



## Considerações sobre a abordagem da mulher fumante pelo profissional de saúde

*Considerations on the approach to women smokers  
by healthcare professionals*

Helena von Eye CORLETA<sup>1</sup>  
Ana Paula AGUIAR<sup>2</sup>  
Daniela Benzano BUMAGUIN<sup>2</sup>  
Fernanda Luca NAZAR<sup>3</sup>  
Giovanni Abrahão SALUM JÚNIOR<sup>3</sup>  
Juliana Keller BRENNER<sup>3</sup>  
Luciano FOLADOR<sup>3</sup>  
Natan KATZ<sup>2</sup>  
Oscar Augusto BIRKHAN<sup>2</sup>  
Paulo Peroni PELLIN<sup>2</sup>  
Pedro Salomão PICCININI<sup>3</sup>  
Ana Bittencourt DETANICO<sup>2</sup>

### RESUMO

Há uma distinção significativa no tratamento de fumantes conforme o gênero, uma vez que a mulher tem uma série de barreiras adicionais que dificultam o abandono do cigarro. O objetivo deste trabalho é discutir a abordagem da paciente fumante. O tratamento do fumante tem como eixo fundamental a abordagem cognitivo-comportamental, com a finalidade de informá-lo sobre os riscos do tabagismo e benefícios de parar de fumar, motivá-lo e apoiá-lo

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Ginecologia e Obstetria, Faculdade de Medicina. Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>2</sup> Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Ginecologia e Obstetria. R. Ramiro Barcelos, 2350, 90035-903, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: H. von E. CORLETA. E-mail: <hocrleta@portoweb.com.br>.

<sup>3</sup> Acadêmicos, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

nesse processo, fornecendo orientações para que possa lidar com a síndrome de abstinência, a dependência psicológica e os condicionamentos associados ao hábito de fumar. Essa abordagem pode ser apoiada por medicamentos que diminuam os sintomas da síndrome de abstinência. É importante determinar os níveis de dependência de cada fumante, o grau de motivação para abandonar o hábito de fumar, condições e tempo de exposição ao tabaco, bem como diferenciar as fases de experimentação ou de uso regular do cigarro, a fim de poder avaliar adequadamente o paciente e prepará-lo para deixar o fumo. Nessa abordagem, há cinco passos a serem seguidos: perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar.

**Termos de indexação:** Abandono do hábito de fumar. Mulheres. Pessoal de saúde. Tabagismo.

## ABSTRACT

*Subtle, but significant distinctions exist in the treatment of smokers of both genders. When compared to men, women have some additional difficulties, which make quitting more of a challenge. The aim of this study is to discuss the approach of patients who smoke. Treatment of smokers is based fundamentally on a cognitive-behavioral approach, with the aim of informing them about the risks of smoking and the benefits of giving up, motivating and supporting them during the process of quitting, helping smokers deal with the abstinence syndrome, psychological dependence and the conditioning associated with the habit of smoking. It is important to determine the level of dependence for each smoker, the level of motivation for quitting, the conditions and duration (time period) of exposure to tobacco, as well as to differentiate between mere experimentation and regular cigarette use in order to adequately evaluate smokers and counsel them as best as possible, preparing them to abandon their habit, and following up after they have quit smoking. This approach can be supported by medications which reduce the symptoms of the abstinence syndrome. This cognitive-behavioral treatment encompasses five steps (the five A's): Asking, Assessing, Advising, Assisting and Arranging (follow-up).*

**Indexing terms:** Smoking cessation. Women. Health personel. Smoking.

## INTRODUÇÃO

Estima-se que um terço da população mundial acima de 15 anos fume. Entre os fumantes, 78,0% desejam parar de fumar, mas somente 3,0% conseguem a cada ano<sup>1,2</sup>. No Brasil, as maiores taxas de tabagismo entre mulheres encontram-se em Rio Branco (17,9%), Porto Alegre (17,0%) e Curitiba (15,9%)<sup>3</sup>. Entre os adolescentes do sexo feminino, Porto Alegre também demonstra uma das maiores taxas (21,0%), seguida de Florianópolis (11,0%) e Campo Grande (10,0%)<sup>4</sup>. Segundo estudo de Kroeff et al.<sup>5</sup>, a baixa escolaridade (RC=2,13), a presença de filhos prévios (RC=1,84), a faixa etária mais avançada para gestantes (RC=1,72) e o consumo de

bebidas alcoólicas (RC=2,64) mostraram uma associação positiva com o fumo atual. Em virtude da alta prevalência de fumantes, a abordagem do tabagismo pelo profissional da saúde deve ser feita com frequência, independentemente da sua especialidade.

Nas consultas ginecológicas tal abordagem é imprescindível, e os médicos são um importante fator para a decisão da paciente quanto à cessação de fumar. Além dos riscos cardiovasculares, pulmonares e oncológicos tão amplamente difundidos, a cessação do tabagismo é o fator de risco modificável com maior impacto no que se refere aos desfechos envolvendo a gravidez<sup>6</sup>. Foi estimado que a cessação do

tabagismo em mulheres fumantes é capaz de prevenir cerca de 10% das mortes perinatais, 35% dos índices de baixo peso ao nascer e 15% dos nascimentos prematuros. Além dos riscos para a criança, gestantes fumantes ou expostas ao tabagismo têm risco aumentado de descolamento de placenta, ruptura prematura de membranas e placenta prévia<sup>7</sup>. Em função disso, o objetivo deste trabalho é discutir a abordagem do tabagismo na mulher.

Todos os profissionais da saúde devem ser preparados para atender e orientar pacientes fumantes. Espera-se que, além de questionar sobre o uso do tabaco, o profissional registre e encaixe sua paciente fumante em um dos cinco grupos propostos pelo Ministério da Saúde, para ajudá-la na cessação do tabagismo<sup>8</sup>: 1) Os que não querem deixar de fumar (fumante em pré-contemplação); 2) Os que querem deixar de fumar, mas não estão prontos para uma ação imediata (fumante em contemplação); 3) Os que querem deixar de fumar e estão prontos para iniciar o processo (pronto para a ação); 4) Os que pararam de fumar e encontram-se abastêmios; 5) Os que pararam de fumar, mas recaíram.

### **Métodos de abordagem de acordo com o sexo**

Os mesmos tratamentos para parar de fumar são efetivos para homens e mulheres<sup>9</sup>. Logo, com exceção do caso da fumante grávida, as mesmas intervenções podem ser usadas para ambos os sexos<sup>10</sup>.

Diferenças significativas (embora sutis) em relação à resposta à nicotina podem existir entre mulheres e homens. Perkins *et al.*<sup>11</sup>, estudando essas diferenças, concluíram que o fumo entre as mulheres é reforçado menos pela nicotina do que por fatores não farmacológicos, como respostas condicionadas a aspectos sensitivos do fumo e ao reforço social; e que a reposição de nicotina como tratamento pode ser menos eficaz entre mulheres. Relatos indicam que na fase pré-menstrual do ciclo os sintomas de abstinência à nicotina são mais importantes<sup>12</sup>.

Embora mulheres possam sofrer com a dependência do tabaco tanto quanto os homens, elas relatam mais depressão e maior preocupação com ganho de peso após pararem. As mulheres também têm fatores estressantes diferentes dos homens<sup>13</sup>, como as responsabilidades maternas. Programas feitos "sob medida" para prevenção e cessação do uso de tabaco, voltados para essas cargas adicionais características das mulheres, são necessários, considerando também a diversidade étnica e cultural.

Achados gerais, como a dependência à nicotina e os riscos do tabaco, são aplicáveis aos dois sexos, mas nem todos os achados específicos baseados em estudos apenas com homens podem ser aplicados adequadamente às mulheres. A abordagem deve considerar que existem aspectos biomédicos e psicossociais únicos para a saúde da mulher. Desse modo, o foco na saúde da mulher é importante para avaliar aspectos socioculturais, fisiológicos e emocionais a respeito do uso, prevenção e tratamento da dependência de tabaco nas mulheres<sup>14,15</sup>, quais sejam: 1) fatores fisiológicos envolvendo o ciclo reprodutivo; 2) expectativas socioculturais relativas à aparência e ao peso; 3) expectativas culturais quanto ao desenvolvimento dos filhos; 4) necessidades profissionais femininas; 5) expectativas culturais da infância; 6) situações de pobreza específicas das mulheres.

As mulheres são menos confiantes sobre sua capacidade de deixar de fumar (30%) que os homens (53%)<sup>16</sup>. Além disso, elas ganham mais peso que os homens após pararem, tanto em porcentagem do peso inicial quanto em quilogramas absolutos. Essas estimativas comprovam a dificuldade aumentada de deixar o cigarro e envolvem aspectos relevantes para as mulheres.

Para serem genuinamente efetivos, os programas para parar de fumar devem abranger efetivamente a diversidade, que inclui o grupo étnico, influências locais e/ou globais, língua, cultura, idade, sexualidade, deficiências e *status* socioeconômico entre as mulheres. Outras importantes considerações para o sucesso do programa são as responsabilidades familiares, inflexibilidade do ambiente de trabalho,

maternidade e pobreza. Qualquer um desses fatores pode se tornar uma barreira. Adicionalmente, os serviços de apoio à cessação do tabagismo devem ser acessíveis, respeitosos, seguros e valorizadores das mulheres<sup>17</sup>.

### Atuação do profissional da saúde no tratamento da paciente fumante

O profissional da saúde deve entender a dependência à nicotina. Ela conta com três componentes básicos: dependência física, responsável pela síndrome de abstinência; dependência psicológica, responsável pela sensação de ter no cigarro um apoio ou um mecanismo de adaptação para lidar com sentimentos de solidão e frustração; e condicionamento, representado por associações habituais com o fumar (tomar café, trabalhar, dirigir, consumir bebidas alcoólicas) (Quadro 1).

O tratamento do fumante tem como eixo fundamental a abordagem cognitivo-comportamental<sup>17</sup>, com a finalidade de informar a fumante sobre os riscos de fumar e os benefícios de parar de fumar, motivá-la a deixar de fumar e apoiá-la no processo de cessação, fornecendo orientações para que possa lidar com a síndrome de abstinência, a dependência psicológica e os condicionamentos associados ao hábito de fumar. Essa abordagem pode ser apoiada por medicamentos que diminuam os sintomas da síndrome de abstinência.

A estratégia cognitivo-comportamental básica recomendada pelo Ministério da Saúde<sup>2</sup> consiste,

basicamente, de cinco passos: perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar.

Perguntar e avaliar consiste em registrar o *status* de tabagismo de todas as pacientes e avaliar o grau de dependência à nicotina e o grau de motivação para parar de fumar. Pergunta-se à paciente se ela fuma e, em caso afirmativo, há quanto tempo, o que informa sobre a condição e o tempo de exposição ao tabaco, e permite diferenciar a fase de experimentação da fase de uso regular. Perguntar o número de cigarros fumados por dia, e quanto tempo após acordar acende o primeiro cigarro, ajuda a esclarecer o grau de dependência. Afinal, deve-se dar diferente enfoque à paciente que fuma vinte ou mais cigarros, ou àquela que acende o primeiro cigarro até trinta minutos após acordar, podendo ser necessário um tratamento farmacoterápico com estas. Deve-se questionar sobre a vontade de parar de fumar da paciente, se ela deseja tentar marcar uma data, ou se já houve tentativas anteriores, o que dá um diagnóstico situacional da paciente em relação à motivação, mudando sua receptividade em relação à abordagem. Em caso de tentativas anteriores, deve-se buscar saber o que a ajudava a parar e o que atrapalhou e pode ter levado à recaída.

A partir dessas perguntas, pode-se encaixar a paciente em uma das seguintes situações: a fumante que não deseja parar de fumar; a que deseja parar, mas não está pronta; a fumante em recaída; a ex-fumante e a fumante que deseja parar e está pronta para começar. Cada situação receberá diferente aconselhamento.

---

#### Quadro 1. Comportamento esperado pelo profissional da saúde na abordagem de pacientes tabagistas<sup>8</sup>.

Não fumar e dar exemplo pessoal;

Perguntar, na anamnese, sobre a exposição atual e pregressa ao fumo, ativo ou passivo, sua intensidade e duração, entre outros riscos;

Consignar as respostas na ficha clínica e dar destaque ao fumante como paciente de risco aumentado;

Buscar possíveis complicações relacionadas ao tabagismo em todo paciente ativo ou passivamente exposto ao fumo;

Recomendar o abandono do uso do cigarro ou as medidas necessárias para prevenir a exposição passiva, sua e de circunstâncias;

Dar o apoio necessário a seus pacientes, acompanhando o processo de abandono do cigarro, utilizando estratégias e técnicas adequadas;

Atualizar-se sobre recursos terapêuticos existentes, prescrevendo-os ou recomendando pacientes resistentes para profissionais habilitados ou clínicas especializadas;

Cooperar com atividades comunitárias de controle do hábito de fumar.

---

O aconselhamento é tarefa primordial do profissional da saúde. A fumante deve ser informada sobre todos os benefícios que advêm do não uso do tabaco. Mais do que isso, ela deve ser apoiada e orientada para atingir os melhores resultados nesse desafio.

Aquelas que não desejam parar de fumar devem ser estimuladas, procurando encontrar os pontos nos quais elas são mais suscetíveis, como o envolvimento dos fumantes passivos (filhos, esposo, amigos), os benefícios econômicos da cessação de fumar (tanto da compra do cigarro quanto daqueles advindos dos problemas causados pelo fumo), e a melhora na qualidade de vida e na aceitação social. Deve-se procurar em cada fumante quais são as motivações mais substanciais para ajudá-la a parar de fumar. Às que resistem à ideia, a insistência deve ser o principal instrumento de convencimento. Uma estratégia valiosa na abordagem e motivação dessas pacientes é alertá-las sobre alguns riscos que envolvem sua fertilidade e a saúde de seus filhos, pois a maternidade é um dos valores mais importantes para a mulher. Elas devem ser orientadas sobre riscos como infertilidade, parto prematuro e baixo peso ao nascer, que podem ser diminuídos pela cessação do tabagismo<sup>7,18</sup>, e informadas também sobre os males que o tabagismo passivo pode causar a seus filhos: doenças respiratórias crônicas, capacidade pulmonar diminuída, doença do ouvido médio e síndrome de morte súbita da infância<sup>19</sup>.

Na situação em que a fumante deseja parar, mas não está pronta, o principal enfoque deve ser a identificação dos medos e barreiras que a impedem de tentar parar. Os mais comuns são os sintomas de abstinência, depressão, ganho de peso, fracasso, ambivalência (fumantes, em geral, mostram-se divididos devido à forte ligação afetiva que possuem com o cigarro, por estar associado a momentos de prazer e estresse). A informação correta e franca (por exemplo, é fato que as ex-fumantes têm tendência ao ganho de peso) deve ser unida a todos aqueles fatores motivacionais, contrapondo e demonstrando que os benefícios valem o sacrifício. A família tem papel fundamental no controle e no estímulo para a cessação de fumar<sup>20</sup>.

A fumante em recaída merece atenção especial. Primeiramente, não se pode censurá-la, mas sim compreendê-la e tentar motivá-la a manter-se longe do cigarro. Além disso, muito importante é definir se foi uma recaída (o retorno ao uso habitual do cigarro) ou simplesmente um lapso (uso esporádico ou passageiro). É importante frisar que normalmente a cessação de fumar requer de três a cinco tentativas até a abstinência definitiva. Reconhecer as ameaças que levaram à recaída e estabelecer outras estratégias para uma nova tentativa é tarefa primordial nesses casos.

Na situação da fumante em abstinência, ou ex-fumante, ela deve ser apoiada, estimulada e, principalmente, valorizada por seu esforço. Devem ser questionadas as situações que induzem a fumante a retornar ao vício. Reconhecendo as ameaças, faz-se necessário desenvolver, junto à paciente, habilidades para resistir às crises de abstinência e evitar as situações que provoquem as crises, como locais frequentados por fumantes, uso de bebidas alcoólicas ou outros fatores que levem a fumante a ter vontade de fumar. É importante sempre frisar os benefícios, com a intenção de valorizar a conquista e estimular a continuidade do esforço.

Para a fumante pronta para a ação, deve ser marcada uma data para parar de fumar. O aconselhamento é fundamental para ela resistir à síndrome de abstinência e à fissura. Existem métodos de cessação do fumo; entretanto, a parada abrupta mostra-se normalmente mais eficiente. Normalmente há barreiras, como o medo de ganhar peso (muito relevante para as mulheres) ou o medo da recaída, que necessitam ser superadas.

Nas primeiras semanas o acompanhamento é fundamental. Nesse período as ex-fumantes são mais suscetíveis às diversas ameaças à cessação de fumar. O aconselhamento, a motivação e a valorização do esforço são primordiais para o sucesso da abordagem. A mulher, normalmente, desenvolve uma dependência psicológica muito maior que a física. Contudo, em alguns casos, como aqueles envolvendo fumantes pesados (mais de vinte cigarros por dia), que acendem o primeiro cigarro até trinta

minutos depois de acordar, ou que não conseguem suportar a crise de abstinência, faz-se necessário o uso de medicamentos. Estes se dividem em dois grupos: os nicotínicos, como a goma de mascar e o adesivo, que baseiam seu mecanismo de ação na reposição lenta da nicotina; e os não nicotínicos, como a bupropiona, que é um antidepressivo muito eficiente nos casos de dependência psicológica (Quadro 2).

Por fim, existem outros recursos para auxiliar a fumante a libertar-se da dependência de nicotina. O primeiro seria o acompanhamento dos grupos de apoio, que motivam e controlam de maneira eficiente e continuada o processo de cessação do tabagismo, seguindo uma abordagem cognitivo-comportamental específica e intensiva. O Consenso Nacional sobre Abordagem e Tratamento do Fumante recomenda que esta abordagem seja realizada inicialmente em quatro sessões semanais estruturadas, de noventa minutos, seguidas de duas sessões quinzenais de

sessenta minutos e, depois, uma sessão mensal de acompanhamento até completar um ano, com o objetivo de prevenir recaídas. Até as duas sessões quinzenais, o grupo deve conter entre 10 e 15 participantes e ser fechado. As sessões mensais de acompanhamento devem ser em grupo aberto, reunindo participantes de todos os grupos anteriores<sup>21</sup>. Outra estratégia com eficácia comprovada é a prática de exercício físico regular (três vezes por semana), que, junto a uma abordagem cognitivo-comportamental, mostrou-se auxiliar na manutenção da abstinência a curto e longo prazo, além de adiar o ganho de peso após a cessação do tabagismo<sup>22</sup>. Também não se descarta a utilização de métodos de eficácia não comprovada, como acupuntura, hipnose, florais, aromaterapia. O importante, nesses casos, não é a maneira de deixar o cigarro, com o uso de uma metodologia ortodoxa ou não, mas sim o resultado final: uma mulher afastada dos inúmeros riscos que o cigarro acarreta.

**Quadro 2.** Farmacoterapia<sup>21</sup>.

Fármacos	Vantagens	Desvantagens	Doses
Bupropiona	Pode ser usada em combinação com os adesivos nicotínicos Trata comorbidade com depressão	Contraindicada para fumantes com história de convulsões, TCE, alcoolismo e anorexia Múltiplas interações medicamentosas (ex: ARTs) Baixos níveis de nicotina.	Iniciar com 150mg/d por 3 dias → aumentar para 150mg de 12 em 12h. Começar duas semanas antes de parar de fumar e manter por 7 a 12 semanas Tratamento de duração não estabelecida
Goma de nicotina	Acessível, pois não precisa de prescrição médica. Parece satisfazer comportamento oral	Baixa adesão, devido às múltiplas dosagens de administração.	Iniciar na data da cessação: * <25 cigarros/dia: goma de 2mg. * ≥25 cigarros/dia: goma de 4mg. Usar quando há vontade de fumar Máximo de 24 gomas/dia. * 1ª - 6ª semana: mascar uma goma a cada 1-2h Para melhores resultados, mascar no mínimo nove gomas/dia. * 7ª - 9ª semana: mascar uma goma a cada 2-4h * 10ª - 12ª semana: mascar uma goma a cada 4-8h
Adesivo de nicotina	Aumento da adesão pela fácil administração Acessível, pois não precisa de prescrição médica	Irritação local da pele em até 50% dos casos Insônia se usado por 24 horas Efeito máximo em 30 a 60 minutos de uso Precaução com mulheres grávidas (categoria D), fumantes com IAM nas últimas quatro semanas ou com importante arritmia.	Iniciar na data da cessação: 21mg/dia por seis semanas → diminuir para 14mg/d por duas semanas → diminuir para 7mg/d por duas semanas Pode ser usado por 24 ou 16 horas (para diminuir insônia)

TCE: trauma crânioencefálico; ART: antirretrovirais; IAM: infarto agudo do miocárdio. Categoria D: de risco na gestação risco comprovado ao feto (no entanto, risco-benefício deve ser considerado).

## CONCLUSÃO

É necessário tratar o tabagismo como um problema de saúde pública, pela sua extensão e por suas consequências. O fumo afeta não só a saúde dos fumantes, mas também a saúde das pessoas que com eles convivem. No caso das mulheres tabagistas, devem-se levar em conta as particularidades da dependência que existem no sexo feminino, para que se montem estratégias eficazes de abordagem a esse grupo, que possam levar de fato à cessação da dependência ao tabaco, protegendo a saúde da mulher e de todos aqueles que com ela convivem.

## REFERÊNCIAS

1. Donze J, Ruffieux C, Cornuz J. Determinants of smoking and cessation in older women. *Age Ageing*. 2007; 36(1):53-7.
2. Instituto Nacional do Câncer. Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2001.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilante Brasil 2006*. Brasília; 2007.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Vigilância de tabagismo em escolares*. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
5. Kroeff LR, Mengue SS, Schmidt M, Duncan BB, Favaretto AF, Nucci LB. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(2):261-7.
6. Heffner L, Sherman CB, Speizer FE, Weiss ST. Clinical and environmental predictors of preterm labor. *Obstet Gynecol*. 1993; 81(5):750.
7. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health benefits of smoking cessation*. Atlanta; 1990.
8. Duncan BB. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
9. Samet JM, Yoon SY. *Women and the tobacco epidemic: challenges for the 21<sup>st</sup> century*. Geneva: World Health Organization; 2001.
10. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. *Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline*. Rockville (U.S.): Department of Health and Human Services; 2000.
11. Perkins KA, Donny E, Caggiula AR. Sex differences in nicotine effects and self-administration: review of human and animal evidence. *Nicotine Tob Res*. 1999; 1(4):301-15.
12. Allen SS, Hatsukami DK, Christianson D, Nelson D. Withdrawal and pre-menstrual symptomatology during the menstrual cycle in short-term smoking abstinence: effects of menstrual cycle on smoking abstinence. *Nicotine Tob Res*. 1999; 1(2):129-42.
13. Ennis NE, Hobfoll SE, Schroder KE. Money doesn't talk, it swears: how economic stress and resistance resources impact inner-city women's depressive mood. *Am J Community Psychol*. 2000; 28(2):149-73.
14. Day A. Lessons in women's health: body image and pulmonary disease. *CMAJ*. 1998; 159(4):346-9.
15. Gritz ER, Nielsen IR, Brooks LA. Smoking cessation and gender: the influence of physiological, psychological, and behavioral factors. *J Am Med Womens Assoc*. 1996; 51(1-2):35-42.
16. Audrain J, Gomez-Caminero A, Robertson AR, Boyd R, Orleans CT, Lerman C. Gender and ethnic differences in readiness to change smoking behavior. *Women Health*. 1997; 3(2):139-50.
17. Center for Disease Control. *The Health consequences of smoking: nicotine addiction*. Atlanta: US Department of Health and Human Services; 1988.
18. Augood C, Duckitt K, Templeton AA. Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod*. 1998; 13(6):1532-9.
19. Cabar FC, Carvalho JP. Efeitos do tabagismo na saúde da mulher. *Femina*. 2003; 31(4):373-5.
20. Sackey JÁ, Rennard SL. *Patient information: smoking cessation*. UptoDate Software version 16.1. 2006.
21. Assis Viegas CA, Araújo AJ, Menezes AM, Dórea AJ, Torres BS, Silva CA, *et al*. Diretrizes para cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2004; 30(Suppl 2):S1-S76.
22. Marcus BH, Albrecht AE, King TK, *et al*. The efficacy of exercise as an aid for smoking cessation in women. A randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 1999; 159(11):1229.

Recebido em: 8/10/2007

Versão final reapresentada em: 26/3/2008

Aprovado em: 15/8/2008

