



Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2026/2

Adriani Oliveira Galão
Edison Capp
organizadores

Alunos

Adolfo Moraes de Souza
Afonso Henrique Cover Soares
André Luiz Vicente Ritta
André Tavares Porto Alegre
Augusto Colferai Marcon
Augusto Reginatto
Aurélio Alexander P. Ribeiro
Bernardo Dama
Bruno Vernochi Conceição
Carolina Sayuri Arashiro
Caroline Souza
Cláudia Griebler Félix
Diego Anastacio da Silva
Diego Pires de Moura
Eduardo Brittes Rott
Ezequiel Tavares dos Reis
Fernanda Detoni
Gabriela Patulé Vieira
Guilherme Carvalho Serena
Isabella Cardia Lorenzoni
Isadora C. de Melo Abrahão

Isadora Didio
Johannes T. Braatz Wildner
Júlia Razera Oro
Lara Angi Souza
Laura Kersting
Leonardo André S. Loebens
Lucas Teixeira
Luís Gustavo Sampaio
Maria Eduarda R. de Souza
Maria Fernanda J. de Oliveira
Maria Gabriela VergaArriero
Michel de Azeredo Azevedo
Nathália Zarichta
Pedro Manzke Glänzel
Piettra Gontijo Salvati Targa
Rogério Bender Júnior
Santiago Diefenthaler
Sophia Pedroso Kaminski
Vinícius da Silva Gregory
Willian Elias Dias de Oliveira
Zilma Rosa da Silva

Monitores

Felipe Jung Spielmann
Jeovana Ceresa
Jordy Guimarães Costa
Nicole Mastella
Roberta Moschetta

Professores

Adriani Oliveira Galão
Alberto Mantovani Abeche
Daniela Vanessa Vettori
Helena von Eye Corleta
Janete Vettorazzi
João Sabino da Cunha Filho
José Geraldo Lopes Ramos
Suzana Arenhart Pessini
Ana Selma Picoloto
Maria Lúcia R. Oppermann
Roberta Moschetta
Sérgio H.A. Martins Costa

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2026/2

Porto Alegre 2023
UFRGS

U58p Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.

Promoção e proteção da saúde da mulher ATM 2026/2 / Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina; organizadores: Adriani Oliveira Galão e Edison Capp – Porto Alegre: UFRGS, 2023.

184p.

ISBN: 978-65-00-83521-2

E-Book: 978-65-00-83522-9

1. Saúde da mulher 2. Promoção da saúde 3. Ginecologia 4. Obstetrícia I. Galão, Adriani Oliveira, org. II. Capp, Edison, org. III. Título

NLM: WA309

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
(Bibliotecária Shirlei Galarça Salort – CRB10/1929)

Endereço:

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

FAMED – UFRGS

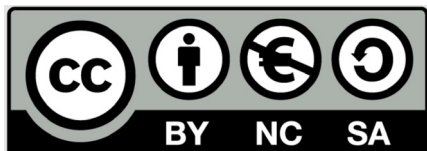
Rua Ramiro Barcelos, 2400/4º andar

CEP 900035-003 – Porto Alegre – RS

Editoração, diagramação e capa: Edison Capp

Imagens da capa: www.pexels.com por Andrea Piacquadio, Ana Schvets, Christina Morillo, Dalila Dalprat, Edu Carvalho, Guilherme Almeida, Jonas Kakaroto, Jopwell, Kelvin Octa, Ketut Subiyanto, Luizmedeirosph, Mentatdgt, Picha Stock, Pixabay, Pragyan Bezbaruah, Radomir Jordanovic.

Adequação e procedência das citações e das ilustrações, considerações e conceitos contidos nos textos são de responsabilidade dos autores.



ESTE LIVRO ESTÁ LICENCIADO SOB UMA
LICENÇA CREATIVE COMMONS
CC BY-NC-SA 4.0

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir deste trabalho, exceto para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

Tabagismo e reposição de nicotina na gestação

*Bruno Vernochi Conceição
Carolina Sayuri Arashiro
Maria Eduarda Ribeiro de Souza
Nathália Zarichta
Daniela Vanessa Vettori*

O tabagismo é um problema de saúde pública global, pois o uso habitual leva à dependência química e aumenta o risco do desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis¹. A nicotina, a principal substância ativa do tabaco, é capaz de causar efeito estimulatório no sistema nervoso central e levar à dependência. Além disso, as outras substâncias do cigarro podem ter efeito carcinogênico em praticamente todos os órgãos periféricos expostos à fumaça².

Fumar na gestação pode prejudicar a mãe e, principalmente, o feto, sendo considerada uma das causas mais significativas e potencialmente evitáveis de vários resultados gestacionais desfavoráveis, que incluem descolamento prematuro da placenta, aborto espontâneo, natimorto, parto pré-termo abaixo de 37 semanas e baixo peso ao nascer (menos de 2500g)³⁻⁵.

Do ponto de vista epidemiológico, a verdadeira prevalência do tabagismo entre as gestantes, assim como da cessação do tabagismo durante a gravidez no Brasil, é difícil de estimar, não só devido à subnotificação dos casos, pelo fato que depende do autorrelato, mas também pela falta de estudos de abrangência nacional e direcionados às gestantes tabagistas⁶. Os dados de estudos brasileiros regionais mostram variações de prevalência de tabagismo na gestação de 4% a 25%⁷, sendo o Norte a região com a menor e o Sul com a maior proporção de casos. Além disso, sugerem que fumar esteja atrelado à condição socioeconômica da gestante, sendo mais prevalente entre as mais vulneráveis⁶⁻¹¹. Todavia, a maioria dos estudos foram realizados em hospitais públicos.

Até 45% das mulheres tabagistas param espontaneamente de fumar ou param antes da primeira consulta de pré-natal. Porém, apenas um terço delas se mantém abstinente ao fim de um ano pós-parto¹². Portanto, a maioria das fumantes grávidas precisa de ajuda para parar, e a gravidez pode ser um “momento de aprendizado” no qual as mulheres percebem o aumento do risco do tabagismo e se tornam mais motivadas a tentar parar de fumar¹³.

O aconselhamento comportamental é a primeira etapa do tratamento para cessar o tabagismo, devendo ser realizado antes mesmo da introdução de qualquer recurso medicamentoso. Além disso, deve ser estendido ao parceiro, visto que as taxas de sucesso aumentam quando os dois param de fumar¹⁴.

Variados são os métodos farmacológicos atualmente disponíveis para o tratamento do tabagismo: terapia de reposição de nicotina (TRN), vareniclina, bupropiona e cigarros eletrônicos. Essas estratégias visam, principalmente, atenuar os sintomas associados à retirada de nicotina, sendo as três primeiras consideradas, nos Estados Unidos e na União Europeia, como tratamentos de primeira linha na cessação do tabagismo.

A TRN pretende substituir a nicotina inalada pelo fumo, assim evitando muitas toxinas presentes na fumaça e, conseqüentemente, não tende a ser mais prejudicial ao organismo do que a queima da nicotina^{12,15}. No entanto, com a TRN, a nicotina continua sendo manipulada, de forma que tanto a saúde materna quanto a fetal podem ser afetadas em algum grau pelo seus efeitos adversos. Sendo assim, se faz necessário avaliar a eficácia da TRN na cessação do tabagismo na gravidez, bem como os riscos fetais e neonatais de seu uso nesse período¹⁶.

Esta revisão narrativa da literatura tem como objetivo, através de perguntas desafiadoras na prática clínica, apresentar um resumo de evidências para ajudar a orientar os médicos sobre o uso da TRN para cessação do tabagismo na gestação.

Métodos

A revisão narrativa foi realizada a partir de seleção de estudos da plataforma Pubmed, incluindo artigos em língua inglesa, de junho de 1991 a maio de 2023. A estratégia de busca, por meio de termos Medical Subject Headings (MeSH) e operadores booleanos, foi a seguinte:

(Tobacco Use Cessation Devices[mh] OR Nicotine Delivery Devices[tiab] OR Nicotine Inhalant[tiab] OR Nicotine Lozenges[tiab] OR Nicotine Lozenges[tiab] OR Nicotine Nasal Spray[tiab] OR Nicotine Patch[tiab] OR Nicotine Polacrilex[tiab] OR Nicotine Replacement Products[tiab] OR Nicotine Transdermal Patch[tiab] OR Smoking Cessation Products[tiab] OR Tobacco Use Cessation Products[tiab]) AND (Pregnancy[mh] OR Pregnancy[tiab] OR gestation[tiab])

A partir desses denominadores, foram incluídos: metanálises, revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados (ECRs), estudos de coorte, consensos de especialistas e estudos qualitativos.

Ao todo foram encontrados 202 estudos. Após leitura do título e resumo pelos quatro autores, foram excluídos 147 artigos com duplicidade ou que não preenchiam critérios pré-estabelecidos, restando 55 estudos que foram lidos integralmente, dos quais 36 foram incluídos nesta revisão.

Discussão

Como é a oferta de assistência médica para cessar o tabagismo na gestação?

A revisão de literatura realizada evidenciou que há baixa oferta de assistência médica (aconselhamento, materiais de auto-ajuda, recomendação de TRN) para cessação do tabagismo na gestação. Um estudo americano de 2015¹⁷ verificou que um quarto das gestantes tabagistas não recebeu nenhum tipo de intervenção para cessar o fumo e que a TRN foi oferecida para apenas uma em cada cinco gestantes, revelando uma relutância para dispensar TRN na gestação, ainda que se conheçam os efeitos deletérios do tabagismo durante a gravidez.

Quem deve fazer a TRN na gestação?

Muitas fumantes grávidas conseguem parar de fumar espontaneamente. No entanto, apenas um terço das mulheres que param de fumar espontaneamente permanecem abstinentes após um ano²². As gestantes que desistem do cigarro de maneira voluntária, geralmente, são as que: fumam menos, pararam de fumar por algum tempo anteriormente, têm companheiro não fumante e rede de apoio em casa, têm crenças mais fortes sobre os riscos do tabagismo e são menos quimicamente dependentes¹². Consequentemente, as gestantes elegíveis para assistência na cessação do tabagismo provavelmente serão as com mais dificuldade em parar sozinhas.

Uma intervenção de aconselhamento breve (durante uma única consulta, com duração inferior a 20 minutos e até uma visita de acompanhamento) tem um efeito pequeno nas taxas de cessação (pode aumentar o abandono em 1 a 3% além do abandono espontâneo), embora haja um pequeno benefício adicional de intervenções mais intensivas (que envolvem um maior tempo da consulta inicial, o uso de materiais adicionais além de um folheto ou mais de uma consulta de acompanhamento) em comparação com intervenções breves.

Outro estudo mostrou que as intervenções comportamentais aumentam o índice de cessação na gravidez em 11 a 15%, apesar de recaídas serem comuns com uso isolado deste tipo de abordagem terapêutica¹⁸.

A TRN visa reduzir os efeitos fisiológicos e psicomotores da abstinência, bem como aumentar a probabilidade de permanecer abstinente no período da gestação e pós-parto. Sendo assim, sugere-se que a TRN seja utilizada como terapia adjuvante para grávidas que fumam muito (mais de 10 cigarros por dia) ou não conseguem parar apenas com aconselhamento comportamental^{12,18-20}.

Embora cessar o tabagismo tenha benefício máximo se ocorrer no início do primeiro trimestre, parar a qualquer momento durante a gravidez pode ter efeitos benéficos. Ademais, há maior probabilidade de sucesso se as gestantes forem encorajadas a desistir em vez de diminuir¹⁴. Entretanto, para gestantes que não conseguem parar de fumar, ainda se encoraja a diminuição do número de cigarros, uma vez que os níveis de nicotina estão diretamente relacionados com os desfechos negativos na prole^{15,16}.

Quais são os riscos associados ao uso da TRN na gestação?

Quanto aos efeitos fetais da TRN, entre os estudos revisados, há evidências de que fumar durante a gestação se associa a um risco aumentado de natimorto [Razão de riscos (HR) = 1,46, IC 95% 1,17-1,82]. No entanto, não encontraram associação estatisticamente significativa entre a prescrição de TRN durante na gravidez e a chance de natimorto em comparação com mulheres não fumantes, mesmo após ajuste para fatores de confusão [Razão de chances (OR) = 1,35, IC 95% 0,91-2,00)]²¹⁻²³.

Ademais, não há evidências de que a TRN apresente risco para anomalias congênitas em geral, com exceção de anomalias respiratórias (OR= 4,65, IC 99% 1,76–12,25; diferença de risco absoluto: 3 por 1.000 nascimentos); no entanto, essa diferença foi baseada em apenas 10 casos expostos²⁴.

Em relação ao desenvolvimento neurológico, sabe-se de estudos em roedores que a nicotina por si só pode afetar esse processo bem como o comportamento após nascimento, porém há pouca evidência desses achados em humanos²². Apesar de haver aumento de risco de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) com o uso de cigarro (RR 1.58, 95% CI 1.33–1.88)²⁴, não há ainda clara relação do TDAH com a TRN (<https://doi.org/10.3390/ijerph18084004>). Quanto à comunicação, habilidades motoras, resolução de problemas e desenvolvimento social, não há evidência clara de malefícios da TRN até os 2 anos de idade²⁵.

Com relação a síndromes metabólicas (o que inclui peso ao nascer), hipertensão arterial, cânceres infantis e desenvolvimento e função do sistema respiratório, as evidências mostram que há associação com o cigarro, sendo que a nicotina aparece como principal causa apenas em estudos animais. Assim, não se pode concluir claramente a relação de risco da TRN quanto a esses desfechos²⁵.

Os efeitos adversos da TRN descritos em usuários masculinos e femininos incluem irritação de pequena intensidade no local onde é administrada e, em casos raros, dor torácica não isquêmica e palpitações³⁵.

Quais são os benefícios associados ao uso da TRN na gestação?

Comparando tabagistas com idade gestacional entre 12 e 24 semanas e que usaram TRN, com gestantes tabagistas que usaram placebo, viu-se que crianças nascidas de mulheres que usaram TRN tiveram maior probabilidade de sobreviver sem qualquer comprometimento do desenvolvimento até os 2 anos (OR = 1,40; IC 95% 1,05-1,86, $p=0.023$)²⁷.

Quando se aborda a prematuridade, a proporção de nascimentos pré-termo no grupo que realizou TRN foi menor (7,9%) do que no grupo tabagista (26,7%) (OR = 0,21; IC 95% 0,13-0,34). Ainda, a TRN está associada ao menor risco de o bebê ser pequeno para idade gestacional (PIG) do que o grupo tabagista (OR = 0,61; IC 95% 0,41-0,90)¹⁷.

No entanto, comparando grupo TRN e placebo, não houve diferença significativa quanto ao Apgar do quinto minuto após o nascimento, pH do sangue arterial do cordão umbilical, hemorragia intraventricular, convulsões neonatais, necessidade de ventilação e sintomas respiratórios do RN, bem como morte materna²⁸.

Qual a eficácia da TRN na cessação do tabagismo na gravidez?

Alguns ECRs controlados por placebo mostraram aumento na cessação do tabagismo com a TRN nos primeiros meses da gestação mas, no momento do parto, não houve diferença estatística em relação ao uso do placebo^{12,29-31}.

Uma revisão sistemática de 2010³², que incluiu 695 gestantes tabagistas, mostrou que as estimativas de eficácia da TRN na cessação do tabagismo no final da gestação variaram conforme o desenho do estudo: em ECRs controlados por placebo, a probabilidade de cessação não foi significativa [Risco Relativo (RR)= 1,17; IC 95% 0,83-1,65], diferentemente dos ECRs que compararam TRN com tratamento padrão (terapia comportamental, ligações telefônicas) [RR= 7,81; IC 95% 1,51-40,35]. Os autores concluíram que não havia evidências suficientes para determinar a eficácia do TRN nesse contexto e questionaram se a má adesão ao tratamento (longo curso de uso da TRN) poderia ter influenciado os resultados.

Em uma revisão sistemática de 2016³³, foram avaliados cinco ECRs por placebo (n= 1922). Os achados foram validados bioquimicamente e, em análise comparativa, a taxa de cessação com a TRN também não se mostrou diferente (RR= 1,24; IC 95% 0,95 - 1,64).

Uma revisão sistemática mais recente (2020)¹², que incluiu nove ECRs de TRN como adjuvante ao suporte comportamental (fornecido também nos braços de controle), mostrou que TRN pode aumentar as taxas de cessação do tabagismo no final da gravidez. No entanto, essa evidência foi de baixa certeza pois, diferentemente dos resultados dos ECRs sem placebo (RR= 8,55; IC 95% 2,05-35,71), novamente, os ECRs controlados por placebo incluídos não obtiveram resultados significativos (RR = 1,21, IC 95% 0,95-1,55).

Outro grupo de pesquisadores, também, realizou uma revisão sistemática³⁶, no mesmo ano, sobre o uso de TRN na gravidez e concluiu que, avaliando os ECRs, não houve uma taxa significativa de cessação do tabagismo durante ou no final da gravidez. No entanto, ao analisar todos os estudos disponíveis sobre o uso de TRN na gestação, o seu uso esteve associado à interrupção do tabagismo durante ou no final da gravidez. Os autores sugeriram que a prescrição de TRN na gravidez deveria ter como objetivo não somente a cessação do tabagismo, mas também o alívio de sintomas de abstinência, como inquietação, irritabilidade, ansiedade, insônia, humor depressivo e aumento do apetite.

Como é a eficácia da TRN na cessação do tabagismo, quando comparada às terapias comportamentais ou a outras intervenções farmacológicas?

Em 2015, foi publicado um estudo³³ reunindo informações de 54 revisões para a U.S Preventive Task Force (USPSTF), que mostrou que as intervenções comportamentais aumentaram a cessação do tabagismo em 6 meses ou mais (RR combinado = 1,76; IC 95% 1,58-1,96). A TRN (RR= 1,60; IC 95% 1,53-1,68), bupropiona (RR = 1,62; IC 95% 1,49-1,76) e vareniclina (RR = 2,27; IC 95% 2,02-2,55) também foram eficazes para parar de fumar. As intervenções comportamentais e farmacológicas combinadas aumentaram a cessação em 82% em comparação com intervenção mínima ou cuidados habituais (RR = 1,82; IC 95% 1,66-2,00). Entre as gestantes, as intervenções comportamentais beneficiaram a

cessação nos últimos meses da gestação (RR = 1,45; IC 95% 1,27-1,64) e a saúde perinatal; e, em relação a TRN, não se encontrou um efeito significativo em cessação validada bioquimicamente (RR = 1,24; IC 95% 0,95-1,64).

Em seu guideline³⁴, a USPSTF recomenda que os médicos perguntem a todas as gestantes sobre o uso de tabaco, aconselhem-nas a parar de fumar e forneçam intervenções comportamentais (recomendação Grau A). Além disso, afirma que as evidências atuais são insuficientes para avaliar o equilíbrio dos benefícios e malefícios das intervenções farmacoterapêuticas na cessação do tabagismo na gestação (evidência nível I).

Em relação à prevenção de recaída, percebeu-se nenhum efeito do aconselhamento comportamental (apesar de o problema poder estar na maneira como é feito e aplicado e não na qualidade em si desse tipo de terapia), enquanto para TRN há eficácia apenas em pacientes abstinentes sem outras assistências ³³.

Comparando TRN com outras terapias farmacológicas, um estudo de coorte com mulheres que fumaram no início da gestação, analisou quem fez uso de TRN, quem fez uso de bupropiona e quem não utilizou de nenhuma terapia. Ao comparar a taxa de cessação do tabagismo, o grupo da bupropiona obteve maior sucesso, sendo 81% a taxa, contra taxas de 79% no grupo de TRN e de 0% no grupo que não utilizou terapia alguma; ao se analisar, contudo, as mulheres que continuaram sem fumar após a interrupção das terapias, a taxa para TRN foi maior, sendo de 68%, contra uma taxa de 60% para o grupo que fez uso da bupropiona³⁵.

Administração

A TRN está disponível sob a forma de adesivos em várias dosagens, os quais são absorvidos lentamente através da pele, bem como em outras formas de ação rápida, tal como chicletes, pastilhas e comprimidos sublinguais - absorvidos por meio da mucosa oral. As posologias variam conforme a forma de consumo, podendo ser de adesivos de 21 mg uma vez ao dia; goma de 4 mg até cinco vezes ao dia; e, pastilha/comprimido sublingual de 4 mg até cinco vezes ao dia^{12,20,26}.

Revisões sistemáticas avaliaram as diferentes formas farmacêuticas de TRN, assim como o tipo de ação rápida ou lenta, e concluíram que não houve diferença significativa entre eles,

pois apresentaram taxas de abstinência similares^{12,20,26}. Contudo, em uma meta-análise foi observado que o uso combinado de diferentes formas farmacêuticas, tal como goma (rápida) e adesivo (lenta), resulta em taxas de cessação do tabagismo a longo prazo aproximadamente 15% a 36% (RR 1,25, 95% IC 1,15 - 1,36) mais elevadas do que quando se utilizou apenas uma forma isolada²⁶.

Conclusão

O combate ao tabagismo na gestação é um assunto de relevância para a saúde pública, pois fumar neste período ainda é prevalente e pode causar prejuízos na gestante e no feto. Infelizmente, a oferta de assistência médica para cessar o tabagismo é baixa e a maioria das grávidas fumantes precisa de ajuda para parar.

O aconselhamento comportamental é o primeiro passo para a cessação, mas seu sucesso como terapia isolada é pequeno. Além desse método, há maneiras farmacológicas que procuram auxiliar no processo de cessação como a TRN.

A nicotina é a principal substância de dependência do cigarro, mas a sua utilização como terapia de substituição não agrega os outros componentes químicos do cigarro e os estudos não mostram riscos significativos do uso da TRN para a saúde materno-fetal.

As revisões sistemáticas mostram que, ao analisar estudos de maior rigor metodológico (controlados por placebo), a eficácia da TRN na cessação do tabagismo não encontra significância estatística. Por outro lado, os resultados de ECRs sem placebo ou de estudos observacionais evidenciam que a TRN tem efeito positivo ou está associada à cessação.

A combinação de aconselhamento comportamental e TRN pode aumentar as chances de parar de fumar, principalmente nas gestantes com mais dificuldades de parar espontaneamente ou após o aconselhamento.

Referências

1. World Health Organization. Tobacco. Published online July 15, 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Le Foll B, Piper ME, Fowler CD, et al. Tobacco and nicotine use. *Nat Rev Dis Primer.* 2022;8(1):19. doi:10.1038/s41572-022-00346-w

- 3.Hammoud AO, Bujold E, Sorokin Y, Schild C, Krapp M, Baumann P.Smoking in pregnancy revisited: Findings from a large population-based study.Am J Obstet Gynecol.2005;192(6):1856-1862.doi:10.1016/j.ajog.2004.12.057
- 4.Salihi HM, Wilson RE.Epidemiology of prenatal smoking and perinatal outcomes.Early Hum Dev.2007;83(11):713-720.doi:10.1016/j.earlhumdev.2007.08.002
- 5.Claire R, Chamberlain C, Davey MA, et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy.Cochrane Database Syst Rev.2020;3(3):CD010078.doi:10.1002/14651858.CD010078.pub3
- 6.de Abreu Tacon FS, do Amaral WN, Tacon Borges KC.Tabagismo e gravidez: influência na morfologia fetal.2018;46(3):197-201.
- 7.Barbosa RL, Nathasje IF, Chagas DCD, Alves MTSSDBE.Prevalência e fatores associados ao hábito de fumar de gestantes na cidade de São Luís, Maranhão, Brasil.Rev Bras Saúde Materno Infant.2015;15(3):325-335. doi:10.1590/S1519-38292015000300008
- 8.Batista WC, Cruz PV, Bendo CB, Martins CC.Prevalência de tabagismo ativo e passivo durante a gravidez: estudo transversal.Rev Fac Odontol Porto Alegre.2020;61(2):22-29.doi:10.22456/2177-0018.102383
- 9.Zhang L, González-Chica DA, Cesar JA, et al. Tabagismo materno durante a gestação e medidas antropométricas do recém-nascido: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil.Cad Saúde Pública.2011;27(9):1768-1776.doi:10.1590/S0102-311X2011000900010
- 10.Siqueira LD, Fracolli LA, Maeda ST.Influence of the social context in smoking during pregnancy.Rev Bras Enferm.2019;72(suppl 3):259-265. doi:10.1590/0034-7167-2018-0619
- 11.Reis LG, Silva CJD, Trindade A, Abrahão M, Silva VAD.Women who smoke and stop during pregnancy: who are they? Rev Bras Saúde Materno Infant.2008;8(2):217-221.doi:10.1590/S1519-38292008000200009
- 12.Claire R, Chamberlain C, Davey MA, et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy.Cochrane Database Syst Rev.2020;3(3):CD010078.doi:10.1002/14651858.CD010078.pub3
- 13.McBride CM.Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation.Health Educ Res.2003;18(2):156-170. doi:10.1093/her/18.2.156
- 14.Fergie L, Coleman T, Ussher M, Cooper S, Campbell KA.Pregnant Smokers' Experiences and Opinions of Techniques Aimed to Address Barriers and Facilitators to Smoking Cessation: A Qualitative Study.Int J Environ Res Public Health.2019;16(15).doi:10.3390/ijerph16152772
- 15.Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J.Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy.Cochrane Database Syst Rev.2012;(9):CD010078. doi:10.1002/14651858.CD010078

- 16.Campbell K, Coleman-Haynes T, Bowker K, Cooper SE, Connelly S, Coleman T.Factors influencing the uptake and use of nicotine replacement therapy and e-cigarettes in pregnant women who smoke: a qualitative evidence synthesis.Cochrane Database Syst Rev.2020;5(5):CD013629. doi:10.1002/14651858.CD013629
- 17.Leung LWS, Davies GA.Smoking Cessation Strategies in Pregnancy.J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC.2015;37(9):791-797.doi:10.1016/S1701-2163(15)30149-3
- 18.Bar-Zeev Y, Bonevski B, Lim LL, et al. Improving health providers smoking cessation care in pregnancy: A systematic review and meta-analysis.Addict Behav.2019;93:29-38.doi:10.1016/j.addbeh.2019.01.002
- 19.loakeimidis N, Vlachopoulos C, Katsi V, Tousoulis D.Smoking cessation strategies in pregnancy: Current concepts and controversies.Hell J Cardiol HJC Hell Kardiologike Epitheorese.2019;60(1):11-15.doi:10.1016/j.hjc.2018.09.001
- 20.Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T.Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation.Cochrane Database Syst Rev.2018;5(5):CD000146.doi:10.1002/14651858.CD000146.pub5
- 21.Kapaya M, Tong V, Ding H.Nicotine replacement therapy and other interventions for pregnant smokers: Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2009-2010.Prev Med.2015;78:92-100.doi:10.1016/j.ypmed.2015.07.008
- 22.Strandberg-LarsenK, TinggaardM, NyboAndersenAM, OlsenJ, Grønbaek M.Use of nicotine replacement therapy during pregnancy and stillbirth: a cohort study.BJOG Int J Obstet Gynaecol.2008;115(11):1405-1410. doi:10.1111/j.1471-0528.2008.01867.x
- 23.Dhalwani NN, Szatkowski L, Coleman T, Fiaschi L, Tata LJ.Stillbirth Among Women Prescribed Nicotine Replacement Therapy in Pregnancy: Analysis of a Large UK Pregnancy Cohort.Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob.2019;21(4):409-415.doi:10.1093/ntr/nty019
- 24.Blanc J, Tosello B, Ekblad MO, Berlin I, Netter A.Nicotine Replacement Therapy during Pregnancy and Child Health Outcomes: A Systematic Review.Int J Environ Res Public Health.2021;18(8).doi:10.3390/ijerph18084004
- 25.Jamshed L, Perono GA, Jamshed S, Holloway AC.Early Life Exposure to Nicotine: Postnatal Metabolic, Neurobehavioral and Respiratory Outcomes and the Development of Childhood Cancers.Toxicol Sci Off J Soc Toxicol.2020;178(1):3-15.doi:10.1093/toxsci/kfaa127
- 26.Lindson N, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J.Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation.Cochrane Tobacco Addiction Group, ed.Cochrane Database Syst Rev.2019;2019(4).

27. Cooper S, Lewis S, Thornton JG, *et al.* The SNAP trial: a randomised placebo-controlled trial of nicotine replacement therapy in pregnancy--clinical effectiveness and safety until 2 years after delivery, with economic evaluation. *Health Technol Assess Winch Engl.* 2014;18(54):1-128. doi:10.3310/hta18540
28. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(12):CD010078. doi:10.1002/14651858.CD010078.pub2
29. Lancaster T. ACP Journal Club. In pregnant smokers, the nicotine patch did not increase abstinence or birthweight more than placebo. *Ann Intern Med.* 2014;160(12):JC11. doi:10.7326/0003-4819-160-12-201406170-02011
30. Wisborg K, Henriksen TB, Jespersen LB, Secher NJ. Nicotine patches for pregnant smokers: a randomized controlled study. *Obstet Gynecol.* 2000;96(6):967-971. doi:10.1016/S0029-7844(00)01071-1
31. Coleman T, Cooper S, Thornton JG, *et al.* A randomized trial of nicotine-replacement therapy patches in pregnancy. *N Engl J Med.* 2012;366(9):808-818. doi:10.1056/NEJMoa1109582
32. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Efficacy and safety of nicotine replacement therapy for smoking cessation in pregnancy: systematic review and meta-analysis. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2013;120(3):373-374. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03179.x
33. Patnode CD, Henderson JT, Thompson JH, Senger CA, Fortmann SP, Whitlock EP. Behavioral Counseling and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Women: A Review of Reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2015;163(8):608-621. doi:10.7326/M15-0171
34. Siu AL. Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2015;163(8):622-634. doi:10.7326/M15-2023
35. Béard A, Zhao JP, Sheehy O. Success of smoking cessation interventions during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215(5):611.e1-611.e8. doi:10.1016/j.ajog.2016.06.059
36. Grangé G, Berlin I, Bretelle F, *et al.* Smoking and smoking cessation in pregnancy. Synthesis of a systematic review. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2020;49(8):101847. doi:10.1016/j.jogoh.2020.101847