

TABAGISMO - PARTE I

Autoria: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
Sociedade Brasileira de Cardiologia
Associação Brasileira de Psiquiatria
Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
Sociedade Brasileira de Anestesiologia
Associação Brasileira de Medicina Intensiva
Sociedade Brasileira de Cancerologia
Sociedade Brasileira de Pediatria

Elaboração Final: 26 de maio de 2009

Participantes: Antônio Pedro Mirra, Ricardo Henrique S Meirelles, Irma de Godoy, Jaqueline Issa, Jonatas Reichert, Noemia Barbosa Carvalho, Aristóteles C. Alencar Filho, Aloysio Achutti, Camille Rodrigues da Silva, Sérgio Ricardo A. Santos, Luiz Alberto Hetem, João Carlos Dias, Mary Uchiyama Nakamura, Marisa Pascale Quintino, Cristina M Cantarino, Ana Cristina Pinho Mendes Pereira, Florentino Fernandes Mendes, Nadia Maria da Conceição Duarte, Analice Gigliotti, Ana Cecilia P. Roselli Marques, Arthur Guerra de Andrade, Celso Rodrigues Silva, Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Outras Drogas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade Federal de São Paulo

Descrição do método de coleta de evidência:

- Revisão sistemática de estudos experimentais e observacionais realizada por Fiore et al 2008;
- Revisão de trabalhos observacionais e experimentais, sobretudo ensaios clínicos randomizados duplo-cego;
- Revisão de estudos de meta-análise (diretrizes internacionais sobre tratamento do tabagismo, revisões Cochrane) e,
- Em todas as revisões foram identificados os estudos com evidência A para estabelecer a melhor conduta a ser traçada em relação ao tratamento do tabagismo.

Graus de recomendação e força de evidências:

- A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
C: Relatos de casos (estudos não controlados).
D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

Objetivos:

Elaborar recomendações para tratamento farmacológico do tabagismo fundamentado em evidências científicas consistentes.

Conflito de interesse:

Os conflitos de interesse declarados pelos participantes da elaboração desta diretriz estão detalhados na última página desta parte (1) da diretriz.

Introdução

Atualmente, o tabagismo é considerado um problema de saúde pública em razão da alta prevalência de fumantes e da mortalidade decorrente das doenças relacionadas ao tabaco.

A prevalência de fumantes no mundo é de 1,3 bilhão, considerando-se pessoas de 15 ou mais anos, constituindo um terço da população global¹(D). Desses, 900 milhões estão em países em desenvolvimento e 250 milhões são mulheres. O consumo anual é de 7 trilhões e 30 bilhões de cigarros, correspondendo a 20 bilhões por dia; cerca de 75.000 toneladas de nicotina são consumidas por ano, das quais 200 toneladas são diárias. No Brasil há 27,9 milhões de fumantes, consumindo 110 bilhões de cigarros por ano, acrescidos de 48 bilhões procedentes de contrabando.

A mortalidade anual relacionada ao tabaco, no mundo, é de 5,4 milhões de pessoas, sendo um óbito a cada 10 adultos, dos quais 70% em países em desenvolvimento. No Brasil, ocorrem 200 mil óbitos por ano.

A previsão para o ano 2.020 é ocorrerem, no mundo, 10 milhões de óbitos, sendo 7 milhões nos países em desenvolvimento. Persistindo essa tendência, no século XXI, eventualmente, ocorrerá 1 bilhão de óbitos¹(D). A mortalidade nos adultos está sendo maior que o número de óbitos por HIV, malária, tuberculose, alcoolismo, causas maternas, homicídios e suicídios combinados.

No Brasil, a redução de fumantes a partir da década de 90 até o momento foi de 33,2% para 15,2%, na população acima de 18 anos. Igualmente, houve uma redução acentuada do consumo per capita de unidades, passando de 1989 na década de 80, para 1194 no ano de 2000. Há várias formas preparadas de tabaco, que têm a mesma ação nociva à saúde humana: cigarro, charuto, cachimbo, narguilé, uso oral de tabaco – tabaco sem fumaça (moído, mascado) e rapé. O tabagismo traz repercussões à saúde, socioeconômicas e ecológicas.

Hoje existem mais de 50 doenças relacionadas ao tabagismo, atingindo principalmente os aparelhos respiratório (doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC, algumas doenças intersticiais, agravamento da asma), cardiovascular (aterosclerose, arterial coronariana, acidente vascular cerebral, aneurisma, tromboangiite obliterante, associação tabaco-anovulatório), digestivo (refluxo gastroesofágico, ulcera péptica, doença de Crohn, cirrose hepática), genitourinário (disfunção erétil, infertilidade, hipogonadismo, nefrite), neoplasias malignas (cavidade oral, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, cólon, reto, fígado e vias biliares, rins, bexiga, mama, colo de útero, vulva, leucemia mielóide), na gravidez e no feto (infertilidade, abortamento espontâneo, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, pré-eclampsia, gravidez tubária, menor peso ao nascer, parto prematuro, natimortos, mortalidade neonatal, malformações congênitas, prejuízo no desenvolvimento mental em idade escolar) e outras (envelhecimento da pele, psoríase, osteoporose, artrite reumatoide, doença periodontal, cárie dental, estomatites, leucoplasias, língua pilosa, pigmentação melânica, halitose, queda das defesas imunitárias)²(D). Entre as repercussões socioeconômicas citamos: desvio de renda (menos gastos com as necessidades básicas) e perda de produtividade (por retenção no leito, absentismo no trabalho, pensões, acidentes, assistência médica, invalidez e mortes precoces).

No âmbito ecológico: na cultura do tabaco (empobrecimento do solo, uso de pesticidas e fertilizantes), na produção dos produtos do tabaco (cura do tabaco – uso de mata nativa e reflorestada; na fabricação (destruição de uma árvore para 300 cigarros) e provocação de incêndios (30%).

Na queima de um cigarro há produção de 4.720 substâncias, em 15 funções químicas, das quais 60 apresentam atividade cancerígena, e outras são reconhecidamente tóxicas. Além da nicotina, monóxido de carbono e hidrocarbonetos aromáticos, cita-se amidas, imidas, ácidos carboxílicos, lactonas, ésteres, aldeídos, cetonas, alcoóis, fenóis, aminas, nitritos, carboidratos, anidritos, metais pesados e substâncias radioativas com origem nos fertilizantes fosfatados (Polônio 210, Carbono 14, Rádio 226).

O consumo do tabaco geralmente se inicia na adolescência, em média entre 13 e 14 anos de idade. Quanto mais precoce o seu início, maior a gravidade da dependência aos problemas a ela associadas.

A inalação da fumaça resultante da queima de derivados de todo tipo de tabaco, por não-fumante, constitui o chamado tabagismo passivo, exposição involuntária ao tabaco ou à poluição tabágica ambiental (PTA). O tabagismo passivo é considerado a terceira causa de morte evitável no mundo, após o tabagismo ativo e o alcoolismo. Estima-se que metade das crianças do mundo encontra-se exposta à PTA; dessas, 9 a 12 milhões com menos de cinco anos de idade são atingidas em seus ambientes domiciliares.

As ações de controle do tabagismo devem ser direcionadas para: educação, com prioridade para o nível primário, superior (inclusão do tema no currículo das escolas de ciências médicas e conscientização dos profissionais de saúde); legislação (restrição de fumar em ambientes fechados, público ou privado, proibição de propaganda e promoção, restrição do acesso dos jovens ao tabaco, regulamentação dos produtos derivados do tabaco, advertência nas embalagens, contrapropaganda ao público, implementação das medidas adotadas pela Convenção-Quadro do Controle do Tabaco); econômicas (aumento dos impostos incidentes sobre os produtos do tabaco, restrição ao apoio e aos subsídios ao preço do tabaco, substituição e diversificação da cultura do tabaco, eliminação do contrabando).

Políticas por ambientes livres da fumaça do tabaco devem ser incentivadas, visando ao não fumar em todos os ambientes fechados, como domicílios, trabalho, lazer, escolas, serviços de saúde, empresas, e locais públicos, criando-se ambientes 100% livres do tabaco.

TRATAMENTO E CESSAÇÃO

1. A chance de parar de fumar é diferente entre os fumantes que tentam parar sozinhos e aqueles que recebem auxílio de profissionais de saúde?

Sim. O tabagismo deve ser entendido como uma doença crônica, devido à dependência à droga nicotina, e, portanto, todos os fumantes devem ser orientados a deixar de fumar por profissionais de saúde^{3,4}(D). Pesquisas mostram que cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar, porém apenas 3% conseguem a cada ano, sendo que desses, a maior parte (95%) consegue sem assistência de profissional de saúde. O restante necessita de um apoio de um profissional de saúde para obter êxito⁵(D).

Estudos de metanálise revelaram que o aconselhamento dado por qualquer profissional de saúde aumenta as taxas de cessação do tabagismo⁶⁻⁸(A). Um dos estudos mostrou uma taxa estimada de abstinência de 10,9% caso o fumante tente parar de fumar sozinho contra 13,4% se ele for submetido a um aconselhamento mínimo (< 3 minutos), 16% a um aconselhamento entre 3 a 10 minutos, e 22,1% se ele sofrer um aconselhamento intensivo (> 10 minutos)⁷(A).

Recomendação

Deve-se priorizar o aconselhamento profissional, procedimento este que aumenta a chance de cessação do tabagismo.

2. Avaliações da motivação, do grau de dependência da nicotina, das tentativas prévias de cessação, das recaídas são importantes na abordagem do tabagista durante o tratamento para cessação?

Sim, devem-se utilizar instrumentos específicos para avaliar o tabagista:

- Verificar o grau de interesse do paciente em parar de fumar de acordo com o modelo de Proschaska e DiClemente⁹(D), que classifica o paciente em fases motivacionais comportamentais: fase pré-contemplativo (não quer parar de fumar), contemplativo (pensa em parar de fumar), ativa (preparado para iniciar tratamento), manutenção e recaída (voltou a fumar);
- Utilizar escala de avaliação de dependência^{10,11}(D):

Questionário de tolerância de Fagerström		
Fumante?	Sim ()	Não ()
1. Quanto tempo, depois de acordar, você fuma o seu primeiro cigarro?		<input type="text"/>
0 Após 60 minutos	2 6-30 minutos	
1 31-60 minutos	3 Nos primeiros 5 minutos	
2. Você encontra dificuldade em evitar fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo, igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc?		<input type="text"/>
0 Não	1 Sim	
3. Qual é o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?		<input type="text"/>
0 Qualquer um	1 O primeiro da manhã	
4. Quantos cigarros você fuma por dia?		<input type="text"/>
0 10 ou menos	2 21 a 30	
1 11 a 20	3 31 ou mais	
5. Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?		<input type="text"/>
0 Não	1 Sim	
6. Você fuma mesmo estando doente a ponto de ficar acamado a maior parte do dia?		<input type="text"/>
0 Não	1 Sim	

Pontuação	
1. Muito Baixo	0 a 2
2. Baixo	3 a 4
3. Médio	5
4. Elevado	6 a 7
5. Muito Elevado	8 a 10

Fazer anamnese direcionada ao tabagismo com perguntas sobre tentativas anteriores, métodos utilizados, motivo do insucesso.

Avaliar clinicamente a existência de doenças relacionadas ao tabaco, outras co-morbidades ou contraindicações para terapia farmacológica.

Após esta avaliação global do paciente pode se estabelecer um planejamento terapêutico.

Recomendação

A avaliação global do paciente e do grau de dependência à nicotina é fundamental para estabelecer um planejamento terapêutico na cessação do tabagismo.

3. Há diferença na cessação de tabagismo entre fumantes com diferentes graus de dependência da nicotina?

Os estudos mostram que qualquer fumante, independente do grau de dependência à nicotina, tem condições de obter êxito no tratamento do tabagismo. Porém, existem evidências que sugerem que as taxas de abstinência nos dependentes elevados de nicotina tendem a ser menores do que nos fumantes com baixa ou média dependência da nicotina^{6,7(A)12(B)}.

4. Há influência das técnicas e modelos de aconselhamento e do tempo de realização das mesmas nas taxas de cessação do tabagismo?

Existem vários métodos utilizados para cessação do tabagismo. Desde material de autoajuda, tipo folhetos, manuais, aconselhamento telefônico reativo, passando por aconselhamento telefônico pró-ativo, aconselhamento face a face mínimo, intensivo, individual ou em grupo de apoio. Estudos de metanálise mostram que a utilização de material de autoajuda apresenta uma baixa efetividade em termos de cessação do tabagismo, comparada com outras formas de cessação. O aconselhamento telefônico pró-ativo, realizado por um conselheiro com ligações posteriores, aumenta as taxas de cessação comparado ao aconselhamento mínimo^{6,7,13(A)}, porém o aconselhamento mínimo deve ser oferecido por todos os profissionais de saúde em suas consultas de rotina, pois, apesar de seu efeito ser relativamente pequeno, essa intervenção pode ter um importante impacto em termos de saúde pública devido ao grande número de fumantes que são rotineiramente atendidos por profissionais de saúde^{6,7,14,15(A)4,16,17(D)}.

O que fica claro nestes estudos é que quanto mais intensiva a abordagem, maior será a taxa de sucesso^{6,7(A)}. A abordagem intensiva (> 10 min) pode ser realizada tanto de forma individual quanto em grupo. Apesar de alguns estudos apontarem para um

discreto aumento na taxa de cessação da abordagem individual sobre a de grupo (16,8% contra 13,9%)^{6,7(A)} podemos afirmar que tanto uma quanto a outra são efetivas, e devem ser utilizadas dependendo de cada caso^{18,19(A)}. A abordagem em grupo permite que um número maior de pessoas sejam tratadas pelo mesmo profissional, o que a pode tornar, em termos de saúde pública, mais custoeefetivo em relação à abordagem individual. Elas podem trocar suas experiências e relatar os benefícios do apoio mútuo entre os integrantes do grupo. Porém, não existem evidências suficientes para avaliar se a abordagem em grupo é mais efetiva ou custoeefetivo, do que a abordagem individual intensiva^{18(A)17(D)}.

Em relação ao tempo de abordagem, chegou-se à conclusão que uma abordagem intensiva de 90 minutos é o ideal. Não há evidências que mais tempo aumente substancialmente as taxas de cessação do tabagismo^{6,7(A)}.

Quanto ao número de sessões, as evidências sugerem uma forte dose-reposta entre o número de sessões e a efetividade do tratamento, sendo o mínimo de quatro sessões para que se obtenha um resultado satisfatório^{6,7(A)}.

Recomendação

O sucesso na cessação do tabagismo é tão maior quanto mais intensiva a abordagem. Tanto a abordagem individual quanto a em grupo são eficazes, sendo ideal um tempo de abordagem de 90 minutos, e um mínimo de quatro sessões para resultados satisfatórios.

5. Há diferenças na efetividade do aconselhamento isolado comparado com o uso isolado de medicação e a combinação dos dois tratamentos?

Estudos de metanálise demonstraram que a combinação do aconselhamento com o uso de medicação é mais efetiva do que a utilização de um dos dois isoladamente^{6,7(A)}.

Dezoito estudos avaliaram a efetividade da associação aconselhamento-medicamento contra o uso de apenas medicamentos, e nove estudos avaliaram a efetividade da mesma combinação contra a utilização apenas de aconselhamento. Os resultados das metanálises desses estudos demonstraram que a combinação aconselhamento-medicamento aumentou significativamente as taxas de cessação do tabagismo.

Até mesmo as taxas de abstinências observadas aumentaram significativamente quando foram introduzidos os medicamentos, em comparação com o aconselhamento, considerando-se o mesmo número de sessões^{7(A)}.

Recomendação

Recomenda-se a associação do aconselhamento mais tratamento medicamentoso, uma vez que há comprovação de resultados superiores nas taxas de cessação do tabagismo com esta associação.

6. O aconselhamento realizado por médicos apresenta efetividade diferente daquele realizado por outros profissionais de saúde?

Todo médico deve aconselhar firmemente seus pacientes fumantes a pararem de fumar, pois estudos de metanálise comprovam que esse aconselhamento, mesmo breve, aumenta

as taxas de cessação do tabagismo^{6,7,14}(A).

Metanálise que envolveu 29 estudos e comparou a efetividade de intervenções fornecidas por diversos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas e conselheiros) com intervenções que constavam apenas de materiais de autoajuda ou mesmo sem a presença de nenhum profissional de saúde. As intervenções foram desenvolvidas por apenas um profissional de saúde ou por uma equipe multiprofissional. O resultado mostrou um importante incremento das taxas de cessação para o grupo que sofreu intervenção dos profissionais de saúde.

Quando os profissionais de saúde foram divididos em médicos e não-médicos, as taxas estimadas de cessação ficaram em 15,8% (OR 1,7) para os que sofreram intervenção com os não-médicos contra 19,9% (OR 2,2) para os que sofreram intervenção com os médicos. Para o autor, esses resultados sugerem que médicos e não-médicos apresentam uma efetiva similaridade no aconselhamento para cessação do tabagismo^{6,7}(A).

Porém, outro estudo de metanálise, através de 37 ensaios clínicos randomizados, comparou a eficácia do aconselhamento oferecido por médicos, enfermeiros, dentistas e equipe multiprofissional. O resultado univariado mostrou que o aconselhamento dado por qualquer profissional de saúde aumenta as taxas de cessação do tabagismo. Porém, análise multivariada, revelou que as intervenções fornecidas por médicos foram mais efetivas, seguidas pelas intervenções da equipe multiprofissional, dentistas e enfermeiros⁸(A).

Recomendação

Recomenda-se que o aconselhamento para cessação do tabagismo seja realizado por profissionais de saúde, especialmente médicos.

Referências

1. World Health Organization – WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008 The MPOWER Package, Geneva, WHO, 2008.
2. Viegas CAA et al – Tabagismo: do Diagnóstico à Saúde Pública. Coordenador Editorial e Vários Colaboradores, Conselho Federal de Medicina, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, São Paulo, Atheneu, 2007.
3. World Health Organization – International Statistical of Diseases and Related Health Problem. 10th Revision, Geneva, WHO, 1992.
4. World Health Organization – Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence Geneva, WHO, 2003.
5. Cinciripini PM, Hecht SS, Henningfield JE, Manley MW, Kramer BS. Tobacco Addiction: Implications for Treatment and Cancer Prevention. J National Cancer Inst 1997;89:1852-67.
6. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. Am J Prev Med 2008;35:158-76.
7. 2008 PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. Treating tobacco

use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. Respir Care 2008;53:1217-22.

8. Gorin SS, Heck JE. Meta-analysis of Tobacco Counseling by Health Care Providers. Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention 2004;13:2012-22.
9. DiClemente CC, Prochaska JO, Gilberini M. Self-efficacy and the Stages of Self-change in Smoking. Cognitive Therapy and Research 1985;9:181-200.
10. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. J Behav Med 1989;12:159-82.
11. Marques ACPR, Ribeiro M, Laranjeira R et al – Abuso e Dependência – Nicotina. In Diretrizes, vol. II, Coordenação Jatene F et al, Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, São Paulo, Brasília, 2003. p. 97-110.
12. Gilbert DG, Crauthers DM, Mooney DK, McClernon FJ, Jensen RA. Effects of monetary contingencies on smoking relapse: influences of trait depression, personality and habitual nicotine intake. Exp. Clin Psychopharmacol 1999;7:174-81.
13. Stead L, Pereira R, Lancaster T. Telephone counseling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2006;3:CD002850.
14. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2004;4:CD000165.
15. Rice V, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2004;(1):CD001188.
16. Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer/Coordenação de Prevenção e Vigilância, Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, 2001. Rio de Janeiro, RJ.
17. Tønnesen P, Carrozzi L, Fagerström KO, Gratziau C, Jimenez-Ruiz C, Nardini S, et al. Smoking Cessation in Patients with Respiratory Diseases: a High Priority, Integral Component of Therapy. Eur Resp J 2007;29:390-417.
18. Lancaster T, Stead LF. Individual Behavioural Counseling for Smoking Cessation. Cochrane Database Syst Rev 2008;4:CD0011202.
19. Stead LF, Lancaster T. Group Behaviour Therapy Programmes for Smoking Cessation. Cochrane Database Syst Rev,2008; 4: CD001007.

CONFLITO DE INTERESSE

Godoy I: Investigadora Principal de Pesquisa Clínica patrocinada pelo Laboratório Pfizer; Issa JS: Investigadora Principal de Pesquisa Clínica e palestrante em eventos médicos patrocinada pelo Laboratório Pfizer. Reichert J: recebeu honorários por apresentação de palestra patrocinado pelo Laboratório Pfizer. Alencar Filho AC: Recebeu honorários para apresentação de palestras em reuniões científicas e em Congresso patrocinado pelo Laboratório Astra Zeneca, Biolab e Laboratório Pfizer; Silva CR: recebeu honorários para consultoria patrocinada pela Eurofarma Laboratório; Santos SRA: recebeu honorários para elaborar e ministrar programas de educação para médicos, participar de estudo clínico internacional e participar de congresso patrocinado pelo Laboratório Pfizer; Gliotti A: Recebeu honorários por comparecimento a simpósio, apresentação de conferência, organização de ensino e consultoria patrocinada pelo Laboratório Pfizer.

O texto completo desta parte (1) da Diretriz de **Tabagismo** está disponível no endereço: www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/diretrizes_xxi.pdf.