo no sexo feminino, sobretudo com uma iniciação precoce, as taxas de morbilidade e mortalidade serão iguais ou superiores às do sexo masculino (Rosemberg, A. 2002; Cabar & Carvalho, 2003; USDHHS, 2001).

No que se refere às variáveis **cessação tabágica e significado do cigarro**, para nenhum dos cinco significados do cigarro referidos no questionário foi encontrada uma associação significativa com o comportamento tabágico actual ($\alpha=0,05$). Apenas no caso do significado “Uma boa forma de relaxar”, a associação com a variável do comportamento tabágico actual se encontra mais próximo do limiar da significância ($p=0,087$). Assim, os dados poderão indiciar alguma tendência para que este significado do cigarro seja mais seleccionado pelas grávidas que deixaram de fumar e menos pelas restantes.

Este resultado é contraditório, visto que, após um cigarro, os fumadores descrevem com frequência sensações de relaxamento e redução da ansiedade. De acordo com Focchi (2006), a manutenção do comportamento tabágico pode ser entendida pela existência desses efeitos agradáveis relatados pelo fumador e, provavelmente para evitar os sintomas da síndrome de abstinência (Halty, 2002; Focchi et al., 2006). No entanto e apesar da sensação de relaxamento descrita pelas grávidas, podem ter existido diversas motivações para que as mesmas deixassem de fumar, motivações essas consideradas mais relevantes neste momento particular do ciclo de vida.

Em relação à **cessação tabágica e os sintomas**, não se verifica qualquer associação estatisticamente significativa entre os mesmos e o comportamento tabágico actual ($\alpha=0,05$), ou seja as grávidas do presente estudo que deixaram de fumar referem não terem tido sintomas durante a cessação, ao contrário do que é descrito habitualmente na literatura. Efectivamente, muitos efeitos da nicotina são sentidos como benéficos pelas mulheres durante o consumo, dificultando o abandono do mesmo (Gigliotti, et al.; Rosemberg, 2004). Porém, como referiram Pirie et al., (2000), as mulheres grávidas possuem uma capacidade extra de alterar simultaneamente vários comportamentos relacionados com a saúde, desde que percebidos como nefastos para si, e sobretudo, para o seu bebé, sem que refiram efeitos colaterais sentidos como intoleráveis ou graves, pois tais efeitos são sempre considerados secundários, comparativamente às vantagens da cessação de um qualquer tipo de consumo.

Relativamente à **cessação tabágica e interesse pela consulta de desabituação tabágica**, o interesse em frequentar uma consulta de cessação tabágica existente no Centro de Saúde ou na Maternidade não está associado ao comportamento tabágico actual das grávidas, apesar das grávidas pertencentes a ambos os grupos referirem que recorreriam maioritariamente a ajuda profissional se soubessem da sua existência. É de referir que o estudo de Aveyard (2005) verificou que a recomendação às grávidas para parar de fumar e o aconselhamento intensivo nesse sentido por parte de consultas especializadas em aconselhamento, utilizando métodos específicos (sobretudo não coercivos), não estão associados ao aumento do grau de stress e ansiedade na grávida. Por isso, considera que o aconselhamento para parar de fumar deve ser integrado na prática dos profissionais de saúde materna sem o receio de agravar o stress e a ansiedade na gravidez. Estes dados vêm contrariar obrigatoriamente a crença do senso-comum de que aconselhar grávidas a cessar o hábito tabágico pode causar maiores níveis de ansiedade.

Quanto às variáveis **cessação tabágica e métodos para cessação**, não se verifica qualquer associação significativa entre os quatro métodos para deixar de fumar elencados e o comportamento tabágico actual das grávidas ($\alpha=0,05$). Estes dados vão ao encontro da abordagem actual, de que a existência de paradigmas interdisciplinares na concepção de programas de cessação tabágica é mais eficaz do que paradigmas rígidos de aconselhamento baseado numa só metodologia (Dale et al., 2001; Gigliotti et al., 2001; Rigotti, 2002; Issa, 2003).

Conclusão

Compreender a dependência da nicotina e o papel dos aspectos psicológicos e sócio-demográficos no hábito tabágico pode permitir esclarecer o processo que leva uma pessoa a tornar-se dependente do tabaco, podendo também contribuir para o delineamento de intervenções específicas e assim, obter mais sucesso nos programas de cessação tabágica.

Por seu lado, o período gestacional, pelas suas especificidades, representa uma oportunidade única para a cessação tabágica que deverá ser mais investigada. O consumo de tabaco durante a gravidez pode ser um factor de risco no desenvolvimento fetal e da criança, e também na saúde da futura mãe. Daqui decorre a necessidade e a importância de serem criados e ampliados programas de prevenção/educação/intervenção destinados às grávidas, com o objectivo de eliminar os riscos do tabagismo durante a gravidez. Deste modo, pretende-se, promover a utilização de estratégias mais saudáveis através da mudança de estilos de vida das grávidas para a gestão de determinadas emoções como ansiedade, stress, etc., substituindo o consumo do tabaco e evitando os malefícios físicos e fisiológicos inerentes.

Em Portugal, escassos estudos investigaram esta temática de modo consistente, tendo como objectivo o desenvolvimento de futuros programas de cessação tabágica especificamente dirigidos às grávidas. No entanto, as investigações passadas em revista neste estudo confirmam o carácter biopsicossocial do consumo tabágico na gravidez e salientam as implicações do mesmo para a saúde da mãe, do bebé, bem como para a saúde pública em geral e para o desenvolvimento de estratégias eficazes de intervenção.

Neste sentido, o presente estudo propôs-se investigar os níveis de ansiedade (estado e traço) em mulheres que cessaram o hábito tabágico e mulheres que não o fizeram durante o período gestacional. Propôs-se, igualmente, correlacionar os níveis de ansiedade com os níveis de dependência tabágica dos dois grupos, bem como

analisar as estratégias de *coping* utilizadas pelas gestantes que cessaram o hábito tabágico. Os principais resultados obtidos foram:

- Não existem diferenças significativas relativamente aos níveis de ansiedade entre grávidas que cessaram o hábito tabágico e grávidas que não cessaram o hábito tabágico durante o período de gestação;
- Não existem diferenças significativas relativamente aos níveis de ansiedade entre grávidas que fizeram mais tentativas de cessação da dependência tabágica e as que fizeram menos tentativas para deixar de fumar;
- Para as mulheres que cessaram o hábito tabágico e as que não cessaram durante a gravidez, o grau de dependência da nicotina não difere significativamente, independentemente de ter havido uma, nenhuma ou mais tentativas de parar de fumar;
- Quanto maior é o nível de dependência do tabaco, mais elevado é o nível de ansiedade nos dois grupos;
- As mulheres grávidas que param de fumar não usam estratégias de *coping* diferentes das que não param de fumar;
- As grávidas que continuam a fumar utilizam mais dois tipos de estratégias de *coping*: “planear” e “auto-culpabilização” do que as grávidas que já não fumam.

Pretende-se com estes resultados e em termos de aplicabilidade prática, se possa promover o desenvolvimento de possíveis programas de intervenção integrada de apoio a grávidas que fumam:

- Identificando precocemente factores de risco em gestantes que fumam;
- Promovendo a cessação tabágica entre mulheres em idade fértil;
- Aconselhando e fornecendo assistência específica e multidisciplinar à gestante fumadora de forma individualizada ou em grupo;
- Criando grupos de apoio para cessação tabágica para gestantes e companheiros/familiares.

No entanto, e tendo em conta as limitações da presente investigação, os resultados deste estudo carecem de uma maior replicação com grupos em número mais expressivo e representativo de outras realidades sócio-culturais e económicas. Por exemplo, seria pertinente a comparação com uma população não grávida (mulheres

que cessaram e não cessaram o hábito tabágico), ou recorrer à aplicação de outros instrumentos, nomeadamente de carácter qualitativo.

Para além de pistas para futuras investigações que contemplem estas e outras variáveis, é importante colmatar as limitações do presente estudo como por exemplo o facto da amostra não ser aleatória ou o isolamento consistente de eventuais variáveis parasitas.

As implicações do tabagismo ao nível da saúde, das questões sociais e económicas são imensas e, por essas razões, a prevenção do tabaco deve ser uma prioridade de todos os profissionais de saúde e da população em geral.

Referências

- American Psychiatric Association (APA) (1996). *DSM IV – Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais*. 4º ed. Porto Alegre: Artmed.
- Anastasi, A.; Urbina, S.(2000). *Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.7ºed.
- Aveyard, P. (2005). *Is advice to stop smoking from a midwife stressful for pregnant women who smoke ? from a randomised controlled trial, Preventive Medicine, 40, 575-582.*
- Ballone, G. (2005). *Ansiedade, Estresse e Esgotamento*. Psiqweb-sites.uol.com.br/gballone/ansiedade.html.
- Baptista, A. & Furquim, P. (2003). *Enfermaria de Obstetrícia. Psicologia Hospitalar : Teoria, Aplicações e Casos Clínicos*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Barringer, T. & Weaver, E.(2002). Does long-term bupropion use prevent smoking relapse after quitting smoking ? *Journal of Family, Practice*, 135, 423-433.
- Bjartveit, K. ; Tverdal, A.(2005). Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tob Control* Oct, 14 (5). 315-320.
- Brown, H.; Miller, J.; Khawli, O.; Galbert, H.(1988). Premature placental calcification in maternal cigarette smokers. *Obstet. Gynec.*, 71: 914-7.
- Cabar, F. & Carvalho, F. (2003). Efeitos do Tabagismo na saúde da mulher. *Femina*, v.31(4), 373-375.
- Canavarro, M.C. (2001).Gravidez e maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In Canavarro (Ed.). *Psicologia da gravidez e da maternidade*.(pp.17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carpenito, L. (1998). *Manual de Diagnósticos de Enfermagem*.Porto Alegre: Artes Médicas.

- Carvalho, A.(2000).Auto-estima e ansiedade em grávidas adolescentes. In J. Ribeiro, I. Leal & M. Dias (Eds.). Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA.
- Carver, C. (1997).You want to measure coping but your protocols too long: consider the Brief Cope. *Internacional Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC).(2001). Women and Smoking – A *Report of the Surgeon General*; 50(1): 5-176.
- Cnattingius, S. (2004). The epidemiology of smoking during pregnancy : Smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. *Nicotine & Tobacco Use*, 6 (suppl.2), S125-S140.
- Coleman, T (2004). ABC of smoking cessation: special groups of smokers. *BMJ*; 328 : 575-577.
- Colman, L. & Colman, A.(1994). *Gravidez : A experiência Psicológica*. Lisboa. Edições Colibri.
- Conde, A. & Figueiredo, B.(2003). Ansiedade na Gravidez: Factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, 24(3), 197-209.
- Cordeiro, J.(2002). *Manual de Psiquiatria Clínica* (2º ed.). Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian.
- Curry, S. ; McBride, C. ; Grothaus, L. ; Lando, H. & Pirie, P. (2001). Motivation for smoking cessation among pregnant women. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15 : 126-132.
- Dale, L. ; Glover, E. & Sachs, D. (2001). Using Bupropion for smoking cessation. *Journal of Respiratory Diseases*, 119 : 1357-1364.
- Dantzer, R. (2001). Ansiedade. In R. Doron & F. Parot (eds.), *Dicionário de Psicologia* (pp.67-68). Lisboa: Climepsi.

- Dempsey, D. & Benowitz N. (2001). Risks and benefits of nicotine and other medications to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Safety* :24:277-322.
- Ershoff, D.; Solomon, L & Dolan-Mullen, P.(2000). Predictors of intentions to stop smoking early in prenatal care. *Tob Control*; 9 Suppl 3 (4 Pt 1): III 41.
- Figueiredo, B.(2000). Psicopatologia do desenvolvimento na maternidade. In I. Soares(org.). *Trajectórias (in)adaptadas de desenvolvimento* (pp347-380). Coimbra: Quarteto Editora.
- Fiore, M.; Bailey, W.; Cohen, S. & Dorfman, S. (2000). *Treating tobacco use and dependence: Clinical Practice guidelines*. Rockville. U.S. Department of Health and Human Services.
- Focchi, G.; Malbergier, A. & Ferreira, M. (2006). *Tabagismo: dos fundamentos ao tratamento*. São Paulo: Ed. Lemos.
- Folkman, S. & Moskowitz, J.(2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55 (6), 647-654.
- Floyd, R.; Belodoff, B.; Sidhu, J. Schulkin, J. (2001). A survey of obstetricians-gynecologists on their patients use of tobacco and other drugs during pregnancy: *Prenatal and Neonatal Medicine*, 6, 201-207.
- Framework Convention on Tobacco Control.Site Oficial. Genebra.Organização Mundial de Saúde. [Http://www.who.int/gb/fctc/E/E_index.htm](http://www.who.int/gb/fctc/E/E_index.htm) (cit. em 02 junho 2003)
- Galdino, J. (2000). *Ansiedade, depressão e coping em idosos.[dissertação].*São Paulo(SP): Escola de Enfermagem. USP.
- Gigliotte, A.; Carneiro, F. & Ferreira, M. (2001). Tratamento do tabagismo. In B.Range (Org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp.449-460). Porto Alegre: Ed Artmed.
- Gigliotti, A.& Laranjeira, R. (1999). Terapêutica do Tabagismo. *J. Bras Med* ;77:66-78.
- Graziani, P. (2001). Stress, anxiété et strategies d'ajustement in Stress, Anxiété et Trouble de L'Adaptations. Paris, Acanthe/ Masson (eds.) pp. 91-103.

- Halty, L. (2002). Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerstrom (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. *Jornal de Pneumologia*: 28(4).
- Hajek, P. (2001). Randomized controlled trial of a midwife-delivered smoking cessation intervention in pregnancy. *Addiction*, 96, 485-494.
- Hughes, J. (2004). Anxiolytics for smoking cessation. The Cochrane Library, Issue 2.
- Hunt, J. & Lumley J. (2002). Are recommendations about routine antenatal care in Austrália consistent and evidence-based. *Med J Aust* 2002; 176:255-9.
- Issa, J.(2003). Deixar de fumar. São Paulo: MG Editores.
- Jarvis, M.(2004) Why people smoke. *BMJ*; 328:277-279
- Jerlock, M. (2006). Coping Strategies, stress, physical activity and sleep in patients with unexplained chest pain. *BMC Nursing*, 5(7), 1-10.
- Johnson, R. & Slade, P. (2003). Obstetric complications and anxiety during pregnancy: is there a relationship? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*: 24(1):1-14.
- Joossens, L. (1999). *A mulher e o Tabaco na União Européia – Relatório Europeu*. Paris: Rede Europeia de Prevenção do Tabagismo (ENSP).
- Kassel J. & Unrod,M. (2000). Smoking, Anxiety and Attention: support for the role of nicotine in attentionally mediated anxiety. *Journal of Abnormal Psychology* 109: 161-6.
- Khazaal, Y.; Cornuz, J. & Zunillo, D. (2004). Les troubles anxieux sont-ils associés à un taba gisme particulier?. *Stress- anxiété et tabagisme*. Sauté mentale au Quebec. XXIX.1, 73-80.
- Kuczkowski, K. (2004). Tabagismo durante a gravidez: um problema maior do que se imagina. *Medicine Journal of Pediatric: (Rio J)*, 80 (1), 81-4.
- Lagrué, G. (2000). *Arrête de fumer?*. 2º Ed. Paris. Odille Jacob.
- Lambers, D. & Clark, K. (1996). The maternal and fetal physiologic effects of nicotine. *Semin Perinatol*, 20(2), 115-26.

- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Stress appraisal and coping. New York :22-54.
- Lebargy, F. (2003). Biologia da Nicotina. In Yves Martinet & Abraham Bohadana (Eds). O Tabagismo – da prevenção à abstinência (pp.91-96). ; Lisboa : Climepsi.
- Lima, J. (2002). Gravidez e Tabagismo. Bol-Soc-Port-Hemorreol-Microcircul. ; 17(2): 35.
- Lowe J. ; Balanda K. & Clare G. (1998). Evaluation of antenatal smoking cessation programs for pregnant women. AUST NZJ Public Health; 22(1):55-59.
- Ludman, E. ; McBride, C. ; Nelson, J. ; Curry, S. ; Groathaus, L. Lando, H. & Pirie, P. (2000). Stress, depressive symptoms and smoking cessation among pregnant women : *Health Psychology*. 19, 21-27.
- McNeill, A. (2001) Smoking and Mental Health – a review of the literature, Smoke Free London Programme, Londres, 2001.
- Maldonado, M.T.; Dickstein, J. & Nahoum, J. (2002). *Nós estamos grávidos*. São Paulo. Saraiva.
- Maldonado, M.T. (2002). Psicologia da gravidez, parto e puerpério (16º ed.). São Paulo: Editora Saraiva.
- Marin, G. (2003). Consequences of smoking during pregnancy for mother and child. *Revista Brasileira de Saúde Materna. Infantil.*, v.3, n.2:p. 159-164.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Marques, A. (2001). Consenso sobre o tratamento da dependência da nicotina. *Revista Brasileira Psiquiatria*; 23 (4):200-214.
- Melender, H. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*, 29 (2), 101-11.
- Melo, L. & Lima, M. (2000). Mulheres no segundo e terceiro trimestres de gravidez: suas alterações psicológicas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53(1), 81-86.

- Melvin C., Dolan-Mullen P., Windsor R., Whiteside H., Goldenberg R. (2000). Recommended cessation counseling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. *Tob Control*; 9 (Suppl 3):11180-84.
- Micó, J.; Brea, M.; Vinardell, A.; Corrales, Rojas, M. & Alvaro, A. (2000). Neurobiologia de la adicción a nicotina. *Prevention del Tabaquismo*, 2 (2) , 101-105.
- Ministério da Saúde (2000). Inquérito Nacional de Saúde (INSA) 1998/1999. Lisboa. Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge.
- Moxham, J. (2000)..Nicotine Addiction. *British Medical Journal*; 320:391-92.
- Musk, A. & De Klerk, N. (2003). *History of tobacco and health*. *Respirology*; 8: 286-90.
- Nakamura, M. ; Alexandre, S. & Santos, J. (2004). Repercussões obstétricas e Perinatais do Tabagismo (activo ou passivo) na gravidez. São Paulo. *Medicine. Journal.*, v.122, n.3:p.94-98.
- O'Connell, M., Lucan, S., Yeh, M..(2003). Impediment profiling for smoking cessation: Results of a pilot study. *American Journal of Health Promotion*, 17, (5), 300-303.
- Ockene, J.; Ma, Y.; Zapka, J.; Pbert, L.; Goins, K. & Stoddard, A. (2002). Spontaneous cessation of smoking and alcohol use among low- income pregnant women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23 150-159.
- Oliva, A. (2003). *Resumos da I Mostra de Terapia Cognitiva-Comportamental*. UERJ. Rio de Janeiro.
- Ohman, S., Grunewald, C., & Waldestrom, U. (2003). Women worries during pregnancy : testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Sacandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 148-152.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2004). Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoactivas: resumo. Genebra.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2006). Tobacco: deadly in any form or disguise. World no Tobacco Day. Genebra; 200: 46pp.

- Pacheco, A. ; Figueiredo, B.; Costa, R. & Pais, A.(2005).Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças Desenvolvimentais ao longo da Gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1),7-41.
- Pais Ribeiro, J. & Rodrigues, A.(2004). Questões acerca do Coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3-15.
- Pastor, F. & Llorca, S. (2004). *Aspectos históricos, sociales y económicos del tabaco*. In Becoña, E. (Ed.), *Adicciones*, 16 (2). Palma de Maiorca: Socidrogalcohol.
- Paulino, M. & Godinho, J.(2002). Perturbações da ansiedade. In J.C.Dias-Cordeiro (Ed.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp. 445-486). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Parrot, A.(1999). Does cigarette smoking cause stress? *American Psychologist* Oct ; 54(10):817-820.
- Parrott, A.; Kaye, F.(1999).Daily uplifts, hassles, stresses and cognitive failures: in cigarette smokers, abstaining smokers and non-smokers. *Behavioural Pharmacology*; 10: 6-7,639-646.
- Parrott, A.(2003). Cigarette-derived nicotine is not a medicine. *The World Journal of Biological Psychiatry*; 4:2,49-55.
- Pereira, J. & Rufino-Netto, A.(2004). Tabagismo como problema de Saúde Pública.Rio de Janeiro;13:69-72.
- Pirie, P.; McBride, C & Curry, S.(2000). Tobacco, alcohol and caffeine use and cessation in early pregnancy. *American Journal of Preventive Medicine*, 18, 54-61.
- Raw, M (2004). *Pare de fumar para sempre*; tradução de Ana Quirino – São Paulo: Publifolha.
- Rigotti N. (2002). Clinical Practise.Treatment of tobacco use and dependence. *NEngl Journal Medicine*; 346:505-12

- Room R et al. (2001). Cross-cultural views on stigma, valuation, parity and societal values towards disability. In: Ustun TB et al., (Eds). *Disability and culture: universalism and diversity* (pp. 247-291). Seattle, WA, Hogrefe & Huber.
- Roy, K., Parker, G. Mitchell, P. & Wilhelm, K. (2001). Depression and Smoking: examining correlates in a subset of depressed patients. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatric*, 35(3), 329-335.
- Rosemberg, J.(1995). *Tabagismo: sério problema de Saúde Pública*. São Paulo, Almed /EDUSP.
- Rosemberg, A.M. (2002). *Implicações do tabagismo na saúde da Mulher*, mimeo.
- Rosemberg J. (2002). *Pandemia do Tabagismo – Enfoques Históricos e Atuais*. São Paulo: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.
- Rosemberg, J. (2004). *Nicotina - Droga universal*.1º ed. Rio de Janeiro: Inca,p. 1 - 239
- Seibel, S. & Toscano, A.(2001). Conceitos Básicos e Classificação Geral das Substâncias Psicoativas. In: Seibel, S.; Toscano, A. (Org.). *Dependência de Drogas* (pp. 1-6) São Paulo: Atheneu.
- Serra, A.(1999). *O stress na vida de todos os dias*.Coimbra.
- Silva, D.R. & Campos, R. (1998) Alguns dados Normativos do Inventário de Estado-Traço – Forma Y (STAI-Y), de Spielberge, para a População Portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33, 71-89.
- Silva, D.(2003). Inventário de estado-traço de ansiedade: S.T.A.I., Avaliação Psicológica:instrumentos validados para a população portuguesa. Vol. 1. – Coimbra: Quarteto, 2003, p. 45-63.
- Simpson, W.J., (1957). A preliminary report on cigarette smoking and the incidence of prematurity. *AM. J.Obstet. Gynecol.* 73: 808.
- Siqueira, L. (2001). Smoking Cessation: Nicotine dependence, stress and coping methods. *Archives of Pediatric and Medicine*, 155, 489-495.

- Spielberger, C.D; Gorduch,R. & Lushene, R (1970). IDATE. Manual for the Strait-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, C.A., Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.; Gorsuch, R. & Lushene, R.(1979). IDATE. Manual for the Strait-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, C.A., Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.(1981). *Tensão e Ansiedade*. São Paulo: Harper & Row do Brasil.
. Rio de Janeiro: CEPA.
- Spielberger, C., Pollans, C. & Worden, T. (1984).Anxiety disorders. In S.M.Turner & M. Hersen(Eds). *Adult Psychopathology: a behavioral perspective* (pp. 613-630). New York: Wiley.
- Solomon, L. & Quinn, V. A. (2004). Spontaneous quitting: Self-initiated smoking cessation in early pregnancy. *Nicotine & Tobacco Research*, 6(Suppl. 2, S203-S216.
- Stewart, S. & Kushner, M.(2001). Introduction to the Special Issue on "Anxiety, Sensitivity and Addictive Behaviours". *Addictive Behaviours* 26: 775-85.
- Surgeon General Report. Smoking and Health: Report of the Advisory Committee of the Surgeon General of the Public Health Service Source, 1964. Information Resources Press:em <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports.htm>
- Unesp (2005)."Fumo, Stress e humor". Website: www.viverbem.unesp.br/tabaco.htm
- U.S .Department of Health Services (2000).Healthy people.review. Washington
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS)(2001). *Smoking and Women's Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville: USDHHS.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS)(2004).The Health Consequences of Smoking: *A Report of the Surgeon General*. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services,Centers for Disease Control.
- Valença, A. ; Nardi, A. & Nascimento, I. (2001). Transtorno de pânico e Tabagismo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, no.4, 229-232.

- Viegas, C. (2007). *Tabagismo: do diagnóstico à Saúde Pública*. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: Atheneu
- Vollbrecht, B., Viegas, J.; Arent, A., & Badalotti, M. (2004). Repercussões do Tabagismo na saúde feminina. *Acta Médica.*, v.25: p.264-273.
- Vollrath, M. (1998). Smoking, Coping and Health behavior among university students. *Psychology & Health* 13: 431-41.
- West, R.; McNeill, A & Raw, M. (2003) – Meeting Department of Health smoking cessation targets: Recommendations for service provides. Health Development Agency.
- World Health Organization (WHO) (1999). *Women and Tobacco Epidemic: Challenges for the 21 st*
- World Health Organization (WHO) (2001). *Women and the tobacco epidemic: challenges for the 21st century*. Geneva
- World Health Organization (WHO) (2003). *Tobacco: Health Impact*. Geneva
- World Health Organization (WHO)(2006). Why tobacco is a priority? URL: http://www.int/tobacco/health_priority/
- Wirth, N. (2003) “O Tabagismo da Mulher Grávida”. *In O Tabagismo. Da Prevenção à Abstinência*. Y. Martinet, A. Bohadana. Climepsi edits: pg 203-212.
- World Bank (1999). *Curbimg the epidemic: Goverments and the economics of tobacco control*. Washington: The World Bank.
- World Bank (2003). *Tobacco Control at a glance*. Washington: The World Bank.
- Ximenes, F., Oliveira, M.(2004). A influência da idade materna sobre as condições perinatais. *Ver. Brás.Promoção Saúde*; 17: 56-60.

Anexo 1: Material

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO

1. Idade: _____

2. Nacionalidade: _____

3. Escolaridade (anos concluídos):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1º Ciclo (4ª classe) | <input type="checkbox"/> 2º Ciclo (6º ano) | <input type="checkbox"/> 3º Ciclo (9º ano) |
| <input type="checkbox"/> Ensino Secundário (12º ano) | <input type="checkbox"/> Bacharelato/Licenciatura | <input type="checkbox"/> Mestrado/Doutoramento |

4. Em qual das Categorias Profissionais se encaixa?

<input type="checkbox"/> Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas	<input type="checkbox"/> Especialistas das profissões intelectuais e científicas	<input type="checkbox"/> Técnicos e profissionais de nível intermédio	<input type="checkbox"/> Pessoal administrativo e similares
<input type="checkbox"/> Pessoal dos serviços e vendedores	<input type="checkbox"/> Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	<input type="checkbox"/> Operários, artífices e trabalhadores similares	<input type="checkbox"/> Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
<input type="checkbox"/> Trabalhadores não qualificados			

5. Estado Civil:

- | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solteira | <input type="checkbox"/> União de facto/Casada | <input type="checkbox"/> Divorciada | <input type="checkbox"/> Viúva |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------|

6. Gravidez:

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1ª Gravidez | <input type="checkbox"/> 2ª Gravidez | <input type="checkbox"/> 3ª Gravidez ou mais |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|

7. Idade gestacional (tempo de gravidez):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1º Trimestre (0 aos 3 meses) | <input type="checkbox"/> 2º Trimestre (3 aos 6 meses) | <input type="checkbox"/> 3º Trimestre (6 aos 9 meses) |
|---|---|---|

8. Gravidez desejada / planeada?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

9. Gravidez vigiada?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

10. Gravidez com complicações de saúde?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

11. Se Sim, quais (apenas diagnosticadas por técnicos de saúde)?

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hipertensão | <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Outra. Qual?
_____ |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|--|

12. Existe neste momento alguma situação de vida que lhe cause ansiedade?

13. Fuma actualmente? (Para considerar sim, basta que fume 1 cigarro por dia)

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

14. Começou a fumar com que idade? _____ anos

15. Tentou parar de fumar alguma vez antes de engravidar?

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> 1 Vez | <input type="checkbox"/> 2 Vezes | <input type="checkbox"/> 3 Vezes ou mais |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--|

16. Quem fuma em sua casa?

- | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Companheiro/Marido | <input type="checkbox"/> Parentes | <input type="checkbox"/> Outros |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|

17. No seu ambiente de trabalho fumam?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

18. Quando parou de fumar?

Em qual trimestre? <input type="checkbox"/> 0 – 3 Meses <input type="checkbox"/> 3 – 6 Meses <input type="checkbox"/> 6 – 9 Meses	<input type="checkbox"/> Não Parei de fumar
--	---

19. O que a motivou a parar de fumar ou a reduzir o consumo de tabaco?

<input type="checkbox"/> Preocupação com a própria saúde	<input type="checkbox"/> Malefícios do tabaco para a saúde do feto	<input type="checkbox"/> Problemas de saúde que surgiram na gravidez	<input type="checkbox"/> Ter enjoado o cheiro do tabaco
<input type="checkbox"/> Ter náuseas e mal-estar quando fuma	<input type="checkbox"/> Conselho dos Profissionais de Saúde.	<input type="checkbox"/> Pressão social (parentes, amigos, colegas)	<input type="checkbox"/> Querer libertar-me da dependência
<input type="checkbox"/> Questões monetárias			

20. Quando parou de fumar, sentiu:

<input type="checkbox"/> Aumento de apetite	Ansiedade: <input type="checkbox"/> <i>raramente</i> <input type="checkbox"/> <i>às vezes</i> <input type="checkbox"/> <i>frequentemente</i>	<input type="checkbox"/> Falta de concentração
<input type="checkbox"/> Variações de humor	<input type="checkbox"/> Insónia	<input type="checkbox"/> Sensação de "vazio" na mão (falta do gesto)
<input type="checkbox"/> Outros: Quais? _____		<input type="checkbox"/> Não sentiu nada

21. O cigarro era ou se fuma é:

<input type="checkbox"/> Uma companhia	<input type="checkbox"/> Boa forma de relaxar	<input type="checkbox"/> Apoio para encarar situações difíceis
<input type="checkbox"/> Bom para concentração	<input type="checkbox"/> Uma forma de sentir menos ansiedade	

22. Como lida com a vontade de fumar ou com a redução do nº de cigarros por dia?

<input type="checkbox"/> Longe de fumadores	<input type="checkbox"/> Evitando situações stressantes	<input type="checkbox"/> Evitando bebidas alcoólicas
<input type="checkbox"/> Evitando tomar café	<input type="checkbox"/> Levantando da mesa, assim que acaba de comer	<input type="checkbox"/> Fazendo exercício
<input type="checkbox"/> Tomando água	<input type="checkbox"/> Mascando chiclete	<input type="checkbox"/> Comendo doces
<input type="checkbox"/> Utilizando algum tipo de reposição de nicotina	<input type="checkbox"/> Apoio psicológico	<input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____

23. Métodos usados para deixar de fumar:

<input type="checkbox"/> Espontâneo, sem ajudas	<input type="checkbox"/> Fármacos	<input type="checkbox"/> Com apoio de Profissional de Saúde (Enfermeira, Médicos, Psicólogos)
<input type="checkbox"/> Métodos Alternativos (Acupunctura, etc.)		

24. Se no Centro de Saúde ou Maternidade existisse uma consulta de desabituação tabágica para ajudá-la a parar de fumar, frequentaria?

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

QUESTIONÁRIO FAGERSTROM

Se fuma, por favor, responda ao questionário a seguir.

Se parou de fumar, responda de acordo como se sentia, quando fumava.

17. Quanto tempo após acordar voce fuma o primeiro cigarro?

a. Dentro de 5 minutos	<input type="checkbox"/> (3)
b. Entre 6 a 30 minutos	<input type="checkbox"/> (2)
c. Entre 31 a 60 minutos	<input type="checkbox"/> (1)
d. Após 60 minutos	<input type="checkbox"/> (0)

18. Voce acha dificil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, biblioteca, trabalho, etc.)?

a. Sim	<input type="checkbox"/> (1)
b. Não	<input type="checkbox"/> (0)

19. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação (ou que mais detestaria deixar de fumar)?

a. o primeiro da manhã	<input type="checkbox"/> (1)
b. outros	<input type="checkbox"/> (0)

20. Quantos cigarros voce fuma por dia?:

a. De 31 ou mais	<input type="checkbox"/> (3)
b. De 21 a 30	<input type="checkbox"/> (2)
c. De 11 a 20	<input type="checkbox"/> (1)
d. Entre 10 a menos	<input type="checkbox"/> (0)

21. Voce fuma mais frequentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia?

a. Sim	<input type="checkbox"/> (1)
b. Não	<input type="checkbox"/> (0)

22. Você fuma mesmo quando está doente e que precisa ficar na cama a maior parte do tempo?

a. Sim	<input type="checkbox"/> (1)
b. Não	<input type="checkbox"/> (0)

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

INSTRUÇÕES: Em baixo tem uma série de perguntas que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) no quadrado do algarismo da direita que melhor indica como se sente neste momento. Não há respostas certas ou

	NADA	UM POUCO	MODERADAMENTE	MUITO
1 – Sinto-me calma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2 – Sinto-me segura	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3 – Estou tensa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4 – Sinto-me cansada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5 – Sinto-me à vontade	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6 – Sinto-me perturbada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7 – Presentemente, preocupo-me com possíveis desgraças	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8 – Sinto-me satisfeita	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9 – Sinto-me amedrontada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10 – Sinto-me confortável	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11 – Sinto-me auto-confiante	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12 – Sinto-me nervosa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13 – Sinto-me trémula	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14 – Sinto-me indecisa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15 – Sinto-me descontraída	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
16 – Sinto-me contente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
17 – Estou preocupada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18 – Sinto-me confusa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
19 – Sinto-me firme	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
20 – Sinto-me bem	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

INSTRUÇÕES: Em baixo tem uma série de perguntas que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) no quadrado do algarismo da direita que melhor indica como se sente **HABITUALMENTE**. Não há respostas certas ou

	NADA	UM POUCO	MODERAD AMENTE	MUITO
21 – Sinto-me bem	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22 – Sinto-me nervosa e agitada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
23 – Sinto-me satisfeita comigo mesma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
24 – Gostava de poder ser feliz como os outros parecem	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
25 – Sinto-me falhada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
26 – Sinto-me tranquila	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
27 – Estou “calma, fresca e concentrada”	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
28 – Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma que não as consigo ultrapassar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
29 – Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
30 – Estou feliz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
31 – Tenho pensamentos que me perturbam	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
32 – Falta-me auto-confiança	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
33 – Sinto-me segura	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
34 – Tomo decisões facilmente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
35 – Sinto-me inadequada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
36 – Estou contente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
37 – Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
38 – As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da minha mente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
39 – Sou uma pessoa firme	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
40 – Fico tensa e perturbada quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Brief COPE

Data: / /

INSTRUÇÕES: A seguir encontrará uma série de afirmações que estão relacionadas com a forma como as pessoas reagem quando enfrentam situações que causam ansiedade, neste caso, em relação ao tabagismo na gravidez. Existem muitas maneiras de lidar com os problemas. Pessoas diferentes usam estratégias diferentes. Gostaria de saber como está a lidar com esta situação. É importante que saiba que não existem respostas certas ou erradas.

	NUNCA FIZ ISTO	FAÇO ISTO ALGUMAS VEZES	FAÇO ISTO COM FREQUENCIA	FAÇO ISTO QUASE SEMPRE
1. Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação.	1	2	3	4
2. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação.	1	2	3	4
3. Tenho dito para mim própria "isto não é verdade".	1	2	3	4
4. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor.	1	2	3	4
5. Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos).	1	2	3	4
6. Desisto de me esforçar para obter o que quero.	1	2	3	4
7. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho).	1	2	3	4
8. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo.	1	2	3	4
9. Fico aborrecida e expresso os meus sentimentos (emoções).	1	2	3	4
10. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.	1	2	3	4
11. Uso o álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas.	1	2	3	4
12. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva.	1	2	3	4
13. Faço críticas a mim própria.	1	2	3	4
14. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que quero fazer.	1	2	3	4
15. Procuo o conforto e compreensão de alguém.	1	2	3	4
16. Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objectivo.	1	2	3	4
17. Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer.	1	2	3	4
18. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira.	1	2	3	4
19. Faço coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver televisão, ler, sonhar, ou ir às compras.	1	2	3	4
20. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer.	1	2	3	4
21. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento.	1	2	3	4
22. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.	1	2	3	4
23. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo.	1	2	3	4
24. Tento aprender a viver com a situação.	1	2	3	4
25. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação.	1	2	3	4
26. Culpo-me pelo que está a acontecer.	1	2	3	4
27. Rezo ou medito.	1	2	3	4
28. Enfrento a situação com sentido de humor.	1	2	3	4

