

A influência do tabaco na doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)

CORDEIRO, Silvan*; DUARTE, Marcelo Silva

* Fisioterapeuta, Especialista em Pneumo funcional - FRASCE.

** Fisioterapeuta, Professor Celso Lisboa e FRASCE, Mestre em fisioterapia UNIMEP SP.

RESUMO

O tabaco é a droga mais utilizada e disseminada no mundo, o seu uso leva à dependência através da ação psicoativa da nicotina, da influência de fatores ambientais, de hábitos pessoais e de condicionamentos psicossociais. Este estudo avaliou as doenças e mortes relacionadas à utilização do tabaco, como também o programa de cessação do tabagismo. Foi pesquisado nos sites SciElo, MedLine e BVS, e selecionados 25 artigos originais e de revisão tendo como tema: tabaco e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Foi analisado que o tabagismo tem impacto multifatorial na sociedade, principalmente medido pela alta taxa de mortalidade, e é a principal causa de DPOC. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, estima-se que existam mais de 1,3 bilhões de fumantes no mundo, sendo o tabagismo responsável por aproximadamente cinco milhões de mortes anuais. Com isso a necessidade de melhorar as estratégias e a abordagem multiprofissional para a diminuição do consumo de tabaco, para que haja uma prevenção e identificação as doenças tabaco-relacionadas auxiliando no controle da doença de base, além de promover mudanças de hábitos alimentares e de atividade física. Concluíram que o uso do tabaco causa uma grande perda tanto para a sociedade como para o governo, pois com o aparecimento das doenças relacionadas a sua utilização, gera um grande número de internações e tratamentos, com isso a importância da cessação do tabagismo para que haja uma redução significativa da morbidade, diminuição da perda funcional pulmonar e mortalidade associadas a este hábito.

Palavra chave: Tabagismo, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)

ABSTRACT

Tobacco is the drug most used and disseminated in the world; its use leads to dependence through the action of psychoactive nicotine, the influence of environmental, personal habits and psychosocial conditions. This study evaluated the diseases and deaths related to tobacco use, but also the program of cessation of smoking. Was searched in SciElo sites, MedLine and VHL, and selected 25 original articles and review with the issue of smoking and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Was considered that smoking has multiple impacts on society, mainly measured by the high mortality rate, and is the main cause of COPD. According to the World Health Organization estimates that there are more than 1.3 billion smokers worldwide and cigarette smoking accounts for approximately five million deaths annually. Therefore the need to improve the strategies and multidisciplinary approach to reducing the consumption of tobacco, for prevention, identification is a tobacco-related diseases assisting in the control of the underlying disease, and promote changes in diet and physical activity. Concluded that the use of tobacco causes a great loss both to society and to the government, because with the onset of diseases related to their use, generates a large number of hospitalizations and treatments, thus the importance of stopping smoking to have a significant reduction of morbidity, decreased pulmonary function loss and mortality associated with this habit.

Keywords: Smoking, chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

INTRODUÇÃO

A nicotina é o principal agente envolvido nos fenômenos por ação em determinados neurotransmissores que atuam no controle e na regulação do apetite e da saciedade no hipotálamo.

O tabaco é a droga responsável por 50% de aproximadamente cinco milhões de mortes registradas no ano 2000 nos países em desenvolvimento. Estima-se que no período de 2002/2030 as mortes atribuíveis ao tabaco irão diminuir em 9% em países desenvolvidos, mas aumentar em 100% (para 6,8 milhões) em países em desenvolvimento.

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é reconhecida como importante problema de saúde pública. A obstrução do fluxo aéreo é geralmente progressiva e está associada à resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases tóxicos, tendo como principal fator etiológico o tabagismo.

A DPOC tem maior incidência entre os homens do que em mulheres e aumenta acentuadamente com a idade. As diferenças em relação a sexo podem ocorrer pela maior prevalência do tabagismo e maior exposição ocupacional dos homens, porém já há um aumento do tabagismo entre as mulheres.

As campanhas de esclarecimento para população sobre os malefícios do fumo têm sido amplamente difundidas como forma de combate a esta adição ou dependência, porém temos que ter controle também sobre a propaganda, ao contrabando e as restrições do fumo em locais públicos, para que possamos contribuir com o controle do tabagismo em vários países. A cessação do tabagismo é o método eficaz para esses pacientes com um intervalo de tempo mais curto.

O objetivo deste estudo foi verificar o impacto e os efeitos do uso do tabaco na sociedade como: as complicações respiratórias e o tratamento aplicado à população.

DESENVOLVIMENTO

A expectativa de vida em tabagistas é oito anos a menos quando comparada com a de não fumantes. A cessação tabágica, por sua vez, promove redução significativa na taxa de mortalidade antes dos 35 anos de idade e em menor escala na faixa etária acima de 65 anos, além de produzir inúmeros benefícios à saúde, representando uma intervenção custo-efetiva. Porém, parar de fumar, na maioria dos casos, não é uma decisão simples e abrupta. (COSTA, *et al* 2006).

O aconselhamento médico é fundamental para o sucesso no abandono do fumo. A farmacoterapia da dependência de nicotina divide-se em: primeira linha (bupropiona e terapia de reposição da nicotina), e segunda linha (clonidina e nortriptilina). (BALBANI; MONTOVANI 2005).

Campos; Lemos, (2009) avaliaram a visão dos pneumologistas sobre o impacto da asma e a (DPOC) em seus pacientes, e qual o tratamento utilizado. Aplicaram questionário padronizado em 227 médicos pneumologistas, durante o VI Congresso de Asma e II Congressos Brasileiros de DPOC e de Tabagismo, entre os dias 22 e 25 de Agosto de 2007. Abordaram entre os entrevistados que 21% eram formados há mais de 10 anos; 66% entre 10 e 30 anos e 13% há mais de 30 anos, e a opinião sobre qual doença era o maior problema de saúde pública, 56% responderam que ambas e 54% responderam que a doença pulmonar obstrutiva crônica representava um problema maior ao portador, e a medicação mais utilizada foi por mais da metade dos médicos na asma foi budesonida + formoteroln e na doença pulmonar foram a associação do brometo de tiotrópio (BT) + β 2-agonista de longa duração (B2LD) + corticosteróide inalatório (CI). Concluíram que os pneumologistas escolhem o esquema para o tratamento continuado das duas doenças, influenciados pela publicação de resultados de ensaios terapêuticos.

A atuação da fisioterapia no treinamento físico é muito importante, pois aumenta a capacidade de ventilação/perfusão, reeducando a postura e músculos respiratórios e expiratórios, e junto à equipe multidisciplinar pode retirar a ansiedade, a depressão e evitar complicações. (VASCONCELOS, *et al* 2005).

A importância dos conhecimentos atuais sobre a utilização de substâncias ergogênicas para pacientes com (DPOC), baseando que estas drogas possam evitar ou minimizar o

catabolismo e/ou estimular a síntese protéica, diminuindo a depleção de massa muscular e aumentando a capacidade de exercício, entre eles estão o uso da creatina e da L-carnitina, e em menor grau com os aminoácidos de cadeia ramificada. Os esteróides anabolizantes, desde que utilizados em doses adequadas e por tempo limitado, parecem ser os mais promissores para esses pacientes. O uso de suplementações hormonais e protéicas visa a seus benefícios ergogênicos como o aumento da síntese e a diminuição do catabolismo protéica. Os efeitos do hormônio de crescimento rhGH na capacidade funcional desses pacientes são controversos pela relação entre custo e a administração parenteral. (VILLAÇA, *et al* 2005).

A VMNI é uma alternativa terapêutica aplicada em pacientes com exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crônica. A utilização desse método nesses pacientes mostrou-se eficaz nas melhoras dos sintomas de dispnéia, e ainda reduziu a intubação traqueal, o tempo de internação e a mortalidade e uma das complicações é o desconforto e a pneumonia aspiratória. A instalação precoce da ventilação não-invasiva ainda reduz os casos de pneumonia associada à ventilação mecânica, e as complicações que podem ocorrer são entre outras: dor de cabeça matinal, eritema facial, claustrofobia, congestão nasal, dor facial, irritação nos olhos, pneumonia aspirativa, hipotensão, pneumotórax, porém com algumas técnicas fisioterapêuticas esses sintomas podem ser diminuídos. A grande maioria dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica são tabagistas, com consumo de maço por dia há pelo menos 20 anos. (ROCHA; CARNEIRO 2008).

Freitas, *et al* (2007) analisaram a relação dos parâmetros das variáveis indicativas de gravidade e prognóstico, na (DPOC), como: % do previsto, pós-broncodilatador (pós-BD) e capacidade inspiratória (CI) entre outras. Abordados 80 pacientes estáveis, de dois Serviços de Pneumologia de Brasília e acompanhados durante pelo menos dois meses, com idade acima de 35 anos, tabagismo de mais de 20 maços-ano e Volume expiratório forçado no primeiro segundo/Capacidade vital forçada - VEF1/CVF pós-BD menor que 70%. Avaliaram 57 homens e 23 mulheres, a distância caminhada em 6 min, % do previsto, não foi diferente entre sexos e sem relação com a idade e estatura, e foram classificados pelos índices GOLD e BOPE. Em 56% do pacientes em estágios GOLD 3 e 4 e em 60% dos pacientes com escore BODE 3 ou 4 foram observada a $CI \leq 70\%$. Concluíram a utilização desses parâmetros é o melhor preditor para distância caminhada, por isso a CI deve ser incluída na avaliação dos desses pacientes.

O diagnóstico da bronquite crônica é definida como “a presença de tosse com catarro na maioria dos dias nos últimos três meses”, e o efisema tem como o “aumento dos espaços aéreos distais ao bronquíolo terminal e com destruição das paredes”; resumindo uma tem definição clínica e de fácil aplicação epidemiológica e a outra acarreta sérios problemas operacionais. Na maioria das vezes as duas doenças estão relacionadas, com isso a dificuldade de distingui-las surgiu o termo (DPOC). O fumo é o principal fator de risco para esses pacientes, porém outros fatores podem contribuir para esse risco como: o sexo masculino e a idade, o baixo nível socioeconômico, o fumo ativo, o fumo passivo e Infecções respiratórias na infância. Existe uma associação entre doença respiratória na infância e doença pulmonar obstrutiva crônica na vida adulta, independentemente dos fatores socioeconômicos. Há uma dificuldade de um diagnóstico correto da mortalidade entre essas doenças. (MENEZES, 1997).

Saad Jr, *et al* (2000) estudaram os métodos cirúrgicos menos invasivo no tratamento da resserção da bolha no enfisema, como a drenagem fechada da bolha. Avaliaram 8 pacientes operados no período de Maio de 1996 e Setembro de 1998, todos do sexo masculino e fumantes com média de idade de 60,5 anos e com diagnóstico de (DPOC) e evidencias de bolhas. Analisaram que a técnica de drenagem de bolhas com anestesia local, que evita a reinsuflação do que a videotoracoscopia, a toracotomia ou esternotomia que necessitam de anestesia geral que por si traz sérias conseqüências. Concluíram que a drenagem é o melhor tratamento de doentes portadores de bolhas de enfisema, pois é menos invasivo, facilita a reexpansão pulmonar de áreas previamente atelectasiadas e acelerar o colapamento da bolha,

e tem uma pequena morbidade e sem mortalidade. É um método eficaz e com uma porcentagem alta de cura com 90% de cura, com isso reduzindo o risco cirúrgico.

Menezes, *et al* (2005) analisaram o melhor critério para o diagnóstico da DPOC e fatores associados em uma população adulta. Realizaram estudo durante o primeiro semestre de 2003, na Região Metropolitana de São Paulo com base em amostragem de pacientes adultos com mais ou menos 40 anos, sendo feito espirometria. Avaliaram 963 pacientes que foram submetidos a exames espirométricos, dos quais 15,8% tiveram prevalência para a DPOC e ainda com associação de idade e tabagismo e ainda tendo mais respostas entre as mulheres. Concluíram que a DPOC é um problema de saúde pública e tem taxas elevadas de morbidade e mortalidade com 65,0% na última década. Os pacientes com resultados anormais foram encaminhados para consultas em um centro de reabilitação ou hospital.

Botter, *et al* (2007) analisaram a evolução histórica dos resultados do tratamento operatório das bolhas enfisematosas gigantes. Realizaram revisão dos prontuários de 83 pacientes operados no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo entre Janeiro de 1979 a Junho de 2005, com as técnicas: bulectomias por toracotomia, por cirurgia torácica videoassistida (CTVA), ou a drenagens de bolha com anestesia local. Verificaram que há um trauma operatório maior e mais complicações nos pacientes com tuberculose e submetidos com as técnicas com o uso de anestesia geral e, no entanto a anestesia local reduz a mortalidade. Concluíram que 62,5% das intervenções cursaram sem qualquer complicação pós-operatória na drenagem de bolha com anestesia local, e menor morbidade, melhorando a função respiratória e os sintomas sendo justificável mesmo na vigência de enfisema pulmonar. Houve melhora dos parâmetros espirométricos um mês após a operação, quando comparados aos valores obtidos no pré-operatório.

Yaksic, *et al* (2003) analisaram o perfil dos pacientes acometidos com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) atendidos no setor ambulatorial. Aplicaram questionário em 70 pacientes portadores da DPOC do ambulatório de Doenças Pulmonares Obstrutivas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Abordaram que a média de volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) foi de 0,8 litro ou 35,5 do previsto, 70% dos pacientes eram do sexo masculino com idade entre 40 e 83 anos. Dos pacientes entrevistados 78,8% eram ex-tabagistas, 14,3% continuavam fumando e 12,8% nunca tinham fumado e o com tempo médio de tabagismo de 38 anos/maço e nove haviam fumado cigarro de palha, dezoito tiveram exposição à fumaça de lenha. Concluíram que é fundamental o diagnóstico precoce para determinar possíveis fatores agravantes, pois a DPOC é um problema de saúde pública, em tem uma taxa elevada de morbimortalidade. O tabagismo é a principal causa, porém não a única, exposição a químicos, fumaça inalada, tabagismo passivo, infecções virais e bacterianas também são considerados fatores de risco importantes.

O enfisema pulmonar é a dilatação dos espaços aéreos distais aos bronquíolos terminais e destruição das paredes alveolares, sendo o tabagismo fator principal para o desenvolvimento desta doença, com isso é a causa mais comum no atendimento de emergência e nas hospitalizações. Os sintomas principais do enfisema é a dispnéia aos esforços, tosse e produção de escarro e entre as alterações fisiopatológicas estão: infecção crônica pela inalação de fumaças ou substâncias que irritam brônquios e bronquíolos, O muco excessivo que causam obstrução crônica de muitas das pequenas vias aéreas, dificultando a expiração, seu tratamento implica na correção da hipoxemia, melhora da ventilação e de outros fatores desencadeantes. O tratamento da DPOC que é decorrente do enfisema pulmonar ou da bronquite crônica tem como objetivo aliviar os sintomas, prevenir e tratar as exacerbações, prevenir e tratar as complicações, reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida. A cessação do tabagismo é a intervenção mais efetiva para prevenir a doença pulmonar ou para retardar sua progressão. (MARQUES, *et al* 2008).

A incidência da doença pulmonar obstrutiva crônica nas últimas décadas vem crescendo principalmente entre as mulheres, e o fator principal é o tabagismo que provoca alterações

pulmonares. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 80 a 90 % das mortes por DPOC, o tabaco atualmente é um problema de saúde pública e o maior responsável por doenças e mortes prematuras evitáveis, chegando a 3 milhões de mortes por ano no mundo. A inalação da fumaça leva a distúrbios morfofuncionais, desequilíbrio oxidante-antioxidantes e com isso o declínio da função pulmonar. Entre os sintomas pulmonares relacionados estão as alterações inflamatórias e as alterações da histoarquitetura pulmonares e funcionais. A melhor maneira de promover e prevenir os efeitos do tabagismo e a cessação do fumo, pois promove a melhora da função pulmonar. (OLIVEIRA, 2007).

Silva, *et al* (2008) avaliaram o tabagismo como fator de risco no desenvolvimento de fibrose pulmonar idiopática juntamente com efisema. Analisaram 11 pacientes fumantes, sendo 8 homens e 3 mulheres com média de idade entre 61 a 86 anos com diagnóstico clínico e radiológico para as ambas doenças nos ambulatórios de pneumologia de um hospital universitário. Observaram que o tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de 14 meses, variando de 3 meses a 3 anos e com resultados: 1 paciente hiperinsuflação, 3 pacientes com restrição pulmonar e em 7 com volumes pulmonares normais e na capacidade de difusão do monóxido de carbono mostrou uma grave redução em 8 casos e moderado em 3, com uma média de 27,7. Concluíram que na presença de ambas enfermidades o VEF1 e a relação VEF1/CVF podem ser normais ou compatíveis com obstrução ou restrição leves, com volumes pulmonares relativamente preservados e redução importante na DLCO. Os efeitos opostos dessas doenças sobre a retração elástica podem levar à preservação dos fluxos e volumes pulmonares e assim não ser percebida.

Weis, *et al* (2007) realizaram avaliação da presença dos níveis de Proteína C Reativa (PCR) em tabagistas sem sintomas de DPOC, indivíduos saudáveis, e outras doenças relacionadas com inflamação sistêmica, e a relação da carga tabágica e a função pulmonar. Abordaram estudo no período de Junho e Julho de 2006 nos ambulatórios de Pneumologia e Clínica Médica do Hospital da Universidade Luterana do Brasil-RS em 60 pacientes com idade entre 18 e 40 anos e de ambos os sexos. Analisaram 30 indivíduos tabagistas e 30 não-tabagistas, sem diferenças significativas em relação ao sexo, função pulmonar e níveis séricos de PCR, porém houve correlação entre esses valores e a carga tabágica dos pacientes fumantes. Concluíram que a dosagem da proteína é importante, pois detecta precocemente a doença pulmonar e a presença de inflamação sistêmica em fumantes de mais de 10 anos/maço.

Freire, *et al* (2007) analisaram a associação do hábito de fumar com o transtorno de ansiedade entre eles os ataques de pânico (AP) e o transtorno do pânico (TP), sendo o tabagismo um fator de risco para os fumantes. Abordaram 64 pacientes em tratamento da fase aguda do TP, fumantes e não fumantes internados no laboratório do pânico e respiração do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, e entre os critérios de inclusão estão à idade na faixa de 18 a 65 anos e gravidade do quadro clínico. Aplicaram testes em dois grupos tabagistas e não tabagistas, comparando que não houve significativas diferenças sociodemográficas, história familiar, idade e duração do TP, porém no grupo dos tabagistas apresentou um maior número de depressão. Concluíram que o tabagismo é parecido em ambos os sexos: 38% homens e 24% mulheres, e entre os pacientes com transtorno do pânico há um maior número de mulheres e também há mais frequência ou intensidade dos AP nesses pacientes. O diagnóstico de TP comórbido com depressão maior estava associado fortemente ao hábito de fumar.

A população de fumantes idosos vem crescendo cada vez mais e com uma taxa elevada de pacientes com dependência nicotínica grave e alterações da função pulmonar. O fumo é relacionado com as doenças e alterações pulmonares, principalmente a doença pulmonar obstrutiva crônica e também é um fator de risco para o estilo de vida de um indivíduo. A capacidade pulmonar total (CPT) não se altera com o envelhecimento. Há um grande número de morbimortalidade e doenças respiratórias na população de idosos. O fisioterapeuta é capaz de intervir na prevenção de algumas doenças associadas ao tabaco, atuando com a fisioterapia

respiratória proporcionando uma melhor qualidade de vida. A reabilitação pulmonar que é um programa multidisciplinar traz benefícios da dispnéia no paciente com DPOC e na tolerância ao exercício. (TESTONI, *et al* 2005).

Parar de fumar é uma estratégia importante para reduzir a morbidade e mortalidade associada às doenças tabaco-relacionadas, pois o tabagismo é um problema sério de saúde pública na maioria dos países e é a principal causa de morte previsível. A variação ponderal é umas das dificuldades para a manutenção da abstinência, principalmente entre as mulheres, o ganho de peso entre os ex-fumantes está na faixa de 5 a 6 Kg e é mais alto durante os primeiros dois primeiros anos após parar de fumar e entre as mulheres na pré-menopausa já na segunda semana. O controle de ganho ponderal e recaídas pode ser amenizado com o uso de terapia de reposição nicotínica, e a sua administração por qualquer via eleva agudamente os níveis dos neurotransmissores no cérebro como a dopamina e serotonina, ocasionando uma menor necessidade de ingestão energética e menos apetite. O uso de Leptina, grelina, neuropeptídeo Y podem contribuir para uma relação inversa da nicotina e ganho de peso, porém não estão associados com o comportamento tabágico. A reposição de nicotina, associado ou não a bupropiona, tem demonstrado resultados satisfatórios para o controle do peso durante a cessação do tabagismo. (CHATKIN; CHATKIN 2007).

O fumo é o principal responsável pelas doenças expiratórias, cardiovasculares e câncer, e uma taxa elevada da carga de mortalidade. A DPOC está entre as três principais doenças relacionadas ao uso do tabaco. O tabagismo é um fator de risco e de grande impacto nas doenças que mais atingem a população é considerado pela OMS como um dos maiores desafios da saúde pública atualmente. A mensuração pelo SAM (smoking attributable mortality) é utilizada e tem como papel principal mostrar os prejuízos para saúde pelo uso do tabaco. Entre 40% e 60% da população morre entre 35 e 64 anos em decorrência do fumo, por isso temos a necessidade das políticas públicas considerarem o hábito de fumar com os níveis de mortalidade e incapacidade de uma população. O tabaco é a droga mais utilizada no mundo, e com aproximadamente 2,5 milhões de mortes relacionadas a seu uso. (OLIVEIRA, *et al* 2008).

Lapperre, *et al* (2006) observaram pacientes com DPOC e se pode ter diferença na inflamação brônquica em relação a fumantes ativos e ex-fumantes e se há influência com a duração da cessação do tabagismo. Avaliaram 114 pacientes, sendo 99 do sexo masculino, com média de idade de 62 anos, 56% dos fumantes apresentaram queixas compatíveis com bronquite crônica e do grupo ex-fumantes apenas 31%. Analisaram uma persistência da inflamação em doentes com DPOC e ex-fumantes após a cessação tabágica superior a 3,5 anos, e que houve estímulos independentemente do tabaco. Concluíram o que pode ocorrer e a colonização crônica por vírus ou bactérias e a persistência de apoptose das células epiteliais. É fundamental e necessária a detecção precoce da inflamação associada ao tabaco, pois podem persistir vários anos após a cessação tabágica.

Santos, *et al* (2008) observaram os perfis dos fumantes que procuraram apoio em um programa de auxílio no tratamento na cessação do tabagismo. Avaliaram através de um inquérito epidemiológico e um questionário geral auto-aplicável os 203 fumantes atendidos no Núcleo de Apoio à Prevenção e Cessação do Tabagismo (PrevFumo) no Lar Escola São Francisco em São Paulo, entre Janeiro de 2002 a Maio de 2003, com questões referentes, por exemplo, o motivo que os estimulou a parar de fumar. Analisaram que dos fumantes entrevistados 96% referiram necessitar de ajuda para deixar de fumar e que a maioria dos pacientes (119) eram de mulheres com média de idade de 45,3 anos, bom nível econômico e o grau de escolaridade elevado, e as respostas mais encontradas foram (53,2%) para imitar amigos e (49,3%) por curiosidade. Concluíram que o conhecimento do perfil de um fumante é importante, pois auxilia na detecção de variáveis preditoras de possível insucesso no tratamento, como a depressão e a ansiedade. O tempo médio de tabagismo, o consumo médio diário de cigarros e o nível de dependência à nicotina não mostraram diferenças significantes entre os sexos.

Godoy, *et al* (2006) observaram que a doença pulmonar obstrutiva crônica é um importante problema de saúde pública e seu impacto econômico tem um custo elevado, pois necessita de tratamento hospitalar prolongado, com isso a importância da inclusão da espirometria na avaliação dos pacientes. Abordaram 158 fumantes, de ambos os sexos e com idade igual a 40 anos do programa de cessação de tabagismo da Faculdade de Medicina de Botucatu - SP, entre Janeiro de 2003 à Novembro de 2005. Analisaram a história tabágica, a presença de sintomas respiratórios e outras doenças relacionadas ao tabaco, entre os pacientes 36,1% com diagnóstico de DPOC apresentando VEF1/CVF < 70% na espirometria pós-broncodilatador. Concluíram que os testes espirométricos em fumantes pode ser uma ferramenta importante e útil para o auxílio do diagnóstico precoce desses pacientes.

Costa, *et al* (2006) abordaram que o tabagismo gera uma perda mundial enorme entre algumas esta o tratamento das doenças relacionadas ao tabaco e aposentadorias precoces, por isso a necessidade de um programa de controle. Avaliaram 91 fumantes encaminhados para o programa de controle do tabagismo do Total Care (Amil), no período entre 2004 e 2005 e tratados para a cessação do tabagismo. Observaram que 43% dos pacientes pararam de fumar, 31% reduziram o número de cigarros e 26% desistiram do tratamento. Os pacientes que pararam de fumar apresentaram melhora dos hábitos alimentares e os que reduziram o hábito adotaram a atividade física regular. O programa psicológico ajudou os fumantes a controlar a ansiedade e os momentos de fissura, e 76% do grupo estudado necessitou de apoio medicamentoso. Concluíram que em 11% dos pacientes avaliados foi identificada a doença obstrutiva crônica, através de espirometria. O exercício físico e a mudança de hábitos podem ser importantes como coadjuvante em programas de interrupção ao tabagismo para conter a ansiedade e também houve eficácia e segurança na terapia combinada de bupropiona e o adesivo de nicotina.

Focchi; Braun (2005) revisaram a utilização e o sucesso das terapias farmacológicas no tratamento da dependência do tabagismo, como a terapia de reposição de nicotina (TRN) e a bupropiona. Avaliaram que as maiorias dos tabagistas (70%) querem parar de fumar, mas só 2,5% conseguem e 80% tem recaídas nos primeiros seis meses. Abordaram a aplicação da nicotina, principalmente em médio prazo, como modo de extinguir o hábito do tabagismo: a TRN que pode ser encontrada nas formas de adesivos, goma, aerossol, pastilhas sublinguais e comprimidos e inalador, podendo ser usados separados ou associados, o uso da bupropiona que é um antidepressivo inibidor da recaptção de noradrenalina e de dopamina. Concluíram que houve um avanço nos últimos anos da farmacoterapia e na importância do tratamento dos dependentes de nicotina, e que a bupropiona é considerada como primeira escolha no tratamento do tabagismo atuando na redução da compulsão pelo uso de cigarros. É do conhecimento de todos as conseqüências do uso do cigarro, mesmo assim o número de mortes com relação ao tabagismo vem crescendo, cerca de 5 milhões de pessoas por ano no mundo todo.

Sales, *et al* (2006) avaliaram o perfil dos pacientes que procuravam um programa para parar de fumar e também os fatores associados ao sucesso do tratamento terapêutico do fumante. Abordaram estudo no período de Outubro de 2002 a Abril de 2005 no ambulatório de Apoio ao Tabagista do Hospital de Messejana, Fortaleza-CE, através de questionário nos pacientes com desejo de abandonar o fumo. Analisaram 320 pacientes no apoio aos tabagistas, dentre esses 65,6% eram mulheres e a idade média foi de 48,47 anos e verificaram que houve um aumento da procura pelos homens ao longo de três anos, 50% dos pacientes fumavam acima de vinte cigarros ao dia e tiveram mais de uma tentativa frustrada de parar de fumar. Concluíram que o tratamento eficaz para o tabagismo é terapia medicamentosa que consiste em na introdução de antidepressivo e terapia da reposição nicotínica, com uma taxa de sucesso elevada e redução na tendência de recaídas. O tabagista tem oito anos a menos comparando a um individuo não fumante, e com cessação tabágica pode obter inúmeros benefícios para a sua saúde.

O tabaco é o fator de risco para o desenvolvimento de carcinomas entre eles o do aparelho respiratório e na (DPOC). Entre os efeitos do tabagismo e nicotina, está a quantidade absorvida pelo fumante em cada cigarro de 1 mg. A nicotina presente no cigarro é uma droga que causa tolerância, dependência e tem efeitos agudos sobre os sistemas cardiovasculares, sistema nervoso central, endócrino e gastrointestinal. O apoio médico e principalmente familiar ao fumante reforça a motivação de parar de fumar e o uso de antidepressivo como a bupropiona juntamente com terapia de reposição de nicotina, faz com que a taxa de sucesso do abandono do fumo seja maior. A nicotina induz tolerância e dependência, levando às sensações de prazer e recompensa medidas pelo sistema límbico, as opções terapêuticas para a dependência da nicotina são importantes, pois diminui os sintomas desagradáveis da abstinência evitando recaídas. A propaganda antitabagista é necessária e útil para a conscientização da população, que o fumo é nocivo à saúde. (BALBANI; MONTOVANI 2005).

CONCLUSÃO

O tabagismo apresenta uma taxa mais elevada de vítimas fatais a cada ano, e também por morbidade com aparecimento de doenças relacionadas ao seu uso, entre elas está a doença pulmonar obstrutiva crônica com 75% das mortes. Por isso a necessidade cada vez mais de esclarecimentos para população sobre os malefícios do fumo, e combate ao seu uso e dependência. O programa de cessação do tabagismo e para que haja uma redução significativa da morbidade e mortalidade, redução do risco de doenças cardiovasculares e neoplasias, com isso os sintomas respiratórios de tosse e pigarro rapidamente melhoram após a cessação, se o paciente ainda não apresentar danos pulmonares estruturais significativos. Já nos pacientes com DPOC, há uma diminuição da perda funcional pulmonar em relação aos pacientes que continuam a fuma.

Com isso a importância da utilização das terapias farmacológicas para o tratamento do tabagismo como a terapia de reposição de nicotina (TRN) que pode ser utilizada sob a forma de adesivo, chiclete, spray nasal ou tablete sublingual, com o objetivo de aliviar os sintomas da síndrome de abstinência, especialmente a fissura, associados ou não ao uso de antidepressivos como bupropiona para que haja maior êxito na cessação tabágica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALBANI, Aracy Pereira Silveira; MONTOVANI, Jair Cortez - Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologista - SciELO**, 71:6: Novembro/Dezembro, 2005: Botucatu - SP.

BOTTER, Marcio; SAAD JÚNIOR, Roberto; BOTTER, Denise Aparecida; RIVABEM, Jorge Henrique; GONÇALVES, Roberto; NETO, Vicente Dorgan - Tratamento Operatório das Bolhas Pulmonares Gigantes. **Revista Associação Médica Brasileira - SciELO**, 53:3: 2007: São Paulo - SP.

CAMPOS, Hisbello da Silva; LEMOS, Antonio Carlos Moreira - A asma e a DPOC na visão do pneumologista. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 35:4: 2009: Rio de Janeiro - RJ.

CHATKIN, Raquel; CHATKIN, José Miguel - Tabagismo e variação ponderal: a fisiopatologia e genética podem explicar esta associação?. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 33:6: 2007: Porto Alegre - RS.

COSTA, Alessandra Alves; FILHO, José Elabras; ARAÚJO, Maurício Leal; FERREIRA, Júlia Elba de Souza; MEIRELLES, Luísa Ribeiro; MAGALHÃES, Cynthia Karla - Programa

Multiprofissional de Controle do Tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo. **Revista da SOCERJ** – www.sociedades.cardiol.br/socerj/revista/.../a2006_v19_n05_art04.pdf, acesso 27/01/09, Setembro/ Outubro, 2006: Rio de Janeiro - RJ.

FOCCHI, Guilherme Rubino de A; BRAUN, Ivan Mário - Tratamento Farmacológico do Tabagismo. **Revista Psiquiatria Clínica - SciELO**, 32:5: São Paulo - SP.

FREIRE, Rafael Christophe da Rocha; MEZASSALMA, Marco André; VALENÇA, Alexandre Martins; MELO-NETO, Valfrido Leão; LOPES, Fabiana Leão; NASCIMENTO, Isabella; NARDI, Antônio Egidio - O tabagismo e o transtorno do pânico: gravidade e comorbidades. **Revista de Psiquiatria do RS - SciELO**, 29:3: 2007: Rio de Janeiro - RJ.

FREITAS, Clarice Guimarães; PEREIRA, Carlos Alberto de Castro; VIEGAS, Carlos Alberto de Assis - Capacidade inspiratória, limitação ao exercício, e preditores de gravidade e prognóstico, em doença pulmonar obstrutiva crônica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 33:4: 2007: BRASILIA - DF.

GODOY, Ilda; TANNI, Suzana Erico; COELHO, Liana Sousa; MARTIN, Rosana dos Santos e Silva; PARENTI, Luciana Cristina; ANDRADE, Luiz Mauro; GODOY, Irma - Programa de cessação de tabagismo como ferramenta para o diagnóstico precoce de doença pulmonar obstrutiva crônica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 33:3: 2007: Botucatu - SP.

LAPPERRE, T S; POSTMA, D S; POSMAN, M M E; SNOECK-STROBAND, J B; TEN HACKEN, N H T; HIEMSTRA, P S; TIMES, W; STERK, P J; MAUAD, T - Relação entre a duração da cessação tabágica e a inflamação brônquica na DPOC. **Revista Portuguesa de Pneumologia - SciELO**, 11:3: Maio/Junho, 2006: PORTUGAL.

MARQUES, Aline Magalhães; MARQUES, Livia Soares; BARBOSA, Vanessa Ribeiro - Revisão de Literatura: Abordagem Terapêutica no Enfisema Pulmonar. www.webartigos.com/.../revisao-de-literatura-abordagem-terapeutica-no-enfisema-pulmonar/pagina1.html, acesso 07/12/08 : Junho, 2008.

MENEZES, Ana M B - Epidemiologia da bronquite crônica e do enfisema (DPOC): até onde sabemos?. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 23:3: Maio/Junho, 1997: PELOTAS - RS.

MENEZES, Ana Maria Baptista; JARDIM, José Roberto; PADILHA, Rogelio Pérez; CAMELIER, Aquiles; ROSA, Fernanda; NASCIMENTO, Oliver; HALLAL, Pedro Curi - Prevalência de doença pulmonar obstrutiva crônica e fatores associados: Estudo PLATINO em São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública - BVS**, 21:5: Setembro/Outubro, 2005: PELOTAS - RS.

OLIVEIRA, Anderson Alves - O Tabagismo e suas Repercussões Pulmonares no Desenvolvimento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC): artigo de revisão. www.wgate.com.br/fisioweb, acesso 10/12/08, Julho, 2007.

OLIVEIRA, A F; VALENTE, J G; LEITE, I C - Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática - **Revista de Saúde Pública - SciELO**, 42:2: 2008: Rio de Janeiro - RJ.

ROCHA, Eduardo; CARNEIRO, Élide Mara - Benefícios e Complicações da Ventilação Mecânica Não-Invasiva na Exacerbação Aguda da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - **Revista Brasileira de Terapia Intensiva - SciELO**, 20:2: Abril/Junho, 2008: UBERABA - MG.

SAAD JR, Roberto; MANSANO, Marcelo Domingues; BOTTER, Márcio; GANNINI, Jacqueline Arantes; NETO, Vicente Dorgan - Tratamento operatório de bolhas no enfisema bolhoso: uma simples drenagem. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 26:3: Maio/Junho, 2000: São Paulo - SP.

SALES, Maria Penha Uchoa; FIGUEIREDO, Mara Rúbia Fernandes; OLIVEIRA, Maria Irenilza; CASTRO, Helano Neiva - Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 32:5: 2006: Fortaleza - CE.

SANTOS, Sergio Ricardo; GONÇALVES, Maria Stela; LEITÃO FILHO, Fernando Sergio Studart; JARDIM, José Roberto - Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 34:9: 2008: São Paulo - SP.

SILVA, Denise Rossato; GAZZANA, Marcelo Basso; BARRETO, Sérgio Saldanha Menna; KNORST, Marli Ma - Fibrose pulmonar idiopática simultânea a enfisema em pacientes tabagistas. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 34:10: 2008: Porto Alegre - RS.

TESTONI, Fernanda; DIAS, Silvia Luci de Almeida; BONISSONI, Cláudia Mara Campestrini; DIAS, Alexsandra Marinho - Estudo das Alterações Pulmonares em Idosos Tabagistas: Ênfase em Reabilitação Pulmonar. www.lattes.cnpq.br/2871399163392737, acesso 10/12/08, 2005: São dos Campos - SP.

VASCONCELOS, Raphael Silveira; SANTOS, Cláudia Soares; BOGNAR, Liliane Nakayama; FORN, Marina Ganimi; GOUVÊA, Paula Almada - A Atuação da Fisioterapia na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. www.wgate.com.br/fisioweb, acesso 10/12/08, Maio - 2005.

VILLAÇA, Debora Strose; LERARIO, Maria Cristina; CORSO, Simone Dal; NEDER, José Alberto - Novas terapias ergogênicas no tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 32:1: 2005: São Paulo - SP.

WEIS, Luciana; SCHWANCK, Gabriel Borges; SILVA, Júlia Schimidt; LENZI, Luiz Guilherme de Saboya; MACHADO, Mônica Braga; BALOTIN, Rodrigo; JOTZ, Geraldo Pereira; HAGGSTRÄM, Fábio Maraschin; ZETTLER, Eduardo Walker - O papel da Proteína C Reativa (PCR) na detecção precoce de inflamação sistêmica em fumantes. www.amriqs.org.br/revista/51-02/ao06.pdf, acesso 27/01/09, 51:2: Abril/Junho, 2007: Porto Alegre - RS.

YAKSIC, Mateo Sainz; TOJO, Mauro; CUKIER, Alberto; STELMACH, Rafael - Perfil de uma população brasileira com doença pulmonar obstrutiva crônica grave. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 29:2: Março/Abril, 2003: São Paulo - SP.