

TRANSTORNO POR USO DE TABACO

TOBACCO USE DISORDER

Tatiana B. Soares¹, Flávia L. Geraldo¹, Maristela S. Schaufelberger²

¹ Pós-Graduandas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

² Docente do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, Divisão de Psiquiatria, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

Av. dos Bandeirantes 3900 Monte Alegre – CEP 14049-900 – Ribeirão Preto
email: maristela-ss@usp.br

Resumo

O tabagismo é considerado uma pandemia e um grave problema de saúde pública. O tabagismo ativo e o tabagismo passivo são, respectivamente, o primeiro e o terceiro maiores responsáveis por mortes evitáveis no mundo. A nicotina, presente em todos os produtos derivados do tabaco (cigarros, cachimbos, charutos, narguilé, fumo mascado e outros), é uma substância psicoativa com alto poder de causar dependência. Além da nicotina, os tabagistas e os fumantes passivos (que inalam a fumaça do tabaco presente no ambiente), estão expostos a outras substâncias tóxicas, associadas ao risco de mais de 50 doenças. O transtorno por uso de tabaco é uma síndrome que se caracteriza por aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos, em que há perda de controle e desejo intenso de uso da substância, prejuízos funcionais e desenvolvimento de fenômenos farmacológicos de tolerância e abstinência. Embora a maioria dos fumantes expresse desejo de parar, a taxa de cessação sem apoio médico é muito baixa, sendo geralmente necessárias várias tentativas; o tabagismo deve ser identificado por todos os profissionais de saúde em todos os níveis de atenção à saúde e o aconselhamento deve ser oferecido a todos os tabagistas. Para os motivados a parar, deve ser oferecido tratamento. Tratamentos reconhecidamente eficazes para o tabagismo são: a terapia cognitivo-comportamental e o tratamento farmacológico (com terapias de reposição de nicotina ou fármacos não-nicotínicos) que podem dobrar ou triplicar a taxa de abstinência em 12 meses. Desafios atuais são: o aumento do uso de outras formas de tabaco entre os jovens (ex: narguilé) e o surgimento de dispositivos eletrônicos de liberação de nicotina (como os cigarros eletrônicos ou e-cigarretes), que são vistos pela população como alternativa segura para o fumo de cigarros.

Palavras Chave: Transtorno por uso de tabaco, nicotina, tabagismo.

Abstract

Smoking is considered a pandemic and a major public health problem. Active and passive smoking are, respectively, the first and the third causes of preventable deaths worldwide. Nicotine, present in all tobacco products (cigarettes, pipes, cigars, hookah, chewing tobacco and other) is a psychoactive substance with a high potential to cause dependency. First and second-hand smokers are exposed to other carcinogenic toxic substances, and tobacco use is associated with more than 50 diseases. Tobacco Use Disorder is a syndrome characterized by cognitive, behavioral and physiological aspects, characterized by loss of control and an intense desire use tobacco, functional impairment and development of drug tolerance and withdrawal phenomena. Although most smokers express a desire to stop using, the cessation rate without medical support is very low, and usually takes several attempts; smoking should be identified by all health professionals at all levels of health care and counseling should be offered to all smokers. Treatment should be offered for those motivated to quit. Effective treatments for tobacco use disorder are: cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatment (with nicotine replacement therapies or non-nicotinic drugs) that can double or triple the abstinence rate at 12 months. Current challenges in tobacco use are the increased use of alternative forms of tobacco among young people (eg hookah) and the emergence of electronic nicotine delivery devices (such as electronic cigarettes or e-cigarretes), which are seen by the general population as safe alternative to cigarette smoking,

Keywords: Tobacco Use Disorder, nicotine, smoking

1. Tabagismo

“Giving up smoking is the easiest thing in the world. I know because I have done it thousands of times”.

Essa famosa citação atribuída a Mark Twain é bastante reveladora a respeito do efeito do tabaco sobre o nosso comportamento. O objetivo deste texto é justamente o de apresentar o conhecimento básico sobre como o uso de tabaco, particularmente do cigarro, constitui-se, de maneira similar às drogas de abuso, não como um simples comportamento habitual, e sim como um comportamento imperativo, característico de uma verdadeira dependência ou adição. O termo tabagismo refere-se ao uso de tabaco em quaisquer de suas formas (secundárias ou não à combustão): inalada aspirada ou mascarada. O termo *Transtorno por uso de tabaco* é definido como o uso de tabaco em detrimento da saúde ou do funcionamento social do usuário e inclui a noção de dependência de tabaco/nicotina. Além dos já bastante reconhecidos efeitos nocivos do tabagismo sobre a saúde, reconhece-se atualmente que seu uso pode levar à dependência, sendo esta considerada um Transtorno Mental e do Comportamento, como veremos a seguir.

1.1 História e Epidemiologia

Tabaco é o nome popular da planta *Nicotiana tabacum* que contém nicotina e cujas folhas secas são usadas principalmente na forma aspirada, inalada ou mascarada. Seu uso foi disseminado pela Europa à época da colonização europeia na América há 500 anos e desde então, por todos os continentes¹.

A indústria do tabaco se consolidou no final do século XIX e 1ª metade do século XX, quando o cigarro passa a ser produzido de forma industrial e tornou-se o primeiro produto comercial globalizado, principalmente com presença maciça nos campos de batalha da I Guerra Mundial. A indústria passou a investir de forma agressiva em propaganda e marketing, fato decisivo para que o comportamento de fumar ganhasse uma representação social positiva, a partir da associação do uso do tabaco com ideal de autoimagem como: beleza, liberdade, sucesso. Até profissionais da saúde foram assediados pela indústria do tabaco e participaram da divulgação do cigarro em peças publicitárias que realçavam supostos benefícios do cigarro para a saúde. Propagandeado através do cinema, televisão e como patrocinador de eventos culturais e esportivos de alcance mundial (como a Fórmula 1, por exemplo), e com uso de estratégias de marketing cada vez mais agressivas, o cigarro continuou se disseminando, inclusive entre as mulheres, e a indústria do tabaco passou a ter lucros estratosféricos. Em 1972, na cidade de São Paulo, 54% dos homens e 20% das mulheres eram fumantes; em 1988, 38% da população brasileira fumava².

A partir da segunda metade do século XX, surgiram os primeiros estudos científicos mostrando relação de causalidade entre tabaco e doenças como o câncer de pulmão e diversas outras a seguir, embora a indústria do tabaco negasse as evidências. Apenas após ações judiciais a indústria do tabaco foi obrigada a divulgar seus documentos secretos, revelando que não só sabiam do poder aditivo do tabaco como também do seu potencial de causar doenças².

Além disso, na década de 80 já surgem as evidências dos malefícios relacionados à exposição ambiental à fumaça do tabaco (“fumo passivo” ou “second-hand smoking”), incluindo o risco aumentado para câncer de pulmão².

Em 1988, o US Surgeon General dos EUA afirma que: “cigarros e outras formas de tabaco causam dependência; a nicotina é a droga responsável pela dependência; os processos farmacológicos e comportamentais que determinam a dependência ao tabaco são similares aos que determinam a dependência às outras drogas como heroína e cocaína”. Neste momento, a população começou a se dar conta de que o tabagismo não era um simples “hábito” e o cigarro passou a ser visto como um vício.

No entanto, por conta da expansão global do tabagismo no século XX, apesar do conhecimento acerca de seus malefícios, atualmente há 1 bilhão e 300 mil usuários de tabaco no mundo, o que representa cerca de 18% da população mundial³. Os cigarros representam cerca de 90% dos produtos de tabaco/nicotina consumidos atualmente. Nos EUA, 22% das pessoas são ex-fumantes e 21% são atuais fumantes, sendo que destes, 80% fumam diariamente⁴.

Nos países em desenvolvimento a taxa de tabagismo é maior do que nos países desenvolvidos, mas segundo um estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS), o uso de tabaco é alto em todas as regiões do globo: com exceção do menor uso na Nigéria (17% da população), praticamente todos os outros países avaliados mostraram taxas ao redor de 50% para uso de tabaco ao longo da vida, sendo que nos EUA essa taxa chega a 73%³. Em muitos países em desenvolvimento, a prevalência do tabagismo é muito maior em homens do que em mulheres, enquanto nos países desenvolvidos essa diferença tende a desaparecer⁴.

Em 2003, a OMS finalizou a elaboração de um tratado internacional com medidas visando à redução da pandemia do tabagismo, o chamado WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) conhecido no Brasil (que é signatário desde 2005) como Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Esse tratado contém as

obrigações legais que devem ser seguidas pelos signatários e inclui medidas para redução da demanda e da produção de tabaco e provê direções detalhadas para que sejam implantadas políticas de controle de tabaco em todos os níveis governamentais. Entre essas medidas estão incluídas aquelas relacionadas à disseminação de conhecimento para educadores e profissionais de saúde e aquelas relacionadas à provisão de tratamento para o tabagismo⁵.

No Brasil, a adesão às propostas da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco vem tendo efeito bastante positivo nos últimos anos; mas apesar da redução considerável do número de fumantes nas últimas duas décadas, a prevalência de fumantes ainda é relevante.

Levantamentos recentes estimam que, entre a população maior de 15 anos, o Brasil possui 25 milhões de tabagistas atuais, sendo que 21 milhões e 600 mil pessoas são fumantes diários⁶.

Segundo resultados do II LENAD (Levantamento Nacional de Álcool e Drogas), entre 2006 e 2012 o número de adultos fumantes no Brasil caiu de 20,8% para 16,9% e o número de menores de 18 anos fumantes caiu de 6,2% para 3,4%, sendo que a idade média de início é de 16 anos e 96,5% dos fumantes relatam fumar diariamente⁷.

No entanto, é importante notar que a queda descrita acima é menor nas mulheres e que, embora a taxa de fumantes seja maior nas classes sociais mais baixas, houve um aumento de 110% na taxa de fumantes entre os indivíduos da classe social mais alta (classe A). Além disso, apesar da proibição legal da venda de quaisquer produtos de tabaco aos indivíduos com menos de 18 anos no Brasil, 62% dos menores de idade relatam que a idade nunca os impediu de comprar cigarros⁷.

1.2 Relevância

O Tabagismo ativo é a principal causa evitável de morbidade e mortalidade por doenças não transmissíveis no mundo (sendo que o tabagismo passivo ou é a terceira causa), respondendo por 10% dos óbitos, o que tem relevante impacto econômico devido à perda de produtividade, adoecimento e mortes prematuras⁸. A mortalidade entre os usuários é elevadíssima, sendo que 50% dos fumantes crônicos vão morrer por doenças relacionadas ao tabaco⁹.

A partir da combustão dos derivados do tabaco, a fumaça produzida é uma mistura de cerca de 5 mil componentes, sendo a fase gasosa composta principalmente por monóxido de carbono e a particulada por nicotina, hidrocarbonetos carcinogênicos e não-carcinogênicos, nitrosaminas pró-carcinógenas, aldeídos, acetaldeídos e fenóis¹. A nicotina, um alcalóide tóxico presente na folha do tabaco, é a substância psicoativa responsável pela adicção ao mesmo, atinge os receptores nicotínicos cerebrais em menos de 20 segundos após sua absorção. Exerce efeitos estimulantes no Sistema Nervoso Central (SNC) e vasoconstritor nos vasos sanguíneos de pequeno calibre¹.

A exposição aos componentes tóxicos do tabaco está relacionada à cerca de 50 doenças, em especial às doenças cardiovasculares, respiratórias e às neoplasias malignas, e seu uso durante a gestação está relacionado a uma série de complicações perinatais¹⁰.

A exposição passiva à fumaça do tabaco (“second-hand smoking”) está associada a um aumento de 30% no risco de câncer de pulmão e de doença cardíaca, além de maior risco de DPOC, AVC, câncer de mama, asma¹¹. Além disso, as seguintes doenças estão relacionadas aos efeitos do tabagismo passivo à saúde na infância: infecções respiratórias do trato inferior, asma, otite média aguda, baixo peso ao

nascer, prematuridade, síndrome da morte súbita infantil, leucemia e câncer cerebral, déficits de aprendizagem¹¹.

Estima-se que metade das crianças do mundo encontra-se exposta à poluição tabagística ambiental e esta é considerada um agente carcinogênico classe A, isto é, uma substância comprovadamente causadora de câncer em humanos e para a qual não há nível seguro de exposição¹³.

Além dos efeitos já conhecidos do tabagismo passivo (de “segunda-mão”), nos últimos anos, surgiram estudos que alertam para o potencial risco à saúde humana causado pelo chamado tabagismo terciário ou de terceira mão (“third-hand smoking”), que se refere à contaminação por fumaça de tabaco que permanece nos ambientes após o cigarro ter sido apagado, através da combinação da nicotina à poeira ambiental^{14,15}.

1.3 Aspectos recentes

Atualmente, enquanto as taxas de fumantes diários nos países ocidentais vêm caindo, a taxa de fumantes ocasionais continua estável (ou aumentando) e nos Estados Unidos, 30% dos fumantes são fumantes ocasionais¹⁶. Embora as estratégias de cessação tenham sido desenvolvidas para os fumantes diários, o uso ocasional de tabaco está associado a um aumento de morbimortalidade dos usuários e riscos para os fumantes passivos. Além disso, essa população está em risco para evoluir para uso diário, uma vez que a nicotina é a substância com maior potencial para levar à transição de uso ocasional para níveis de dependência. Um estudo recente estimou as taxas de transição de uso para dependência de várias drogas e encontrou valores de cerca de 67% para usuários de nicotina, 23% para usuários de álcool, 21% para

usuários de cocaína e 9% para usuários de maconha¹⁷, confirmando o alto potencial da nicotina para causar dependência, o que já vinha sendo observado em neurobiológicos em modelos animais de adição.

Enquanto o uso de cigarros convencionais vem apresentando queda ou estabilização nos diversos centros, o uso das formas alternativas de tabaco (charutos, cachimbos, tabaco mascado ou aspirado) e os e-cigarettes vem crescendo, particularmente entre os jovens^{15,18,19}, bem como o uso concomitante de mais de uma forma de tabaco. As diferentes formas de tabaco variam de acordo com o modo de preparo e aditivos de sabor e cheiro, mas todas contêm nicotina, que é de alguma maneira liberada para SNC.

Os “cigarros eletrônicos” são dispositivos eletrônicos de liberação de nicotina, proibidos no Brasil pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) desde 2009, mas que têm sido utilizados de forma ilícita pelos jovens e, assim como o cigarro tradicional, poluem o ambiente e emite um vapor d’água prejudicial à saúde e vem sendo considerado como possível “porta de entrada” para a dependência de nicotina e uso diário de cigarros²⁰; seu uso crescente vem sendo causa de preocupação nos EUA e Europa¹⁵.

Uma vez que as campanhas antitabaco têm como foco os perigos do cigarro, pessoas predispostas ao uso ou aquelas que estão tentando cessar o uso de cigarros têm se voltado para o uso destas formas alternativas. Acredita-se que o aumento global do uso destas formas atípicas de tabaco tem ocorrido por sua aceitabilidade, globalização da indústria do tabaco e pela falsa impressão de risco associado ao seu uso. Aparentemente, os usuários acreditam que essas formas são menos danosas do que o cigarro convencional^{21,22}.

Em especial, vem se disseminando entre os jovens brasileiros o uso do tabaco através do narguilé (também conhecido como cachimbo d'água, waterpipe, hookah, shisha), sendo considerado como o tabaco da moda do século XXI, assim como o cigarro foi no século XX, além de ter o apelo de sua apresentação vir com essências e diversos sabores, o que o torna particularmente atraente para os jovens²². Embora não haja um padrão na composição de tabaco nesta forma de uso, sabe-se que o conteúdo de nicotina é ainda mais elevado do que o encontrado no tabaco do cigarro comum, assim como é maior o nível de monóxido de carbono em sua fumaça e o uso de narguilé está associado a várias doenças, como o câncer de pulmão e doenças respiratórias²³. Estudo recente identificou benzeno (cancerígeno do grupo A) na fumaça exalada em uso de narguilé²⁴.

2. Transtorno por uso de tabaco

2.1 Dependência de nicotina

A nicotina é a substância aditiva do tabaco, liga-se aos receptores nicotínicos colinérgicos, principalmente pré-sinápticos, relacionados a uma série de funções como: cognição, atenção, aprendizagem, memória, despertar, sensopercepção e motricidade, percepção de dor e de temperatura, controle de apetite²⁵. Embora o uso crônico de tabaco esteja associado a um risco maior de quadros demenciais e prejuízos cognitivos, o uso agudo de nicotina está associado ao aumento de atenção e melhor desempenho cognitivo.

O estímulo do receptor nicotínico leva a um aumento da liberação de dopamina na via mesolímbica, seja diretamente por ação em neurônios dopaminérgicos, seja

indiretamente por ação em neurônios glutamatérgicos ou gabaérgicos. A liberação de dopamina no núcleo accumbens, que faz parte do circuito de recompensa cerebral, leva à sensação de prazer e reforça a auto-administração de nicotina²⁵. As concentrações sanguíneas de nicotina sobem rapidamente com a inalação da fumaça. Depois de uma tragada, elevados níveis de nicotina chegam ao cérebro mais rápido do que com uma administração intravenosa, por exemplo, causando um rápido reforço comportamental²⁶. Uma breve exposição à nicotina leva a uma excitabilidade prolongada do sistema de recompensa numa fase inicial do desenvolvimento da dependência, que pode se instalar rapidamente. As propriedades farmacológicas da nicotina e o padrão de liberação da mesma que ocorre com o uso dos cigarros (variação contínua de picos de concentração de nicotina no cérebro) fazem também com que o indivíduo mantenha a auto-administração para aliviar a síndrome de abstinência. Entre um cigarro e outro, ocorre a ressensibilização dos receptores, que retornam ao estado de repouso, o que leva à fissura e sintomas de abstinência pela falta de liberação de dopamina²⁵.

2.2 Fissura/craving

Mesmo após longos períodos de abstinência de nicotina, a pessoa apresenta risco de recaídas, justamente por causa do fenômeno da fissura ou “craving”, que se estabelece a partir de alterações neuroadaptativas de longa duração nos circuitos de reforço e de estresse. Assim, estímulos relacionados à substância, ou fatores associados ao uso (gatilhos comportamentais) levam o indivíduo a expressar o craving, que se manifesta como um desejo ou necessidade intensa de fumar, e desconforto físico e psíquico²⁵. O craving faz parte da síndrome da abstinência, mas também estará

presente em longo prazo, mesmo após a cessação da mesma, sendo um fator preditor de recaídas. Isso explica o fato de muitos tabagistas manifestarem vontade de fumar e risco de recair, mesmo após muitos anos de cessação: alguns chegam a sonhar que estão fumando.

2.3 Diagnóstico

Transtornos associados ao tabaco estão presentes nas versões atuais dos sistemas classificatórios de Transtornos Mentais atuais, tanto na Classificação Internacional das Doenças (CID 10) da OMS²⁷ quanto na 5ª. edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM 5)⁴.

No DSM 5, o Transtorno por uso de Tabaco está incluído na seção “Transtornos Relacionados a Substâncias e Adicção”, onde são incluídas as seguintes classes de substâncias com potencial adictivo: álcool, cafeína, cannabis, alucinógenos, inalantes, opioides, sedativos/hipnóticos/ansiolíticos, estimulantes (cocaína, anfetaminas e outros), tabaco e outras (ou drogas desconhecidas). Todas têm em comum a propriedade de ativação direta do sistema cerebral, envolvido nos processos de reforço de comportamento e formação de memórias. Em termos de classificação de drogas de acordo com a ação no SNC, a nicotina tem propriedade estimulante, ainda que leve quando comparada à cocaína e às anfetaminas, estando o tabaco em classe específica nas Classificações Diagnósticas.

O termo “transtorno por uso de tabaco” é usado preferencialmente aos termos “dependência” ou “adicção”, que são inespecíficos e costumam gerar problemas de interpretação⁴ (por exemplo, o termo “dependência” costuma ser empregado para

definir a propriedade farmacológica associada aos fenômenos de tolerância e de síndrome de abstinência, que não são imprescindíveis para o diagnóstico de transtornos de uso de substâncias, embora estejam comumente presentes no transtorno por uso de tabaco).

O transtorno por uso de tabaco tem como característica essencial a presença de um aglomerado de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam que indivíduo continua a utilizar a substância apesar de problemas significativos relacionados a ela. Subjacentes a esses fenômenos, estão alterações nos circuitos cerebrais que se prolongam para além do período de abstinência, e manifestam-se como recaídas repetidas e como fissura ou desejo intenso de usar a substância quando o indivíduo é exposto a algum estímulo relacionado a ela (como ver alguém fumando, ou ver um isqueiro, por exemplo)⁴. Dentre todas as classes de substâncias adictivas citadas acima, o tabaco apresenta a maior taxa de mortalidade e menor taxa de abstinência (cessação) entre os usuários, mesmo em relação aos opioides, ao contrário do que se acredita popularmente⁴.

É importante observar que o diagnóstico de transtorno por uso de tabaco baseia-se em aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos, marcadamente aqueles relacionados ao desejo incontrolável de usar a substância e perda de controle sobre esse uso, apesar de prejuízos associados. Esse diagnóstico independe da quantidade e da frequência do uso, mas obviamente estes são parâmetros associados à maior gravidade do transtorno e presença de dependência, de modo que entre os fumantes diários, 50% preenchem critérios para dependência⁴.

De acordo com o DSM 5, a prevalência de transtorno por uso de tabaco é maior do que a de transtornos por outras substâncias nos EUA: a prevalência em indivíduos

com 18 anos ou mais é de 8,5% para álcool, 1,5% para cannabis, 0,2% para ansiolíticos/hipnóticos, 0,2% para cocaína/estimulantes e de 13% para o tabaco⁴.

Os critérios diagnósticos para o Transtorno por uso de tabaco seguem os mesmos critérios para Transtornos por uso de substâncias⁴, ou seja: padrão de uso problemático do tabaco levando a prejuízo clinicamente significativo ou desconforto, definidos por pelo menos dois itens dentre onze em período de 12 meses. Esses onze itens incluem características relacionadas à perda de controle, prejuízos associados ao uso e critérios farmacológicos (desenvolvimento de tolerância com o uso continuado e presença de síndrome de abstinência quando da redução ou suspensão do uso). A gravidade atual do Transtorno é especificada pelo número de sintomas apresentado pelo usuário. Assim, um transtorno leve requer a presença de 2-3 sintomas, enquanto um transtorno moderado requer 4-5 e um transtorno grave 6 ou mais sintomas⁴. Em geral, fatores associados à presença de Transtorno por uso de tabaco incluem: fumar nos primeiros 30 minutos após acordar, fumar diariamente, fumar muitos cigarros ao dia, e acordar à noite para fumar.

2.4 Síndrome de Abstinência

A presença de síndrome de abstinência à nicotina não é necessária para o diagnóstico de Transtorno por uso de tabaco, mas é bastante comum em usuários que reduzem ou cessam o uso. Muitos dependentes de tabaco fumam justamente para aliviar os sintomas da abstinência e a maioria dos tabagistas relatam sentir fissura (“craving”) após algumas horas sem fumar. A síndrome de abstinência, portanto, é um dos grandes obstáculos para a cessação do tabagismo, tem início dentro das primeiras

24 horas após o último uso, tem sua maior gravidade em 2-3 semanas, podendo chegar a durar um mês⁴.

Apresenta também critérios específicos de acordo com o DSM 5: ocorre em indivíduos portadores de Transtorno por uso de tabaco moderado ou grave, que vinham em uso diário de tabaco por pelo menos várias semanas e que cessaram abruptamente ou reduziram a quantidade de tabaco e que dentro de 24 horas apresentaram quatro ou mais dos seguintes sinais/sintomas: irritabilidade/frustração/raiva, ansiedade, dificuldade de concentração, aumento de apetite, inquietação, humor deprimido, insônia⁴. A simples presença dos sintomas não define a síndrome de abstinência; é necessário que sejam clinicamente significativos, causando prejuízo social, ocupacional ou em outra área do funcionamento⁴. Cerca de 50% dos tabagistas que reduzem ou cessam o uso de tabaco vão preencher critérios para síndrome de abstinência (mesmo aqueles que não eram usuários diários)⁴.

2.5 Curso

O primeiro contato com tabaco ocorre geralmente antes dos 18 anos e a maioria (mais de dois terços) dos jovens que começa a fazer uso diário torna-se dependente de nicotina, sendo que muitos já preenchem critérios para Transtorno por uso de tabaco ainda na adolescência⁴. Por isso, o tabagismo é hoje considerado uma doença pediátrica, sendo que quanto mais jovem o início do uso, mais grave será a dependência. De cada três jovens que fumam apenas um conseguirá abandonar o uso, e um dos que permanecer fumando irá morrer por causa de doenças relacionadas ao tabaco⁹.

O tabagismo é um transtorno crônico, e apesar de muitos fumantes (cerca de 80%) desejarem parar, apenas uma minoria (de 3 a 5%) consegue parar por conta própria e manter-se abstinente pelo período de um ano²⁸. Em geral são necessárias várias tentativas até a cessação definitiva, e raramente esta ocorre antes dos 30 anos de idade. Considerando que habitualmente o início do uso ocorre na adolescência, o indivíduo, mesmo quando consegue finalmente parar de fumar, teve uma exposição crônica (às vezes por décadas) ao tabaco. E justamente a partir dos 40 anos é que as doenças tabaco-relacionadas, que acometem mais da metade dos tabagistas, começam a se manifestar, tornando-se progressivas e debilitantes⁴.

A dificuldade para cessação decorre tanto por conta da rápida instalação da síndrome de abstinência, que faz com que muitos fumantes recaiam já nas primeiras 24 horas após o último cigarro, quanto de complexos fatores cognitivos e comportamentais subjacentes ao comportamento aprendido e reforçado. Imaginemos que uma pessoa aos 65 anos, que começou a fumar aos 15 anos, tendo fumando cerca de 20 cigarros por dia desde então. Nesse caso, o ato de fumar repetiu-se, portanto, por 365 mil vezes em sua vida, desde idade muito precoce, fazendo parte absoluta de seu cotidiano e estando vinculado a inúmeros outros comportamentos, sentimentos e pensamentos.

Fatores associados ao desenvolvimento do tabagismo são: baixa escolaridade e baixo nível sócio-econômico, antecedentes de traços externalizantes de comportamento, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade ou transtorno de conduta na infância e comorbidades psiquiátricas na vida adulta⁴. Fatores genéticos estão envolvidos tanto na experimentação do tabaco como no desenvolvimento da

dependência em si, com herdabilidade similar a dos outros transtornos por uso de substâncias (cerca de 50%)⁴.

Ao longo da vida, o tabagista pode passar por vários estágios motivacionais diversas vezes, desde a pré-contemplação (fase em que não considera deixar de fumar), passando pela contemplação (fase em que pensa na possibilidade de parar, mas ainda há ambivalência), preparação ou determinação (fase em que decide parar de fumar), ação (momento em que cessa o uso), manutenção (período em que se mantém abstinente) e eventuais recaídas. Janelas de oportunidade são períodos em que os tabagistas podem considerar mais fortemente a ideia da cessação, tais como: gestação ou nascimento de filhos e períodos de internação ou agudização de doenças clínicas.

3. Abordagem do tabagista e tratamento para cessação do tabagismo

A abordagem do fumante inclui: educação e aconselhamento, adoção de técnicas cognitivo-comportamentais e oferta de tratamento medicamentoso aos pacientes que apresentam indicação clínica. Os métodos baseados na terapia comportamental cognitiva (TCC) são fundamentais na abordagem do fumante em todas as situações clínicas, mesmo quando for necessário tratamento medicamentoso.

Atualmente, no Brasil, o tratamento do tabagismo está vinculado ao SUS e é regulado pelo Ministério da Saúde (Portaria no. 571/2013). O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) é coordenado pelo INCA, e inclui ações em parceria com as secretarias de Saúde e de vários setores da sociedade civil organizada, sobretudo das sociedades científicas e de conselhos profissionais da área da saúde.

3.1 Aconselhamento

Consensos internacionais e o consenso nacional enfatizam três tipos de abordagem ao tabagista: mínima, básica e intensiva, que se baseiam nos passos PAAAP (perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar). Essas abordagens estão presentes no SUS desde 1999 por meio da capacitação de profissionais de saúde das secretarias estaduais e municipais²⁸.

A abordagem mínima é a que tem maior alcance em termos de saúde pública, é custo-efetiva e leva a 5-10% de abstinência em um ano. Requer contatos de 3-5 minutos, em que o profissional verifica a história tabagística e avalia o grau de motivação através de perguntas sistematizadas e aconselha o paciente, sendo útil para sensibilizá-lo para a mudança de atitude. Os fumantes pré-contemplativos devem ser estimulados a pensar em parar de fumar. É preciso informá-los sobre os malefícios, os benefícios de parar e os riscos para a saúde dos que convivem com ele. A abordagem mínima pode e deve ser feita na rotina dos serviços de saúde por qualquer membro da equipe multiprofissional, em qualquer nível de atenção à saúde.

Alguns fumantes vão se beneficiar dos aconselhamentos mínimo/básico, podendo inclusive cessar o uso sem a necessidade de outras intervenções. Nos casos em que isto não ocorre, devem ser utilizadas as abordagens específicas ou intensivas com ou sem auxílio medicamentoso^{28,29}.

3.2 Abordagem intensiva ou específica

A partir do Consenso Brasileiro de Tabagismo de 2001, a abordagem intensiva ou formal passou a ser feita em centros de referência em 2002. Em 2004, o acesso foi expandido para a rede básica e de média complexidade.

A abordagem específica ou intensiva geralmente é realizada em ambulatório específico para fumantes. É uma abordagem estruturada, seletiva e necessita de profissionais envolvidos e capacitados, é custo-efetiva e pode proporcionar taxa de 20-30% de abstinência em 1 ano, sendo mais efetiva do que as formas com duração mais curta^{28,29}.

Considerando que o tabagismo é uma doença crônica com potencial para comprometer todos os sistemas orgânicos, a abordagem inicial do fumante pelo médico inclui: anamnese completa em relação à presença de doenças tabaco-relacionadas, comorbidades clínicas e psiquiátricas, contraindicações para uso de fármacos, história tabagística, antecedentes familiares, exame físico, avaliação do grau de dependência à nicotina (teste de Fagerstrom, por exemplo), avaliação do grau de motivação para cessação e dos aspectos comportamentais do paciente (comportamentos relacionados ao ato de fumar), exames laboratoriais (radiografia de tórax, espirometria, ECG, hemograma, bioquímica sérica e urinária e monóxido de carbono expirado e cotinina (urinária, sérica ou salivar), se disponíveis. Deve-se também questionar a respeito de exposição ao tabaco nos ambientes domiciliar, de trabalho e sociais²⁹.

A abordagem inicial também é uma oportunidade para reforçar o encorajamento e a adesão do paciente. Caso o paciente não esteja motivado a parar (estágio pré-contemplativo), devem ainda ser encorajados caso em que pode ser útil a técnica da entrevista motivacional³⁰.

Os atendimentos são estruturados com periodicidade semanal no 1º mês (parada), quinzenal até completar a abordagem intensiva (três meses) e, finalmente, mensal até completar um ano^{28,29}.

A abordagem combina ações cognitivas com o treinamento de habilidades comportamentais. Envolve estratégias de automonitoramento, controle de estímulos/gatilhos, detecção de situações de risco de recaída, desenvolvimento de aptidões para enfrentamento, etc. Pacientes que obtiveram êxito devem ser monitorados através de consultas e/ou contatos telefônicos para prevenção da recaída^{29,30}.

3.3 Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso é indicado para pacientes maiores de 18 anos com alta dependência à nicotina e tem como objetivo minimizar os sintomas da síndrome de abstinência quando esta representa barreira no tratamento, sendo útil para facilitar a abordagem comportamental. A associação de TCC e farmacoterapia leva a resultados superiores do que o emprego das estratégias isoladamente²⁹.

O tratamento medicamentoso não está indicado em pacientes que ainda não estejam motivados. Deve ser iniciado na fase de preparação ou de ação e deve ser introduzida após intervenção comportamental, entrevista motivacional ou treinamento de habilidades²⁹.

A eficácia da abordagem farmacológica é em torno de 2-3 vezes maior do que o placebo, com taxas de abstinência de cerca de 23 a 33% aos 6 meses. Os fármacos com evidências de eficácia são classificados em nicotínicos (Terapia de Reposição de Nicotina, TRN) e não-nicotínicos³¹

A TRN consiste em adesivos transdérmicos, gomas de mascar e pastilhas (ou inaladores em aerossol e spray nasais, estes não disponíveis no Brasil).

Fármacos não nicotínicos que juntamente com a TRN são considerados tratamento de primeira linha para o tabagismo são: a bupropiona (antidepressivo atípico, com ação dopaminérgica) e a vareniclina (agonista parcial do receptor nicotínico)^{28,29,31}.

Embora não tenham aprovação do FDA para o tratamento do tabagismo, o antidepressivo nortriptilina e o agonista adrenérgico clonidina já demonstraram superioridade em relação ao placebo na cessação de tabagismo, sendo consideradas escolhas de segunda linha, podendo ser utilizados em situações em que não seja possível utilizar os medicamentos de primeira linha^{28,29,31}.

A duração do tratamento medicamentoso padrão é de 12 semanas, sendo que pacientes com sintomas de abstinência persistentes ou recaídas podem se beneficiar de tratamento mais prolongado^{28,29,31}.

A eficácia da associação de medicamentos em relação à monoterapia no tratamento da cessação do tabagismo ainda não está estabelecida, mas pode ser empregada a critério médico²⁹.

Nenhum dos tratamentos farmacológicos para o tabagismo está aprovado para gestantes. A TRN pode ser indicada pelo médico se este considerar que os riscos do uso de tabaco continuado durante a gravidez forem maiores do que o risco de exposição à nicotina pela TRN. O uso de bupropiona, vareniclina, nortriptilina e clonidina está contraindicado na gestação^{28,29,31}.

A terapia farmacológica ainda não está bem estabelecida em fumantes que consomem menos de 10 cigarros por dia, menores de 18 anos (para os quais a abordagem mais indicada tem sido o aconselhamento) e usuários de outras formas de tabaco²⁹.

Mensagens-chave:

- O tabagismo deve ser entendido como uma doença (Transtorno por uso de Tabaco) e não como um hábito ou estilo de vida.
- Apesar da queda na prevalência nas últimas décadas, o tabagismo ainda é uma epidemia que atinge quase 20% da população mundial, sendo a principal causa de mortes evitáveis no mundo.
- Todos os produtos derivados do tabaco (e não apenas os cigarros industrializados) causam prejuízos à saúde, não havendo níveis seguros para seu uso.
- Todos os produtos derivados do tabaco têm o potencial para causar dependência, uma vez que todos contêm nicotina.
- Todos os profissionais de saúde devem investigar a história de tabagismo (ativo e passivo) em todos os pacientes, em quaisquer níveis de atenção à saúde e devem oferecer apoio aos tabagistas que desejam parar de fumar.
- A maioria dos tabagistas deseja parar de fumar, mas poucos conseguem permanecer abstinentes sem apoio. O tratamento para cessação de tabagismo compreende métodos comportamentais e farmacológicos que podem dobrar ou triplicar a chance de cessação e deve ser oferecido a todos os fumantes (respeitando-se as indicações e contraindicações de cada técnica terapêutica).

Referências:

1. Silva CAM, Sestelo MR. Composição química da fumaça do cigarro. In: Viegas CA, editor. Tabagismo do Diagnóstico à Saúde Pública. São Paulo: Atheneu; 2007.
2. Araújo AJ. O contexto histórico de tabagismo no Brasil e no mundo. In: Araújo AJ, organizador. Manual de condutas e práticas em tabagismo/ Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica; 2012.
3. Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC, Angermeyer M et al. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. PLoS Medicine 2008; 5(7), 2008e141.
4. Associação Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (5ª. edição). Porto Alegre: Artmed; 2014.
5. World Health Organization. WHO FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL (36 p). Geneva; 2003. Disponível em www.who.int/ftct.
6. Giovino GA, Mirza AS, Samet JM., Gupta PC, Jarvis MJ, Bhalra N (2012). Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: An analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. The Lancet 2012; 380(9842): 668–679.
7. INPAD - Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. (2014). Consumo de Tabaco no Brasil. 2014 Disponível em http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Resultados_Preliminares_Tabaco1.pdf

8. Shafey O, Eriksen M, Ross H, Mackay J. The tobacco atlas. 3a. ed. Atlanta (GA): American Cancer Society; Bookhouse Group; 2009.
9. US Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults, a report from the Surgeon General (890 p). Atlanta; 2012. Disponível em <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/preventing-youth-tobacco-use/full-report.pdf>
10. Viegas CA. (2007). Doenças Tabaco Relacionadas. In: Viegas CA, editor. Tabagismo do Diagnóstico à Saúde Pública. São Paulo: Atheneu; 2007.
11. Araújo AJ. Quais são as evidências de doenças atribuíveis ao tabagismo passivo em adultos? In: Araújo AJ, organizador. Manual de condutas e práticas em tabagismo/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica; 2012.
12. Araújo AJ. Quais são as evidências de doenças atribuíveis ao tabagismo passivo nas crianças e adolescentes? In: Araújo AJ, organizador. Manual de condutas e práticas em tabagismo/ Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica; 2012.
13. Corrêa PCR. Por que a fumaça de tabaco é o maior poluente nos ambientes fechados? In: Araújo AJ, organizador. Manual de condutas e práticas em tabagismo/ Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica; 2012.
14. Nascimento MHS. O que é considerado tabagismo de terceira mão? In: Araújo AJ, organizador. Manual de condutas e práticas em tabagismo/ Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica; 2012.

15. Kuschner WG, Reddy S, Mehrotra N, Paintal HS. Electronic cigarettes and thirdhand tobacco smoke: two emerging health care challenges for the primary care provider. *Int J Gen Med* 2011; 4: 115-20.
16. Tong E K, Ong MK, Vittinghoff E, Pérez-Stable E J. Nondaily smokers should be asked and advised to quit. *Am J Prev Med* 2006; 30(1): 23–30.
17. Lopez-Quintero C, Pérez de los Cobos J, Hasin DS, Okuda M, Wang S, Grant B et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Depend* 2011; 115(1-2): 120–30.
18. McMillen R, Maduka J, Winickoff J. Use of emerging tobacco products in the United States. *J Environ Public Health*, 2012, 989474. doi:10.1155/2012/989474.
19. Regan AK, Dube SR, Arrazola R. Smokeless and flavored tobacco products in the U.S.: 2009 Styles survey results. *Am J Preve Med* 2012; 42(1), 29–36.
20. ANVISA. Derivados do Tabaco. 2014. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Derivados+do+Tabaco>.
21. Akl EA, Jawad M, Lam WY, Co CN, Obeid R, Irani J. Motives, beliefs and attitudes towards waterpipe tobacco smoking: a systematic review. *Harm Reduction Journal* 2013, 10, 12. doi: 10.1186/1477-7517-10-12.
22. Viegas CAA). Formas não habituais de uso do tabaco. *J Bras Pneumol* 2008; 34(12): 1069–1073..

23. Akl EA, Gaddam S, Gunukula SK, Honeine R, Jaoude PA, Irani J. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. *Int J Epidemiol* 2010; 39(3): 834–57. doi:10.1093/ije/dyq002.
24. Kassem NO, Kassem NO, Jackson SR, Liles S, Daffa RM, Zarth AT et al. Benzene Uptake in Hookah Smokers and Non-smokers Attending Hookah Social Events: Regulatory Implications. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2014; 23:2793-2809.
25. Gigliotti A, Lemos T. Quais são os mecanismos da dependência de nicotina? In: Araújo AJ, organizador. *Manual de condutas e práticas em tabagismo/ Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*. São Paulo: AC Farmacêutica; 2012.
26. Benowitz NL, Hukkanen J, Jacob P. Nicotine Chemistry, Metabolism, Kinetics and Biomarkers. *Handb Exp Pharmacol*. 2009; (192): 29–60.
27. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Artmed: Porto Alegre, 1993.
28. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
29. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU et al. Diretrizes para a cessação do tabagismo – SBPT. *J Bras Pneumol*. 2008; 34(10): 845-880.
30. Guimarães FAG, Sales MPU. O que é abordagem básica e intensiva do paciente fumante? In: Araújo AJ, organizador. *Manual de condutas e práticas em*

tabagismo/ Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica; 2012.

31. Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar – Tabagismo. 2011. Disponível em <http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf>.