ABORDAGENS TERAPÊUTICAS NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Leonardo Mazzocchi

Valentina Metsavaht Cará

Caroline Perin Strassburger

Cynthia Rocha Dullius

Gustavo Chatkin

UNITERMOS

HÁBITO DE FUMAR; ABANDONO DO USO DE TABACO; TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS.

KEYWORDS

SMOKING; TOBACCO USE CESSATION; SUBSTANCE-RELATED DISORDERS.

SUMÁRIO

Apesar das políticas governamentais investirem na prevenção e em estratégias de combate ao fumo, o tabagismo segue sendo considerada uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde. Nesse contexto é importante que todo profissional de saúde conheça abordagens terapêuticas disponíveis, já que os desfechos da doença são desfavoráveis.

SUMMARY

Despite government policies invest in the prevention and combat strategies to smoking, it is still considered pandemic by the World Health Organization. In this context it is important that all health care professionals has notions of the

therapeutic approaches available, since the outcomes of the disease are extremely unfavorable.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é a principal causa de morte prevenível na maioria dos países, inclusive no Brasil. Parar de fumar é uma estratégia importante para reduzir a morbidade e mortalidade associada às doenças tabaco-relacionado.

Recente estudo no Brasil, de base populacional nas principais capitais, chamado VIGITEL, estimou que o tabagismo no país possa variar entre 10-21%, dependendo da capital. No conjunto da população em geral a frequência de fumantes foi de 16,1%, sendo 20,1% do total de homens e 12,% das mulheres do país¹. Dessa forma fica nítida a necessidade de seguir investindo em educação e medidas preventivas para evitar a iniciação do tabagismo, assim como conhecer os diferentes tipos de tratamentos existentes.

Pela última edição da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS) o tabagismo possui código próprio (F17) sendo, assim, considerado como uma doença pertencente ao grupo dos Transtornos Mentais e Comportamentais.

ABORDAGEM INICIAL

Inicialmente medidas indiretas já na chegada ao consultório devem ser estimuladas, como cartazes proibindo o fumo, assim como retiradas de

cinzeiros. A colocação de folhetos estimulando a cessação e mostrando os benefícios do abandono ao tabagismo são importantes no tratamento.

O fumante deve ser submetido à avaliação clínica no momento da admissão no programa de cessação do tabagismo. O objetivo é identificar alterações funcionais pulmonares, existência de doenças relacionadas ao tabagismo (DRT), possíveis contraindicações e interações medicamentosas durante o tratamento farmacológico da dependência. É neste momento que também é avaliado o perfil do fumante, seu grau de dependência à nicotina e sua motivação para deixar de fumar, assim como necessidade de exames básicos como exame radiológico de tórax, espirometria completa e ECG de repouso.

Avaliação do grau de dependência nicotínica pode ser feita usando escores específicos, sendo a escala de Fagerström a mais usada. Uma soma acima de seis pontos indica que, provavelmente, o paciente terá desconforto significativo (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar e possivelmente será indicada medicação específica.

Teste de dependência à nicotina de Fagerström

Quadro 1 - Itens e escore do Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström (FTND): Pontos

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	
(1) Dentro de 5 minutos	3
(2) Entre 6-30 minutos	2
(3) Entre 31-60 minutos	1
(4) Após 60 minutos	0
(5) Não fuma	
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?	
(1) Sim	1
(0) Não	0
3. Qual cigarro do dia traz mais satisfação?	
(1) O primeiro da manhã	1
(2) Outros	0
(3) Nenhum	
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	
(1) Menos de 10	0
(2) De 11 a 20	1
(3) De 21 a 30	2
(4) Mais de 31	3
(5) Não fuma	
5. Você fuma mais freqüentemente pela manhã?	
(1) Sim	1
(0) Não	0
6. Você fuma mesmo doente?	
(1) Sim	1
(0) Não	0

Conclusão sobre o grau de dependência:

0 - 2 pontos = muito baixo

3 - 4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6 -7 pontos = elevado

8 -10 pontos = muito elevado

Figura 1 – Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström

MOTIVAÇÃO INDIVIDUAL DO PACIENTE

O reconhecimento dos estágios de motivação para cessação tabágica pelo qual o paciente se encontra ajuda a determinar abordagem². Entender o momento exato pelo qual o paciente está passando evita abordagens desnecessárias, que podem, inclusive terem resultados prejudiciais e afastar o paciente do tratamento. Esse modelo teórico de Prochaska e Di Clemente é amplamente difundido na terapêutica das adicções e os estágios nele contemplados não representam uma escala evolutiva, ocorrendo comumente

uma flutuação entre os mesmos, o que representa um desafio ainda maior à terapêutica:

- **Pré-contemplação:** Não há intenção de parar, nem mesmo uma crítica a respeito do conflito envolvendo o comportamento de fumar.

- **Contemplação:** Há conscientização de que fumar é um problema, no entanto, há uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança.

- **Preparação:** ciente da mudança momento. É importante nesse momento o paciente ser encorajado e assumir a responsabilidade de compromissos firmados. Pode-se sugerir programar uma data abandono ou mesmo uma redução gradual.

- **Ação:** se dá quando o sujeito escolhe uma estratégia para a realização desta mudança e enfrenta a abstinência. Nessa fase o paciente geralmente precisa de suporte tanto com terapia cognitivo-comportamental quanto farmacológico.

- **Manutenção:** momento em que se trabalha com a prevenção à recaída e a consolidação dos ganhos obtidos durante a ação.

- **Recaída:** precisa ser entendido tanto pelo paciente quanto pelo profissional, pois o sentimento de frustração atinge ambos. É importante diferenciar a recaída do lapso. No segundo o paciente teve um episódio isolado, fumou um ou dois cigarros em uma situação ocasional, estimulada por algum evento diverso. A recaída se caracteriza pela volta ao hábito.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

É a base do tratamento do tabagismo. Consiste em transmitir conhecimentos ao fumante e ensiná-lo técnicas ou estratégias que possam modificar o seu comportamento e hábitos relacionados ao tabagismo. Estudos mostram que quanto maior o tempo de abordagem, assim como o número de abordagens, maior o índice de sucesso.

ABORDAGEM FARMACOLÓGICA

O uso de medicamentos é um recurso adicional no tratamento do tabagismo quando a abordagem comportamental é insuficiente pela presença de elevado grau de dependência à nicotina. Os fármacos de primeira linha³, com evidências de eficácia, são classificados em nicotínicos e não-nicotínicos.

Terapia de Reposição de Nicotina (TRN):

Todas as formas de TRN são eficazes na cessação do tabagismo, podendo praticamente dobrar a taxa de cessação no longo prazo quando comparadas ao placebo⁴ (grau/nível A).

Disponível tanto na forma de liberação lenta (adesivos) quanto na forma de liberação rápida (goma, pastilha e inalador nasal). As formas de liberação rápida são muito úteis para tratamento da fissura, porém o seu uso deve ser criterioso e controlado, pois há risco também de dependência. Já os adesivos são opção mais clara para tratamento longo prazo com doses variadas.

A facilidade de modificar as dosagens permite ao médico individualizar as prescrições de acordo com as necessidades dos pacientes. Isso torna a TRN uma boa e segura opção terapêutica⁵. As taxas de abstinência do tabaco são maiores quando a TRN é usada em combinação com outros tratamentos, incluindo o treinamento de habilidades (grau/nível A). Caso surjam sinais de efeitos tóxicos (náusea, salivação, palidez, dor abdominal, sudorese, cefaléia, tontura, tremores, etc.), a dose deve ser reduzida ou suspensa. A intoxicação nicotínica, embora rara em adultos, pode ocorrer quando os indivíduos que usam o adesivo continuam fumando. O tratamento se faz com a interrupção do medicamento e medidas de suporte.

Bupropiona: antidepressivo atípico de ação lenta com índices de cessação duas vezes maior em relação ao placebo⁶. O mecanismo de ação não foi totalmente determinado, mas acredita-se que ela promove recaptção neural da dopamina e da noradrenalina. Tem eficácia comprovada inclusive em pacientes com doenças relacionadas ao fumo, como DPOC e eventos cardiovasculares. O tratamento deve ser iniciado 5-7 dias antes da cessação e a dose recomendada é de no máximo 300mg dia. Cefaléia, insônia e boca seca estão entre os principais efeitos colaterais. Pacientes com história de epilepsia possuem contra-indicação absoluta para o uso de bupropiona.

Tartarato de vareniclina: primeira medicação produzida especificamente para o tratamento do tabagismo. As propriedades da vareniclina como agonista parcial causando ativação moderada dos receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$ explicam o alívio dos sintomas da abstinência

e da fissura⁷. Por outro lado, ao bloquear a ligação da nicotina ao receptor, reduzem a satisfação ao fumar e o reforço positivo naqueles que continuam fumando quando em uso da droga, configurando suas propriedades antagonistas. A duração do tratamento é de três a seis meses. As taxas de abstinência em um ano são maiores quando comparadas ao placebo e com outras formas de tratamento⁸. Entre os principais efeitos colaterais da medicação náuseas e vômitos são os de maior destaque.

TERAPIA COMBINADA

A despeito da melhora das taxas de cessação, ainda não está muito claro o quanto essas combinações podem ser eficazes para ajudar na no tratamento. As combinações com comprovação de eficácia são:

- Uso prolongado de adesivos de nicotina (>14 semanas) + outra terapia de substituição de nicotina (goma ou spray);
- Adesivos de nicotina + inaladores de nicotina;
- Adesivos de nicotina + bupropiona (aprovada pelo FDA).

CONCLUSÃO

A cessação do tabagismo continua sendo um desafio entre os médicos. Mesmo com opções de tratamento combinadas utilizando farmacologia e terapia cognitivo-comportamental os índices tanto de falha quanto de recaída seguem altos. Apesar disso, sendo uma doença com taxas de morbimortalidade muito elevadas e projeções alarmantes, é preciso que o profissional da saúde siga investindo na tentativa de auxiliar o paciente a abandonar a dependência.

Em paralelo, fica claro que ainda é preciso seguir investindo na busca de novas opções terapêuticas, atenção primária e em medidas políticas contra o fumo.

O papel do profissional de saúde, em especial do médico, na luta contra o tabagismo é fundamental. Cerca de 70% dos fumantes consultam um médico pelo menos uma vez por ano, e quem os atende não pode perder a oportunidade de orientar em relação aos malefícios do tabagismo e dos benefícios em abandonar a adição.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Moura EC, Silva SA, et al. Prevalence of smoking among adults residing in the Federal District of Brasília and in the state capitals of Brazil, 2008. *J Bras Pneumol*. 2010 Jan-Feb;36(1):75-83.
2. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983 Jun;51(3):390-5.
3. Ranney L, Melvin C, Lux L, et al. Systematic review: smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. *Ann Intern Med*. 2006 Dec 5;145(11):845-56.
4. McEwen A, Hajek P, McRobbie H, et al. *Manual of smoking cessation: a guide for counsellors and practitioners*. Malden: Blackwell; 2006.
5. Aveyard P, West R. Managing smoking cessation. *BMJ*. 2007 Jul 7;335(7609):37-41.
6. McRobbie H, Lee M, Juniper Z. Non-nicotine pharmacotherapies for smoking cessation. *Respir Med*. 2005 Oct;99(10):1203-12.
7. Keating GM, Siddiqui MA. Varenicline: a review of its use as an aid to smoking cessation therapy. *CNS Drugs*. 2006;20(11):945-60.
8. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006 Jul 5;296(1):56-63.