



O papel do farmacêutico comunitário na cessação do tabagismo

Emília Vitória da Silva

1. Introdução

A farmácia comunitária é o serviço de saúde mais acessível para a maioria das pessoas e os farmacêuticos podem ser responsáveis, além da dispensação adequada dos medicamentos, pela educação dos pacientes assistidos para o auto-cuidado em saúde.

O tabagismo, como principal causa de morte evitável, no mundo,¹ precisa ser combatido com estratégias de prevenção da iniciação e programas de cessação do hábito de fumar. Contudo, esse último é um processo complexo que envolve intenção e esforço pessoal do paciente, abordagem cognitivo-comportamental e o uso de medicamentos.

Nesse processo, o farmacêutico tem um papel importante. O seu estreito contato com o paciente permite que o aconselhe sobre os riscos do tabagismo à saúde, o motive a entrar no programa de tratamento do tabagismo pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em sua localidade, e dê suporte, por meio de acompanhamento farmacoterapêutico, a esse tratamento.

Pela importância da cessação do tabagismo para a saúde das pessoas em geral e pela potencial contribuição do farmacêutico nesse processo, dedicamos essa edição do boletim ao seu papel no tratamento do tabagismo.

2. O tabagismo

2.1. Epidemiologia

Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), existem 1,3 bilhão de fumantes, no mundo, compreendendo 47% dos homens e 12% das mulheres.²

Estudo recente realizado em diversos países revelou que 15% e 6,6 % de adolescentes, com idade

entre 1 a 15 anos, do sexo masculino e feminino, respectivamente, experimentaram cigarro nos trinta dias que antecederam o estudo.²

A alta prevalência do tabagismo, associada a seus riscos, traz como consequência a morte de cerca de cinco milhões de pessoas por ano, no mundo, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva (entre 35 e 69 anos), o que resulta em prejuízo à economia mundial em torno de 200 bilhões de dólares.³ Se a tendência de uso do cigarro se mantiver e se nenhuma estratégia for realizada no sentido de reduzir o seu consumo, as projeções para o ano de 2025 são de que 10 milhões de pessoas morrerão em decorrência do tabaco.¹

No Reino Unido, o tabagismo é responsável pela morte de 106 mil pessoas por ano – o que equivale a mais de 2000 por semana ou 300 por dia ou 12 por hora.⁴ Mais de 400 mil norte-americanos morrem por doenças relacionadas ao cigarro, e estes números estão aumentando.⁵

No Brasil, onde um terço da população adulta é fumante, estima-se que ocorram 200 mil óbitos anuais por doenças relacionadas ao fumo.² Entre os adolescentes brasileiros, estudo em 12 capitais brasileiras revelou que a prevalência de tabagismo variou de 36%, em Vitória-ES, a 58%, em Fortaleza-CE, no sexo masculino, e de 31% em Curitiba a 55% em Porto Alegre, no sexo feminino.⁶

NESTE NÚMERO

- O papel do farmacêutico comunitário na cessação do tabagismo
- **Farmacovigilância:** Medicamentos para tosse e resfriados: Revisão de morte em crianças
- **Publicações**



2.2. Os riscos do tabagismo

A fumaça do cigarro, quando inalada, é um aerossol concentrado constituído por 4.720 substâncias químicas diferentes, das quais, 40 potencialmente cancerígenas.⁴ O Quadro 1 mostra três substâncias presentes na fumaça do cigarro e suas implicações para o fumante.

Quadro 1 – Principais substâncias presentes na fumaça do cigarro e suas conseqüências para o organismo humano.⁴

Nicotina:

Não provoca câncer e tem poucas evidências de que possa afetar o sistema circulatório; contudo, é a substância que causa a dependência física e psíquica ao cigarro;

Alcatrão:

Está relacionado com os diversos tipos de câncer decorrentes do tabagismo, além de doenças pulmonares e cardíacas;

Monóxido de carbono:

Substância relacionada às doenças cardíacas e efeitos adversos na gravidez.

Quando inalada, a fumaça do cigarro exerce vários efeitos no trato respiratório, os principais são a inflamação e os efeitos mutagênicos/carcinogênicos.²

A dependência química ao cigarro leva ao uso crônico e este aumenta o risco de doenças coronarianas,

mortes relacionadas a câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença vascular periférica, infarto e úlcera péptica. O fumo também pode agravar algumas doenças já existentes, como hipertensão, diabetes e asma.⁵

É considerado o fator de risco mais importante para o desenvolvimento do câncer de pulmão, aumentando em 20 a 30 vezes o risco em fumantes crônicos; não há nenhuma dose ou quantidade segura para o consumo.⁷

O hábito de fumar é responsável por 90% dos casos de câncer de pulmão e está ligado à origem de tumores malignos em sete outros órgãos (boca, laringe, pâncreas, rins e bexiga, colo do útero e esôfago). Dos seis tipos de câncer com maior índice de mortalidade no Brasil, metade (pulmão, colo de útero e esôfago) tem o cigarro como um dos fatores de risco.⁸

Um fumante crônico pode diminuir sua expectativa de vida em dez anos.⁴

Outras doenças, tais como perda da audição, dor crônica das costas e pescoço, catarata, doença de Crohn, diabetes tipo II, disfunção erétil, degeneração macular, que pode levar à cegueira, osteoartrite, osteoporose, artrite reumatóide, enrugamento da pele e doenças gengivais, apesar de não resultar em risco de morte para o paciente, podem prejudicar sua qualidade de vida.⁴

Várias substâncias presentes no cigarro podem interagir com alguns fármacos prescritos por médicos, alterando os efeitos dos mesmos. Os principais fármacos que interagem com o cigarro são: benzodiazepínicos, heparina, anticoncepcionais orais, teofilina, propoxifeno e antidepressivos tricíclicos, podendo alterar o efeito desses fármacos.⁵

Durante a gravidez, o fumo aumenta o risco de aborto espontâneo, baixo peso ao nascer, anormalidades congênitas, síndrome da morte súbita e problemas respiratórios.⁵



CFF – Conselho Federal de Farmácia
Cebrim – Centro Brasileiro de
Informação sobre Medicamentos

Coordenador:

Radif Domingos

Farmacêuticos:

Carlos Cezar Flores Vidotti
(Gerente Técnico)
Emília Vitória da Silva
Rogério Hoefler

Secretária:

Valnides Ribeiro de Oliveira Vianna

Elaboração:

Emília Vitória da Silva

Revisão

Carlos Cezar Flores Vidotti
Rogério Hoefler

FARMACOTERAPÊUTICA

Informativo do Centro Brasileiro de
Informação sobre Medicamentos – Cebrim
SBS Qd. 01 – Bl. K – Ed. Seguradoras – 8º andar
Fones: (61) 3321-0555 e 3321-0691
Fax: (61) 3321-0819
CEP 70093-900 – Brasília-DF

e-mail: cebrim@cff.org.br
home page: <http://www.cff.org.br>



2.3. Tabagismo passivo

Tabagismo passivo é a inalação da fumaça de derivados do tabaco (cigarro, charuto, cigarrilhas, cachimbo e outros produtores de fumaça) por indivíduos não-fumantes que convivem com fumantes em ambientes fechados (residências, locais de trabalho e lugares públicos, como bares e restaurantes).⁹

As evidências apresentadas pela literatura, incluindo os estudos recentes da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer, da Organização Mundial da Saúde (*International Agency for Research on Cancer / World Health Organization*),¹⁰ da Agência de Proteção Ambiental da Califórnia (*California Environmental Protection Agency*)¹¹ e do Relatório dos Cirurgiões Gerais, do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos da América (*Surgeon General's Reports on the Health, United States Department of Health and Human Services*),¹² correlaciona a inalação da fumaça do cigarro por não fumantes a efeitos adversos nos sistemas respiratório e circulatório, ação carcinogênica em adultos e impacto na saúde e no desenvolvimento das crianças.¹³

A fumaça do cigarro pode provocar doenças cardíacas coronarianas, em adultos, e aumentar o risco de morte por este tipo de doença em 30%, câncer de pulmão (aumento de risco de 20 a 30%), câncer de mama (risco aumentado em 70% de mulheres na fase pré-menopausa) e doenças respiratórias crônicas. Os efeitos adversos mais comuns do tabagismo passivo, em crianças, são pneumonia e bronquite, tosse, flegma e chiado, agravamento da asma, infecções de ouvido e, provavelmente, doença cardiovascular na fase adulta.¹³

Em gestantes, o tabagismo passivo pode resultar em abortos espontâneos, partos prematuros, nascimento de crianças com baixo peso e síndrome de morte súbita do lactente.¹³

2.4. Benefícios da cessação do tabagismo

O tabagismo é um comportamento complexo e influenciado por estímulos ambientais, hábitos pessoais, condicionamentos psicossociais e ações biológicas da nicotina.²

Os benefícios advindos da cessação do hábito de fumar são substanciais. Os melhores benefícios são alcançados quando a interrupção do fumo acontece em pacientes antes dos 35 anos, e que ainda não apresentam doenças relacionadas o fumo; neste caso, eles passam a ter uma expectativa de vida normal. Contudo, mesmo em situações em que o fumante

para de fumar em idade mais avançada, os riscos de morte prematura diminuem.⁴

No organismo humano, nas primeiras 24 horas de interrupção do tabagismo, já se pode observar a normalização da pressão arterial e da velocidade da pulsação, das concentrações de oxigênio no sangue e os pulmões já começam a eliminar muco e demais secreções resultantes do cigarro. Após um ano, o risco de ataque cardíaco cai pela metade e, depois de cinco anos, as chances de câncer de pulmão reduzem em 50%.⁴

Além do aumento na expectativa de vida, ocorre melhora na sensação de gosto e paladar, na respiração, no bem estar físico, economia de recursos financeiros, nascimento de bebês saudáveis, redução do risco de doenças coronarianas e de todos os tipos de câncer relacionados ao cigarro, e complicações respiratórias.⁵

3. Estratégias para cessação do tabagismo

O tratamento do tabagismo consiste em estratégia cognitivo-comportamental, que está indicada em todos os casos de tentativa de cessação do tabagismo, e uso de fármacos.⁴

No Brasil, o fumante pode ter acesso ao tratamento do tabagismo em unidades de atenção básica e média complexidade da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). O tratamento do tabagismo neste programa é realizado por meio de abordagem cognitivo-comportamental obrigatória e apoio medicamentoso, quando indicado. Neste caso, os medicamentos utilizados são nicotina, na forma de adesivo transdérmico e goma de mascar, e comprimidos de cloridrato de bupropiona.⁹ Em cada estado brasileiro e no Distrito Federal há uma coordenação local deste programa e que é responsável pela sua execução. Os endereços das coordenações locais estão disponíveis no sítio do INCA <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=coordenacoes.htm>

O uso de medicamento está indicado para facilitar a abordagem cognitivo-comportamental, notadamente nos casos em que o paciente se enquadra nos seguintes critérios:

- Fumante de dez ou mais cigarros por dia;
- Consumo menor, porém com sintomas de abstinência expressivos;
- Após acordar, fumar o primeiro cigarro antes de 30 primeiros minutos;
- Insucesso com a metodologia comportamental;
- Desde que não haja contra-indicações, deve-se levar em conta o desejo do paciente em utilizá-lo, pois aumenta a adesão ao tratamento.²



4. O papel do farmacêutico

Em atenção primária à saúde, o farmacêutico é um dos profissionais mais acessível ao paciente; por isso, ele pode ser o canal no aconselhamento sobre hábitos saudáveis e cuidados com a saúde, incluindo orientação sobre a cessação do tabagismo.

No Quadro 2, são apresentadas as situações práticas em que o farmacêutico comunitário, em seu trabalho diário, pode oferecer aconselhamento para o paciente interromper o hábito de fumar.⁴

Seja em campanhas públicas ou provendo assistência a um paciente específico, o farmacêutico deve, em atitude preventiva, sempre desencorajar o hábito de fumar em todas as faixas etárias e educar sobre os riscos do tabaco à saúde. Deve, ainda, orientar os adultos fumantes que têm filhos para evitar fumar na presença das crianças, para protegê-las dos efeitos prejudiciais do fumo e para não servir de exemplo para o filho.

Ao identificar pacientes fumantes que desejam parar de fumar, o farmacêutico deve incentivá-los enfatizando os riscos do fumo à saúde e os benefícios de sua cessação e encaminhando-o ao Programa de Cessação do Tabagismo mais próximo (ver endereço da página com a relação dos programas locais, na seção 3 desse texto).

Em caso de pacientes que estão em tratamento, o farmacêutico também tem um papel fundamental. O paciente deve ser encorajado, pois há a possibilidade de recaída, e fazer acompanhamento farmacoterapêutico com o uso da nicotina, bupropiona ou outro agente antitabágico.⁵

Qualquer que seja a forma de reposição de nicotina, deve-se ter cuidado quando o paciente é portador de angina pectoris, arritmias cardíacas graves, úlcera péptica, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio recente. Embora não seja contra-indicado, o uso de nicotínicos em gestantes e nutrízes deve ser feito após análise dos riscos potenciais.²

Quadro 2: Oportunidades para o farmacêutico comunitário oferecer orientação sobre cessação do tabagismo

Situação 1 – Dispensação de medicamentos e produtos para saúde:

Ao dispensar medicamentos, o farmacêutico pode aconselhar o paciente a interromper o ato de fumar, principalmente nos casos em que observar que o paciente apresenta doenças respiratórias e cardiovasculares. Caso o paciente apresente prescrição de medicamento para interromper o tabagismo, é importante perguntar se está recebendo suporte cognitivo-comportamental.

Situação 2 – Aconselhamento em doenças menores:

Muitas vezes, a farmácia é o primeiro lugar em que o paciente busca tratamento para problemas menores, como tosse e resfriado; nestas situações, o farmacêutico pode questionar sobre o tabagismo e aconselhar sua interrupção, uma vez que estes sintomas podem ser consequência desse hábito.

Situação 3 – Compra de medicamentos sem exigência de prescrição:

Quando um paciente vai comprar medicamentos sem exigência de prescrição, por exemplo, um antipirético, é apropriado perguntar se ele fuma, e daí, aconselhá-lo a interromper o hábito. Em caso de haver compra excessiva de produtos contendo nicotina, como adesivos ou chicletes, pode informar o paciente de outras opções adicionais de tratamento do tabagismo ou encaminhá-lo ao programa do SUS, em sua localidade.

Situação 4 – Envolvimento em campanhas locais ou nacionais:

Além das campanhas específicas para interrupção do tabagismo, como o “Dia Mundial sem Tabaco”, promovido pela OMS, e o “Dia Nacional de Combate ao Fumo”, de responsabilidade do INCA, podem existir campanhas locais de promoção à saúde que o farmacêutico pode participar e direcionar o foco na cessação do tabagismo.



5. Conclusão

O trabalho do farmacêutico em uma farmácia comunitária não deve se restringir somente a entrega de medicamentos e serviços burocráticos e gerenciais, mas também abranger promoção da saúde e prevenção de enfermidades; e é nesse último contexto que entra a cessação do tabagismo.

Como demonstrado neste texto, diversas são as oportunidades que um farmacêutico tem, no seu exercício profissional na farmácia comunitária, para orientar seus pacientes sobre os riscos do tabagismo, os benefícios de sua cessação e as alternativas de tratamento, incluindo o programa do SUS.

Provavelmente, ações mais incisivas e participativas do farmacêutico nestas atividades trarão mais saúde para seus pacientes e a população em geral, além de reconhecimento e valorização profissionais.

Endereços úteis na internet

<http://www.inca.gov.br/tabagismo>

<http://www.who.int/topics/tobacco/en>

6. Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Tabagismo: dados e números [Página na Internet]. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em www.inca.gov.br/tabagismo. Acessado em 24 ago. 2007.
2. Viegas CAA, Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Silva CAR, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. J Bras Pneumol. 2004 Ago; 30 (supl 2):76.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Os argumentos dos opositores do controle do tabagismo: sugestões de respostas às questões mais freqüentes. OPAS; 2003:9.
4. McRobbie H, McEwen A. Helping smokers to stop: advice for pharmacists in England. London: National Institute for Health and Clinical Excellence e Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. 2005:27.
5. ASHP Commission on Therapeutics. ASHP Therapeutic position statement on smoking cessation Am J Health-Sist Pharm. 1998 Mar 1 1999;56:460-4.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Vigescola: Vigilância de Tabagismo em Escolares. Dados e Fatos de 12 capitais brasileiras. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2004: 32.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2006: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer. 2005: 94.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer. 2001: 3.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Tabagismo [Página na Internet]. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em www.inca.gov.br/tabagismo. Acessado em 24 ago. 2007.
10. World Health Organization. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. In: IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, Volume 83. International Agency for Research on Cancer; 2002: 12.
11. University of California. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant. San Francisco: California Environmental Protection Agency; 2005: 805.
12. U.S. Department of Health and Human Service. The health consequences of involuntary Exposure to tobacco smoke: A report of the Surgeon Generals. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Service. 2006.
13. World Health Organization. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Geneva. 2007.

Farmacovigilância

Medicamentos para tosse e resfriado: Revisão de morte em crianças^a

De acordo com relatório recente, durante os anos de 2004 e 2005, estima-se que 1519 crianças menores de dois anos foram atendidas em emergências, nos Estados Unidos da América, devido a eventos adversos, incluindo sobredoses, associados a medicamentos para tosse e resfriado.

O Centro para Controle e Prevenção de Doenças (*The Centers for Disease Control and Prevention* – CDC) e a Associação Nacional de Examinadores de Medicamentos (*National Association of Medication Examiners* – NAME) identificaram que os medicamentos para tosse e resfriado foram a principal causa de

três mortes, em 2005, de crianças menores de seis meses; as três crianças tinham concentrações elevadas de um descongestionante nasal, a pseudoefedrina. As concentrações observadas, nas amostras de sangue após a morte, foram de 4,743 ng/mL a 7,100 ng/mL; ¹ estima-se que estas concentrações estavam 9 a 14 vezes acima dos níveis resultantes de uma administração em crianças com 2 – 12 anos. Em um dos lactentes, administrou-se, concomitantemente, dois medicamentos que continham pseudoefedrina, um prescrito e outro comprado sem receita (automedicação). Ainda não se conhecem as doses nas quais os medicamentos para tosse e resfriado causam enfermidades ou morte em crianças menores de dois anos; e não existem recomendações de doses aprovadas para administração em crianças desta faixa etária.

^a Traduzido e adaptado de Cough and Cough medications: Deaths in infants reviewed. WHO Pharmaceuticals Newsletter. 2007; (1): 4.