



SUSPENSÃO DO TABACO E TRATAMENTO

Em todo o mundo, 1,3 bilhões de pessoas fumam e, a menos que uma ação urgente seja tomada, 650 milhões delas morrerão prematuramente por causa do consumo de tabaco.¹ De acordo com a Organização Mundial de Saúde, “as atuais estatísticas indicam que não será possível reduzir as doenças relacionadas ao fumo nos próximos 30-50 anos, a não ser que os fumantes adultos sejam incentivados a vício”.² Milhões de pessoas param de fumar todos os anos, mas muito mais pessoas não param e os índices de tentativas bem-sucedidas continuam baixos. A suspensão do tabaco pode ser um método econômico de se prevenir doenças em adultos. Nos Estados Unidos, por exemplo, é mais econômico do que os exames de mamografia, papanicolau e diagnósticos de câncer de colo do útero ou hipertensão.³

Nicotina: A Base do Vício

O tabaco contém nicotina, uma substância altamente viciante e poderosa. A maioria dos produtos de tabaco levam nicotina ao cérebro com grande eficiência, proporcionando um rápido início do vício e sua manutenção. O vício leva à infeliz situação em que uma pessoa inteligente, motivada e racional, que sabe dos riscos do tabaco, continue a fumar.⁴

Por anos se estudam as evidências das propriedades de produção de dependência do tabaco. Em 2000, a publicação The Royal College of Physicians resumiu esse corpo de pesquisa ao concluir que a nicotina é um droga viciante tanto quanto a heroína e a cocaína e que o principal propósito de fumar tabaco é levar uma dose de nicotina rapidamente para o cérebro.⁵ Os estudos de inúmeros países mostram que, embora a grande maioria dos fumantes queiram parar de fumar, menos da metade tenta pelo menos uma vez por ano, e pouquíssimos conseguem parar a longo prazo. Embora cerca de 40% dessas pessoas se esforçarão para abandonar o vício em algum ano, tão somente 3%, na verdade, atingirão uma abstinência de longo prazo.⁶

Pesquisas nos Estados Unidos descobriram que até 70% dos fumantes demonstram um grande interesse em parar de fumar.⁷

Um relatório de 2002 indicou que 45,6% dos fumantes australianos pretendiam para de fumar nos próximos seis meses.⁸

Um estudo em 2003, encomendado pela Agência de Controle de Tabaco da Irlanda, indicou que 76% dos fumantes irlandeses pretendiam parar de fumar e que 67% tinham tentado parar anteriormente.⁹

Obstáculos da Indústria do Tabaco à Suspensão

Além dos obstáculos à suspensão causados por políticas governamentais insuficientes e pela natureza viciante da nicotina, a própria indústria do tabaco apresenta inúmeras barreiras aos esforços de suspensão através de seus significativos recursos político-econômicos.

A falta de uma eficaz regulamentação permitiu à indústria criar e promover produtos, tais como cigarros "light" ou de "baixo alcatrão", que visam a oferecer uma redução de danos, mas não

reduzir como um todo os riscos de doenças. A intensa propaganda desses produtos aos fumantes conscientes da saúde “em risco” de pararem de fumar serviu para manipular o vício dessas pessoas ao oferecer uma justificativa para o fumo continuado, mesmo embora não haja nenhuma prova de que esses produtos reduzam o risco de doenças.

Tanto diretamente quanto através de empresas falsas, a indústria do tabaco ataca as evidências científicas sobre os efeitos do fumo e declara publicamente que fumar não é tão prejudicial como os críticos argumentam ou que “tudo” é prejudicial. Muitas empresas ainda não admitem que o fumo é um vício. Essas estratégias de relações públicas estão tão afastadas da ciência que elas não teriam fundamento para a maioria dos produtos de consumo. Ainda que os fumantes sejam frequentemente incentivados a achar maneiras de justificar sua dependência do cigarro, e embora outras pessoas possam reconhecer essas estratégias como tentativas de enganar os consumidores, os fumantes podem considera-las uma luz de esperança em seus esforços de justificar o fumo continuado evitando sofrimento de uma tentativa de abandono do vício.¹⁰

O Importante Papel dos Serviços de Saúde

O Artigo 14 da Convenção-Quadro para o Controle do Fumo (FCTC) — um tratado assinado e sancionado por 145 países de todas as regiões do mundo — exige que os governos incorporem o “diagnóstico e tratamento da dependência do tabaco e que os serviços de orientação para a suspensão do tabaco implantem programas nacionais de educação e saúde”. Como declara a União Internacional Contra o Câncer, os profissionais da saúde “têm o dever de oferecer orientação e tratar a dependência do tabaco da mesma forma que fariam com outras doenças ou vícios.”¹¹ Um relatório de 2002 do Comitê Consultivo Nacional da Nova Zelândia sobre Saúde e Deficiências, Diretrizes para Suspensão do Fumo¹² (2002), mostrou que “há grandes evidências de que pequenos conselhos dos profissionais da saúde têm um efeito significativo sobre as taxas de suspensão do fumo.”

Ainda que muitos serviços de saúde não tenham as ferramentas apropriadas para tratar a dependência do tabaco. Um artigo científico sobre as 24 faculdades de medicina do Reino Unido, por exemplo, mostrou que não havia menção de fumo ou suspensão do fumo no material curricular publicado de 10 dessas faculdades.¹³ Nos Estados Unidos, um estudo constatou que apenas 15% dos fumantes que foram ao médico no ano anterior receberam assistência para parar de fumar, enquanto apenas 3% tinham marcado uma consulta para falar sobre o assunto com o médico.¹⁴ Se a prevenção e tratamento do fumo passarem a fazer parte da medicina atual, os estudantes de medicina e os profissionais devem ser educados e treinados nas habilidades necessárias para serem capazes de tratar o vício em seus pacientes.¹⁵

Implementando a FCTC

O Artigo 14 da FCTC exige que os países “promovam a suspensão do fumo e o tratamento adequado para a dependência do tabaco”. Dada a diversidade das situações econômicas e das políticas reguladoras e dos sistemas de saúde dos países, o esforço em tratar a dependência do tabaco requer uma abordagem multifacetada. Portanto, um programa de controle do tabaco não deve apenas incentivar os fumantes a pararem de fumar, e sim também oferecer assistência. Os serviços de tratamento podem ser oferecido pelos serviços de saúde, faculdades, secretarias do governo e organizações comunitárias. Esses serviços podem incluir:

Educação em saúde, através da embalagem do cigarro, mídia, faculdades, grupos comunitários e serviços de saúde, deve descrever os malefícios do fumo e oferecer estratégias para que quer parar de fumar. Um relatório de 2003 da Organização Mundial de Saúde¹⁶ concluiu que “um ambiente incentivador, que incluía... um aumento de informações, aumentará a probabilidade dos fumantes pararem”.

Orientação é eficaz para ajudar os fumantes a abandonarem o vício. Uma intensiva assistência comportamental pelos devidamente treinados profissionais de orientação para a suspensão do tabaco é a intervenção não farmacológica mais eficaz para os fumantes que são intensamente motivados a pararem de fumar.¹⁷ A Fundação Centros de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos recomenda que os fumantes sejam identificados e orientados, e que tenham a disposição assistência e uma completa gama de serviços de tratamento, incluindo auxílio farmacêutico, intensiva orientação comportamental e consultas médicas.¹⁸ Entre os serviços recomendados pela Força Tarefa de Serviços de Prevenção dos Estados Unidos, a orientação para suspensão do tabaco é considerada a maior prioridade, com a menor taxa de uso.¹⁹ Até agora não foi oferecida orientação com efeito máximo.

Muitas Clínicas de Saúde Infantil e Maternal oferecem programas bem-sucedidos de suspensão do fumo. A gravidez é um período apropriado para conseguir a suspensão do fumo e intervenções bem-sucedidas produzem benefícios claros, de curto prazo e econômicos.²⁰ A gravidez também oferece múltiplas oportunidades para a intervenção da suspensão do fumo.²¹ As intervenções mais eficazes foram feitas durante as visitas de rotina de pré-natal. Usar mensagens e materiais de auto-ajuda dirigidos às fumantes grávidas aumenta significativamente as taxas de abstinência durante a gravidez.²² As intervenções bem-sucedidas para abandono do vício após o parto iniciadas no final da gravidez mudam a perspectiva de proteger a gravidez para a de proteger a saúde da mulher após o parto e para a meta final de construir uma família anti-fumo.²³

Os governos podem exigir que as empresas de tabaco apresentem proeminente mensagens anti-fumo em todas as embalagens de cigarro e nos pontos de venda. Essas mensagens poderia incluir números de telefone de “assistência para parar de fumar” para os quais os fumantes podem ligar e receber orientações. Uma análise nos Estados Unidos revelou que a orientação por telefone aumentou em cerca de 30% as chances dos fumantes terem abstinência de longo prazo.²⁴ Por apresentarem poucas barreiras ao uso (ou seja, atendimento em muitos idiomas, várias horas de funcionamento, facilidade de não precisar se deslocar), os telefones de atendimento aos fumantes têm o potencial de alcançar uma ampla gama de pessoas nos países que tenham serviços telefônicos adequados.

Os governos podem “nivelar o campo regulatório” entre os produtos de tabaco e os produtos farmacêuticos de nicotina. Na maioria dos países, os produtos de tabaco são amplamente não-regulamentados, enquanto os produtos que ajudam as pessoas a pararem de fumar são classificados como farmacêuticos e estão rigidamente regulamentados. Segundo a Organização Mundial de Saúde, é importante “assegurar que no futuro o mercado da nicotina não continue a ser dominado pelo produto mais prejudicial: o cigarro.”²⁵

Os governos devem oferecer proteção contra o fumo passivo. Leis que determinam a proibição do fumo em lugares públicos e ambientes de trabalho, incluindo transporte público, instituições de saúde, instalações esportivas e educacionais, restaurantes e bares, incentivam e reforçam as tentativas das pessoas em parar de fumar.

Em países que têm planos de saúde fundados publicamente, deve-se considerar em reembolsar tratamentos de dependência de tabaco comprovada. A falta de cobertura do plano de saúde e a falta de acesso e disponibilidade funcionam como barreiras a esses tratamentos. Cada país tem que pesar os custos e os benefícios, mas, em muitos casos, oferecer a todos planos de saúde que cubram o tratamento de dependência de tabaco seria uma decisão acertada. Onde houver, o plano de saúde aumenta a probabilidade dos fumantes usarem mais os serviços.²⁶

Embora possa ser cara e não estar disponível em todos os lugares do mundo, a assistência farmacológica, tais como tratamento de substituição da nicotina (NRT), que inclui goma de mascar de nicotina, inalador, spray nasal, pílulas e adesivos, bem como remédios sem nicotina, tais como bupropion e vareniclina, pode ser utilizada para ajudar os fumantes a abandonarem o vício. Esse tratamento oferece baixas doses de nicotina, não apresentando as muitas outras substâncias prejudiciais encontradas no cigarro, e pode aumentar significativamente a taxa de esforços bem-sucedidos.²⁷

Em suma, as abordagens mais eficazes para promover a suspensão do tabaco lançam mão tanto dos serviços de tratamento individual para os fumantes como das intervenções públicas a toda a população que incentivam os fumantes a abandonarem o vício. Essas abordagens a toda a população incluem aumentos do preço dos produtos de tabaco, leis mais rígidas que imponham a proibição de fumar em lugares públicos e ambientes de trabalho, programas para educar a população sobre os malefícios associados ao fumo e os benefícios de parar de fumar, e reembolso dos planos de saúde para os tratamentos para parar de fumar.

Fontes na Internet:

OMS: Recomendações Políticas para a Suspensão do Fumo e o Tratamento da Dependência do Tabaco (em inglês)

http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_dependence/en/index.html

Ministério da Saúde e Assistência Social dos Estados Unidos: *Treating Tobacco Use and Dependence: A Clinical Practice Guideline*, 2000

www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm

QuitNet (fontes para ajudar os fumantes a abandonarem o vício)

www.quitnet.org/qn_main.html

1

World Health Organization, *The World Health Report 2003 – Shaping the future*. (2003).

<http://www.who.int/whig/2003/en/>

2

World Health Organization. *Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence*, 2003. <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_dependence/en/>

3

A. Coffield, et al, "Priorities Among Recommended Clinical Preventive Services," *American Journal of Preventive Medicine*. Vol. 21 (2001), p.1-10.

4

Pan American Health Organization (PAHO). "Nicotine Addiction and Smoking Cessation." *Policy Brief*, (1999). <http://165.158.1.110/english/hpp/wntd_policy.htm>

5

Royal College of Physicians. *Nicotine Addiction in Britain*. (London: Royal College of Physicians; 2000).

6

PAHO, *op cit*.

7

Ibid.

8

New South Wales Department of Health. *Facts about smoking*. (2002).

<<http://www.health.nsw.gov.au/public-health/health-promotion/tobacco/facts/>>

9

"Survey reveals 76% of Irish smokers want to quit." *Office of Tobacco Control*. (April 3, 2003).

<<http://www.otc.ie/article.asp?article=49>>

10

Pan American Health Organization (PAHO). "Nicotine Addiction and Smoking Cessation. *Policy Brief*, (1999). <http://165.158.1.110/english/hpp/wntd_policy.htm>

11

International Union Against Cancer. "Helping Smokers Stop: Ensuring Wide Availability of Smoking Cessation Interventions." Fact Sheet #9, (1993).

<http://www.globalink.org/tobacco/fact_sheets/09fact.htm>

12

New Zealand National Advisory Committee on Health and Disability, *Guidelines for Smoking Cessation*, Wellington, New Zealand, 2002, http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0025/Smoking_Cessation_full.pdf.

13

E. Roddy et al., "A study of smoking and smoking cessation on the curricula of UK medical schools." *Tobacco Control*. Vol. 13, No. 1, (March 2004), p. 74-77.

14

Agency for Healthcare Research and Quality, *Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline*, 2000; <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm>

15

"A study of smoking and smoking cessation on the curricula of UK medical schools. *Tobacco Control*, Vol. 13, No. 1, (March 2004), p. 74.

- ¹⁶ World Health Organization, Tools for Advancing Tobacco Control in the XXIst Century, Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence: Tools for Public Health, Edited by Dr. Vera da Costa e Silva, 2003, http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_dependence/en/.
- ¹⁷ Time Coleman, "ABC of Smoking Cessation." *British Medical Journal*, (February 2004).
- ¹⁸ Pbert, et al. "Development of state wide tobacco treatment specialist training and certification programme for Massachusetts." *Tobacco Control*. Vol. 9, No. 4 (December, 2000), p. 372-381.
- ¹⁹ A. Coffield, et al, "Priorities Among Recommended Clinical Preventive Services." *American Journal of Preventive Medicine*. Vol. 21 (2001), p. 1-10.
- ²⁰ C. Melvin, et al. "Recommended cessation counseling for pregnant women who smoke: a review of the evidence." *Tobacco Control*. Vol. 9, Suppl 3, (September 2000), p. iii80-iii84.
- ²¹ C. DiClemente, et al. "The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions." *Tobacco Control*. Vol. 9, Suppl 3, (September 2000), p. iii16 – iii21.
- ²² AHRQ U.S. Preventative Services Task Force Recommendations Statement. "Counseling to Prevent Tobacco Use and Tobacco-Caused Disease." (2004).
- ²³ C. DiClemente, "The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions." *Tobacco Control*. Vol. 9, Suppl 3, (September 2000), p. iii16 – iii21.
- ²⁴ M.C. Foire, W.C. Bailey, S.J. Cohen, S.J. "Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline." (Rockville, Md: Public Health Service; 2000).
- ²⁵ World Health Organization Scientific Advisory Committee on Tobacco Product Regulation (SACTob). *SACTob Recommendation on Nicotine and the Regulation in Tobacco and non-Tobacco Products*. <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590920.pdf>>
- ²⁶ "Preventing 3 Million Premature Deaths and Helping 5 Million Smokers Quit: A National Action Plan for Tobacco Cessation." *American Journal of Public Health*. Vol. 94, (2004), p. 205-210
- ²⁷ PAHO, *op cit*.