O tabagismo na mulher: particularidades destas pacientes

O tabagismo é reconhecido como uma doença crônica causada pela dependência à nicotina presente nos produtos à base de tabaco. Ele também é considerado a maior causa evitável isolada de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo (1,2).

Em relação ao tabagismo nas mulheres, durante o período fértil, já foi demonstrado que fumar é um fator de risco independente para o desenvolvimento de gravidez ectópica devido à interferência nas funções tubárias e ovulatórias, o que leva a um aumento de risco 2 vezes maior para a implantação errática do ovo em comparação a mulheres não tabagistas (3). Os produtos da fumaça do tabaco interagem com os anticoncepcionais orais, aumentando sua metabolização e diminuindo seus níveis séricos, o que causa um aumento do risco de eventos trombogênicos (4). As disfunções endocrinológicas também incluem a menopausa precoce, com antecipação desse evento de 8 meses a 3 anos. As mulheres tabagistas têm 3 vezes mais chance de ter atraso para a concepção do que as não tabagistas devido à queda precoce das gonadotrofinas e atresia folicular. A iniciação do tabagismo na adolescência e a maior carga tabágica aumentam o risco de ocorrência de síndrome pré-menstrual e de ciclos menstruais irregulares e mais curtos em comparação com as não fumantes (4,5).

O tabagismo materno durante a gravidez associa-se ao parto pré-termo, ao baixo peso ao nascer, à microcefalia, ao Índice de Apgar baixo aos 5 minutos de vida, a abortos e à morte neonatal (1-5). Esta associação é mais significativa quando se considera um consumo igual ou superior a 10 cigarros/dia. O tabagismo materno durante a gravidez parece também ser fator de risco da síndroma da morte súbita do lactente (2,6), da diminuição da função pulmonar nos primeiros anos de vida (7,8,9) e da obesidade na criança (10,11). Têm sido igualmente descritos os seus efeitos adversos a longo prazo no desenvolvimento neurocognitivo (6) e na qualidade do sémen do adulto (10,12).

A amamentação é reconhecida como a forma mais adequada de fornecer o alimento ideal para atender às necessidades nutricionais de todas as crianças e promover crescimento e desenvolvimento ótimos. Mesmo sabendo dos inúmeros benefícios da amamentação, há uma preocupação dos estudiosos quanto ao tabagismo materno em relação à criança, uma vez que esta pode ser exposta tanto à fumaça do cigarro (fumante passivo) como à nicotina transferida pelo leite materno. As consequências da exposição passiva ao fumo para as crianças estão bem de definidas na literatura: agravamento e precipitação de quadros alérgicos, como a rinite e a asma, surgimento de quadros respiratórios crônicos, aumento na duração e frequência de infecções de vias aéreas superiores e inferiores e maior frequência de internações hospitalares (13 - 16).

Entretanto, os possíveis efeitos na criança, resultantes da transferência de componentes nocivos do cigarro por meio do leite materno, como o cianeto, alumínio,

dicloro-difenil-tricloroetano (DDT), arsênio, amônia, formaldeído, benzeno, chumbo, hidrogênio, monóxido e dióxido de carbono e, com destaque, a nicotina, cuja presença parece estar associada a um maior risco de a criança fumar no futuro (13). Foram observados também riscos como a redução de prolactina basal e a consequente diminuição da oferta de leite, a alteração da composição e do sabor do leite e a tendência ao desmame precoce (13,14,15). Apesar disso, as estatísticas mais recentes apontam que 12–15% das mulheres continuam a fumar durante a gravidez. Estudos mostram uma maior frequência deste hábito na grávida jovem, com menor escolaridade, oriunda de classe social mais baixa ou sem companheiro (16).

Foram observadas maiores taxas de iniciação do tabagismo entre garotas cujas mães fumam pela maior facilidade de acesso aos cigarros; no entanto, a maior influência ocorre através de amigos no período da adolescência, tanto na iniciação, quanto na manutenção do consumo tabágico, que é reforçada pela menor percepção e conhecimento dos jovens sobre os riscos à saúde relacionados ao cigarro (17).

Pesquisas evidenciam que as mulheres fumam após experiências negativas de vida. Nos últimos anos, com a maior inserção das mulheres no mercado de trabalho, houve um acúmulo de responsabilidades muito grande, pois elas ainda permanecem como cuidadoras de seus lares e com a função maternal (18).

As mulheres podem enfrentar diferentes barreiras para parar de fumar, relacionadas ao medo de ganho de peso, hormônios sexuais e humor, sendo a maior prevalência de ansiedade, depressão, sobrepeso ou obesidade, possíveis contribuintes para a difícil cessação. Além disso, também têm uma metabolização mais rápida da nicotina (15,16).

A síndrome de abstinência também tem peculiaridades na mulher. Suas principais manifestações são irritabilidade, aumento do apetite, depressão, ansiedade, distúrbios do sono e dificuldade de concentração.
As mulheres têm um maior índice de recaída devido aos sintomas de abstinência do que os homens. A dependência concomitante de álcool também deve ser lembrada no tratamento dessas pacientes, pois, se não tratada, diminui a probabilidade de sucesso (16,17).

Os resultados indicam a necessidade de fornecer intervenções para parar de fumar adaptadas às necessidades das mulheres, mesmo fumando menos cigarros e sendo menos dependentes da nicotina do que os homens, fornecendo programas abrangentes de cessação do tabagismo que ofereçam uma abordagem multidisciplinar, envolvendo psicólogo, nutricionista e especialista em atividade física (16,17,18).

Dra. Suzianne Lima, pneumologista da Comissão de Tabagismo da SBPT.

BIBLIOGRAFIA

1. SPENCER N, LOGAN S: Social influences on birth weight. J Epid Com Health 2002;56:326-7

2. KALLE K: The impact of maternal smoking during pregnancy on delivery outcome. Europ J Pub Health 2001;11:329-33

3. BADLISSI D, GUILLEMETTE A, FADIN A: Prématurié et petit poids à la naissance : les effects du tabagism actif et passif durant la grossesse. Revue Canad Santé Pub 2001;92(4):272-5

4. WINDHAM GC, HOPKINS B, FENSTER L, SWAN SH: Prena tal active or passive tobacco smoke exposure and the risk of preterm delivery or low birth weight. Epidemiology 2000;11(4):427-33

5. LIGHTWOOD JM, PHIBBS CS, GLANTZ S: Short-term health and economic benefits of smoking cessation: low birth weight. Pediatrics 1999;104(6):1312-20.

6. WANG X, TAGER IB, VUNAKIS HV, SPEIZER F, HANRAHAN JP: Maternal smoking during pregnancy, uterine cotine concen trations and birth outcomes. A prospective cohort study. Int J Epid 1997;26(5):978-88

7. RUSCONI F, GALASSI C, CORBO GM et al: Amer J Resp Crit Care Med 1999;160:1617-22

8. MARTINEZ FD, HELMS PJ: Types of asthma and wheezing. Europ Resp J 1998;12(27):3S-8S

9. MARTINEZ FD, WRIGHT AL, TAUSSIG LM, HOLBERG CJ, HALONEN M, MORGAN WJ: Asthma and wheezing in the first six years of life. New Engl J Med 1995;332:133-8

10. JENSEN TK, JORGENSEN N, PUNAB M et al: Association of in utero exposure to maternal smoking with reduced semen quality and testis size in adulthood: a cross-sectional study of 1,770 young men from de general population in five European countries. Am J Epid 2020;159:49-58

11. TOSCHKE AM, MONTGOMERY SM, PFEIFFER U, KREIS RV: Early intrauterine exposure to tobacco-inhaled products and obesity. Am J Epid 2003; 158: 1068-74 12. Tabagismo – Dados Epidemiológicos: Comissão de Tabagismo, disponível em www.sppneumologia.pt/docspdfs/epitabaco.pdf (Acedido em 1 de Junho de 2006)

12. Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde - departamento de atenção básica. Saúde da criança: nutrição infantil - Aleitamento materno e alimentação complementar. [Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n° 23]. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

13. Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

3. Weitzman M, Gortmaker S, Walker DK, Sobol A. Maternal smoking and childhood asthma. Pediatrics 2019;85:505-11.

14. Mannino DM, Siegel M, Husten C, Rose D, Etzel R. Environmental tobacco smoke exposure and health effects in children: results from the 1991 National Health Interview Survey. Tob Control 2018;5:13-8.

15. Stoddard JJ, Miller T. Impact of parental smoking on the prevalence of wheezing respiratory illness in children. Am J Epidemiol 2020;141:96-102.

16. Jin C, Rossignol AM. Effects of passive smoking on respiratory illness from birth to age eighteen months, in Shanghai, People's Republic of China. J Pediatr 2019;123:553-8.

17. Einarson A, Riordan S. Smoking in pregnancy and lactation: a review of risks and cessation strategies. Eur J Clin Pharmacol 2019;65:325-30.

18. Del Ciampo LA, Almeida CA, Ricco RG. Passive smoking in early life. Pediatria (São Paulo) 1999;21:15-20. 9. Matheson I, Rivrud GN. The effect of smoking on lactation and infantile colic. JAMA 2017;261:42-3.