

Tratamento da Dependência da Nicotina

Ronaldo Laranjeira Analice Gigliotti Hamer Alves

O fumo é a causa mais importante de morte e doença evitáveis. É responsável por 20% de todas as mortes nos EUA e 45% dos fumantes morrerão de uma causa induzida pelo tabaco. O percentual de fumantes no Brasil é considerado alto quando comparado com outros países da América Latina. Estima-se que, no Brasil, haja atualmente cerca de 35 milhões de pessoas que fumam. Apesar do reconhecimento pela maioria dos fumantes de que o cigarro faz mal à saúde, estes danos são tão graves que a maioria desconhece sua amplitude e importância. Por outro lado, este reconhecimento, não gera, por si só, a motivação necessária para o abandono da dependência. Vários órgãos e sistemas sofrem os efeitos deletérios do tabaco. Fumar causa câncer de pulmão, cavidade oral, laringe, bexiga, rins, colo de útero, doença cardiovascular, doença pulmonar crônica obstrutiva, ulcera péptica, distúrbios gastrointestinais e complicações materno-fetais, entre outras. É responsável por 90% dos cânceres de pulmão. Fumo passivo causa a morte de milhares de não-fumantes e maior morbidade nos filhos e cônjuges de fumantes. O tabagismo reduz, significativamente, a expectativa de vida: estudo de seguimento que acompanhou mais de 34.000 médicos britânicos durante 50 anos revelou que o tabagismo acarreta perda de 10 anos de vida em média e que, deixar de fumar nas idades de 30, 40, 50 e 60 anos reduz a perda de anos de vida em dez, nove, seis ou três anos de vida, respectivamente. Ou seja: 1º, em qualquer idade é importante deixar o cigarro e 2º, quanto mais cedo, melhor.

Fumantes passivos têm risco aumentado em 30% de desenvolverem doenças cardiovasculares e câncer de pulmão.

O início do tabagismo ocorre em idade geralmente precoce: dos treze aos quinze anos, e, em poucos meses, já é possível observar sintomas de abstinência e dependência. Fatores que motivam os adolescentes a fumarem são o fato dos pais fumarem, a influência do círculo de amigos, a considerável liberdade de propaganda e o preço extremamente acessível dos cigarros e o não cumprimento das restrições legais sobre a venda de tabaco aos menores de 18 anos. Um terço das pessoas que experimentam nicotina ficam dependentes e apenas 3% dos dependentes conseguem ter sucesso em deixar o cigarro a cada ano, de forma espontânea. Daí a importância do treinamento dos clínicos gerais em questionar, reconhecer, orientar todos os fumantes sobre a possibilidade (é possível e desejável parar de fumar) e os métodos disponíveis (existem ferramentas farmacológicas e motivacionais eficazes).

Dependência da nicotina

A visão do comportamento de fumar como dependência de droga (nicotina), em 1988, pelo relatório do Cirurgião Geral dos EUA Dr. Koop, revolucionou o entendimento e tratamento dos fumantes.

A nicotina após ser inalada atravessa a barreira hematoencefálica em 10 segundos, produzindo efeito quase instantaneamente. Liga-se a receptores pré-sinápticos, neurônios periféricos e sinapses neuro-musculares. É captada por receptores específicos, chamados nicotínicos, levando a aumento indireto da função dopaminérgica mesolímbica. Há interação dos efeitos hormonais e neuropeptídeos (dopamina, adrenalina, acetilcolina, catecolaminas, vasopressina, serotonina, prolactina e hormônios hipofisários) elevando os níveis de ACTH e aumentando a liberação de hormônios pituitários. Diversos são os fatores envolvidos no estabelecimento da dependência: a nicotina produz efeitos que reforçam o seu uso, como melhora do desempenho cognitivo e do humor, diminui a ansiedade e ajuda a controlar o peso; a dose de nicotina pode ser controlada pela maneira como se fuma: com um maço o fumante administra nicotina aproximadamente 200 vezes ao dia. Os sintomas de abstinência de nicotina começam em poucas horas, com pico em 24-48 horas, com duração média de quatro semanas. A gravidade dos sintomas varia de paciente para paciente, conforme tempo de uso e intensidade da dependência.

Sintomas da Síndrome de Abstinência: fissura (*craving*), humor disfórico ou depressivo, insônia ou hipersonia, irritabilidade, ansiedade, dificuldade em se concentrar, inquietação, bradicardia, cefaléia, obstipação intestinal, aumento de apetite. A fissura e a irritabilidade podem perdurar por 6 meses ou mais, mas diminuem com o passar do tempo.

A dependência e abstinência de nicotina podem ocorrer com todas as formas de tabaco (cigarros, cachimbos, charutos, e fumo mascado). A capacidade destes produtos de induzir ou manter a dependência e abstinência aumenta com a rapidez de absorção, a dose e a disponibilidade da nicotina. A gravidade da dependência de nicotina pode ser ilustrada com o fato de que apenas 33% das pessoas que deixam de fumar sozinhas permanecem abstinentes por período superior a dois dias, e menos de 5% mantêm-se abstinentes por mais de 1 ano. Metade dos fumantes com aproximadamente 20 anos de idade e 84% dos fumantes mais velhos preenchem os critérios da DSM IV (Associação Psiquiátrica Americana – APA) para dependência de nicotina. Na verdade muitos fumantes parecem usar o tabaco de acordo com um modelo cíclico clássico de dependência de drogas, em que inicialmente se buscam os efeitos benéficos da nicotina, mas o que mantém o indivíduo fumando é o alívio dos sintomas de abstinência.

Segundo o IV Manual Diagnóstico Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana, os critérios para dependência de substâncias psicoativas, que são aplicáveis à nicotina são:

1. Usar a substância em quantidades maiores ou por período de tempo maior do que o pretendido.
2. Tentativas ou desejo persistente em reduzir ou parar de usar a substância.
3. Gastar muito tempo para obtenção da substância.
4. Prejuízo das atividades sociais, ocupacionais ou recreacionais por causa do uso da substância.
5. Persistência no uso da substância a despeito do conhecimento de que está causando prejuízo físico ou psicológico.
6. Desenvolvimento de tolerância, o que significa que a mesma dose torna-se menos eficaz com o uso continuado.
7. Presença de sintomas de abstinência. No caso da nicotina: irritabilidade, ansiedade, depressão; diminuição da concentração; inquietação; insônia ou hipersonia; aumento de apetite ou de peso; diminuição dos batimentos cardíacos; e diminuição da pressão arterial.

1. Usar a substância em quantidades maiores ou por período de tempo maior do que o pretendido.
2. Tentativas ou desejo persistente em reduzir ou parar de usar a substância.
3. Gastar muito tempo para obtenção da substância.
4. Prejuízo das atividades sociais, ocupacionais ou recreacionais por causa do uso da substância.
5. Persistência no uso da substância a despeito do conhecimento de que está causando prejuízo físico ou psicológico.
6. Desenvolvimento de tolerância, o que significa que a mesma dose torna-se menos eficaz com o uso continuado.
7. Presença de sintomas de abstinência. No caso da nicotina: irritabilidade, ansiedade, depressão; diminuição da concentração; inquietação; insônia ou hipersonia; aumento de apetite ou de peso; diminuição dos batimentos cardíacos; e diminuição da pressão arterial.

Outros determinantes da dependência

Fatores socioculturais, ambientais, comportamentais e psicológicos também estão associados ao hábito de fumar. Não é apenas a dependência à nicotina que determina a persistência do uso, logo, este não é o único fator relevante para o tratamento: a abordagem deve ser integral e contemplar todos os aspectos do estilo de vida envolvidos. Como qualquer outra droga, o desejo de consumo pode ser desencadeado por estímulos ambientais relativamente independentes do estado ou necessidade fisiológica. Por isso o indivíduo pode ter uma “fissura” (craving) para fumar mesmo muitos anos após o término da síndrome de abstinência. Assim sendo, para o tratamento da dependência da nicotina, deve-se também ter em conta o cortejo comportamental do uso da substância, as “situações-gatilho”, como os estados emocionais negativos como irritabilidade, depressão, ansiedade, ver alguém fumando, entre outros. O uso de café, por estar frequentemente associado, pode desencadear o desejo de fumar, segundo relato de vários fumantes. Isto se deve ao fato de serem estímulos que durante muito tempo foram pareados. O uso de bebidas alcoólicas é ainda mais problemático, uma vez que pode aumentar o desejo pelo cigarro e reduzir a crítica de alguém que esteja tentando parar de fumar, logo deve ser proscrito na fase inicial do tratamento. Nestes casos o indivíduo estaria desejando fumar não para aliviar os sintomas da abstinência, mas sim na expectativa do “reforço positivo” no uso da nicotina.

Tipos de tratamento

As intervenções para cessar o fumo trazem ganhos com a saúde com gastos relativamente modestos, tanto individual quanto populacionalmente. A longo prazo, essas medidas irão reduzir os gastos com a saúde relacionados ao cigarro, liberando recursos econômicos para outras áreas.

Métodos indiretos: influenciam o fumante a abandonar o cigarro, sem que haja contato direto com ele, como por meio de campanhas educacionais antifumo; elaboração de normas sociais como a proibição do fumo em restaurantes, teatros e cinemas; e a aplicação de altos impostos sobre o cigarro. Estas intervenções têm como foco a comunidade, são menos custosas e produzem taxas *populacionais* de abstinência mais altas, reduzindo a morbidade e mortalidade.

Métodos diretos: apesar de mais custosos, têm grande impacto em saúde pública, proporcionando redução na prevalência de fumantes. Envolve utilização de fármacos, psicoterapia, ou somente aconselhamento por profissional de saúde.

A maioria dos fumantes prefere parar de fumar sozinho e não procurar programas de suspensão do tabagismo.

Conselho médico

A relação médico-paciente oferece um contexto “único e poderoso” para o tratamento da dependência à nicotina. As preocupações do paciente com sua saúde fazem de sua consulta o momento mais adequado para orientação. Em 1989, Glynn and Manley elaboraram técnicas simples cujo uso recomendamos aos clínicos:

- (1) *Arguir* se o paciente fuma sempre que possível.
- (2) *Aconselhar* todos os fumantes a parar.
- (3) *Averiguar* se o paciente deseja parar.
- (4) *Ajudar* o paciente a parar, usando material de auto-ajuda e medicamentos quando necessário.
- (5) *Acompanhar* o paciente, marcando futuras visitas.

- (1) *Arguir* se o paciente fuma sempre que possível.
- (2) *Aconselhar* todos os fumantes a parar.
- (3) *Averiguar* se o paciente deseja parar.
- (4) *Ajudar* o paciente a parar, usando material de auto-ajuda e medicamentos quando necessário.
- (5) *Acompanhar* o paciente, marcando futuras visitas.

Caso o fumante não queira deixar de fumar, o clínico deve apenas ouvi-lo quanto às suas motivações para continuar fumando; entregar-lhe folhetos sobre fumo; e marcar outra consulta para daí a aproximadamente 6 meses. Podem ser também aplicadas neste caso as técnicas da entrevista motivacional, que descreveremos a seguir. Quando o fumante desejar parar, podem-se explorar alguns pontos-chave em apenas 5 a 10 minutos: marcar data para deixar de fumar; rever experiências passadas e determinar o que ajudou e o que falhou nas tentativas anteriores; identificar problemas futuros e fazer plano para lidar com eles; solicitar o suporte de familiares e amigos; planejar o que fazer a respeito do consumo de álcool; e prescrever medicamentos. Um dos maiores efeitos do aconselhamento breve é o de motivar os pacientes a parar de fumar.

Em qualquer tipo de tratamento, marcar consultas de acompanhamento é importantíssimo. Quanto maior a intensidade, frequência e duração do contato, melhor será o resultado.

Vários fumantes são incapazes de deixar de fumar sem um auxílio mais intensivo, e freqüentemente estes serão fumantes de mais de 2 maços ao dia, e que por este motivo estão sob maior risco de acometimento de doenças tabaco-relacionadas. Estes fumantes devem ser encaminhados para clínicas especializadas, onde terão mais suporte para suas dificuldades em obter a abstinência, e serão acompanhados mais de perto para prevenir recaídas.

O processo de parar de fumar os estágios de mudança

Parar de fumar não consiste em simples decisão súbita em transformar-se de “fumante regular” em “não-fumante”. Até que um indivíduo realmente resolva parar de fumar, ele percorre um caminho sutil, cheio de idas e vindas. São os chamados “estágios de mudança”, que foram assim descritos por Prochaska e Di Clemente:

- 1) Estágio pré-contemplativo: Neste estágio o indivíduo não pretende parar de fumar nos próximos 6 meses. São aqueles pacientes que vêem mais prós do que contras em fumar, que negam os malefícios do tabaco à saúde.
- 2) Estágio contemplativo: Pretende seriamente parar de fumar nos próximos 6 meses, mas, na verdade, está ambivalente. Encontra um pouco mais contras do que prós em fumar mas, em caso de dúvida, não para.
- 3) Preparação para ação: Pretende seriamente parar no curso do próximo mês. Já começa intuitivamente a usar de técnicas comportamentais para livrar-se do fumo: adiar o 1º cigarro do dia, diminui o número de cigarros fumados, etc. Fez pelo menos 1 tentativa de parar de fumar no último ano.
- 4) Ação: O indivíduo parou de fumar.
- 5) Manutenção: Até 6 meses após o indivíduo ter abandonado o tabaco. Este período não ocorre passivamente, apenas deixando as coisas como estão. O indivíduo utiliza mecanismos comportamentais de adaptação ao meio sem cigarro, podendo até mesmo alterar seus hábitos rotineiros (como passar a não tomar mais café, por exemplo).

A conceituação destas fases é importante tendo em vista o tratamento uma vez que, de acordo com os autores, a intensidade, duração e tipo de intervenção devem se adequar ao estágio de mudança do paciente. Indivíduos em estágio mais tardio devem se beneficiar de tipos de intervenção mais intensas, e orientadas para a ação. Indivíduos em processo inicial de mudança (pré-contemplativos, por exemplo) precisam de tipos de programas menos intensivos e mais extensivos, para que se possa acompanhá-los através do ciclo de parar de fumar, e movê-los com sucesso até o estágio de ação.

Entrevista motivacional (EM)

A entrevista motivacional tem como objetivo fazer com que o paciente evolua de “estágio de mudança”. O estilo do profissional é mais importante do que a técnica eleita para o tratamento. Existe uma forma de se relacionar com o paciente que é capaz de diminuir a resistência e construir e/ou aumentar a sua motivação para mudança.

Prontidão, importância e confiança são variáveis fundamentais para serem avaliadas no fumante. A *prontidão* está relacionada a quão pronto este paciente se sente para abster-se, podendo ser avaliado pedindo para que avalie numa escala de 0 a 10 (como uma régua) aonde ele se percebe em termos de prontidão para mudança. Entendemos *importância* como o quanto mudar é imprescindível e *confiança* como o quanto confia na sua capacidade de executar a mudança. O objetivo da EM é o de aumentar a prontidão, a importância e a confiança de que o fumante possa deixar de fumar.

São pontos importantes no estilo da entrevista motivacional:

A) Resistência

Deve-se evitar em entrevista motivacional discussões nas quais o profissional e paciente defendem pontos de vista antagônicos, tendo o desgaste como resultado.

B) Ambivalência

O maior alvo desta abordagem são os pacientes ambivalentes. Na realidade temos como objetivo, pela exploração desta dualidade interna, que pacientes no estágio de contemplação se movam para a preparação para ação e que pré-contempladores adquiram algum grau de dúvida. Uma maneira prática de acessar a ambivalência é solicitar que o indivíduo faça um quadro com as vantagens e desvantagens, tanto de parar de fumar quanto de continuar fumando.

C) Liberdade de escolha, responsabilidade e opções

Toda vez que nos sentimos pressionados a agir de uma forma, instintivamente adotamos uma atitude em oposição. Não suportamos nos sentir sem liberdade a respeito da nossa própria vida. A entrevista motivacional propõe que profissionais dêem aos seus pacientes sempre a sensação de que eles é que estão fazendo as escolhas e que ninguém está tentando lhe impor nada. O fornecimento de opções pode ser dado quando falamos sobre tratamento de tabagismo com farmacoterapia ou psicoterapia.

D) Remoção de barreiras

É algo que se tenta fazer em todo o processo de tratamento. É limpar o terreno de qualquer dificuldade que possa levar o paciente a não aderir ao tratamento.

E) Empatia

É a capacidade de se colocar no lugar do outro e passar explicitamente ou implicitamente a mensagem: “Eu posso imaginar como você se sente ...” ou “Eu posso imaginar com isso tudo é difícil e sofrido para você...”

F) Valores

A motivação para mudança comportamental está intimamente relacionada a valores, pois frequentemente este comportamento está incoerente com estes valores.

Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico dobra as chances de abstinência, se somado a abordagem cognitivo-comportamental.

Podemos dizer que existem duas abordagens farmacoterápicas:

1) Terapias de reposição de nicotina

2) Medicações sem nicotina

Terapias de reposição de nicotina (TRN)

Objetiva a redução do sofrimento relacionado à síndrome de abstinência, enquanto o indivíduo adapta-se a uma vida livre de cigarros. As TRN devem ser introduzidas, portanto, tão logo o indivíduo pare de fumar. São definidas como “a aplicação sistemática de medicações que distribuem nicotina e princípios comportamentais para estabelecer e manter a abstinência ao tabaco”. Seus efeitos colaterais são pouco significativos e raramente justificam a suspensão do uso. São medicamentos seguros e eficazes.

O principal efeito da nicotina presente nos derivados do tabaco é causar dependência, perpetuando o consumo. É porque a maioria dos fumantes é dependente desta droga que continua se expondo às toxinas do tabaco. O tabaco, e não a nicotina, é o responsável pela maioria dos efeitos nocivos à saúde.

A nicotina não é um fator de risco significativo para problemas cardiovasculares e não é causa substancial de câncer, e os riscos durante a TRN a curto prazo para cessação do tabagismo são insignificantes comparados aos riscos de fumar. Assim sendo, as contra-indicações para seu uso são relativas.

Alguns produtos de reposição de nicotina podem representar risco para o desenvolvimento de dependência. Provavelmente esta vulnerabilidade é maior com produtos de liberação rápida de nicotina. A prevalência de abuso é nula (adesivo de nicotina), ou muito baixa (menos de 10% dos usuários do chiclete de nicotina, do *spray* nasal e do inalador).

Todas as formas de terapia de reposição de nicotina parecem ter eficácia semelhante e a escolha do tipo pode ser

baseada na suscetibilidade aos efeitos colaterais, na preferência do paciente e na disponibilidade das mesmas. No Brasil só há no mercado os adesivos e as gomas de nicotina. Ambos podem ser comprados sem prescrição médica.

Gomas de nicotina

No Brasil, a única goma disponível no mercado recebe o nome de Nicorette, e pode ser encontrada na dose de 2 mg (em outros países também encontra-se a dosagem de 4 mg, mais adequada para fumantes com consumo excessivo mais de 20 cigarros/dia).

Sua utilização apropriada é fundamental para a eficácia terapêutica, não devendo ser mastigadas como um chiclete comum. Deve ser mascarada lentamente até que se sinta sabor picante (o sabor da nicotina sendo liberada). Após isto, deve-se depositá-la entre a bochecha e a mandíbula até que o sabor desapareça. O processo de mascar intermitentemente deve ser repetido por 30 minutos.

As taxas de abstinência alcançadas parecem ser maiores quando estas gomas são utilizadas em regime fixo de administração (a cada hora enquanto acordado), ao invés de *ad libitum*. Além disto, o uso de bebidas ácidas 15 minutos antes ou 15 minutos após sua utilização prejudica sua absorção, e a ingestão de líquidos enquanto estiver sendo mascarada, pode “lavar” a nicotina bucal, tornando o produto ineficaz.

A maioria dos pacientes precisa mascar de 10 a 15 gomas por dia para alcançar a abstinência. São raros os relatos de dependência às gomas de nicotina.

Sistemas transdérmicos

Os “adesivos” de nicotina foram desenvolvidos com o objetivo de facilitar o uso e com isto aumentar a adesão ao uso da TRN. Devem ser colocados uma vez ao dia (preferencialmente pela manhã), e trocados no dia seguinte.

O efeito colateral mais comum é a ocorrência de irritação cutânea localizada, contornável revezando-se o local de aplicação. Os sítios preferidos são a saliência do músculo deltóide, a região anterior do tórax e a região interescapular.

No Brasil, a única marca disponível é o Niquitin, nas doses de 21 mg, 14 mg e 7 mg. O tempo médio de tratamento é de 8 semanas, fazendo-se redução progressiva das doses. Alguns pacientes, entretanto, podem precisar usá-los por mais tempo.

Fumantes com consumo excessivo, de mais de 20 cigarros/ dia, podem apresentar necessidades diferentes de fumantes com consumo menos excessivo, com maior dificuldade de parar. Há evidência de que as taxas de abstinência possam ser mais altas quanto maiores as doses iniciais dos adesivos. No caso de fumantes de 40 cigarros por dia, por exemplo, podem ser utilizados dois adesivos de 21 mg por dia.

Tabagistas muito dependentes de nicotina podem se beneficiar do uso combinado de adesivos e gomas de nicotina. Desta forma podem obter maior alívio dos sintomas de abstinência, particularmente nos momentos de maior fissura. As gomas de nicotina são utilizadas *ad libitum* no mínimo 4 e no máximo 20 vezes ao dia.

A nicotina é potencialmente teratogênica e pode contribuir para complicações em mulheres grávidas e para a morte repentina do feto, mas é provável que a reposição de nicotina seja menos perigosa do que fumar, já que o hábito de fumar expõe tanto a mãe quanto o feto não só à nicotina mas a uma série de outras substâncias tóxicas. Em mulheres grávidas preferem-se as reposições de nicotina que não mantenham níveis constantes desta substância, tais como as gomas.

Outros métodos de reposição da nicotina:

Spray nasal de nicotina

Tem absorção mais rápida, atinge níveis plasmáticos mais elevados, reduzindo mais eficientemente episódios de compulsão para fumar. Seus efeitos colaterais mais comuns são: irritação nasal e da garganta, lacrimejamento e aumento da secreção nasal.

Inaladores de nicotina

Apesar de seu uso se associar a níveis mais baixos de nicotina, tem a vantagem de se parecerem com um cigarro e possibilitar a simulação do ritual comportamental relacionado ao hábito de fumar. Consistem em um tubo de plástico com formato similar a um cigarro, de onde a nicotina é aspirada em forma de vapor.

Pastilhas e comprimidos sublinguais de nicotina

Ambos são vendidos nas doses de 2 e 4 mg, e são, a exemplo das gomas de nicotina, absorvidos pela mucosa bucal, mas uma vez que sua forma de utilização é menos complexa, costumam ser mais eficazes que estas.

Farmacoterapia não nicotínica

Bupropiona

A bupropiona, um antidepressivo atípico (inibidor da recaptção de noradrenalina e dopamina), foi o primeiro medicamento sem nicotina aprovado pelo FDA para o tratamento do tabagismo. Age aumentando a concentração de dopamina no nucleus accumbens e afetando os neurônios noradrenérgicos no locus ceruleus. O uso de bupropiona duplica as chances de o paciente alcançar abstinência a longo prazo, se comparado ao não uso de medicação ou ao uso de placebo.

Tem se mostrado uma excelente opção para o tratamento de subgrupos de tabagistas mais propensos à recaída, tais como as mulheres, negros e os que possuem alto grau de dependência à nicotina.

A bupropiona parece ser especialmente eficaz na redução do ganho de peso associado à abstinência ao tabaco, diminuindo-o de uma média de 3 kg para 1,5 kg . No entanto, após seis semanas de tratamento as diferenças não foram significativas. Outro estudo mostrou que, quando comparado ao placebo, o uso da bupropiona continua diminuindo o ganho de peso mesmo após o término do tratamento.

Por possuir ações antidepressivas, além de reduzir os sintomas depressivos, o uso da bupropiona diminui também os sintomas de abstinência causados pela queda do humor entre os pacientes. Isso é mais evidente nos fumantes mais dependentes.

Pode ser utilizada em combinação com uma TRN, especialmente naqueles pacientes que já tentaram parar inúmeras vezes ou que não conseguiram parar com nenhum dos métodos terapêuticos isoladamente. No único estudo comparativo entre bupropiona isoladamente e em conjunto com TRN, a melhor eficácia no tratamento combinado não foi estatisticamente significativa, mas a opinião dos especialistas nacionais e internacionais é de que há efeito sinérgico.

O início do uso da Bupropiona deve ser iniciado por volta de duas semanas antes da tentativa de parar o tabaco.

Nortriptilina

Trata-se de um antidepressivo tricíclico, cujo mecanismo de ação consiste em inibir a recaptação de noradrenalina e dopamina no sistema nervoso central, reduzindo os sintomas depressivos e os efeitos da retirada do cigarro. Apesar do baixo custo e da comprovação de sua eficácia, é considerada uma medicação de segunda linha, sendo utilizada quando não está indicado o início do tratamento com TRN ou bupropiona, especialmente pelos efeitos colaterais mais pronunciados.

Deve ser iniciada por volta de 4 semanas antes da data da cessação do tabagismo. Parece ser eficaz e segura no tratamento do tabagismo e pode ser utilizada nas mesmas doses recomendadas para seu efeito antidepressivo (25 a 150 mg/dia). Seus efeitos colaterais mais comuns são: boca seca, constipação intestinal e sonolência.

Uma metanálise recente mostrou que a nortriptilina pode ser recomendada como droga de primeira escolha no tratamento do tabagismo por ser segura e bem tolerada pelos pacientes, além de ter a vantagem do baixo preço quando comparada com a bupropiona.

Vareniclina

Agonista nicotínico parcial e modulador seletivo do receptor de nicotina, esta medicação já foi aprovada pelo FDA para tratamento do tabagismo, e está em fase de aprovação pelo Ministério da Saúde no Brasil. Sua ação parece ao mesmo tempo bloquear a ação da nicotina e oferecer um perfil dopaminérgico. Um estudo feito com 647 fumantes tomando vareniclina nas doses de 0,5 mg e 1 mg revelou que nas semanas nove a doze as taxas de abstinência foram maiores (45,1% no grupo de 0,5 mg; 50,6% no grupo de 1 mg; e 12,4% no placebo) do que nas semanas quatro a sete (37,2%, 40,7% e 11,6%, respectivamente). Náusea foi o efeito colateral mais comum, sendo de intensidade leve a moderada. Sua ocorrência foi comparável ao placebo com o escalonamento das doses, nas doses de 0,5 mg duas vezes ao dia. As taxas de abstinência foram maiores nas doses de 1 mg, duas vezes ao dia, e pareceram ser mais elevadas do que no tratamento com a bupropiona. As taxas de abstinência contínuas por quatro semanas, nas semanas quatro a sete, foram superiores no grupo com vareniclina (40,8%) do que no grupo com bupropiona (28,6%), com diferenças estatisticamente significativas.

Além disso, a vareniclina parece ser uma droga com segurança e bom perfil de tolerabilidade, tanto em fumantes jovens quanto em idosos com função renal normal.

Clonidina

Alivia consideravelmente os sintomas de abstinência, como irritabilidade, ansiedade, cansaço e fissura, quando utilizada na dose de 0,1 até 0,75 mg por dia, por, aproximadamente, três semanas. Sua utilidade é limitada por uma alta incidência de efeitos colaterais, tais como sedação e hipotensão ortostática, o que pode levar ao abandono do tratamento e dificultar seu uso. A suspensão abrupta desse medicamento pode levar a crises hipertensivas.

Tabela 3 – Vantagens e desvantagens dos tratamentos não-nicotínicos

Medicamento	Vantagens	Desvantagens
Bupropiona	Eficaz na diminuição do ganho de peso; diminui sintomas de abstinência.	Alto custo; risco de convulsão em indivíduos vulneráveis.
Nortriptilina	Baixo custo.	Efeitos colaterais desagradáveis desencorajam a repetição do uso (ex.: boca seca, constipação intestinal, ganho de peso).
Vareniclina	Diminui sintomas de abstinência	Náusea
Clonidina	Diminui recaídas Alivia sintomas de abstinência.	Efeitos colaterais (ex.: hipotensão); suspensão abrupta pode levar a crise hipertensiva.

Prevenção de recaídas

Após atingir a abstinência completa, o fumante deve ser orientado sobre o risco de recaídas, como preveni-las e o que fazer na ocorrência destas (o mais recomendável é procurar prontamente o profissional responsável pelo tratamento e retomar o processo de mudança). É imprescindível estar alerta para situações de alto risco para a recaída comportamental como uso de bebidas alcoólicas, estados de euforia, depressão e ansiedade (não necessariamente quadros psiquiátricos formais), festas, períodos de estresse no trabalho, problemas conjugais. É necessário e desejável reformulação do estilo de vida, que dê melhores alicerces para uma abstinência sustentada a longo prazo. Atividades relaxantes, exercícios físicos regulares sob supervisão, psicoterapia e treinamento de habilidades sociais podem aumentar o arsenal de defesas disponíveis para lidar com o risco de recaída e melhorar a qualidade geral de vida do cliente.

Considerações finais

Cigarros de baixo risco

Ultimamente têm sido promovidos cigarros de “risco reduzido”, ainda não comercializados no Brasil. Teoricamente teriam o objetivo de reduzir os danos de fumar. Estes produtos incluem os cigarros com menos alcatrão e os novos produtos de tabaco que liberam a nicotina com combustão mínima do tabaco. Nenhum destes produtos reduz o risco de fumar ou ajuda na cessação do tabagismo.

Tabaco não fumado

As formas não fumadas de tabaco, tal como o tabaco aspirado (rapé) ou mascado, são potencialmente prejudiciais à redução ou à cessação do tabagismo. Os produtos do tabaco contêm nitrosaminas e outros carcinógenos, e sabe-se que causam câncer nas vias orais. A composição de produtos não fumados do tabaco, entretanto, varia de país para país.

Os produtos não fumados do tabaco *causam* dependência. O tabaco não fumado não é recomendado como auxílio à cessação do tabagismo.

Terapias alternativas

A acupuntura não tem efeito comprovadamente superior ao atribuído ao efeito placebo no auxílio da cessação de fumar. A hipnose não contribui mais para o abandono do tabagismo do que o aconselhamento comportamental. O uso de tais terapias, portanto, não é recomendável.

Conclusão

O fumo é a maior causa evitável de adoecimento e morte no planeta, e parar de fumar traduz-se em benefícios, em qualquer idade. Ajudar um paciente a deixar de fumar é a coisa mais importante que um médico pode fazer pela saúde de um indivíduo, e atualmente existem técnicas eficazes para se utilizar neste auxílio. O tratamento farmacológico deve ser oferecido a todos os fumantes, mesmo àqueles com doença cardiovascular, e a decisão de usar ou não medicação deve ser feita levando-se em consideração cada caso e após discussão entre a paciente e seu médico, dando ao primeiro a liberdade de escolha e a responsabilidade por sua decisão.