

# Sinais e Sintomas Respiratórios, Grau de Dependência ao Fumo e Nível de Atividade Física em Tabagistas

Respiratory Signs and Symptoms, Tobacco Dependence and Physical Activity level in Smokers

SANTOS, Laura Leonidia Araújo Gomes<sup>1</sup>

ORMOND, Leina de Souza<sup>2</sup>

MACEDO, Maira Carvalho<sup>3</sup>

DIAS, Cristiane Maria Carvalho Costa<sup>4</sup>

MACEDO, Luciana Bilitário<sup>5</sup>

---

## Resumo

**Introdução:** O tabagismo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é a principal causa prevenível de morte e de doenças do mundo, afetando mais de um bilhão de pessoas. **Objetivo:** identificar os sintomas respiratórios em tabagistas, verificar se existe associação com o nível de atividade física e o grau de dependência ao fumo e compará-los com indivíduos não fumantes. **Método:** Estudo de corte transversal; amostra composta por dois grupos: Grupo Tabagista (GT) e Grupo Não Tabagista (GNT); foram avaliados os sintomas e sinais respiratórios por um examinador treinado. O grau de dependência nicotínica foi verificado pelo questionário de Fargeström; o nível de atividade física pelo Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). **Resultados:** amostra composta por 78 voluntários: GT 55,2%(43) e GNT 44,8%(35). O gênero masculino predominou no GT 81,4%(35),  $p < 0,01$ . Quando comparado o nível de atividade física entre os grupos, os tabagistas mostraram-se mais ativos que o GNT ( $p = 0,05$ ). Quanto à frequência de sinais e sintomas respiratórios, a expectoração apareceu com maior frequência (35%), seguida de tosse seca (33%) e dispnéia (33%), sibilos (12%) e roncos (11%) no GT. Quanto ao grau de dependência nicotínica: 46,5% (20) dos tabagistas apresentaram grau de dependência leve. Quando a frequência de sintomas entre GT e o GNT foram comparadas, apenas expectoração e sibilos apareceram com maior frequência no GT. **Conclusões:** a frequência dos sintomas respiratórios predominou no GT, a baixa dependência ao fumo foi mais frequente, juntamente com o nível de atividade física desejável no GT, comparado ao GNT.

**Palavras-chave:** Tabagismo; Atividade física; Sinais e sintomas respiratórios.

---

<sup>1,2</sup> Fisioterapeuta. Graduada pela União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME). Lauro de Freitas, Bahia, Brasil

<sup>3</sup> Fisioterapeuta. Mestre em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (BAHIANA). Salvador, Bahia, Brasil.

<sup>4</sup> Fisioterapeuta. Docente BAHIANA. Membro do Grupo de Pesquisa em Fisioterapia Cardiovascular e Respiratória (GEPFIR) da BAHIANA. Fisioterapeuta líder do Hospital Aliança. Salvador, Bahia, Brasil.

<sup>5</sup> Fisioterapeuta. Docente Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e Escola BAHIANA. Membro GEPFIR. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: [lucianabilitario@bahiana.edu.br](mailto:lucianabilitario@bahiana.edu.br), [lmacedo@uneb.br](mailto:lmacedo@uneb.br).

## Abstract

**Introduction:** Smoking, according to the World Health Organization (WHO), is the leading cause of preventable death and illness worldwide, affecting more than one billion people. **Objective:** To identify respiratory symptoms in smokers in the community and to verify if there is an association between physical activity level and the degree of nicotine dependence compared with nonsmoker group. **Methods:** Cross-sectional study. Sample of 78 volunteers divided into two groups: smoker group (SG) and non-smokers group (NSG); respiratory symptoms and signs were evaluated by a trained examiner; the degree of nicotine dependence by Fargeström scale and the physical activity level by IPAQ were assessed. **Results:** The sample was composed by 78 volunteers: SG 55.2% (43) and NSG 44.8% (35) of the participants. The males were predominated in the SG 81.4% (35),  $p < 0.01$ . When the level of physical activity between the groups were compared, smokers were more active than the NSG ( $p = 0.05$ ). Regarding the frequency of respiratory signs and symptoms, sputum appeared more frequently (35%), followed by cough (33%) and dyspnea (33%), wheezing (12%) and snoring (11%) in SG. Concerning the degree of nicotine dependence: 46.5% (20) of smokers presented mild degree of dependence. When the frequency of symptoms between SG and NSG were compared, only sputum and wheezing appeared more frequently in SG. **Conclusions:** The frequency of respiratory symptoms was predominant in the SG, lower tobacco dependence was more common, as soon as desirable physical activity level compared to NSG.

**Keywords:** Smoking; Physical activity; Respiratory signs and symptoms.

## Introdução

O tabagismo é considerado, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a principal causa de morte prevenível, afetando mais de um bilhão de pessoas no mundo. No Brasil, são aproximadamente 33 milhões de tabagistas (1,2).

Pode-se definir fumante como todo o indivíduo que consumiu cigarros ou qualquer produto tabágico regularmente e tabagismo como o ato de consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina. Assim, o tabaco é considerado um fator de risco para seis (doença cardíaca isquêmica, acidente vascular cerebral e outras doenças cerebrovasculares, infecções do trato respiratório inferior, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de traqueia, brônquios e pulmões), das oito principais causas de morte no mundo e que mata uma pessoa a cada seis segundos (2-4).

Nos fumantes, as alterações histopatológicas e moleculares têm sido observadas no epitélio brônquico. Desta forma, os agentes irritantes produzem modificações no sistema respiratório, tais como: diminuição e parada dos movimentos ciliares nos brônquios, edema e inflamação da mucosa, hipertrofia das glândulas mucosas com hipersecreção, muco de consistência alterada, aumento do número de células caliciformes, diminuição ou desaparecimento das células de clara, tidas como produtores de surfactante; hipertrofia dos músculos lisos e fibrose da parede brônquica (5,6).

As agressões sofridas pelo sistema respiratório resultam em sintomas característicos da doença pulmonar obstrutiva crônica, como tosse, expectoração e dispneia, sendo os mais frequentes, dentre os sintomas relacionados ao tabaco. Portanto, sons patológicos, como os roncos e sibilos, podem ser auscultados nos pulmões de um fumante (6,7).

Quanto à relação entre atividade física e tabagismo, Holmen et al. (2002) concluíram, em estudo

com adolescentes, que “quanto mais estes praticavam atividade física, menos fumavam por dia”, teorizando ser menos provável que este público desenvolva menos sintomas respiratórios causados pelo uso do tabaco. Uma maneira de avaliar o nível de atividade física é o IPAQ, um instrumento que permite estimar o tempo semanal gasto na realização de atividade física diária e em diferentes contextos da vida, tais como, trabalho, tarefas domésticas, transporte e lazer (4, 8-10).

Assim, o objetivo deste trabalho foi identificar os sintomas respiratórios em tabagistas e não tabagistas, em uma comunidade de baixa renda, e verificar se existe associação entre o nível de atividade física e o grau de dependência à nicotina.

## **Método**

Estudo de corte transversal, realizado no período de setembro a novembro de 2010. A pesquisa foi realizada em uma comunidade localizada no bairro da Boca do Rio, na cidade de Salvador, Bahia. Os locais de coleta foram o posto de saúde, uma igreja e a praça local.

Esta amostra foi do tipo de conveniência, dividida em dois grupos: Grupo Tabagista (GT) e Grupo Não Tabagista (GNT). Os participantes foram convidados a participar da pesquisa, por meio de divulgação na comunidade por um carro de som e cartazes. Foram incluídos, indivíduos com idade superior ou igual a 18 anos, ambos os gêneros, tabagistas e não tabagistas. Foram excluídos os indivíduos com cardiopatias prévias, gestantes e ex-fumantes, além dos não tabagistas expostos passivamente ao fumo.

Para a coleta de dados, utilizou-se uma ficha simplificada com os seguintes itens: sexo, idade, presença ou não de doenças prévias e antecedentes familiares, medicações em uso (Anexo 1). As medições foram realizadas por dois examinadores treinados. Após cinco minutos de repouso com o participante sentado e o braço direito posicionado à altura do coração, foram aferidas a Pressão Arterial (PA) e a Frequência Cardíaca (FC), através de um medidor de pressão digital automático de pulso RS380, marca Premium<sup>®</sup> calibrado diariamente. Os participantes eram questionados sobre a presença de sinais e sintomas respiratórios como: tosse seca, expectoração e dispneia, e avaliados, por meio de ausculta pulmonar (estetoscópio Litmann<sup>®</sup>), para determinar a presença ou não de ruídos adventícios no momento da avaliação.

A atividade física diária foi determinada pelo Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão curta, que classifica o nível de atividade física, por meio de uma pontuação obtida pela soma da quantidade de dias e minutos ou horas de atividades físicas realizadas nas duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário. Considerando os critérios de frequência, intensidade e duração, os níveis de atividade física foram classificados em: pouco ativos, moderadamente ativos e muito ativos. Estes dados foram posteriormente recategorizados em nível indesejável de atividade física (categoria 1 ou pouco ativo ou categoria 2 moderadamente ativo) e desejável (classificação 3 ou muito ativo) (4, 8, 9).

Somente os tabagistas foram avaliados quanto ao grau de dependência nicotínica pelo teste de dependência à nicotina de Fargeström, que consiste em seis questões sobre frequência, quantidade e necessidade de consumir tabaco. Por meio das respostas com pontuações específicas, os participantes foram classificados em dependência leve, moderada e grave (4, 11).

É importante salientar que, durante a coleta de dados e após o preenchimento da ficha e avaliação física, os indivíduos foram individualmente orientados quanto ao resultado particular da

avaliação, bem como convidados a assistir a uma palestra sobre os efeitos deletérios do fumo. Após isso, foi entregue uma cartilha com recomendações gerais sobre os benefícios da atividade física e sobre o tabagismo. Em caso de identificação de sinais patológicos, os sujeitos eram encaminhados para avaliação específica no posto de saúde local.

### **Análise Estatística**

Para análise estatística, foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 13.0 para Windows. As variáveis numéricas foram expressas em medidas de tendência central, após avaliada a sua normalidade. As variáveis categóricas foram expressas em frequências e valores absolutos e comparadas pelo teste de qui-quadrado. A comparação entre as variáveis numéricas foi feita pelo teste t de *student*. O teste de *Mann Whitney* foi utilizado para verificar se havia associação entre as variáveis numéricas não paramétricas. Em todas as análises foram adotados 5% como nível de significância.

### **Aspectos Éticos**

O estudo obedeceu aos critérios da ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Tecnologia e Ciências (Faculdade de Tecnologia e Ciências, Salvador, Bahia), parecer número 1992/2010. Todos os participantes leram e assinaram um termo de consentimento informado.

### **Resultados**

A amostra foi composta por 78 indivíduos, divididos em dois grupos: Grupo Tabagista (GT) com 55,2%(43) e o Grupo Não Tabagista (GNT) com 44,8%(35) dos participantes. O gênero masculino predominou no GT, 81,4%(35) versus 18,6%(8) do sexo feminino, com  $p=0,002$ . No GNT, o número de homens e mulheres foi similar: 54,2%(19) e 45,7%(16), respectivamente. A média de idade no GT foi  $38,5\pm 13,0$  versus  $37,1\pm 13,5$  anos no GNT; a PA e FC foram similares entre os grupos (tabela 1).

Quanto ao nível de atividade física, 55%(24) dos tabagistas foram classificados como muito ativos, 24% (10) como moderadamente ativos e 21% (9) como pouco ativos; no GNT, 46% (16) foram classificados como moderadamente ativos, 40% (14) como pouco ativos e 14% (5) como muito ativos. Quando comparado o nível de atividade física entre os grupos, os tabagistas mostraram-se mais ativos que o GNT ( $p=0,05$ ), isso pode ser demonstrado pelo gasto metabólico expresso pelos METS/minuto/semana estimado pelo IPAQ (tabela 1).

O número de tabagistas com nível desejável de atividade física foi maior e apresentou maior número de sintomas (60,3%), que o grupo de tabagistas com nível indesejável de atividade física, porém, sem significância estatística (utilizado teste do qui quadrado) (tabela 2).

Os sintomas respiratórios predominaram entre os tabagistas. A tosse seca, expectoração, dispneia, sibilos e roncos estiveram presentes nos fumantes. Expectoração apareceu com maior frequência (35%), seguida de tosse seca (33%) e dispneia (33%), sibilos (12%) e roncos (11%). No GNT, os sinais e sintomas relatados foram: tosse seca (31,4%), dispneia (17,1%) e roncos (8,6%); no entanto, quando a frequência de sintomas entre GT e o GNT foram comparadas pelo teste do qui quadrado, apenas expectoração e sibilos apareceram com maior frequência em indivíduos tabagistas com significância estatística. Quanto ao grau de dependência nicotínica: 46,5% (20) dos tabagistas apresentaram grau de dependência leve (tabela 3).

**Tabela 1** | Caracterização da amostra.

	<b>Grupo Tabagista</b>	<b>Grupo não tabagista</b>	<b>p</b>
<b>Gênero</b>			
Feminino	8(18,6%)	19(54,3%)	<0,01*
Masculino	35(81,4%)	16(45,7%)	
Idade (anos)	38,5 ± 13,0	37,1 ± 13,5	0,63**
Frequência Cardíaca (bpm)	78,53 ± 12,48	75,23 ± 8,29	0,18**
Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	120,35 ± 19,16	119,71 ± 16,18	0,87**
Pressão Arterial Diastólica (mmHg)	79,30 ± 13,16	81,14 ± 11,05	0,51**
Gasto metabólico METS/min/sem	2719(670-5745)	840(417-1610)	0,05***

\* Teste do qui quadrado; \*\* teste t *student*; \*\*\* *Mann Whitney test*

**Tabela 2** | Frequência de sintomas respiratórios em indivíduos tabagistas de acordo com o nível de atividade física\*

	<b>Nível de Atividade Física</b>		<b>p</b>
	<b>Desejável</b>	<b>Indesejável</b>	
Presença de sintomas	17(60,7%)	11(39,3%)	0,52
Tosse seca	8(57,1%)	6(42,9%)	1,0
Expectoração	10(66,7%)	5(33,3%)	0,34
Dispnéia	8(57,1%)	6(42,9%)	1,0
Sibilos	5(71,4%)	2(28,6%)	0,43
Roncos	1(20%)	4(80%)	0,15

\*Variáveis categóricas expressas em percentuais.

**Tabela 3** | Grau de dependência nicotínica e frequência de sintomas respiratórios em indivíduos tabagistas.

	Teste de Fargestrom			p
	Dependência Leve	Dependência Moderada	Dependência Grave	
Grau de dependência nicotínica entre tabagistas	20 (46,5%)	(11) 25,6%	(12) 27,9%	
Presença de sintomas	12 (42,9%)	5 (17,9%)	11(39,3%)	0,05
Tosse seca	6(42,9%)	1(7,1%)	7(50%)	0,04
Expectoração	5(33,3%)	3(20%)	7(46,7%)	0,13
Dispnéia	8(57,1%)	2(14,3%)	4(28,6%)	0,46
Sibilos	2(28,6%)	-	5(71,4%)	0,01
Roncos	1(20%)	2(40%)	2(40%)	0,44

Variáveis categóricas expressas em percentuais.

Quando comparadas as categorias sintomas respiratórios e o grau de dependência à nicotina, os tabagistas, com baixa e alta dependências, foram os que apresentaram maior frequência de sintomas respiratórios, respectivamente, com significância estatística ( $p=0,05$ ). Nos indivíduos com alta dependência, a tosse seca apresentou maior prevalência (50%), juntamente com os sibilos (71,4%), com significância estatística ( $p=0,04$  e  $p=0,01$ , respectivamente) (tabela 3).

## Discussão

Neste estudo, cuja meta é identificar a presença de sinais e sintomas respiratórios em indivíduos tabagistas ou não e relacioná-los com o nível de atividade física, foi observado um predomínio de tabagistas do sexo masculino. Isto é confirmado pelo estudo Controle do Tabagismo em 2007, realizado nos municípios brasileiros, que citam que, nas economias em desenvolvimento, a prevalência de tabagismo para mulheres é menor do que entre homens (3, 4, 12, 13).

Na avaliação das variáveis fisiológicas, observou-se que os valores da Pressão Arterial Sistólica (PAS), e Pressão Arterial Diastólica (PAD) e da FC, em repouso, foram similares entre os grupos neste trabalho, divergindo de outros publicados sobre o tema. Pureza (2007) comparou esses mesmos dados entre mulheres tabagistas e não tabagistas, concluindo que a PAD e a FC foram maiores nas mulheres fumantes, quando comparadas com as mulheres não fumantes, e a PAS foi similar em ambos os grupos. Hollmann e Hettinger (1989) evidenciaram que, fumando um único cigarro, a FC eleva-se até 10/20 batimentos/minutos e esse aumento pode regredir após 15/45 minutos. A divergência de dados pode ser explicada pelas diferentes características das amostras entre os trabalhos, tais como, média de idade (14-16).

A avaliação dos sinais e sintomas respiratórios, como tosse seca, expectoração, dispneia, sibilos e roncos na ausculta, estiveram presentes entre os fumantes. No Grupo Não Tabagista, os sintomas apresentados foram tosse seca, dispneia e roncos; no entanto, quando a frequência de sintomas entre tabagistas e o Grupo Não Tabagista foram comparadas, apenas expectoração e sibilos apareceram com maior frequência em indivíduos tabagistas. Na literatura científica pesquisada, os artigos confirmam a presença de sinais e sintomas similares em tabagistas.

Nesse contexto, Moreira e colaboradores (2008) realizaram, no Brasil, um estudo para descrever e avaliar os sintomas respiratórios em tabagistas e indivíduos expostos à fumaça de lenha, e concluíram que os grupos apresentaram sintomas, como tosse, dispneia, chiado e presença de catarro, e não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos e os sintomas. O sintoma de maior frequência foi à dispneia moderada, enquanto que, no atual estudo, foi a expectoração. Tashkin (1990), em uma pesquisa com adultos com idade entre 25 e 49 anos, que usavam tabaco, maconha e cocaína, concluíram que os tabagistas e usuários de maconha apresentaram sintomas como tosse, chiado e expectoração sem diferença na prevalência dos sintomas (17, 18).

A dependência à nicotina pode ser avaliada pelo teste de dependência de Fargestrom. Em graus elevados de dependência química, sintomas físicos como dor de cabeça, enjoo, ânsia de vômito, ansiedade e irritação podem ser observados. Nesse contexto, Pietrobon (2008), em um trabalho de revisão sobre o teste de Fargeström, aponta as diversas possibilidades de utilização do teste, como instrumento para avaliar a gravidade da dependência à nicotina, podendo ser usado mundialmente em diferentes amostras populacionais. A sua aplicação é simples, rápida e de baixo custo, sendo possível o seu emprego, em substituição a outros testes bem mais caros que consumiriam mais tempo e seriam invasivos (2, 11).

No presente estudo, predominou a dependência leve à nicotina. Rodrigues (2008) avaliou o grau de dependência nicotínica e o nível de atividade física em tabagistas universitários e, também, encontrou prevalência da dependência leve. Outra pesquisa realizada na Itália, com 860 homens e mulheres, revelou maior prevalência do grau de dependência alto. As divergências encontradas podem ser explicadas pelas diferentes características das amostras, como gênero, média de idade e renda econômica da população (4,18).

Os sintomas respiratórios estiveram presentes em todos os graus de dependência neste estudo. Isso, talvez, se dê ao fato de que exista uma estreita relação do consumo de cigarros com sintomas respiratórios e diminuição da capacidade funcional pulmonar (21). Bernat (2009) realizou um estudo com base populacional (n= 2022; 29,7% fumantes) e, na associação entre os sintomas de chiado no peito e falta de ar com o consumo de cigarros, observou um efeito dose-resposta, com maior prevalência dos desfechos entre os que consumiam mais tabaco. Está bem estabelecido, desta forma, que os efeitos deletérios do tabaco são reconhecidamente acumulativos e dose dependentes (22).

Ao se avaliar a relação entre tabagismo e sintomas respiratórios, Júnior et al.(2009) realizaram uma pesquisa com ingressantes universitários e não encontraram diferenças estatísticas entre os grupos (fumantes, ex-fumantes e não fumantes), quanto à ocorrência de tosse (p=0,23), chiado (p=0,78) ou dispneia (p=0,84), apesar de ser observada uma tendência maior dos tabagistas apresentarem tosse. Dos alunos que se declararam não fumantes, 47,12% afirmaram ficar expostos à fumaça de cigarro no ambiente de trabalho e/ou estudo. Ao analisar o sintoma tosse neste grupo, foi encontrado um número significativamente maior de sintomáticos entre os tabagistas passivos (p=0,007), em relação aos que não ficavam expostos à fumaça do cigarro. Ressalta-se aqui que, diferente do estudo supracitado, os tabagistas passivos não foram incluídos nesta pesquisa (19).

A atividade física vem sendo um componente importante, para um estilo de vida saudável, devido à sua associação com diversos benefícios para a saúde, enquanto que o fumo é um comportamento de risco à saúde. Em estudo realizado nos EUA, adolescentes fumantes praticavam menos exercício físico, e cerca de 35% começaram a fumar no mesmo ano em que deixaram de praticar esportes. Assim, o tabagismo foi mais prevalente em indivíduos sedentários e o exercício físico foi considerado fator protetor contra seu início (10, 19, 20).

Neste trabalho, a maioria dos tabagistas foi classificada como muito ativa e, quando os grupos foram comparados, os tabagistas mostraram-se mais ativos que o grupo não tabagista ( $p < 0,01$ ). É provável que exista essa diferença, por alguns motivos: o número de tabagistas foi maior do que os não tabagistas, e essa amostra foi de maioria masculina que exercia funções, ocupações e profissões que exigiam muita atividade, de acordo com os relatos apresentados durante a coleta.

Rodrigues (2008), em pesquisa com universitários, comparou o nível de atividade física entre fumantes e não fumantes e não encontrou diferença estatisticamente significativa na amostra geral e em nenhuma das categorias estudadas; assim como, não encontrou diferenças nas proporções nas quatro categorias dos níveis de atividade física entre os fumantes e os não fumantes. O grau de dependência nicotínica muito baixa foi o mais prevalente (68,5%,  $p < 0,05$ ) no trabalho citado e a diferença na média de idade e nível sócioeconômico podem explicar os resultados divergentes. Ainda, estudo similar (23) à atual pesquisa, que visou verificar se há relação entre nível de atividade física e o tabagismo, encontrou uma relação inversa entre as variáveis estudadas, sugerindo que a atividade física exerça efeitos positivos na prevenção e no tratamento do hábito de fumar.

Este estudo apresentou, como principais limitações, o número maior de homens entre os fumantes, a avaliação dos sinais e sintomas respiratórios de forma pontual (eventuais repercussões de doenças agudas podem ter ressaltado sintomas presentes), o uso de IPAQ para avaliar gasto metabólico (o questionário apresenta limitações como subjetividade e variedade no cálculo do escore), e o não pareamento dos participantes por idade e/ou gênero.

## Conclusão

A frequência de sintomas respiratórios foi mais elevada no grupo tabagista, comparada ao grupo não tabagista. Os sinais e sintomas mais presentes entre os fumantes foram expectoração e tosse seca, seguidos de dispneia, sibilos e roncos à ausculta pulmonar. A maior parte da amostra apresentou grau de dependência leve ao fumo.

Quando comparados os sintomas respiratórios com o grau de dependência à nicotina, os tabagistas com baixa e elevada dependências foram os que apresentaram maior frequência destes sintomas, respectivamente. Quando a presença dos sintomas foi comparada com o nível de atividade física, não foi encontrada associação. Assim, fazem-se necessários estudos na área, para uma melhor caracterização desta população.

## Referências

1. Leitão Filho FS, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA, Nascimento AO, et al. Levantamento randomizado sobre a prevalência de tabagismo nos maiores municípios do Brasil. J Bras Pneumol. 2009 Dez;35(12):1204-11.
2. INCA. A história do tabaco [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2010 Nov]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/.htm>



3. Menezes V. Prevalência de Sintomas Respiratórios em Tabagistas Ativos e Passivos [ trabalho de conclusão de curso]. Lauro de Freitas: Unime, União Metropolitana de Educação e Cultura; 2007.
4. Rodrigues ESR, Cheik NC, Mayer AF. Nível de atividade física e tabagismo em universitários. Rev Saúde Pública. 2008 Ago;42(4):672-8.
5. Barsky SH, Roth MD, Kleerup EC, Simmons M, Tashkin DP. Histopathologic and molecular alterations in bronchial epithelium in habitual smokers of marijuana, cocaine and/or tobacco. J Natl Cancer Inst. 1998 Ago;90(16):1198-205.
6. Rosemberg J. Tabagismo e doenças pulmonares. In: Tarantino AB. Doenças Pulmonares. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 155-67.
7. Gambaroto G. Fisioterapia respiratória em unidade de terapia intensiva - avaliação de fisioterapia respiratória em unidade de terapia intensiva. São Paulo: Atheneu; 2006.
8. Benedetti TRB, Antunes PC, Rodrigues-Anez CR, Mazo GZ, Petroski EL. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. Rev Bras Med Esporte. 2007 Jan/Fev;13(1):11-6.
9. Centro Coordenador do IPAQ no Brasil (CELAFISCS) [Internet, acesso 2010 Fev]. Disponível em: <http://www.celafiscs.com.br>
10. Holmen TL, Barret-Connor E, Clausen J, Holmen J, Bjermer L. Physical exercise, sports, and lung function in smoking versus nonsmoking adolescents. Eur Respir J. 2002 Jan;19(1):8-15.
11. Pietrobon RC, Barbisan JN, Manfroi WC. Utilização do teste de dependência à nicotina de Fargeström como um instrumento de medida do grau de dependência. Rev HCPA. 2007;27(3):31-6.
12. Mariano ME, Elia D, Scarascia A, Tzani P, Giucastro G, Olivieri D, Marangio E. Smoking cessation: aspects of prevention and therapy. The activity of the smoking cessation Parma – Italy. Acta Biomed. 2009 Apr;80(1):42-6.
13. Oliveira AF, Valente JG, Leite IC. Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática. Rev Saúde Pública. 2008;42(2): 335-45.
14. Iglesias R, Jha P, Pinto M, Silva VLC, Godinho J. Controle do tabagismo no Brasil – Documento de discussão: saúde, nutrição e população (HNP). Washington: Banco Internacional para reconstrução e desenvolvimento/Banco Mundial; Ago 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Controle%20do%20Tabagismo%20no%20Brasil.pdf>
15. Holman W, Hettinger TH. Medicina de esporte: fumo e capacidade de desempenho físico. São Paulo: Manole; 1989.
16. Pureza DY, Sargentini L, Laterza R, Flores LJF, Irigoyen MC, Angelis K. Efeitos cardiovasculares da abstinência do fumo no repouso e durante o exercício submáximo em mulheres jovens fumantes. Rev Bras Med Esporte. 2007 Set/Out;13(5):292-6.
17. Moreira MAC, Moraes MR, Silva DGST, Pinheiro TF, Vasconcelos Júnior HM, Maia LFL, et al. Estudo comparativo de sintomas respiratórios e função pulmonar em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica relacionada à exposição à fumaça de lenha e de tabaco. J Bras Pneumol. 2008 Jan;34(9):667-74.
18. Tashkin DP. Pulmonary complications of smoked substance abuse. Addiction Medicine and the

primary care physician. West J Med. 1990 May;152: 525-30.

19. Rodrigues Júnior JC, Ferraz SMR, Bruno RX. Prevalência e perfil de tabagistas universitários ingressantes de uma instituição de ensino superior. Pulmão. 2009 Mar;18(1):14-8.

20. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. Physical activity and public health. A recommendation from the center for disease control and prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA. 1995 Feb;273(5):402-7.

21. Macedo LB, Ormond LS, Gomes LLA, Macedo MC. Tabagismo e força muscular respiratória em adultos. Assobrafir Ciência. 2011 Dez;2(2):9-18.

22. Bernat AC, Oliveira MC, Rocha GC, Boing AF, Peres KG. Prevalência de sintomas respiratórios e fatores associados: estudo de base populacional em adultos de Lages, Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009 Set;25(9):1907-16.

23. Lima EC, Macedo LB. Nível de atividade física e tabagismo em moradores de uma comunidade em Salvador. Rev Pesquisa em Fisioterapia. 2012 Jan;2(1): 25-31.

**Recebido em:** 24/01/2013

**Aceito em:** 22/06/2013

**Anexo 1: Ficha de Avaliação - Tabagismo, Sinais e Sintomas**

1. Identificação (numerar de acordo com número TCLE): \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( )
2. Tabagista (Aplicar Fargestrom se resposta **sim**): Sim( ) Não( )
3. Uso de medicações: Sim ( ) Não ( ) Quais \_\_\_\_\_
4. Uso de entorpecentes: Sim ( ) Não ( ) Quais: \_\_\_\_\_
5. Doenças presentes: HAS ( ) DM ( ) Doenças cardíacas ( ) \_\_\_\_\_  
Doenças pulmonares ( ) \_\_\_\_\_ Outras: \_\_\_\_\_  
Exame físico:
6. FC repouso \_\_\_\_\_ bpm
7. FR \_\_\_\_\_ rpm
8. PAS \_\_\_\_\_ mmHg
9. PAD \_\_\_\_\_ mmHg
10. Sinais e Sintomas respiratórios presentes: Sim ( ) Não ( )
11. Descreva os sinais/sintomas com as palavras do entrevistado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Se abaixo encontrados, quais:  
Tosse seca ( ) Expectoração/Secreção ( ) Falta de ar - Dispnéia ( ) Chiado no peito  
- Sibilos ( ) Roncos ( )  
Outros \_\_\_\_\_
13. Ausculta Pulmonar: \_\_\_\_\_
14. Resultado IPAQ – Classificação:  
( ) muito ativo-1 ( ) moderadamente ativo-2 ( ) pouco ativo-3  
METS \_\_\_\_\_ minutos/semana
15. Resultado Fargestrom - Grau de dependência ao fumo  
Muito Baixo ( ) Baixo ( ) Moderado ( ) Elevado ( ) Muito Elevado ( )  
Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. Recebeu orientações/cartilha:  
( ) Sim ( ) Não
17. Encaminhado para avaliação no posto de saúde:  
( ) Sim ( ) Não  
Motivos: \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_