



Impacto do tabagismo na saúde feminina

Julho de 2013

Impacto do tabagismo na saúde feminina

Versão atualizada

Julho de 2013

**Por Edina Araújo Veiga Lion, médica ginecologista
Consultora da ACT**

APRESENTAÇÃO

A Aliança de Controle do Tabagismo - ACT busca contribuir para que o Brasil tenha políticas públicas abrangentes de controle do tabagismo, que protejam de forma efetiva as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, ambientais e econômicas geradas pelo consumo, produção e exposição à fumaça do tabaco.

A saúde da mulher sempre foi tema de interesse e discussão, tanto nos meios acadêmicos quanto na mídia em geral. A complexidade biológica, social e comportamental da mulher, envolvida em seus ciclos naturais de vida e seu acúmulo de papéis na sociedade torna-a um ser em constante mutação.

Para promover o tema saúde da mulher e trazer à tona a perspectiva de gênero no âmbito do controle do tabagismo, em março de 2009 a ACT lançou a publicação intitulada Impacto do Tabagismo na Saúde Feminina, elaborada pela médica ginecologista e obstetra Edina de Araújo Veiga.

Além dos temas discutidos em 2009 (diferenças de gênero, doença cardiovascular, câncer de colo uterino, pulmão e mamas), a edição presente foi revista e inserimos tópicos que se destacaram nestes quatro anos, como o fumo passivo, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e as novas teorias e descobertas sobre a diferença de resposta feminina aos efeitos do tabaco.

Esperamos com isto contribuir para o conhecimento e combate desta epidemia tabagística que ameaça hoje as mulheres em todo o mundo.

Equipe ACT

Sumário:

- Resumo
- Introdução
- A mulher e o tabagismo
- O tabagismo como fator de adoecimento
- Diferenças entre gêneros
- DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica)
- Doença Cardiovascular
- Câncer de Pulmão
- Câncer de Mamas e Colo uterino
- Saúde Reprodutiva: Fertilidade, Gestação e Menopausa
- Discussão e Conclusões
- Referências bibliográficas

RESUMO

A epidemia de tabagismo entre as mulheres em todo o mundo tem suscitado inúmeros trabalhos científicos, que visam conhecer um pouco melhor a resposta, muitas vezes peculiar, do organismo feminino a esta agressão, cada vez mais frequente, na forma do fumo ativo e passivo. Como parte deste movimento, realizamos esta atualização na publicação de 2009 "Impacto do tabagismo na saúde feminina" (1), tendo como base estudos de revisão da literatura, que agregam grandes grupos populacionais, publicados em veículos de reconhecimento científico mundial. Além dos temas discutidos em 2009 (diferenças de gênero, doença cardiovascular, câncer de colo uterino, pulmão e mamas), inserimos também tópicos que destacaram-se neste intervalo de tempo, como o fumo passivo, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e as novas teorias e descobertas sobre a diferença de resposta feminina aos efeitos do tabaco. Esperamos com isto contribuir para o conhecimento e combate desta epidemia tabagística que ameaça hoje as mulheres em todo o mundo.

INTRODUÇÃO

A importância e a repercussão do tabagismo na saúde da mulher no mundo tem levado a ações importantes tanto no reconhecimento quanto no combate a este vilão silencioso. Como parte deste movimento, realizamos esta atualização na publicação de 2009 "Impacto do tabagismo na saúde feminina" (1), a qual tem como base amplos estudos de revisão da literatura, publicados em veículos de reconhecimento científico mundial. Este perfil de pesquisa foi escolhido em virtude da complexidade e abrangência do tema, importante não só no contexto do tabagismo, mas também da saúde mundial.

A complexidade da saúde da mulher e sua resposta específica a doenças e a agressões do ambiente, como o tabagismo (ativo e passivo) tem sido foco de atenção de trabalhos científicos que buscam entender e quantificar estas diferenças de gênero. A característica de vida cíclica da mulher, com momentos tão diferentes entre si,

como a gestação e a menopausa, levam-na a uma exposição a riscos e agravos de saúde únicos e peculiares, inexistentes nos homens. Imprescindível, então, avaliar a saúde feminina com um olhar especializado pois, a par da questão biológica, o entorno socioeconômico e cultural da mulher gera diferenciais importantes, que vão desde o conhecimento das mudanças orgânicas naturais até a grande inserção no processo produtivo nas últimas décadas (2) no Brasil e no mundo.

O processo de exposição da mulher a ambientes “fora do lar”, conseqüente a este novo papel feminino na sociedade, propiciou a aquisição de comportamentos de risco, antes característicos da população masculina, como fumar e beber, além do estresse e outros riscos associados às doenças crônicas, acidentes e outros tipos de violência (3).

Reconhecendo a importância do impacto do tabagismo na saúde feminina, a Organização Mundial da Saúde, órgão da Organização das Nações Unidas (ONU), escolheu-o em 2010 como tema do Dia Mundial sem Tabaco. Com o título de “Gênero e tabagismo, com ênfase no marketing para mulheres”, foi desenvolvido um amplo documento, com intuito de embasar e estimular políticas públicas de combate às estratégias de marketing, empregadas pela indústria tabageira, e tentar refrear a epidemia de tabagismo entre as mulheres (4,5).

Exemplo importante destas “estratégias” da indústria tabageira são os cigarros mentolados. Os efeitos “refrescantes” e anestésicos deste produto mascaram os efeitos negativos fisiológicos precoces, como tosse, dor e queimação na garganta. Isto traz um alívio superficial, físico e psicológico, dos efeitos maléficos que o cigarro traz à saúde. Assim os fumantes, em especial as mulheres, que percebem o aroma mentolado como socialmente mais aceitável, associam estes efeitos sensoriais à proteção da saúde. Culmina, então, que os cigarros mentolados são de mais fácil aceitação para iniciantes e jovens, funcionando como porta de entrada ao tabagismo, transformando-os em fumantes estáveis(6).

A MULHER E O TABAGISMO

O tabagismo feminino deve dobrar entre 2005 e 2025, apesar das inúmeras ações alertando sobre o risco do uso do tabaco, em especial para as mulheres, nas últimas duas décadas. O perfil das tabagistas no mundo, entretanto, não é homogêneo: países desenvolvidos apresentam declínio no uso do tabaco, que fica concentrado entre as mulheres de baixa renda; já nos países em desenvolvimento ou com baixo desenvolvimento o padrão é mais complexo, onde, inclusive, em várias regiões, é pequena a diferença do tabagismo entre jovens rapazes e garotas (7).

Nos Estados Unidos, o tabagismo entre as mulheres foi de 6% em 1924, com pico de 33% em 1965 e decréscimo gradual para cerca de 18% em 2011. Mundialmente, cerca de 250 milhões de mulheres são fumantes, a maioria nos países desenvolvidos (8), onde a ação da indústria tabageira para este público foi mais precoce.

No Brasil, a pesquisa VIGITEL 2010 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), que traça o perfil de hábitos que influenciam a saúde do brasileiro, revela que no conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, a frequência de fumantes foi de 15,1% (17,9% no sexo masculino e 12,7% no feminino). A pesquisa conclui também, sob ótica da leitura sociológica, as três tendências preocupantes do tabagismo no Brasil: a pauperização, a juvenilização e a feminização (9).

Esta tendência de aumento do tabagismo nas mulheres jovens, que ocorre no Brasil (10) e no mundo, é grave, pois aumenta a vulnerabilidade do feto, da criança e do adolescente aos danos do fumo, transformando-os em

fumantes passivos. É sabido ainda que famílias com pais fumantes têm maior prevalência de tabagistas entre os adolescentes e adultos jovens (11,12).

Para fazer face a esta epidemia de tabagismo nas mulheres é fundamental compreender os motivos que a levam a fumar, os efeitos do tabagismo na saúde feminina e as barreiras encontradas na cessação do fumo (8).

O TABAGISMO COMO FATOR DE ADOECIMENTO

O tabagismo mata 5 milhões de pessoas anualmente no mundo, e no Brasil são 130 mil mortes anuais (13). De acordo com o INCA (Instituto Nacional do Câncer), continuando-se a atual tendência de consumo, em 2020, serão 10 milhões de mortes por ano e 70% delas acontecerão em países em desenvolvimento. Para que se tenha noção da dimensão do problema, é mais do que a soma das mortes por alcoolismo, AIDS, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios juntos (14).

Em 2010, o *European Journal of Câncer* publicou um estudo bastante interessante, relacionando estilos de vida e fatores de risco para o câncer, (tabagismo, alcoolismo, sobrepeso e obesidade, atividade física e ingestão de frutas e vegetais), com o intuito de prever as estimativas de mudanças na incidência de câncer, induzidas por políticas de prevenção primária. Este trabalho comprovou que os padrões de incidência do tabagismo e do alcoolismo correspondem ao padrão de incidência de câncer (15). Outro trabalho que associa estilos de vida a risco de câncer, realizado na Itália em 2009, relativo ao câncer de boca, relata que 25% dos casos desta doença, em todo o mundo, são atribuídos diretamente ao uso de tabaco, seja ele consumido sob forma de cigarros ou mascado (16).

A Sociedade Francesa de Farmacologia e Terapêutica publicou, em 2011, um estudo que alerta diretamente sobre a ação deletéria do fumo nos cromossomos. Este artigo observou que o tabagismo modifica os telômeros dos leucócitos em humanos (telômeros são estruturas encontradas no final dos cromossomos, responsáveis por sua estabilidade). Conclui que o fumo acelera o envelhecimento celular e o desenvolvimento das doenças crônicas tabaco-induzidas, afirmação confirmada por recentes estudos em populações geneticamente portadoras de telômeros curtos (que tem uma maior ocorrência de lesões em artérias e doenças cardiovasculares, como observado nos tabagistas). Este esclarecedor artigo recomenda expressamente que o dano oxidativo-inflamatório associado ao tabagismo deve ser evitado, para a manutenção da integridade dos telômeros, evitando-se assim os danos cardiovasculares a que estão sujeitos os mais de 46 milhões de tabagistas da atualidade, dos quais mais de 22 milhões são mulheres (17).

Importante observar que a ação das substâncias do cigarro ocorre não somente sobre o fumante, mas também sobre o não-fumante exposto à poluição ambiental causada pelo cigarro, conhecida como fumo passivo.

O tabagismo é a principal causa conhecida de câncer de bexiga em humanos, com estudos epidemiológicos mostrando uma relação linear entre a intensidade e a duração do tabagismo e o risco da doença, assim como a redução do risco na cessação do fumo, seja para homens ou mulheres (18). Embora seja 3 a 4 vezes mais frequente nos homens, o câncer de bexiga quando atinge as mulheres o faz de maneira mais grave, e com menor índice de sobrevida. Recentemente, estudos multicêntricos têm mostrado um índice maior de reincidência e maior mortalidade entre as mulheres, após a cirurgia de retirada da bexiga, nos casos de câncer recorrente (19).

A incidência do câncer de cabeça e pescoço (de vários tipos) tem aumentado entre as mulheres e diminuído entre os homens. O ato de mascar tabaco é um novo fator de risco para estes cânceres, preocupante para as

autoridades de saúde pública, com atenção reforçada ao fato de que a mortalidade parece ser maior entre as mulheres em países em desenvolvimento do que em países desenvolvidos (20). Continuando a epidemia de tabagismo, são esperados aumentos entre os cânceres de estômago, fígado e trato digestivo alto (21).

Assim, já que fumantes do sexo feminino morrem das mesmas doenças causadas pelo tabagismo nos homens (22), o aumento no número de mulheres fumantes terá efeitos drásticos sobre a saúde feminina, além de afetar a saúde e renda de suas famílias (2,23,24), já que o fumo contribui para a pobreza (25).

DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS

Em termos objetivos, podemos dizer que o tabagismo mata homens e mulheres, mas há diferenças sexo-específicas (25), cujas evidências são crescentes. A vulnerabilidade das mulheres aos efeitos do fumo tem levado a comunidade científica a buscar as diferenças do metabolismo da nicotina entre os sexos. Descreve-se que as mulheres possuem este metabolismo mais rápido, incluindo vários processos enzimáticos, que levam a níveis de componentes bioativos circulantes da nicotina mais altos. Estes componentes psicoativos são o que os fumantes buscam no tabagismo, e as mulheres os metabolizam mais rapidamente, precisando fazer uma compensação da dose, aumentando a exposição aos riscos das toxinas dos cigarros. Importante saber que o hormônio estrogênio parece estar envolvido nas diferenças de resposta metabólica feminina à nicotina, embora, ainda, não esteja claro o seu papel. Os autores deste artigo do *Journal of Women Health* concluem que mulheres em uso de anticoncepcionais com estrogênios possuem um maior metabolismo de nicotina que aquelas que se utilizam de produtos constituídos apenas de progestágenos e mulheres menopausadas (sem reposição estrogênica) (8).

Já em 2003, a Organização Mundial da Saúde (OMS), publicou um interessante trabalho, que aponta diferenças observadas na relação de homens e mulheres com o fumo. Grupos de jovens de ambos os sexos nos EUA, expostos a contatos semelhantes com fumo, apresentam número maior de mulheres dependentes do tabagismo, quando no contexto encontra-se a coexistência de história de violência familiar e depressão. Isto é expressivo, visto que mulheres têm o dobro de incidência de depressão que os homens (26).

A DOENÇA CARDIOVASCULAR

A presença crescente do tabagismo e sua relação com a doença cardiovascular têm sido alvo de importantes publicações científicas. Uma avaliação feita em grandes estudos de revisão sistemática e metanálises, como os publicados entre janeiro de 1996 e dezembro de 2010 (26), referem como base 3.912.809 indivíduos avaliados e 67.075 eventos cardíacos coronarianos. Este estudo publicado na revista *Lancet* recomenda que os programas de controle de tabagismo devem considerar as mulheres em particular, especialmente nos países onde o aumento do fumo é maior entre a população jovem, mesmo considerando incerto que os mecanismos subjacentes à diferença entre os sexos no risco de doença cardíaca coronariana sejam biológicos ou relacionados a diferenças no comportamento de fumar entre homens e mulheres. Tal preocupação médica mantém-se em outros grandes estudos epidemiológicos como o INTERHEART, que tem identificado

os fatores de risco de doença coronariana nas mulheres (como diabetes, síndrome metabólica e tabagismo), ressaltando a importância de se considerar tais fatores também nas mulheres jovens, pois são preditores de doença coronariana isquêmica ainda mais fortes que nas mulheres de mais idade (28).

Importante salientar também, que a dependência da nicotina provoca efeitos deletérios únicos no cérebro das mulheres, diminuindo a circulação de estrogênio, o que torna o cérebro mais suscetível a lesões cerebrais isquêmicas (derrames cerebrais) (29).

Apesar da redução da doença cardiovascular nos países desenvolvidos, obtida através de esforços focados na modificação dos fatores de risco, dentre os quais se encontra o tabagismo; o mesmo não é observado nos países em desenvolvimento, que precisam de esforços direcionados à saúde feminina, para uma diminuição consistente na doença cardiovascular (30).

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

Dado que o uso do tabaco entre as mulheres tem aumentado nas últimas décadas, não pode ser surpresa que a prevalência de DPOC tenha aumentado muito. Uma consistente publicação do *Journal of Womens Health*, de 2011, relata que a DPOC será a quarta causa mais comum de morte em 2030. Entre 1980 e 2000, o índice de mortalidade feminina por DPOC aumentou explosivamente (291% comparado a 60% entre os homens), enquanto os índices de hospitalização aumentaram 43% nas mulheres e 12% nos homens, comprovando as diferenças entre os gêneros, no que diz respeito a diagnóstico, tratamento e resposta à reabilitação pulmonar. Homens e mulheres apresentam diferenças no crescimento e desenvolvimento pulmonar, sendo que as meninas tendem a ter pulmões menores que os meninos. Um estudo realizado com adolescentes na Noruega mostrou que as meninas relataram mais sintomas respiratórios que os meninos, com história de tabagismo comparável, mostrando uma relação dose-resposta nas meninas. O mesmo foi observado na exposição ao fumo passivo (8).

Outro importante estudo da DPOC observa o comportamento da doença em homens e mulheres, brancos e negros, mostrando seu grande impacto em ambos os sexos e etnias, porém com mortalidade crescendo rapidamente entre as mulheres e negros (afro americanos, especialmente entre as mulheres negras). Isto reflete, em parte, a mudança epidemiológica do próprio tabagismo, mas também esclarece que o diagnóstico, tratamento e história natural da doença são particularmente influenciados pela etnia e sexo, sugerindo a necessidade de estudos que avaliem estas populações em particular (31).

CÂNCER DE PULMÃO

O câncer de pulmão é uma das maiores causas de morte prematuras e evitáveis em todo mundo, e tem como fator de risco isolado mais importante o tabagismo. Em países desenvolvidos sua incidência entre os homens atingiu um platô e inicia um decréscimo, enquanto entre as mulheres continua a aumentar. Evidências relatando o impacto do fumo passivo no câncer de pulmão sugerem um maior risco de câncer pulmonar para as mulheres não fumantes que vivem com um parceiro tabagista (32).

Estudos epidemiológicos e moleculares têm confirmado esta vulnerabilidade maior da mulher, relatando que para um determinado número de cigarros fumados, as mulheres apresentam um número maior de casos de câncer de pulmão quando comparadas aos homens (33).

Embora, historicamente, mais homens que mulheres tenham morrido por esta doença (como resposta a um maior número de fumantes masculinos), a relação mortalidade-gênero tem apresentado sinais de mudança. Observa-se também que os tumores pulmonares das tabagistas apresentam biomarcadores celulares diferentes daqueles mais comuns nos homens (34). Isto parece ocorrer porque genes atuantes na doença localizam-se nos cromossomos sexuais, porém ainda existem muitas dúvidas a serem esclarecidas sobre o câncer pulmonar, em especial como os fatores ligados ao gênero relacionam-se ao risco da doença, ao seu comportamento biológico e clínico (35).

Em todo o mundo, a maior parte dos pacientes com câncer pulmonar são diagnosticados apenas nos estágios avançados da doença. Apesar dos avanços nos tratamentos quimioterápicos, a perspectiva de sobrevivência em cinco anos ainda é de apenas 14% entre os homens e menos de 18% entre as mulheres, na maioria dos países. Considerando-se o aumento de incidência da doença nos países menos desenvolvidos, onde o tabagismo segue como epidemia, e a situação insatisfatória para o tratamento dos casos avançados, fica nítida a necessidade de ações globais de controle do tabagismo, para reduzir a explosão de casos de câncer de pulmão (36).

CÂNCER DE MAMA

O INCA publicou, no final de 2011, uma estimativa para o Brasil de 52.680 casos novos de câncer da mama, com um risco de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Excluindo-se o câncer de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais incidente em quase todo o país, com exceção apenas da região Norte (37).

Um relatório extenso e abrangente sobre as evidências científicas da relação entre tabagismo e câncer de mama foi realizado por várias agências de saúde canadenses, examinando estudos epidemiológicos e toxicológicos, buscando entender os mecanismos biológicos envolvidos neste processo. Conforme este relatório, existem cerca de 20 carcinógenos no cigarro (conhecidos ou suspeitos) associados ao câncer mamário, e reconhecidos mecanismos biológicos que explicam como a exposição a estes carcinógenos pode levar ao câncer da mama. Resultados de nove estudos que avaliam medidas de exposição, mostram que o início precoce do tabagismo, o alto consumo de cigarros-ano e longa duração do tabagismo aumentam o risco do câncer mamário entre 15% e 40%. Quanto ao fumo passivo, é relatado que ele aumenta em 65% o risco de câncer para mulheres em pré-menopausa não fumantes. Por fim, o painel de estudos conclui claramente que existe relação causal consistente entre tabagismo ativo e câncer de mama, e que a associação entre fumo passivo e câncer de mama em mulheres mais jovens e pre-menopausa é também consistente com a causalidade (38).

Uma publicação da Associação Japonesa de Câncer ratifica as conclusões do grupo de estudos canadense, concluindo, que embora o conhecimento da etiologia do câncer mamário precise ser melhor conhecida, existe uma associação entre fumo passivo e um aumento do risco de câncer de mama, recomendando a prevenção primária da doença, através das mudanças de estilo de vida focadas na diminuição do consumo alcoólico, controle de peso corporal, aumento da atividade física e cessação do tabagismo (39).

CÂNCER DE COLO UTERINO

A influência do tabagismo na história natural do câncer de colo uterino é reconhecida em inúmeros artigos científicos e diferentes instituições em todo o mundo.

Segundo a publicação do INCA “Estimativa de Câncer no Brasil-2012”, desconsiderando-se os tumores da pele não melanoma, o câncer do colo de útero é o mais incidente na região norte, o segundo nas regiões centro-oeste e nordeste, o terceiro na região sudeste, e o quarto na região sul. A estimativa na época da publicação (dezembro de 2011) era de 17.540 novos casos em 2012 (37).

Ainda, segundo o INCA, o principal fator de risco para o câncer do colo do útero é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Apesar de necessária, a infecção pelo HPV por si só não representa uma causa suficiente para o surgimento do câncer de colo do útero; o tabagismo, por sua vez, é um reconhecido fator que eleva o risco da doença, proporcional ao número de cigarros fumados por dia, e aumenta sobretudo quando o ato de fumar é iniciado em idade precoce (37). Em 2009 foi publicado um artigo pelo Centro Nacional de Oncologia da Bulgária que sugere, a partir de dados experimentais e epidemiológicos, que o tabagismo seria o mais importante fator de risco para o câncer de colo uterino, deixando o HPV como segundo fator (41).

O fumo passivo foi avaliado em um extenso trabalho (41) realizado junto ao Hospital John Hopkins, que confirmou o aumento do risco de câncer de colo associado ao tabagismo (ativo e por poluição ambiental). Em Cingapura (42), estudo concluiu que mulheres expostas ao fumo passivo têm risco de lesões precursoras de câncer de colo do útero (lesões pré-cancerosas) aumentado.

Por fim, o tempo de sobrevivência após o câncer de colo uterino também é diminuído pelo fumo, conforme estudo desenvolvido na Faculdade de Medicina na Universidade de Washington (43).

SAÚDE REPRODUTIVA – FERTILIDADE, GESTAÇÃO E MENOPAUSA

A ação do tabagismo na saúde reprodutiva é intensa. Os componentes do tabaco exercem um efeito deletério no processo de maturação folicular (que culmina na ovulação) e na receptividade uterina, observadas com resultados inferiores em mulheres fumantes que realizam fertilização *in vitro*, em relação às não fumantes. Nos homens, o uso do fumo também afeta a fertilidade, diminuindo a produção de esperma, aumentando o stress oxidativo e os danos ao DNA; os espermatozoides apresentam uma menor capacidade fertilizadora, e os embriões gerados apresentam menores índices de implantação no útero.

Mesmo a exposição ao tabaco dentro do útero reduz a contagem de espermatozoides na vida adulta. Evidências importantes sugerem que o efeito negativo dos cigarros compromete quase todos os sistemas envolvidos no processo reprodutivo, e casais em idade reprodutiva devem ser enfaticamente orientados a parar de fumar (44).

O fumo passivo representa um risco de saúde para um grande grupo de não fumantes indefesos, os fetos em gestação. Apesar da motivação da gestação, muitas grávidas não conseguem parar de fumar. Na análise do contexto da gestação, a presença de um parceiro fumante, um grande número de filhos, alto consumo de cigarros e deficiência nos cuidados pré-natais são fatores preditores de um tabagismo continuado na gestação, definindo grupos de risco para medidas preventivas (45).

Alguns estudos avaliam também a melhor forma de intervenção para estimular o abandono do cigarro na gestação, e seus resultados demonstram a importância da análise dos grupos sociais da gestante. Observou-se que mulheres cujos parceiros são fumantes, ou as que possuem mais fumantes em seus grupos de amigos, têm mais dificuldade em parar de fumar, além de serem mais expostas ao fumo passivo. Importante, então, que os esforços para a cessação do tabagismo na gestação sejam estendidos ao grupo de convivência, em especial ao parceiro da gestante (46,47).

Embora os efeitos adversos do fumo ativo na gestação já estejam bem estabelecidos, os do fumo passivo (ou exposição ambiental ao tabaco) são menos estudados. Buscando corrigir esta lacuna, um extenso trabalho de revisão foi realizado em Ontário - Canadá, incluindo 76 artigos, e avaliou comparativamente cerca de 48 mil gestantes expostas ao fumo passivo e mais de 90 mil outras não expostas. Os resultados confirmaram um aumento de risco para os bebês expostos ao fumo passivo (maiores índices de baixo peso ao nascer, anomalias congênitas e tendência a diâmetros cefálicos menores) (8).

Infelizmente, estudos mostram que apesar da importância da orientação sobre os impactos do fumo passivo sobre a gestação, isto, isoladamente, não é suficiente para um ambiente livre de tabaco nos lares (48).

Uma parte substancial das fumantes são mulheres que estão na faixa etária dos 45 aos 55 anos, em menopausa (final do período reprodutivo e das menstruações) ou próximas a esta. O cigarro e a menopausa podem agir sinergicamente e contribuir para piores resultados de saúde nesta população. Embora pouco se saiba especificamente sobre os efeitos da pré e pós menopausa nas mulheres que desejam parar de fumar, teoriza-se que elas encontrem desafios únicos nesta missão. Os efeitos vasomotores (calores) tendem a dificultar ainda mais a situação; mulheres nesta fase da vida tendem a ganhar peso após parar de fumar, o que pode reduzir em muito sua motivação (49).

FUMO PASSIVO

Apesar de já termos discutido sobre o fumo passivo em vários dos itens acima, é importante uma contextualização deste risco de saúde e a realidade da mulher hoje no mundo. O fumo passivo é um desafio à saúde da mulher, especialmente em países e culturas onde estas não têm poder para negociar espaços livres de fumaça nem sequer em suas próprias casas. A mensuração da exposição involuntária ao fumo tem evoluído, em especial com o uso de biomarcadores, (como a dosagem de cotinina no sangue, urina ou saliva), obtendo-se dados objetivos e reprodutíveis. Sabe-se que nos países industrializados, quase metade das crianças e adolescentes são expostos ao fumo passivo. Na China, que consome um terço dos cigarros produzidos em todo o mundo, a epidemia tabagística (fumo ativo) é um evento quase que exclusivamente masculino, com uma taxa de mulheres fumantes menor que 3%. Entretanto, mais de metade das mulheres em idade reprodutiva são regularmente expostas à fumaça do cigarro (fumo passivo) (50).

Embora a implementação de políticas de prevenção do fumo passivo esteja crescendo, mulheres mais vulneráveis socialmente têm ainda uma maior chance de exposição ao fumo passivo, agravada por uma menor possibilidade de administrar esta situação, seja em casa ou no local de trabalho (51).

CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Podemos dizer que as mulheres atualmente são ainda mais beneficiadas com a cessação do tabagismo que os homens, em virtude da ampla gama de malefícios que o tabagismo (ativo e passivo) traz. Mas, é preciso observar também que elas encontram mais barreiras específicas para isto, como o medo de ganhar peso (26).

Uma equipe da Universidade do Estado de Ohio publicaram um estudo no qual mulheres que fizeram terapia cognitiva comportamental como parte do tratamento de abandono do cigarro tiveram uma melhor performance de abstinência de 12 meses. Observou-se que mulheres mostram menos confiança em sua capacidade de parar de fumar, menores níveis de motivação e sensação maior de estresse durante a fase de cessação, além de apresentarem mais sintomas de abstinência do tabaco (ansiedade, depressão e irritabilidade) que os homens. A terapia de reposição nicotínica, por sua vez, não parece ser muito eficiente para as mulheres. Concluiu-se, então, que as fumantes apresentam uma dependência mais comportamental ao fumo, ao contrário dos fumantes homens, onde a dependência farmacológica é a mais importante (8).

CONCLUSÕES:

O tabagismo mata cerca de meio milhão de mulheres anualmente no mundo, número que cresce rapidamente, pois mais mulheres começam a fumar, e muitas encontram dificuldade em parar. Os malefícios à saúde, decorrentes do tabagismo, ainda têm sido vistos como "masculinos", por duas razões. Primeira, porque a prevalência do tabagismo nas mulheres ainda é baixa, se comparada à masculina, em muitos países, particularmente aqueles em desenvolvimento; a segunda é pelo lapso de tempo existente entre a difusão do tabagismo e a emergência dos problemas de saúde tabaco induzidos. Assim, nenhum país experimentou ainda o impacto total do tabagismo na saúde feminina (52).

Agravando esta lacuna de informações, o controle do tabagismo tem permanecido cego quanto às características de gênero. As análises acabam tendo pouca percepção da importância do entendimento do contexto e dos desafios encontrados por garotas e mulheres fumantes ativas e passivas (7).

Finalizando, observamos que há muito ainda a aprender sobre o tabagismo e sua interação com as mulheres, mas o horizonte se mostra mais preocupante a cada dia, pelo amplo risco que o tabaco representa. Agir eficientemente na prevenção das doenças tabaco induzidas pressupõe: conscientizar-se da magnitude da epidemia tabagística e das particularidades da mulher, físicas e psicológicas na lida com o cigarro. Evitar maiores danos, conter os já existentes e proteger os não fumantes, em risco pelo fumo passivo, é uma missão imensa e urgente. As pesquisas científicas, como vimos ao longo deste artigo, provêem subsídios necessários para estruturar as ações médicas, sanitárias, políticas e sociais de enfrentamento da epidemia tabagística, e devem ser cada dia instrumentos mais valiosos nesta jornada em prol da saúde feminina e da contenção da epidemia do tabaco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - http://actbr.org.br/uploads/conteudo/213_TABAGISMO_E-SAUDE_FEMININA_FINAL.pdf acesso abril 2013
- 2 - Mortalidade feminina no Brasil: sexo frágil ou sexo forte?; in Cadernos de Saúde Pública vol.7 no.2 Rio de Janeiro Apr./ June 1991; Aquino, E. M. L.; Menezes, G.M.; Amoedo, M. B. E. ; NobreLetícia C.C.
- 3 - Mortalidade feminina em idade reprodutiva no Estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbito e mortalidade materna; Female mortality in reproductive age in the State of São Paulo, Brazil, 1991-1995: underlying causes of death and maternal mortality; [10] Haddad, N.; Silva, M.B. : Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. São Paulo, SP , Brasil Rev. Saúde Pública vol.34 n.1 São Paulo Feb. 2000
- 4 - Lombardi EM, Prado GF, Santos Ude P, Fernandes FL.Women and smoking: risks, impacts, and challenges.J Bras Pneumol. 2011 Feb;37(1):118-28. Review. English, Portuguese. PubMed [citation] PMID: 21390440
- 5 - http://www.who.int/tobacco/publications/gender/women_tob_epidemic/en/ acesso abril 2013
- 6 - Anderson SJ.Menthol cigarettes and smoking cessation behaviour: a review of tobacco industry documents.Tob Control. 2011 May;20 Suppl 2:ii49-56. doi:10.1136/tc.2010.041947. Review.PubMed [citation] PMID: 21504932, PMCID: PMC3088444
- 7 - Amos A, Greaves L, Nichter M, Bloch M.Women and tobacco: a call for including gender in tobacco control research, policyandpractice.TobControl.2012Mar;21(2):236-43.doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050280.Epub2011Dec13.Review. PubMed [citation] PMID: 22166266
- 8 - Rahmanian SD, Diaz PT, Wewers ME.Tobacco use and cessation among women: research and treatment-related issues.J Womens Health (Larchmt). 2011 Mar;20(3):349-57. doi: 10.1089/jwh.2010.2173. Review.PubMed [citation] PMID: 21375414, PMCID: PMC3058892
- 9 - <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=namira.htm> Acesso em 20-04-2013
- 10 - <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atualidades&link=ver.asp?id=828>
- 11 - <http://www.sespa.pa.gov.br/Educa%C3%A7%C3%A3o/tabagismo.htm>; educação em saúde; tabagismo.
- 12 - CDC – Weekly, August 8, 2008 / 57(31); 849-852; Smoking Prevalence Among Women of Reproductive Age --- United States, 2006; <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5731a2.htm>
- 13 - http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/721_Relatorio_Carga_do_tabagismo_Brasil.pdf acesso em junho 2013
- 14 - http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf acesso em maio 2013
- 15 - Boniol M, Autier P.Prevalence of main cancer lifestyle risk factors in Europe in 2000.Eur J Cancer. 2010 Sep;46(14):2534-44. doi: 10.1016/j.ejca.2010.07.049. Review.PubMed [citation] PMID: 20843483
- 16 -PettiS.Lifestylriskfactorsfororalcancer.OralOncol.2009Apr-May;45(4-5):340-50.doi:10.1016/j.oraloncology.2008.05.018. Epub 2008 Jul 31. Review.PubMed [citation] PMID: 18674956
- 17 - Babizhayev MA, Yegorov YE.Smoking and health: association between telomere length and factors impacting on human disease, quality of life and life span in a large population-based cohort under the effect of smoking duration.Fundam Clin Pharmacol.2011 Aug;25(4):425-42.doi:10.1111/j.1472-8206.2010.00866.x.Epub2010Aug4.Review.PubMed[citation]PMID: 20698892
- 18 - Boffetta P.Tobacco smoking and risk of bladder cancer.Scand J Urol Nephrol Suppl. 2008 Sep;(218):45-54. doi: 10.1080/03008880802283664. Review.PubMed [citation] PMID: 18815916

- 19 - Fajkovic H, Halpern JA, Cha EK, Bahadori A, Chromecki TF, Karakiewicz PI, Breinl E, Merseburger AS, Shariat SF. Impact of gender on bladder cancer incidence, staging, and prognosis. *World J Urol*. 2011 Aug;29(4):457-63. doi: 10.1007/s00345-011-0709-9. Epub 2011 Jun 9. Review. PubMed [citation] PMID: 21656173
- 20 - Curado MP, Hashibe M. Recent changes in the epidemiology of head and neck cancer. *Curr Opin Oncol*. 2009 May;21(3):194-200. doi: 10.1097/CCO.0b013e32832a68ca. Review. PubMed [citation] PMID: 19363341
- 21 - McCormack VA, Boffetta P. Today's lifestyles, tomorrow's cancers: trends in lifestyle risk factors for cancer in low- and middle-income countries. *Ann Oncol*. 2011 Nov;22(11):2349-57. doi: 10.1093/annonc/mdq763. Epub 2011 Mar 4. Review. PubMed [citation] PMID: 21378201
- 22 - Problemas associados ao tabagismo na mulher; Hotham ED, Gilbert AL, Atkinson ER. *Midwifery*. 2005 Jun 17
- 23 - <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/4401>; fontes: U.S. Department Of Health and Human Services. The health consequences of smoking: cardiovascular disease. Maryland, EUA.: CDC, 1984, n. 84-50204, p. 7-8, 109, 1984. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre Tabagismo. Rio de Janeiro. 3ª edição, 1998.; Organização Mundial de Saúde. La mujer y el tabaco, 1993. Rosemberg, A.M. Implicações do Tabagismo na saúde da Mulher. mimeo, 2002. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º graus em 10 Capitais Brasileira. UNIFESP, 1997.
- 24 - <http://saude.sapo.pt/artigos/?id769599>; A responsabilidade editorial e científica desta informação é da Liga Portuguesa Contra o Cancro; Produzido por PTC © Todos os direitos reservados. O SAPO é uma marca e um motor de busca criado na Universidade de Aveiro.
- 25 - Gender and tobacco control: A policy brief ; Department of Gender, Women and Health (GWH) Tobacco Free Initiative (TFI) Department of Gender, Women and Health (GWH) ; <http://www.who.int/gender/en/> ; Tobacco Free Initiative (TFI); <http://www.who.int/tobacco/en/>
- 26 - http://www.who.int/gender/documents/Gender_Tobacco_2.pdf acesso março 2013
- 27 - Huxley RR, Woodward M. Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Lancet*. 2011 Oct 8;378(9799):1297-305. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60781-2. Epub 2011 Aug 10. Review. PubMed [citation] PMID: 21839503
- 28 - Levit RD, Reynolds HR, Hochman JS. Cardiovascular disease in young women: a population at risk. *Cardiol Rev*. 2011 Mar-Apr;19(2):60-5. doi: 10.1097/CRD.0b013e31820987b5. Review. PubMed [citation] PMID: 21285664
- 29 - Yakoob MY, Menezes EV, Soomro T, Haws RA, Darmstadt GL, Bhutta ZA. Reducing stillbirths: behavioural and nutritional interventions before and during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009 May 7;9 Suppl 1:S3. doi: 10.1186/1471-2393-9-S1-S3. Review. PubMed [citation] PMID: 19426466, PMCID: PMC2679409
- 30 - Gupta D, Wenger NK. Guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women: international challenges and opportunities. *Expert Rev Cardiovasc Ther*. 2012 Mar;10(3):379-85. doi: 10.1586/erc.12.4. Review. PubMed [citation] PMID: 22390809
- 31 - Kirkpatrick dP, Dransfield MT. Racial and sex differences in chronic obstructive pulmonary disease susceptibility, diagnosis, and treatment. *Curr Opin Pulm Med*. 2009 Mar;15(2):100-4. doi: 10.1097/MCP.0b013e3283232825. Review. PubMed [citation] PMID: 19532023
- 32 - <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592524.pdf> acesso em abril 2013
- 33 - Kiyohara C, Ohno Y. Sex differences in lung cancer susceptibility: a review. *Gend Med*. 2010 Oct;7(5):381-401. doi: 10.1016/j.genm.2010.10.002. Review. PubMed [citation] PMID: 21056866
- 34 - Richardson L, Hemsing N, Greaves L, Assanand S, Allen P, McCullough L, Bauld L, Humphries K, Amos A. Preventing smoking in young people: a systematic review of the impact of access interventions. *Int J Environ Res Public Health*. 2009 Apr;6(4):1485-514. doi: 10.3390/ijerph6041485. Epub 2009 Apr 20. Review. PubMed [citation] PMID: 19440530, PMCID: PMC2681197

- 35 - Planchard D, Lorient Y, Goubar A, Commo F, Soria JC. Differential expression of biomarkers in men and women. *Semin Oncol*. 2009 Dec;36(6):553-65. doi: 10.1053/j.seminoncol.2009.09.004. Review. PubMed [citation] PMID: 19995647
- 36 - Underner M, Peiffer G. [Light and intermittent tobacco smokers]. *Rev Mal Respir*. 2010 Dec;27(10):1150-63. doi: 10.1016/j.rmr.2010.10.003. Epub 2010 Nov 11. Review. French. PubMed [citation] PMID: 21163394
- 37 - <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf> Acesso abril 2013
- 38 - Johnson KC, Miller AB, Collishaw NE, Palmer JR, Hammond SK, Salmon AG, Cantor KP, Miller MD, Boyd NF, Millar J, Turcotte F. Active smoking and secondhand smoke increase breast cancer risk: the report of the Canadian Expert Panel on Tobacco Smoke and Breast Cancer Risk (2009). *Tob Control*. 2011 Jan;20(1):e2. doi: 10.1136/tc.2010.035931. Epub 2010 Dec 8. Review. PubMed [citation] PMID: 21148114
- 39 - Iwasaki M, Tsugane S. Risk factors for breast cancer: epidemiological evidence from Japanese studies. *Cancer Sci*. 2011 Sep;102(9):1607-14. doi: 10.1111/j.1349-7006.2011.01996.x. Epub 2011 Jul 1. Review. PubMed [citation] PMID: 21624009
- 40 - Georgieva S, Iordanov V, Sergieva S. Nature of cervical cancer and other HPV -associated cancers. *J BUON*. 2009 Jul-Sep;14(3):391-8. Review. PubMed [citation] PMID: 19810128
- 41 - Active and passive cigarette smoking and the risk of cervical neoplasia. Trimble CL, Genkinger JM, Burke AE, Hoffman SC, Helzlsouer KJ, Diener-West M, Comstock GW, Alberg AJ. PMID: 15625160 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 42 - Passive cigarette smoking is a risk factor in cervical neoplasia. Tay SK, Tay KJ. PMID: 15047223 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 43 - Human papillomavirus type and tobacco use as predictors of survival in early stage cervical carcinoma.; *Gynecol Oncol*. 2005 Jul;98(1):84-91. Zhan M, Flaws JA, Gallicchio L, Tkaczuk K, Lewis LM, Royak-Schaler R.; PMID: 15894364 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 44 - Vondracek SF, Hansen LB, McDermott MT. Osteoporosis risk in premenopausal women. *Pharmacotherapy*. 2009 Mar;29(3):305-17. doi: 10.1592/phco.29.3.305. Review. PubMed [citation] PMID: 19249949
- 45 - Raval AP. Nicotine addiction causes unique detrimental effects on women's brains. *J Addict Dis*. 2011 Apr;30(2):149-58. doi: 10.1080/10550887.2011.554782. Review. PubMed [citation] PMID: 21491296
- 46 - Duckworth AL, Chertok IR. Review of perinatal partner-focused smoking cessation interventions. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2012 May-Jun;37(3):174-81. doi: 10.1097/NMC.0b013e31824921b4. Review. PubMed [citation] PMID: 22549421
- 47 - Homish GG, Eiden RD, Leonard KE, Kozlowski LT. Social-environmental factors related to prenatal smoking. *Addict Behav*. 2012 Jan;37(1):73-7. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.09.001. Epub 2011 Sep 8. PubMed [citation] PMID: 21945011, PMCID: PMC3201815
- 48 - Kazemi A, Ehsanpour S, Nekoei-Zahraei NS. A randomized trial to promote health belief and to reduce environmental tobacco smoke exposure in pregnant women. *Health Educ Res*. 2012 Feb;27(1):151-9. doi: 10.1093/her/cyr102. Epub 2011 Nov 2. PubMed [citation] PMID: 22052216
- 49 - McVay MA, Copeland AL. Smoking cessation in peri- and postmenopausal women: a review. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2011 Jun;19(3):192-202. doi: 10.1037/a0023119. Review. PubMed [citation] PMID: 21480728
- 50 - http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599511_eng.pdf acesso em abril 2013
- 51 - Greaves LJ, Hemsing NJ. Sex, gender, and secondhand smoke policies: implications for disadvantaged women. *Am J Prev Med*. 2009 Aug;37(2 Suppl):S131-7. doi: 10.1016/j.amepre.2009.05.012. Review. PubMed [citation] PMID: 19591752
- 52 - Field C. Examining factors that influence the uptake of smoking in women. *Br J Nurs*. 2008 Aug 14-Sep 10;17(15):980-5. Review. PubMed [citation] PMID: 18983022

A C T br

Aliança de Controle do Tabagismo

<http://www.actbr.org.br>