Tabagismo e câncer

Divulgação



Ricardo Meirelles

* Médico pneumologista da Divisão de Controle do Tabagismo do Instituto Nacional de Câncer (INCA); médico responsável pela Clínica de Tratamento do Tabagismo das Clínicas Oncológicas Integradas (COI); membro titular da Comissão de Combate ao Tabagismo da Associação Médica Brasileira (AMB); membro da Comissão de Controle do Tabagismo do Conselho Federal de Medicina (CFM)

Contato:
ricardomeirelles@coinet.com.br

Introdução

De um estilo de vida entre os anos 1950 e 1970, o tabagismo é hoje considerado uma pandemia e a maior causa isolada de adoecimento e mortes precoces no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o tabagismo como uma doença crônica, epidêmica, transmitida por meio da propaganda e publicidade, tendo como vetor a poderosa indústria do tabaco. É a maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces no mundo, totalizando 5 milhões de mortes por ano. Se o padrão de consumo atual se mantiver, são esperados 10 milhões de mortes anuais em 2020, 70% delas em países em desenvolvimento. No Brasil, dados da Organização Pan-Americana de Saúde apontam para 200 mil mortes anuais devido ao tabagismo.[1,2]

A constatação de que a nicotina, presente em todos os derivados do tabaco, é uma droga psicoativa fez com que a OMS incluísse o tabagismo no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).[3] A dependência da nicotina obriga os fumantes a se expor cronicamente a cerca de 4.720 substâncias, muitas delas tóxicas, fazendo com que o tabagismo seja um fator causal de aproximadamente 50 doenças, entre elas vários tipos de câncer (pulmão, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, rim, bexiga, colo do útero, leucemia), doenças do aparelho respiratório (enfisema pulmonar, bronquite crônica, asma, infecções respiratórias) e doenças cardiovasculares (angina, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial, aneurismas, acidente vascular cerebral, tromboses).[4,5]

Além dos efeitos danosos para os fumantes, o tabagismo atinge também os não fumantes que convivem com fumantes em ambientes fechados – os chamados fumantes passivos. A exposição involuntária à fumaça do tabaco pode acarretar desde reações alérgicas (rinite, tosse, conjuntivite, exacerbação de asma) em curto período até infarto agudo do miocárdio, câncer de pulmão e doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema pulmonar e bronquite crônica) em adultos expostos por longo período.[6]

O tabaco é um carcinógeno que atua tanto como indutor (efeito mutagênico) como promotor (proliferação celular). São identificadas entre 60 e 70 substâncias cancerígenas na fumaça dos derivados do tabaco, entre elas hidrocarbonetos aromáticos policíclicos (HAP), arsênico, níquel, cádmio, polônio 210 (substância radioativa), nitrosaminas voláteis, aminas aromáticas. Quatro delas são específicas do tabaco: N-nitrosonor-nicotina (NNN), dimetilnitrosamina-piridilbutanona (NNK 2), N-nitrosoanabasina (NAB), N-nitrosoanabatina (NAT)[7].

Estudos já comprovaram que não existem níveis seguros para o consumo de cigarros: quanto maior o consumo de cigarros por dia, maior o risco de adoecer de câncer de pulmão (Tabela 1).

Sabe-se hoje que é incoerente tratarmos o câncer, seja através de cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia, e ignorarmos seu principal fator de risco. Sem abordar o tabagismo, perpetuam-se os efeitos nocivos do cigarro no paciente e aumentam os riscos de recidivas ou mesmo de um segundo tumor primário.[8]

Estudos científicos já demonstraram que pacientes com câncer de pulmão, ao parar de fumar, melhoraram a sobrevida em comparação aos que não pararam de fumar.[9,10] Além disso, continuar fumando após diagnóstico de câncer exacerba as complicações do tratamento, como mucosite, e dificulta a cicatrização da ferida operatória.[11]

Tabagismo como doença

Conforme já descrito anteriormente, a OMS considera o tabagismo como uma doença devido à dependência da droga nicotina. Essa dependência, porém, é um processo complexo que envolve a inter-relação entre farmacologia, fatores adquiridos (ou condicionadores), socioambientais, comportamentais, de personalidade, entre outros.[12, 13, 14]

De forma didática, podemos dividir a dependência da nicotina em três componentes: dependência física, dependência psicológica e condicionamentos ao fumar. Esses componentes não

atuam isoladamente, sendo que o fumante pode apresentar mais evidências de um determinado componente sobre os demais.[12, 13, 14]

Dependência física:
Define-se como a necessidade física (orgânica) de nicotina que o fumante apresenta. A nicotina é considerada uma droga psicoativa estimulante e seu mecanismo de dependência é semelhante ao da cocaína e da heroína.

Ao atingir o cérebro, a nicotina se propaga por todas as áreas, centros e até o córtex, interagindo com os receptores colinérgicos presentes nas membranas de muitos neurônios, que passam a se chamar receptores nicotínicos-acetilcolínicos (nAChRs) e ficam distribuídos nas regiões periféricas e centrais do cérebro.[15, 16]

Os receptores nicotínicos liberam uma série de neurotransmissores e neurorreguladores, como dopamina, acetilcolina, epinefrina, norepinefrina, serotonina, betaendorfina, vasopressina. Cada um deles apresenta uma atividade cerebral específica: prazer, alerta, diminuição do apetite, melhora da memória, redução da ansiedade, entre outros. O mais importante e mais estudado é a dopamina, pois há uma grande liberação desse neurotransmissor no *nucleus accumbens*, que produz uma forte sensação de prazer e euforia, consequentemente levando o indivíduo a continuar a fumar.[15, 16]

O cérebro reage quando deixa de receber nicotina, e o fumante passa a apresentar sintomas desagradáveis: irritabilidade, tonteira, cefaleia, agressividade, tristeza, ansiedade, dificuldade de concentração, vertigens, distúrbios do sono e, principalmente, forte desejo de fumar, a chamada "fissura". Tais sintomas caracterizam a síndrome de abstinência da droga nicotina, mas podem não ocorrer em todos os fumantes após a cessação do tabagismo. Naqueles que os apresentam, os sintomas se iniciam algumas horas após a abstinência. Sua intensidade aumenta nos quatro primeiros dias e desaparece entre uma e duas semanas. A "fissura", em geral, não dura mais que cinco minutos e tende a permanecer por mais tempo que os demais sintomas. Porém, sua intensidade diminui gradativamente, enquanto o intervalo entre episódios aumenta.[14]

Câncer de pulmão	
1 a 9 cigarros/dia	362%
10 a 19 cigarros/dia	762%
20 a 39 cigarros/dia	1.369%
40 ou mais cigarros/dia	1.772%

Não existem níveis seguros para o consumo de cigarros

Fonte: Rosemberg, 2002

Tabela 1: Percentual de câncer de pulmão em fumantes, comparado a não fumantes

Dependência psicológica:
É a vontade que o fumante apresenta de acender um cigarro para aliviar tensões como angústia, ansiedade, tristeza, medo, estresse, ou até momentos de depressão. O cigarro passa a preencher um espaço vazio e é encarado como um companheiro em períodos de solidão. É como se o fumante vivesse uma relação de amizade e companheirismo com o cigarro – parar de fumar significa, portanto, uma separação de algo prazeroso e de que se gosta muito. O ato de parar envolve uma tristeza muito grande, descrita muitas vezes como "luto".[14, 17]

Condicionamentos:
São as associações que o fumante faz com situações habituais de seu cotidiano. Por estar presente em sua rotina diária, o fumante passa a incorporar o cigarro a determinadas situações – ele se condiciona a fumar após tomar café, após as refeições, ao assistir televisão, ao falar ao telefone, ao ingerir bebidas alcoólicas, ao dirigir, antes de iniciar uma tarefa que exija concentração e até em situações em que se encontra relaxado. São associações em que ele utiliza o cigarro de forma automática, sem se dar conta de que está fumando.[14, 17]

Tratamento

O tratamento do tabagismo se baseia na abordagem cognitivo-comportamental, cujo objetivo é detectar situações que levam o indivíduo a fumar e, a partir daí, desenvolver estratégias para que ele aprenda a enfrentá-las, alterando suas crenças e atitudes diante delas. Dessa forma, o fumante passa a viver situações rotineiras, em que normalmente fumaria, sem buscar o cigarro, tornando-se um agente de mudança de seu próprio comportamento.[18]

Essa abordagem visa não apenas que o fumante pare de fumar, mas, principalmente, que ele se mantenha abstinente.

A abordagem do fumante deve ser realizada

sempre com firmeza, mas sem agressividade ou preconceito. É fundamental que o médico tenha uma postura acolhedora, criando uma atmosfera de respeito e confiança, para que o fumante sinta que ele está realmente interessado em apoiá-lo no processo de cessação do tabagismo.[17]

Como o tabagismo é uma doença crônica, deve-se manter um acompanhamento do paciente para prevenir uma possível recaída. O acompanhamento deve ocorrer em consultas subsequentes, a partir da data do abandono do fumo, onde serão discutidos os progressos e as dificuldades vivenciadas pelos ex-fumantes.[10, 14]

O mais importante é que o paciente entenda que o tabagismo é uma doença crônica e que ele não pode, em hipótese alguma, acender um cigarro ou dar uma tragada, pois poderá voltar a fumar.

Caso ocorra, a recaída deverá ser aceita pelo médico sem críticas, mantendo a atmosfera de confiança e apoio já demonstrada. É fundamental que o paciente, ao retornar à consulta após ter recaído, seja estimulado a tentar novamente, marcando nova data para deixar de fumar, identificando os fatores que contribuíram para voltar a fumar e traçando estratégias para a nova tentativa. O médico deve ter conhecimento de que a média de tentativas para que o paciente deixe de fumar definitivamente é de três a quatro vezes.[10, 14]

Tabela 2:
Teste de Fagerström

Perguntas	Respostas
1. Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?	Dentro de 5 minutos = 3 Entre 6 e 30 minutos = 2 Entre 31 e 60 minutos = 1 Após 60 minutos = 0
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, cinemas, ônibus etc.?	Sim = 1 Não = 0
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?	O primeiro da manhã = 1 Outros = 0
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	Menos de 10 = 0 De 11 a 20 = 1 De 21 a 30 = 2 Mais de 31 = 3
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?	Sim = 1 Não = 0
6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama?	Sim = 1 Não = 0

Medicamentos

O uso de medicamentos tem um papel bem definido no processo de cessação do tabagismo: minimizar os sintomas da síndrome de abstinência de nicotina, facilitando a abordagem do fumante.[18]

Eles devem ser utilizados preferencialmente nos fumantes que apresentam dependência física média, elevada ou muito elevada, ou a critério clínico.[18] O grau de dependência física pode ser avaliado através do Teste de Fagerström (Tabela 2).

A dependência da nicotina pode ser resumida em apenas duas perguntas:

- Quantos cigarros fuma por dia?
- Quanto tempo após acordar acende o primeiro cigarro?

Caso o fumante fume 20 ou mais cigarros por dia, e acenda o primeiro cigarro do dia até 30 minutos após acordar, ele apresenta um elevado grau de dependência física de nicotina.[10, 14]

Os medicamentos utilizados atualmente no tratamento do tabagismo são os seguintes:

- Terapia de reposição de nicotina (TRN);
- Bupropiona ;
- Vareniclina.

A TRN é encontrada nas seguintes apresentações:

- adesivo transdérmico;
- goma de mascar;
- pastilha;
- inalador oral;
- spray nasal;
- comprimido sublingual.

Atualmente só estão disponíveis no Brasil as apresentações da TRN em adesivo transdérmico, goma de mascar e pastilha.

Grau de dependência
De 0 a 2 pontos = muito baixo De 3 a 4 pontos = baixo
5 pontos = médio De 6 a 7 pontos = elevado
De 8 a 10 pontos = muito elevado

A escolha de um dos medicamentos dependerá da avaliação individual do paciente. Não havendo contraindicações clínicas, o medicamento é escolhido segundo a facilidade de administração, em comum acordo com o paciente, o que tende a aumentar a aderência ao tratamento. A TRN e a bupropiona podem ser utilizadas isoladamente ou em combinação. A vareniclina somente poderá ser utilizada de forma isolada.[18, 19]

A duração do tratamento com qualquer forma de medicamento é de 12 semanas. A TRN deve ser iniciada no dia que o paciente escolheu para deixar de fumar. Já com a bupropiona e a vareniclina, deve-se parar de fumar no oitavo dia após ter iniciado o uso do medicamento.[18, 19]

Conclusão

Todo médico deve se conscientizar de que o tabagismo é uma doença crônica e que todo fumante necessita de apoio e acompanhamento para conseguir deixar de fumar. Muitos fumantes utilizam o cigarro não apenas porque querem fumar, mas porque necessitam da nicotina e do papel que o cigarro desempenha em sua vida.

Pacientes com câncer devem ser sempre orientados a deixar de fumar, em qualquer estágio da doença. A cessação do tabagismo em um paciente com câncer deve ser encarada como uma importante etapa do tratamento do câncer. A melhora da autoestima e da autoconfiança que o paciente sente ao conseguir parar de fumar dará a ele condições para enfrentar o tratamento do câncer de maneira mais positiva.

O médico deve ter em mente que o tratamento do tabagismo, como o de qualquer doença crônica, deve ser contínuo. Não adianta apenas parar de fumar. O fumante deve ser sempre acompanhado, usando ou não medicamento, para que ele continue sem fumar, mantendo suas conquistas, especialmente a melhora na sua qualidade de vida.

Referências bibliográficas

1. World Health Organization (WHO), 2002. The World Health Report: Reducing Risks and, Promoting Healthy Lifestyles. Geneva, Switzerland.

2. Pan American Health Organization (PAHO), 2002. Health in the Americas.

3. Organização Mundial de Saúde (OMS), 1997. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão- (CID 10). Traduzido pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo – Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português – 4a ed. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

4. Dube, M.F., Green, C.R., 1982. Methods of collection of smoke for analytical purposes. Recent. Adv. Tob. Sci., 8, 42-102.

5. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.

6. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.

7. Rosemberg, J.. Pandemia do Tabagismo – Enfoques Históricos e Atuais. 1ª edição, São Paulo, (SP) Secretaria Estadual de Saúde, 2002.

8. Gonçalves, C.M.C., Meirelles, R.H.S., 2007. Cessação do Tabagismo em Pacientes com Câncer. In: Viegas C.A.A. (Ed). Tabagismo: do Diagnóstico à Saúde Pública. Editora Atheneu, São Paulo, SP.

9. Nia PS, et al. Prognostic value of smoking status in operated non-small cell lung cancer. Lung Cancer 2005; 47: 351-359.

10. Tammemagi, CM, et al. Smoking and Lung Cancer Survival. The Role of Comorbidity and Treatment. Chest 2004;125: 27-37.

11. Anthonisen NR, et al. The Effects of a Smoking Cessation Intervention on 14.5-Year Mortality. Ann Intern Med. 2005; 142: 233-239.

12. Reina, S.S., Damasceno, A.G-T., Orive, J.I.G., 2003. Iniciación y mantenimiento del hábito tabáquico. El paciente que va a dejar de fumar. In: Ferrero MB, Mezquita MAH, Garcia MT. – Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, www.atenciontabaquismo.com, Espanha, 2003.

13. Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Câncer/Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer – Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar, Rio de Janeiro, 1997.

14. Meirelles, R.H.S., Gonçalves, C.M.C., 2006. Como Fazer Seu Paciente Parar de Fumar. In: Zamboni M., Pereira CAC (Eds.). Pneumologia – Diagnóstico e Tratamento. Editora Atheneu, São Paulo, SP.

15. Rosemberg J., 2004. Nicotina Droga Universal, Instituto Nacional de Câncer (site da internet: www.inca.gov.br).

16. Fagerström, K. Uma Breve Apresentação da Neurofarmacologia e Fisiologia da Dependência à Nicotina. In: Gigliotti A.P.; Presman S. (Eds). Atualização no Tratamento do Tabagismo. ABP Saúde, 2006.

17. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, 2005 – Deixando de Fumar sem Mistérios – Manual do Coordenador, Rio de Janeiro.

18. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância - Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, Rio de Janeiro, 2001.

19. Fiore, M.C., Jaén, C.R., Baker, T.B., et al, 2008. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. U. S. Department off Health and Humans Services, Public Health Service. Update.