

O médico e o cigarro

The physician and the cigarette

Hisbello S. Campos¹

RESUMO

O tabagismo é um dos principais fatores causadores de doença e morte em todo o mundo. Noventa por cento dos casos de câncer do pulmão e de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são causados pelo fumo, que também está diretamente ligado a graves doenças cardiovasculares, bem como a diversos outros problemas de saúde. Os custos ligados às doenças tabaco-relacionadas são altos, assim como são grandes as agressões feitas pelas indústrias do fumo ao meio-ambiente, acarretando problemas para todos. O médico é o principal responsável pelas ações de saúde e, obrigatoriamente, tem que dar o exemplo e incluir o combate ao tabagismo na sua prática diária.

Descritores: tabagismo, DPOC, neoplasias pulmonares, abandono do hábito de fumar.

ABSTRACT

Smoking is a major cause of death and disease worldwide. Over 90% of cases of lung cancer and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) are due to smoking and the habit is also directly associated with severe cardiovascular disease as well as many other health problems. Costs associated with smoking related diseases are high and the physician should be in a prime position to contain this problem and to offer specific help to addicted patients consulting with respiratory disease.

Keywords: smoking, COPD, lung neoplasms, smoking cessation.

A fumaça do cigarro contém mais de 4.800 produtos químicos, sendo que 69 deles são reconhecidamente causadores de câncer, fazendo do tabaco um dos principais agentes causais de câncer. A nicotina é a substância responsável pela adição. Quando inalada, atinge o cérebro mais rápido do que drogas injetadas intravenosamente. Fumantes não se tornam apenas fisicamente dependentes da nicotina; eles também associam o fumar a atividades sociais, fazendo do tabagismo um hábito difícil de quebrar.¹

Excelentes artigos focando o papel do tabagismo na gênese de doenças podem ser lidos neste número da *Pulmão RJ*. Num deles, são apresentados os resultados de um inquérito populacional realizado na cidade do Rio de Janeiro, no qual procurou-se avaliar o dano funcional respiratório entre os fumantes. Nele, embora 71% dos 889 indivíduos avaliados relatassem algum sintoma respiratório, a maior parte (70%) não apre-

sentava alteração da função pulmonar, independentemente da carga tabágica. Os autores concluíram que a baixa proporção de disfunções respiratórias entre os fumantes avaliados indica que fatores outros, como predisposição genética e estimulação ambiental, além do tabagismo, certamente estão envolvidos no risco de dano funcional respiratório. O desenho do estudo não permitiu explicar por que a grande proporção de sintomáticos respiratórios na amostra examinada não se refletiu nos resultados funcionais encontrados. Outro artigo, no qual os autores apresentam os resultados de uma pesquisa sobre tabagismo entre os usuários de um serviço odontológico do SUS, em Cuiabá, MT, observou-se que o fumo estava associado a escolaridade, sexo, religião, estado civil, uso de droga ilícita, alcoolismo e ocupação. Informações como essa podem ajudar a definir estratégias e públicos alvos mais efetivos para as ações antitabágicas.

1. Médico do Centro de Referência Prof. Helio Fraga, MS
Local de realização: Centro de Referência Prof. Helio Fraga, MS

As principais preocupações dos pneumologistas são o câncer de pulmão e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), já que o fumo é diretamente responsável por 90% dos casos de neoplasia pulmonar e por 80-90% dos casos de DPOC.² No entanto, o tabagismo está associado também às doenças cardiovasculares (é o principal fator relacionado à doença cardíaca e aos acidentes vasculares cerebrais), como a diversas outras alterações, tais como infertilidade, retardo na cicatrização, doença ulcerosa péptica e pneumonia.³ Segundo a American Lung Association, as doenças tabaco-associadas são responsáveis pelas mortes de 440.000 norte-americanos, a cada ano, incluindo aqueles afetados indiretamente, tais como os bebês prematuros em função do tabagismo materno e os fumantes passivos.⁴ Estima-se que fumar na gravidez seja responsável por 20-30% dos casos de recém-natos de baixo peso, por até 14% dos partos prematuros e por cerca de 10% da mortalidade neo-natal.⁵

O tabagismo também é responsável por elevado prejuízo financeiro. Apenas nos Estados Unidos, os custos relacionados ao tabagismo superam os US\$ 150 bilhões anualmente, incluindo US\$ 81,9 bilhões com perda de produtividade ligada à mortalidade e US\$ 75,5 bilhões com gastos médicos.⁶

A associação entre DPOC e câncer de pulmão ficou clara numa meta-análise de estudos que procuraram relacionar o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF₁) e o câncer de pulmão, que indicou que mesmo pequenas reduções do VEF₁ são preditivas da doença. Em quatro estudos selecionados, observou-se que o risco de câncer de pulmão aumentava quando o VEF₁ diminuía, depois de ajustado pelo tabagismo. Entre os homens, o mais baixo quintil do VEF₁ estava associado a um risco 2,23 vezes maior de câncer de pulmão, quando comparado ao quintil mais alto. Entre as mulheres, essa proporção foi de 3,97.⁷ Recentemente, foi publicado um estudo dinamarquês, realizado entre 1964 e 2003, que procurou determinar se a redução no número de cigarros fumados por dia seria uma estratégia viável para reduzir o risco de câncer de pulmão. A análise de regressão revelou correlação entre diminuir a intensidade ou parar de fumar e a redução do risco. Mesmo com taxas diferentes entre os grandes fumantes e os demais, observou-se a redução de 62% no número de cigarros fumados por dia estava associada a 27% de redução no risco de câncer. Constatou-se, também, que deixar de fumar e nunca fumar são, de longe, os meios mais efetivos para reduzir a incidência de câncer,⁸ o que faz de programas antitabágicos estratégias fundamentais para reduzir o impacto humano e financeiro de grande parte das doenças respiratórias.

Usemos agora a DPOC como um indicador de doença tabaco-relacionada. A maior parte dos dados atuais sobre sua prevalência, morbidade e mortalidade é originária dos países desenvolvidos e indica que seu impacto vem crescendo. Mesmo sendo responsável

por cifras significativas de doença e morte, bem como por prejuízos financeiros para seus portadores e familiares, governos e sociedades, deve-se ressaltar que, na realidade, os dados conhecidos são subestimativas da real magnitude do problema. A complexidade e o alto custo da obtenção de dados sobre a doença, aliados ao subdiagnóstico, à falta de definições claras da doença para fins epidemiológicos e à imprecisão no preenchimento de prontuários médicos e atestados de óbitos, colaboram para que, mesmo alarmantes, as estatísticas divulgadas reflitam apenas parte do todo.

Até recentemente, quase todos os estudos realizados em países desenvolvidos mostravam índices de prevalência e de mortalidade altos e consideravelmente maiores entre os homens.^{9,10} Nos países menos desenvolvidos, no entanto, alguns estudos revelavam taxas discretamente maiores entre as mulheres.^{2,11} Possivelmente as diferenças entre os sexos se devam aos fatores de exposição, especialmente ao fumo, cuja prevalência era maior entre os homens nos países desenvolvidos, e à exposição a gases nocivos e a partículas oriundas do hábito de usar lenha no cozimento dos alimentos e no aquecimento das casas, mais frequente nas regiões menos desenvolvidas.¹² Entretanto, estudos mais recentes revelam um novo padrão epidemiológico, com a prevalência de DPOC quase igual nos dois sexos.¹³ Provavelmente, isso reflete uma mudança no padrão de exposição ao principal fator de risco para a DPOC: o tabagismo. O subdiagnóstico é uma realidade. Como exemplo, pode-se citar um grande estudo epidemiológico sobre a DPOC, realizado na Espanha (IBERPOC), que revelou que a prevalência de obstrução crônica ao fluxo aéreo na população geral era de 9,1% entre aqueles com idade entre 40 e 70 anos; a relação homem/mulher foi de 4:1. No entanto, 88% dos doentes identificados nunca haviam sido diagnosticados.^{14,15}

Com base nas taxas grandes e crescentes, que indicam que, até 2020, a DPOC estará entre as quatro principais causas de comprometimento da saúde humana,¹⁶ a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou um alerta: "Parar de fumar é um passo essencial para reduzir substancialmente os riscos à saúde impostos aos fumantes, e daí, melhorar a saúde em todo o mundo. Está demonstrado que o tabaco causa cerca de 25 doenças possivelmente letais, ou grupos de doenças, muitas das quais podem ser prevenidas, retardadas ou abrandadas pela cessação do fumo. Na medida em que a expectativa de vida aumenta nos países desenvolvidos, o peso da morbidade e da mortalidade por doenças crônicas aumentará ainda mais. Esse cenário projetado de aumento das doenças tabaco-relacionadas pode ser aliviado por esforços intensivos na parada do fumo. Estudos demonstram que 75-80% dos fumantes querem parar, enquanto um terço fez, pelo menos, três tentativas sérias para deixar de fumar. Esforços para abandonar o fumo não podem ser ignorados em favor da prevenção primária; ao contrário, ambos os esforços

têm que ser feitos em conjunto. Se uma pequena parte dos atuais 1,1 bilhões de fumantes conseguir parar, os benefícios sobre a saúde e econômicos serão imensos. Governos, comunidades, organizações, escolas, famílias e indivíduos devem ajudar os fumantes a abandonar esse vício lesivo e aditivo.¹⁷

Um grande estudo europeu (The Lung Health Study), realizado recentemente, trouxe informações relevantes sobre a relação entre fumo e DPOC. Avaliando 5.887 participantes com evidências de DPOC inicial, concluiu-se que parar de fumar tinha um efeito significativo na velocidade de queda do VEF₁, o desfecho primário do estudo.¹⁸ Dessa forma, para fumantes com DPOC, parar de fumar é a coisa mais efetiva a fazer para reduzir a progressão da doença. Como nas questões relacionadas à saúde, o médico é o interlocutor mais respeitado e deve incluir o aconselhamento antitabágico. Idealmente, ações visando a prevenção primária e a parada do tabagismo têm que fazer parte da prática médica. É importante que, em cada consulta médica, haja uma ação sistemática visando à identificação do fumante; ocorra aconselhamento vigoroso para que o fumante deixe de fumar, de modo técnico, sem “moralismos”; sejam identificados e apoiados aqueles que querem parar de fumar.^{19,20} Geralmente, os clientes filtram o que ouvem durante uma consulta em função daquilo que querem ouvir. Deve-se evitar que eles possam sair de uma consulta dizendo: “O doutor não disse

que eu tenho que parar de fumar”. Comprovadamente, um breve e objetivo aconselhamento traz resultados favoráveis; aumento substancial das taxas de abandono do fumo pode ser obtido com aconselhamento médico conciso (1 a 2 minutos).²¹ Quando o conselho é dado numa situação na qual a consulta foi motivada por queixa associada ao fumo, a efetividade da recomendação é multiplicada. O importante é acentuar os efeitos positivos do abandono do fumo, em vez de usar falas aterrorizantes sobre os malefícios do fumo.^{22,23}

Parte dos fumantes precisa de outros recursos, além do apoio médico, para conseguirem ficar sem fumar. As alternativas incluem a reposição de nicotina e fármacos. Meta-análises recentes concluíram que todas as formas de reposição de nicotina são efetivas²⁴ e que, dentre os fármacos disponíveis para ajudar o fumante a permanecer sem fumar, o bupropion e a nortriptilina são úteis,²⁵ ao contrário da naltrexona,²⁶ clonidina²⁷ e ansiolíticos.²⁸ A hipnose,²⁹ a acupuntura³⁰ e a terapia aversiva²¹ também não têm efeito benéfico comprovado.

Finalizando, nossa missão inclui a promoção de saúde e não apenas o tratamento de doenças. Idealmente, nossa prática deve aliar a prevenção primária das doenças tabaco-relacionadas, aconselhando os não-fumantes, particularmente as crianças e os jovens, a não começarem a fumar e estimulando/apoiando os fumantes a abandonarem o cigarro.

REFERÊNCIAS

- National Institute of Drug Abuse. Research Report on Nicotine: Addiction, August 2001.
- Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Tobacco Information and Prevention Source (TIPS). Tobacco Use in the United States. January 27, 2004.
- Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette Smoking Attributable Morbidity - U.S., 2000. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2003 Sept; 52(35): 842-844.
- Morbidity and Mortality Weekly Report. Annual Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Economic Costs-U.S., 1995-1999. Vol. 51, No. 14, April 2002.
- U.S Department of Health and Human Services. Women and Smoking: A Report of the Surgeon General, 2001.
- Morbidity and Mortality Weekly Report. Annual Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Economic Costs-U.S., 1995-1999. Vol. 51, No. 14, April 2002.
- Wasswa-Kintu S, Gan WQ, Man SF, Pare PD, Sin DD. Relationship between reduced forced expiratory volume in one second and the risk of lung cancer: a systematic review and meta-analysis. *Thorax*. 2005; 60: 570-5.
- Godtfredsen NS, Prescott E, Osler M. Effect of smoking reduction on lung cancer risk. *JAMA*. 2005; 294: 1505-10.
- Xu X., Weiss ST., Rijcken B, Schouten JP. Smoking, changes in smoking habits, and rate of decline in FEV₁: new insight into gender differences. *Eur Respir J* 1994, 7: 1056-61.
- Chen JC., Mannino MO. Worldwide epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *Curr Opin Pulm Med* 1999, 5: 93-9.
- Dennis R, Maldonado D, Norman S, Baena E, Martínez G. Woodsmoke exposure and risk for obstructive airways disease among women. *Chest* 1996, 109: 115-9.
- Samet J.M. Marbury M, Spengler J. Health effects and sources of indoor air pollution. *Am Rev Respir Dis* 1987, 136: 1486-508.
- National Heart, Lung and Blood Institute. Morbidity & Mortality: Chartbook of cardiovascular, lung and blood diseases. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health; Bethesda, MO 1998.
- Sobradillo V, Miratvilles M, Jiménez CA, Gabriel R., Viejo JL., Masa J.F., Fernández-Fau, L., Villasante, C. Epidemiological study of chronic obstructive pulmonary disease in Spain (IBERPOC): prevalence of chronic respiratory symptoms and airflow limitation. *Arch Bronconeumol* 1999, 35: 159-66.
- Masa J.F, Miravittles M, Villasante C et al. Underdiagnosis and geographical differences in COPD prevalence in Spain. *Am J Respir Crit Care Med* 1999, 159: A921.
- Lopez AD, Murray CC. The global burden of disease, 1990-2020. *Nat Med* 1998; 4: 1241-3.
- National Institutes of Health (NIH). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD): Global strategy for the diagnosis, management, and prevention, of chronic obstructive pulmonary disease (COPD): NHLBI/WHO Workshop Report. NIH Publication No. 2701, April 2001.
- Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV₁. *JAMA* 1994, 272: 1497-505.
- The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *JAMA* 2000, 283: 244-54.
- Society for Research on Nicotine and Tobacco. AHCPR smoking cessation guideline: its goals and impact. *Tob Control* 1996, 6(Suppl 1).
- Silagy, C. Stead, L.F. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2001, 2: CD000165.

22. Murray, R.P., Johnston, J.J., Dolce, J.J., Lee, W.W., O'Hara, P. Social support for smoking cessation and abstinence: the Lung Health Study. *Addict Behav* 1995, 20: 159-70.
23. May, S., West, R. Do social support interventions ("buddy systems") aid smoking cessation? A review. *Tob Control* 2000, 9: 415-22.
24. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Syst Rev* 2001, 3: CD000146.
25. Tashkin DP, Kanner R, Bailey W et al. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomized trial. *Lancet* 2001, 357: 1571-5.
26. David S, Lancaster T, Stead LF. Opioid antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2001, 3: CD003086.
27. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000, 2: CD000058.
28. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000, 4: CD002849.
29. Abbott NC, Stead F, White AR, Barnes J, Ernst E. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000, 2: CD001008.
30. White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation. *Cochrane Database of Syst Rev* 2000, 2: CD000009.