

# *Tabagismo e Doenças Respiratórias*

*João Paulo Becker Lotufo*

## **Introdução**

O cigarro já estava no Brasil quando Cabral aqui chegou. Era usado na forma de tabaco mascado. Em 1850 começou a ser usado mundialmente nesta forma de cigarro conhecida até os dias de hoje. Houve uma disseminação entre a primeira e a segunda Guerra Mundial. O uso e os efeitos nocivos do cigarro começaram a ser estudados na década de 50, com a morte do rei George VI na Inglaterra, forte dependente da nicotina.

Um terço da população adulta fuma e hoje, pessoas do sexo feminino já estão fumando quase tanto quanto aquelas do sexo masculino. É notório que as pessoas menos favorecidas acabam fumando mais, com exceção daqueles muito pobres que eventualmente não tenham condição de comprar cigarro.

Hoje o tabagismo é considerado uma doença, já existe o CID-F17.2 e com isso pode-se programar esquemas de terapia em saúde pública.

## **Tabagismo e dependência**

O tabagismo provoca uma dependência superior à cocaína e à heroína, por isso o número de cigarros consumidos no mundo é tão grande.

A nicotina é a única droga que exerce uma ação maciça e continuada sobre as células nervosas. Ela é metabolizada no fígado em uma hora, transforma-se em cotinina, que é excretada na urina (utilizada para se reconhecer fumantes passivos). Produz vários cancerígenos e atravessa a barreira hematoencefálica entre 7-20 segundos. As indústrias, já na década de 50, tinham como plano de negócio vender cada vez mais cigarros com alto teor de nicotina, pois cigarros fortes causam maior dependência.

O Rio Grande do Sul produz um tabaco que tem três vezes mais nicotina, e é distribuído para 20 países do mundo e, agora, com a associação de amônia ao cigarro, a nicotina atravessa mais rapidamente as barreiras hematoencefálicas.

Existe uma característica genética de dependência da nicotina. Filhos de pessoas com alguns tipos de genes serão tão dependentes da nicotina quanto seus pais. Na população em geral tem-se 20% de dependentes fracos, 15-20% de dependentes fortes e 5% de dependentes fortíssimos. Os restantes são dependentes moderados. Os dependentes fracos são aqueles que podem parar de fumar com qualquer terapia.

Um importante problema é que aquele que se inicia no tabagismo tem quase três

vezes mais possibilidade de se iniciar na maconha, conseqüentemente cinco vezes mais chances de ser um usuário rotineiro da maconha. Sendo usuário rotineiro da maconha tem cinco vezes mais chance de ser usuário esporádico de cocaína e chegando aqui, ele tem 20 vezes mais chance de ser usuário rotineiro de cocaína. O combate às drogas geralmente é iniciado com as drogas ilícitas. Deveriam combater as drogas ditas lícitas (cigarro e álcool), já que praticamente não existe usuário de maconha que não tenha sido ou seja tabagista.

### **Tabagismo e doenças respiratórias**

Este desenho feito por uma criança (**Figura 1**) mostra o que ela desenhou sobre a sua doença (asma). Note como o cigarro a incomoda. Ele aparece duas vezes em seu desenho. Logicamente, uma exposição imediata, pode ser responsável por asma, rinite e bronquite e uma exposição prolongada pode provocar câncer de pulmão, doença coronariana e enfisema pulmonar.

Analisando visitas hospitalares de pacientes asmáticos, numa análise de quase 3.000 crianças, 79% dos asmáticos que estavam expostos ao cigarro tiveram duas vezes mais presença em visitas hospitalares e ao Pronto Socorro, comparados com pacientes não tabagistas passivos (Dales RE, Thorax; 2002 Jun; 57(6)513-7).

Dentre os fatores de risco para as infecções respiratórias do trato superior, as condições sócio econômicas são importantes, além do



(Figura 1)

início das crianças em creches e escolas precocemente, e o tabagismo passivo. Existem trabalhos que mostram alterações de epitélios da adenóide, em que o grupo fumante passivo apresenta um epitélio mais fino, com diminuição das células ciliadas dessas adenóides (D.Gryczynskaet; Int J Ped Otorhinol 49 (1999) 275-278). Os efeitos do fumo na otite são evidentes: há aumento de otite média aguda em 73% no grupo fumante passivo contra 55% no grupo não fumante passivo (Ilicali,OC; Laryngoscope, Vol111(1). January 2001, 163-167).

Realizamos um trabalho em uma escola de São Paulo, onde foram investigadas crianças de 7-10 anos e crianças de 11-14 anos; 1,5% das crianças de 7-10 anos e 5%, aproximadamente, das crianças entre 11-14 anos, já haviam fumado um cigarro por inteiro. Todos não consideravam bonito a atitude de fumar, mas muitos já tragaram e alguns já estão se iniciando no tabagismo, mesmo nesta faixa etária. Observamos que 51% das crianças, nesta escola, eram fumantes passivos, ou seja, em 51% das casas havia pelo menos um fumante. Geralmente o pai é o fumante principal, seguido da mãe. A grande parte das crianças afasta-se dos pais, quando os mesmos estão fumando. Muitas acham que o cigarro faz mal à saúde, consideram que os fumantes incomodam, mas quase 2% das crianças de 7-10 anos responderam que pensam em fumar no futuro. O que se observa na prática é que entre os alunos de 15-19 anos de idade, 30% já estão fumando.

Na verdade, fumar não é uma questão de hábito, é uma questão de **ÓBITO**. Existe hoje uma tendência, e uma preocupação, de se prestar atendimento a pessoas já viciadas em cigarro, ou com tendência a se tornar um dependente, em postos de saúde, clínicas especializadas em tratar os tabagistas. Os pediatras devem gastar algum tempo da consulta falando do cigarro, porque é muito mais fácil evitar que um paciente se inicie no cigarro, do que ajudar um adulto a parar de fumar.

Mesmo assim, temos grupos de fumantes no Hospital Universitário (HU) da Universidade de São Paulo, com 30 % de eficácia sem fornecimento de medicação anti-tabágica (reposição de nicotina com ou sem bupropiona). A partir do fornecimento da medicação gratuita para os pacientes freqüentadores dos grupos, passamos para uma eficácia de cessação aguda do cigarro de 67,5%.

Dosamos a urina de pacientes pediátricos de 0-5 anos de idade e confirmamos presença de cotinina urinária em 24% das crianças que freqüentam o Pronto Atendimento do HU.

O pediatra pode trabalhar, orientando seus adolescentes e seus pais, iniciando terapia anti-tabágica para todos os fumantes.

### **Leitura recomendada**

1. Seifert JA, Ross CA, Norris JM. Validation of a five-question survey to assess a child's exposure to environmental tobacco smoke. *Ann Epidemiol.* 2002 May; 12(4): 273-7.
2. Wong GC, Berman BA, Hoang T, Bernaards C, Jones C, Bernert JT. Children's exposure to environmental tobacco smoke in the home: comparison of urine cotinine and parental reports. *Arch Environ Health.* 2002 Nov-Dec; 57(6): 584-90.
3. El-Ansari W. Passive smoking in children: facts and public health implications. *East Mediterr Health J.* 2002 Jan; 8(1): 74-87.
4. Gurkan F, Kiral A, Dagli E, Karakoc F. The effect of passive smoking on the development of respiratory syncytial virus bronchiolitis. *Eur J Epidemiol.* 2000 May; 16(5): 465-8.
5. Delfim CIG. Avaliação dos teores de nicotina e cotinina, por cromatografia em fase gasosa, em urina de crianças fumantes passivas [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.