

CESSAÇÃO DE TABAGISMO – DESAFIOS A SEREM ENFRENTADOS

Dados atuais estimam que o tabagismo seja responsável por cerca de 5,4 milhões de óbitos/ano em todo o mundo¹, sendo o segundo fator de risco para óbitos, só perdendo para HAS.^{1,2} Fumantes vivem, em média 10 anos menos do que os não-fumantes e com pior qualidade de vida.³ Apesar dos esclarecimentos sobre seus malefícios, ainda 1,3 bilhões de pessoas fumam em todo o mundo¹. No Brasil, cerca de 23% da população acima de 18 anos é fumante⁴. As principais razões para a ainda elevada prevalência de fumantes decorrem das doenças tabaco relacionadas serem crônicas, da propaganda veiculada pela indústria do tabaco, do baixo preço do tabaco e porque é difícil deixar de fumar, pois a maioria dos fumantes é dependente da nicotina, além de aspectos sociais, econômicos e culturais associados.

A prevalência de fumantes é muito maior em indivíduos com doenças psiquiátricas (acima de 50%), em geral são grandes fumantes, e apresentam maior risco de recaídas após terem cessado, o que não deve fazer com que os mesmos não sejam objeto de atenção dos programas para ajudar os fumantes a deixar de fumar.

Nesta edição, Azevedo et al.⁵ apresentam o resultado sobre o tratamento de tabagistas em um serviço ambulatorial de psiquiatria, 47% deles com sintomas atuais de ansiedade ou depressão e 28,6% com antecedentes de uso de drogas de abuso ou de etilismo. No estudo, o uso combinado de terapia de grupo com medicação, ainda que apenas parte do grupo possa usá-la, em 171 pacientes, registrou uma taxa de sucesso de 62%, após 25 semanas de acompanhamento, muito superior aos estudos publicados na literatura.⁶ O autores sugerem que a taxa de sucesso esteja relacionada ao elevado número de sessões motivacionais que o grupo se submeteu. Entretanto, estes dados necessitam de confirmações, pois metaanálise de 46 estudos revelou taxa de sucesso entre 18% e 24% para número médio semelhante de sessões.⁶ Além das limitações referidas no próprio texto, o fato de não ser um estudo controlado e da confirmação da cessação ter sido feita apenas por telefone impõe limites na interpretação dos resultados. A principal importância do estudo está em chamar a atenção para a necessidade de oferecer tratamento ao paciente com distúrbio psiquiátrico, exceto nas situações com sintomas severos, em que a cessação pode exacerbar a doença, devendo o paciente ser mais bem controlado antes de o tratamento ser iniciado.

Nesta mesma edição, Souza et al.⁷ apresentam estudo com emprego da versão brasileira da Escala Modificada de Razões para Parar de Fumar, composta por 21 perguntas estruturadas, que são agrupadas com diversas combinações de maneira a caracterizar sete domínios motivacionais associados ao tabagismo. Trata-se do primeiro estudo nacional publicado com uso da escala, validada recentemente para o português, pelos mesmos autores.⁸

Os autores suportam a importância do estudo⁷ no fato de que as razões para os indivíduos fumarem não se restringir à

dependência da nicotina, existindo componentes comportamentais e psicossociais ainda não bem compreendidos, cuja dimensão a escala empregada permitiria melhor aferir e assim auxiliar nos programas de cessação de tabagismo. O estudo revelou que a escala utilizada apresentou estrutura fatorial e propriedades psicométricas adequadas, com os menores escores nos domínios da dependência, da redução da tensão/relaxamento e do manuseio do cigarro significativamente associados com escores inferiores do teste de dependência de Fagerström.

Apesar das evidências de que o consumo de cigarro sem nicotina não provoca adição, reforçando o papel desta droga na dependência,⁹ não restam dúvidas quanto aos aspectos pouco claros relacionados à farmacologia da nicotina e a existência de outros fatores envolvidos na persistência do tabagismo.^{9,10}

Panday et al., em estudo realizado na África do Sul¹¹, revelaram que 11,6% de fumantes com 14-16 anos de idade, que consumiam em média de 6-10 cigarros/semana, apresentavam dependência elevada e, 56% deles, referiram mais de dois sintomas de abstinência. As razões do porque indivíduos com elevada dependência ou com sintomas de abstinência conseguem fumar menos do que 10 cigarros por semana não estão claras. Soma-se a este fato estudos que evidenciam ineficácia do uso de medicamentos como a reposição de nicotina e de bupropiona para auxiliar jovens a parar de fumar.⁶

Por outro lado Volpp et al.¹² introduziram novas informações, em estudo recém- publicado, envolvendo 878 trabalhadores fumantes de uma grande empresa, com cerca de 50% deles recebendo informações e incentivo financeiro para cessação e a outra metade apenas informações. Os fumantes que receberam incentivo financeiro tiveram uma taxa de sucesso após 12 meses, comprovado com dosagem de cotinina urinária, de 14,7% contra 5% do grupo que recebeu apenas informações (razão de chance 3,28 vezes maior). As razões para este fato não estão esclarecidas, mas representa um estímulo para esta linha de tratamento, por ter menor custo e os fumantes não necessitarem usar drogas, e, portanto, menos sujeitos a possíveis efeitos adversos.

A escala de razões para fumar usada por Souza et al.⁷, como os próprios autores reconhecem, tem sido pouco utilizada fora dos Estados Unidos e são escassos os trabalhos publicados com seu uso, mesmo naquele País. Há ainda necessidade de demonstrar a real utilidade clínica da sua aplicação nos programas e ações para a cessação de tabagismo. A validação para a língua portuguesa⁸ e os dados consistentes no seu emprego, como demonstrado no presente estudo, coloca esta possibilidade para os pesquisadores brasileiros.

As dificuldades dos fumantes em parar de fumar torna indispensável o aprimoramento dos métodos para ajudá-los, objetivo dos trabalhos publicados nesta edição

UBIRATAN DE PAULA SANTOS

Coordenador do Ambulatório de Cessação de Tabagismo da Disciplina de Pneumologia do InCor- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP, São Paulo, SP

Referências

1. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2006;367:1747-57.
3. Doll R, Peto J, Borehan J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male british doctors. *BMJ*. 2004;328:1519-28.
4. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population - based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Health Org*. 2007;85:527-34.
5. Azevedo RCS, Higa CMH, Mira IS, et al. Grupo terapeutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(5):593-96.
6. U.S. Department of Health and Human Services. Quick Reference Guide for Clinicians. Treating tobacco use and dependence; 2008. Update. [cited 2009 ago]. Available from: <http://www.ahrq.gov/clinic/tobacco/tobaqrg.pdf>.
7. Souza EST, Crippa JAS, Pasian SR, Martinez JAB. Estrutura fatorial da versão brasileira da escala de razões para fumar modificada. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(5).
8. Souza EST, Crippa JAS, Pasian SR, Martinez JAB. Escala de razões para fumar modificada: tradução e adaptação cultural para o português para uso no Brasil e avaliação da confiabilidade teste-reteste. *J Bras Pneumol*. 2009;35:683-9.
9. Benowitz NL. Clinical pharmacology of nicotine: implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction. *Clin Pharmacol Ther*. 2008;83:531-41.
10. Jarvis MJ. Why people smoke. *BMJ*. 2004;328:277-9.
11. Panday S, Reddy SP, Rutter RAC, Bergström E, de Vries H. Nicotine dependence and withdrawal among occasional smokers. *J Adolesc Health*. 2007;40:144-50.
12. Volpp KG, Troxel AB, Pauly MV, Glick HA, Puig A, Asch DA, et al. A Randomized, controlled trial of financial incentives for smoking cessation. *N Engl J Med*. 2009;360:699-709.