

pediatra **atualize-se**



Tabagismo na adolescência • Página 4

Tabagismo passivo: como evitá-lo? • Página 6

Como tratar os pais fumantes de minhas crianças • Página 9

A importância do pediatra **na prevenção do tabagismo**



Expediente

Diretoria da Sociedade
de Pediatria de São Paulo
Triênio 2022-2025

Diretoria Executiva

Presidente
Renata Dejtjar Waksman
1º Vice-presidente
Sulim Abramovici
2º Vice-presidente
Claudio Barsanti
Secretária-geral
Maria Fernanda B. de Almeida
1º Secretário
Ana Cristina Ribeiro Zollner
2º Secretário
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck
1º Tesoureiro
Aderbal Tadeu Mariotti
2º Tesoureiro
Paulo Tadeu Falanghe

Diretoria de Publicações

Diretora
Cléa R. Leone
Coordenadores do *Pediatria
Atualize-se*
Antonio Carlos Pastorino
Mário Cícero Falcão

Departamentos colaboradores:
Adolescência
Núcleo de Estudos de Combate
ao Uso de Drogas por Crianças e
Adolescentes

Informações Técnicas

Produção editorial
Sociedade de Pediatria
de São Paulo
Jornalista responsável
Paloma Ferraz (MTB 46219)
Revisão
Paloma Ferraz
Projeto gráfico e diagramação
Lucia Fontes

Foto de capa
© sabphoto
depositphotos.com

Periodicidade: bimestral
Versão eletrônica: www.spsp.org.br

Contato comercial
Karina Aparecida Ribeiro Dias:
karina.dias@apm.org.br
Malu Ferreira:
malu.ferreira@apm.org.br

Contato produção
Paloma Ferraz:
paloma@spsp.org.br

ISSN 2448-4466

• *editorial*

A importância do pediatra na prevenção do tabagismo

Os primeiros portugueses que desembarcaram no Brasil encontraram o tabaco em várias tribos indígenas. A planta possuía caráter sagrado e origem mítica e seu uso era reservado ao Pagé em rituais e curas.

De planta mágico-religiosa dos índios, o tabaco passou a ser um produto extremamente rentável na Europa nos séculos seguintes.

Assim, o cultivo e comércio do tabaco no Brasil desde os tempos coloniais passou a ter importância destacada, a ponto de, já no decorrer do século XVII, o seu comércio ter conhecido várias legislações e taxações. Além disso, passou a ter papel de destaque entre os principais produtos exportados no Brasil Imperial. Esse destaque continua até os dias atuais, pois no brasão das Armas da República existem ramos de tabaco.

Assim, com o consumo crescente de tabaco, seus malefícios começaram a ser conhecidos, sendo o câncer um dos mais importantes.

Infelizmente, sabe-se que a adição de tabaco na maioria dos casos se inicia na adolescência e cabe ao pediatra discorrer sobre os riscos do tabagismo.

Este número do *Pediatria Atualize-se* trata desse tema tão relevante ainda nos dias atuais.

Boa leitura!



Arquivo pessoal

Mário Cícero Falcão

Editor da Diretoria de Publicações

• *sumário*

Tabagismo na adolescência

por Benito Lourenço

4

Tabagismo passivo: como evitá-lo?

por João Paulo Becker Lotufo

6

Como tratar os pais fumantes de minhas crianças

por João Paulo Becker Lotufo

9

Tabagismo na adolescência

Uma clássica expressão tem se tornado senso comum e é constantemente reiterada na Medicina da Adição: o tabagismo é uma doença pediátrica. A adolescência representa uma idade decisiva para o início e o desenvolvimento de hábitos relacionados ao tabaco.¹

O percentual de adultos fumantes no Brasil vem apresentando uma expressiva queda nas últimas décadas em função das inúmeras ações desenvolvidas pela Política Nacional de Controle do Tabaco. Na década de 1980, mais de 30% da população acima de 18 anos era fumante; os dados mais recentes do ano de 2019, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde, apontam o percentual total de adultos fumantes em 12,6% (11,4% de fumantes diários).²

Felizmente, na população de adolescentes, quando comparados às pesquisas anteriores, os resultados também mostraram melhora nos indicadores de experimentação, percentual de usuários de tabaco nos últimos 30 dias, incluindo aumento da idade média de experimentação. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – 2019, de representatividade nacional dos adolescentes, mostrou que a proporção total de fumantes entre alunos de 13 a 17 anos foi de 6,8%, sendo maior entre os meninos (7,1%) em relação às meninas (6,5%).³ Considerando os escolares de 13 a 15 anos, o percentual que experimentou cigarro alguma vez na vida reduziu entre os meninos (19,2% em 2015 para 15,6% em 2019), o que não foi observado entre as meninas (18,9% em 2015 para 18,4% em 2019).³ Essa diferença se inverteu para os adolescentes de 16 e 17 anos, onde os homens apresentaram um indicador de experimentação do cigarro significativamente maior (35%), enquanto para as mulheres dessa mesma faixa de idade foi de 30%.³ O percentual de adolescentes que fumaram pela primeira vez antes dos 14 anos foi de 11,1%.³ Quanto à forma de obtenção do cigarro, o resultado indicou que o modo mais frequente (37,5%) foi a compra do cigarro em uma loja, bar, boteco, padaria ou banca de jornal, o que põe em xeque a legislação brasileira que proíbe o comércio de produtos derivados do tabaco aos menores de 18 anos.³

Cigarro eletrônico

Desde 2014, os cigarros eletrônicos representam o produto do tabaco mais comumente utilizado entre os jovens norte-americanos. Sua utilização vem aumentando no mundo todo. Uma recente publicação com revisão siste-

mática e metanálise de diversos estudos de representatividades nacionais do mundo todo sobre a prevalência desses dispositivos eletrônicos para crianças e adolescentes calculou em 17,2% o uso na vida, 7,8% o uso atual (uso nos últimos 30 dias) e 7,5% para uso diário.⁴

Dados recentes da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar mostraram que 16,8% dos adolescentes de 13 a 17 anos já havia experimentado o cigarro eletrônico, sendo 13,6% de 13 a 15 anos de idade e 22,7% de 16 e 17 anos.³ Quanto ao tipo de escola, embora o indicador não apresente diferença estatisticamente significativa para o país (18% para os alunos das escolas privadas e 16,6% para os das escolas públicas), ele se comporta de forma diferente para as grandes regiões, ficando os escolares da rede privada com um percentual maior de experimentação nas regiões Norte (16,6%) e Nordeste (13,8%), do que os da rede pública (11,9% e 10,3%, respectivamente), mantendo-se estatisticamente indiferenciados nas demais regiões.³ Cabe destacar que no Brasil a importação, a propaganda e a venda desses produtos são proibidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, conforme disposto na Resolução 46, de 28 de agosto de 2009.

Disfarçados por uma infinidade de sabores, em dispositivos descartáveis ou recarregáveis, de diversas formas, tamanhos e mecanismos (até mesmo os mais recentes em formato de *pen drives* que confundem pais e professores), os cigarros eletrônicos, sobretudo pela diferença de odor, dão, à primeira vista, a ideia de serem inofensivos à saúde.

Benito Lourenço

Especialização em Medicina do Adolescente pelo Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (ICr-HCFMUSP). Chefe da Unidade de Adolescentes do ICr-HCFMUSP. Presidente do Departamento Científico de Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo.



Os vaporizadores, como também são chamados, ganham destaque entre os mais jovens, que praticam o *vaping*, reacendendo a preocupação sobre o tabagismo e suas consequências futuras. Nas festas e eventos ou mesmo na clandestinidade de banheiros escolares, os cigarros eletrônicos têm se multiplicado entre os adolescentes. Inicialmente produzidos por pequenas empresas, hoje, as grandes companhias de tabaco já desenvolvem e distribuem esses dispositivos.⁵

Diferentemente dos cigarros convencionais, que queimam tabaco para gerar fumo, os cigarros eletrônicos vaporizam um líquido, que será inalado. A maioria dos cigarros eletrônicos contém nicotina (99% dos dispositivos do mercado)⁶ em quantidades variáveis, sendo de reconhecido potencial aditivo. Publicações recentes já demonstram que usuários de dispositivos eletrônicos liberadores de nicotina, menores de 20 anos, mesmo que eventuais, têm duas a três vezes maior risco de iniciar uso de tabaco (cigarros convencionais).⁷ Alguns aparelhos mais modernos contêm sais de nicotina, produtos que têm um sabor mais suave e permitem que os fumantes consumam concentrações mais altas de nicotina do que consumiriam nos líquidos eletrônicos comuns e populares. Um dispositivo desses pode equivaler, em quantidade de nicotina, a uma cartela de 20 cigarros convencionais.⁷

Riscos dos dispositivos eletrônicos

É crescente o corpo de evidências sugerindo que o uso dos cigarros eletrônicos pode trazer uma série de riscos à saúde para diferentes faixas etárias. O uso desses dispositivos, além do potencial aditivo, causa impacto no sistema respiratório e está associado a efeitos adversos cardiovasculares e no cérebro em desenvolvimento.⁸⁻¹⁰ Deve-se lembrar que os constituintes de e-líquidos (que estão dentro do dispositivo), para além da nicotina, como propilenoglicol e glicerol, formam aldeídos tóxicos quando aquecidos e os efeitos a longo prazo dessa exposição permanecem desconhecidos.⁸

Uma recente declaração da Associação Europeia de Cardiologia Preventiva relatou que os cigarros eletrônicos podem ter efeitos negativos na saúde cardiovascular de adolescentes e adultos.¹⁰ Uma grande variedade de outras substâncias já foi identificada em cigarros eletrônicos, tais como estanho, chumbo, níquel, crômio, nitrosaminas e compostos fenólicos e orgânicos voláteis, alguns destes com potencial carcinogênico. Quanto aos aromas, existem quase 7.000 variações de sabores disponíveis e esse é um aspecto fundamental que aumenta a atração dos jovens por esses produtos. Portanto, é falsa a ideia de que os cigarros eletrônicos façam menos mal à saúde ou sejam mais seguros do que os cigarros convencionais.

Aqui encontra-se o paradoxo dos dispositivos eletrônicos: como combinam substâncias tóxicas com outras que muitas vezes mascaram os efeitos danosos e estimulam a sua utilização – como sabores sedutores, aromas e formatos – os cigarros eletrônicos têm ganhado popularidade entre os adolescentes. Um fato deve ser destacado aos adolescentes: o aerossol produzido num cigarro eletrônico

não é um simples e benigno vapor de água – muitos desconhecem essa informação. O uso coletivo aumenta ainda a exposição a doenças infecciosas. Os sintomas de abstinência de nicotina podem perpetuar o ciclo de adição e eventual migração para outros produtos de tabaco.⁷

Estudos internacionais e nacionais mostram que a razão mais comum de um adolescente experimentar um cigarro eletrônico é o fato de um amigo usar e oferecer.^{3,11}

Conhecer e saber abordar adequadamente os aspectos relacionados às características da adolescência e à pressão e influência dos pares são habilidades exigidas dos profissionais que atendem essa faixa etária. Os estudos também demonstram que o principal argumento que sustenta a continuidade do uso desses dispositivos é “para alívio da ansiedade, estresse ou depressão”.¹¹ Reconhecer os aspectos do sofrimento psíquico dos adolescentes, tão prevalentes na prática clínica, também é uma habilidade exigida do pediatra.

Estratégias de marketing

Quando se aborda o consumo de qualquer substância pelos adolescentes, não se pode deixar de lado os inúmeros interesses econômicos em torno dessa pauta. São conhecidas as estratégias de marketing que a indústria do tabaco utiliza para conquistar o público jovem, disfarçadas ou não, entre outras ações menos óbvias para aproximar o público adolescente do consumo de substâncias. Nas redes sociais, observa-se uma publicidade informal recheada de *glamour*; o vapor que emana das bocas de quem faz uso do cigarro eletrônico adequa-se para quem quer publicar nas redes sociais. Isso conquista mais ainda a população adolescente. Mais perigo ainda reside no fato de o ato de inalar e soltar fumaça ser feito em grupo, o que é um incentivo entre os jovens, pois os faz sentir em um provável contexto de “somos diferentes” ou “parecemos mais adultos por isso”. É uma forma de aproximá-los de um hábito comum ao tabaco, em ações que vão inserindo o adolescente em uma cultura de “naturalização” do consumo de algumas substâncias. Temos que ficar atentos!

Referências

1. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, Looze M, Roberts C, et al. Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: World Health Organization – WHO. Regional Office for Europe; 2012.
2. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
3. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2019. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.
4. Yoong SL, Hall A, Leonard A, McCrabb S, Wiggers J, d'Espignet ET. Prevalence of electronic nicotine delivery systems and electronic non-nicotine delivery systems in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2021;6:e661-73.
5. Tozzi J, Bachman J. Big tobacco keeps pushing into e-cigarettes. *Business Week*; June 2014.
6. Marynak KL, Gammon DG, Rogers T, Coats EM, Singh T, King BA. Sales of nicotine-containing electronic cigarette products: United States, 2015. *Am J Public Health*. 2017;107:702-5.
7. Yoong SL, Hall A, Turon H, Stockings E, Leonard A, Grady A, et al. Association between electronic nicotine delivery systems and electronic non-nicotine delivery systems with initiation of tobacco use in individuals aged < 20 years. A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021;16:e0256044.
8. Fadus MC, Smith TT, Squeglia LM. The rise of e-cigarettes, pod mod devices, and JUUL among youth: Factors influencing use, health implications, and downstream effects. *Drug Alcohol Depend*. 2019;201:85-93.
9. Kavousi M, Pisinger C, Barthelemy JC, Smedt D, Koskinas K, Marques-Vidal P, et al. Electronic cigarettes and health with special focus on cardiovascular effects: position paper of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *Eur J Prev Cardiol*. 2020;2047487320941993.
10. Gugala E, Okoh CM, Ghosh S, Moczygemba LR. Pulmonary health effects of electronic cigarettes: a scoping review. *Health Promot Pract*. 2022;23:388.
11. Gentzke AS, Wang TW, Cornelius M, Park-Lee E, Ren C, Sawdey MD, et al. Tobacco product use and associated factors among middle and high school students — National Youth Tobacco Survey, United States, 2021. *MMWR Surveill Summ*. 2022;71(No. SS-5):1-29.

Tabagismo passivo: como evitá-lo?

João Paulo Becker Lotufo

Coordenador do Projeto Antitabágico do Hospital Universitário da USP. Responsável pelo Projeto Antitabágico Dr. Bartô. Coordenador do Núcleo de Estudos de Combate ao Uso de Drogas por Crianças e Adolescentes da Sociedade de Pediatria de São Paulo.

Muitos comportamentos insalubres geralmente começam durante a adolescência e representam grandes desafios à saúde pública. O abuso de substâncias tem um grande impacto sobre indivíduos, famílias e comunidades, uma vez que seus efeitos são cumulativos, contribuindo para problemas de saúde social, física e mental dispendiosos (Figura 1, página 7).

O tabagismo ativo é a primeira causa de morte evitável no mundo e o tabagismo passivo é a terceira. O tabagismo pode começar na vida intrauterina, pois se a mãe fuma, o cérebro da criança já estará em contato com a nicotina e isso pode aumentar sua chance de dependência no futuro. Depois, durante a amamentação, o contato com a droga também acontece, inclusive por transmissão pelo leite materno.¹

Em trabalho publicado em 2005, baseado em levantamento no Pronto-Socorro de Pediatria do Hospital Universitário da USP, realizado antes da Lei Ambiente Fechado Livre do Tabaco (2009 em SP), foi constatado que 51% das crianças eram fumantes passivas (segundo informações maternas) e a cotinina urinária foi identificada em 23,8% das crianças de 0 a 5 anos de idade; os filhos de mães fumantes apresentaram maiores níveis de cotinina urinária, sendo ainda mais elevados nos filhos de casais fumantes.^{2,3}

A transmissão por primeira via é a fumaça inalada pelo fumante. A que sai da ponta do cigarro para o ambiente (tabagismo de segunda via), relacionada à queima do tabaco; é a mais nociva. O que é exalado pelo fumante também fica no ambiente e a transmissão por terceira via ocorre com a deposição do material em mobiliários, onde a criança põe a mão e a leva à boca, podendo ser identificada a cotinina, derivada da nicotina, na urina destas crianças (Tabela 1).

Além destes dados, é importante lembrar que o contato do cérebro da criança com a nicotina poderá aumentar sua chance de dependência quando na fase de experimentação de droga, além do exemplo da família.

O tabagismo é considerado uma doença (CID F17.2) pela Organização Mundial da Saúde, desde 1992. Encará-lo dessa maneira permitiu a implementação de programas de tratamento da dependência da nicotina no mundo. Dentro desse enfoque, a prevenção do tabaco é de extrema importância para a saúde. Estatísticas globais demonstram que 80 a 100 mil crianças no mundo iniciam todos os dias o vício com o tabaco. Um dos pilares da luta antitabágica no nosso meio foi a retirada da propaganda do cigarro da mídia. Anais de 1975 da indústria do tabaco dos Estados Unidos, recentemente tornados públicos, confirmam a in-

Tabela 1 – Dosagem de cotinina urinária em crianças internadas de 0 a 5 anos

Caso	Período em casa	Pai fumante	Mãe fumante	Outros fumantes	Nicotina urinária (ng/ml)	Cotinina urinária (ng/ml)
1	Integral	Sim	Não	–	–	6,90
3	Parcial	Não	Sim	Avó	–	24,30
6	Integral	Não	Sim	–	13,55	50,90
7	Integral	Não	Sim	–	–	18,90
16	Integral	Sim	Sim	Outros	–	14,70
17	Parcial	Não	Não	–	–	10,00
19	Integral	Não	Sim	Outros	–	61,90
21	Integral	Sim	Sim	–	39,80	33,60
23	Integral	Não	Não	–	–	25,60
33	Integral	Não	Sim	Avô e tios	188,40	272,60
34	Parcial	Sim	Não	–	–	19,30
36	Integral	Não	Sim	–	–	38,00
47	Parcial	Não	Sim	Outros	–	39,60
48	Integral	Não	Não	–	–	12,60
55	Integral	Sim	Não	Tia	–	13,70
56	Integral	Sim	Não	Avó	–	93,30
57	Integral	Sim	Sim	–	–	82,15

Fonte: Lotufo JP, et al.⁴

tenção da indústria tabaqueira em atingir diretamente a criança e o adolescente, sendo encontradas frases como:

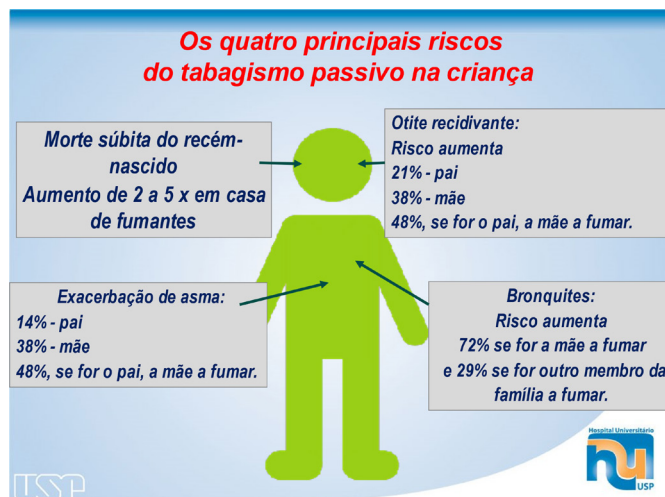
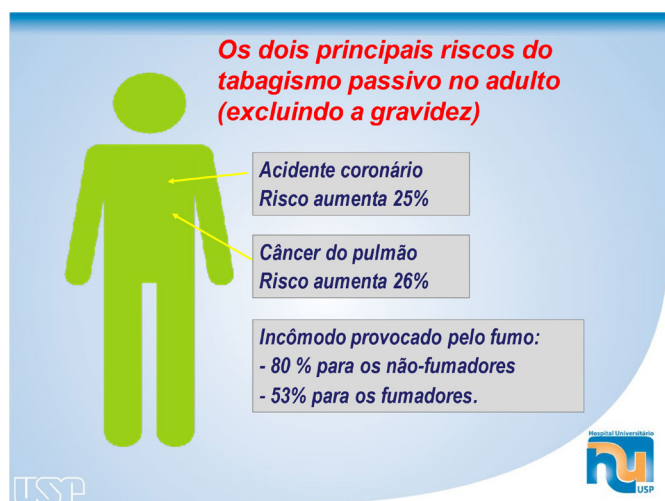
Os jovens representam o negócio de cigarros amanhã.

À medida que o grupo etário de 14 a 24 anos amadurece, ele se tornará parte do volume total de cigarros nos próximos 25 anos.

Atingir os jovens pode ser mais eficiente, ainda que os custos para os atingir sejam maiores, pois eles desejam experimentar, têm mais influência entre os pares de sua idade e são muito mais leais a sua primeira marca escolhida.

O tabagismo já era considerado uma doença pediátrica, citada pelo Prof. Dr. José Rosemberg, um dos pioneiros na luta antitabágica no Brasil. Hoje, se considera que o vício em outras drogas, como o álcool e a maconha, também são doenças pediátricas, pois o seu consumo começa muito cedo, quando os adolescentes ainda estão sob os cuidados dos pais e dos pediatras. Foram entrevistados 3.500 alunos de escolas públicas do ensino fundamental e médio em dez escolas públicas no entorno do Hospital Universitário da USP, zona oeste da cidade de São Paulo. O quin-

Figura 1 – Risco do tabagismo em adultos e crianças

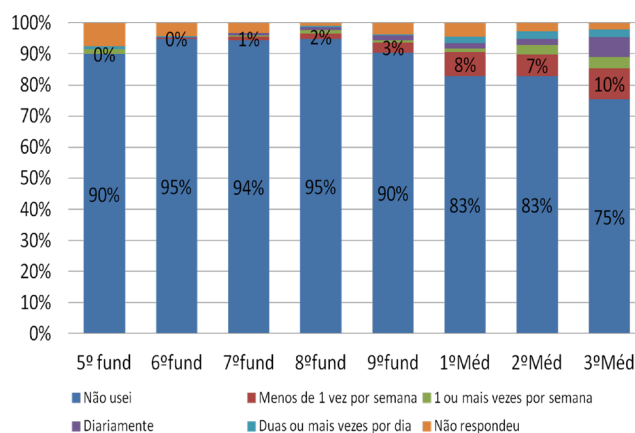


Fonte: Arquivo Lotufo JP.

to ano do ensino fundamental corresponde a crianças de dez anos e o último ano do ensino médio corresponde a jovens de 17 anos de idade. Nos gráficos a seguir, os pontos coloridos correspondem à porcentagem de jovens que já experimentaram cada droga, com exceção da cor rosa, que corresponde à porcentagem de jovens que não quiseram responder à pergunta sobre experimentação das drogas. As cores roxa e azul claro já mostram os dependentes, pois são usuários diários de cada droga. A cor azul mais forte corresponde aos não usuários.

Os resultados do início do uso de drogas entre menores de 18 anos de idade podem ser observados na Figura 2. A experimentação é precoce (< de 10 anos) e o pico da experimentação ocorre aos 14, 15 anos, onde o cérebro, não totalmente formado, é um fator complicador de dependência.

Figura 2 – Frequência do uso de cigarro no ano/ano escolar



Fonte: Arquivo Lotufo JP.

A família com limites, espiritualidade, atividades culturais e esportivas e amizades é o pilar da prevenção de sucesso realizada na Irlanda, projeto já utilizado por vários países.⁵ Também aconselhamos incluir atividades sociais, pois a família deve dar o exemplo e envolver seus filhos desde criança em projetos sociais.⁶

Lembrar que a fumaça do narguilé funciona como a do tabaco e a névoa do cigarro eletrônico contém nicotina que pode ser transmitida passivamente a todos, daí sua proibição no Brasil em recintos fechados. Aliás, não é permitida sua venda em território nacional.

Muitas vezes a maconha é a primeira droga iniciada precocemente pelo jovem, já que a noção de que o cigarro faz mal à saúde já está impregnada na população, apesar de ainda termos mais de 9% de fumantes na população brasileira.^{7,8} Indagando-se ao jovem sobre qual droga faria menos mal à saúde, as respostas em todas as escolas foram idênticas: maconha e álcool. Isso denota que a maioria das crianças e adolescentes enxergam essas duas drogas como “pouco perigosas” ou até “inofensivas”. Observa-se inclusive que muitos jovens têm iniciado a experimentação de drogas diretamente pela maconha, sem nunca terem fumado qualquer cigarro, ao qual consideram mais prejudicial à saúde.

Obviamente, essa visão “saudável” da maconha é equivocada, pois apesar de ser utilizada em menor quantidade do que as unidades de tabaco fumadas por dia, apresenta 50% mais substâncias cancerígenas e quatro vezes mais alcatrão do que o tabaco, não utiliza filtro e provoca prejuízos ao pulmão tanto quanto o tabaco, já lesando o pulmão de crianças e adolescentes. Como já dito, isso não é notado porque a quantidade de cigarros fumados costuma ser proporcionalmente muito superior à quantidade de maconha consumida. Já em relação ao álcool, vale destacar o óbvio: cerveja é bebida alcoólica! Isso não é claro para todas as famílias. O fumo passivo com a maconha também existe.

Como diminuir o risco do tabagismo passivo?

Há medidas pouco eficazes como não fumar dentro de casa, tomar banho antes de brincar com os filhos ao chegar em casa, etc. Mas podemos antecipar que a melhor forma de evitar o tabagismo é parar de fumar. E isso é possível. Nossos records no ambulatório antitabágico do HU-USP são a cessação de fumar por uma consumidora de 80 cigarros por dia e outra de 100 cigarros por dia. O paciente precisa entender que ele é um dependente de uma droga chamada nicotina, muito potente, mais do que o THC da maconha e mais do que o álcool. Pensar além da saúde, levando em consideração o exemplo que se é para a família, a doença relacionada tanto ao fumo ativo quanto passivo, a questão financeira do consumo de drogas e o interesse de não sucesso de uma indústria tabaqueira que conhecia o malefício do tabaco e a dependência que a nicotina poderia produzir, mas não parou de fabricar, pode ajudar na cessação do consumo do tabaco por parte do fumante.

A ALAT (Associação Latino Americana de Tórax) deixa claro que o cigarro eletrônico não é bom mecanismo para parar de fumar, pois mantém o paciente dependente de nicotina (Figura 3). A terapia cognitivo comportamental (equipe multiprofissional com médicos, psicólogos, enfermeiros e farmacêuticos) e a terapia de reposição de nicotina (adesivos e gomas), associados ou não a ansiolíticos, são a melhor opção.⁹

Figura 3 – Declaração das Sociedades Científicas Pneumológicas Ibero-Latino-Americanas

DOCUMENTO DE POSICIÓN

Cigarrito electrónico y demás ENDS: posición de sociedades científicas respiratorias

DECLARACIÓN DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS PNEUMOLÓGICAS IBERO-LATINO-AMERICANAS NO ENDS Merida, Mexico, April 2019

- O tratamento mais eficaz e seguro para ajudar os fumantes a deixar de consumir é a combinação de aconselhamento psicológico e tratamento medicamentoso.**
- ENDS (Electronic Nicotine Delivery System) não demonstrou eficácia em parar de fumar**
- Os profissionais de saúde não devem recomendar o uso de tais dispositivos em qualquer caso**
- ENDS podem ser usadas com outras substâncias aditivas e tóxicas.**
- A saúde respiratória exige respirar ar limpo**
- Sociedades Respiratórias comprometidas com a respiração saudável, alertam a população para evitar qualquer tipo de dispositivo que facilite a inalação de substâncias estranhas, sem evidências científicas de segurança.**

Aula de Gustavo Zabert no CFM 2020

Fonte: Gustavo Zabert.

Dá para parar de fumar, isso é possível e devemos trabalhar a prevenção das drogas a todo momento e o tabagismo realmente é uma tragédia.¹⁰

Referências

- Araújo AJ. Manual de condutas e práticas em tabagismo. São Paulo: Guanabara Koogan - Grupo GEN; 2012.
- Lotufo JP, organizador. Álcool, tabaco e maconha: drogas pediátricas: o envolvimento do pediatra e da família na prevenção. 2nd ed. São Paulo: Dr. Bartó; 2019.
- Lotufo JP. Tabagismo - uma doença pediátrica: Asma e tabagismo passivo. São Paulo: Editora Sarvier; 2007.
- Lotufo JP, et al. Fumantes passivos: a cotinina urinária em crianças internadas. *Pediatria* (São Paulo). 2005;27:19-24.
- Lotufo JP [homepage on the Internet]. Aconselhamento breve ou intervenção breve para prevenção de álcool e drogas na consulta pediátrica ou na conversa com a família [cited 2022 Jun 12]. Available from: <https://www.drbarato.com.br>
- Lotufo JP [homepage on the Internet]. 12 passos para evitar as drogas em geral. Available from: <https://drive.google.com/file/d/1dc0dWEjDb4qt6YM7MP5jAJS-fOy-vEsW/view>
- Instituto Nacional do Câncer [homepage on the Internet]. Tabagismo entre brasileiros sobe 0,5% de acordo com última pesquisa Vigitel. Brasília: MS; 28 maio 2020 [citado 20 set. 2020]. Available from: <https://www.inca.gov.br/noticias/tabagismo-entre-brasileiros-sobe-05-de-acordo-com-ultima-pesquisa-vigitel>
- Owen KP, Sutter ME, Albertson TE. Marijuana: respiratory tract effects. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2014;46:65-81.
- Fernandes FA. Tabagismo tem tratamento? Em álcool, tabaco e maconha – drogas pediátricas. São Paulo: Dr Bartó; 2016.
- A tragédia do tabagismo, causas, consequências e prevenção. *Série Drogas Lícitas e Ilícitas*. N.2. Brasília: Conselho Federal de Medicina, Comissão para Controle de Drogas Lícitas e Ilícitas; 2019.



Como tratar os pais fumantes de minhas crianças

João Paulo Becker Lotufo

Coordenador do Projeto Antitabágico do Hospital Universitário da USP. Responsável pelo Projeto Antitabágico Dr. Bartô. Coordenador do Núcleo de Estudos de Combate ao Uso de Drogas por Crianças e Adolescentes da Sociedade de Pediatria de São Paulo.

Sabendo que são mais de 9% de fumantes no país e sabendo que 28% das famílias que frequentam o ambulatório geral de Pediatria do Hospital Universitário da USP tem ao menos um fumante que frequenta sua casa, a quantidade de crianças tabagistas passivas é grande. Antes da lei Ambiente Fechado Livre do Tabaco (São Paulo 2009 e Brasil 2014), 24% das crianças de zero a cinco anos que frequentava o PS do HU-USP tinha nicotina no organismo.¹

Diante destes dados, o pediatra tem a oportunidade de tratar os pais ou familiares fumantes de seus pacientes. Através do **aconselhamento breve**, nas consultas pediátricas, podemos fazer os pais passarem da fase de pré-contemplação para ação, pois os filhos são um excelente veículo para aumentar a vontade de parar de fumar de seus pais ou familiares.² Basta conhecerem os riscos de inflamação da mucosa respiratória, o número excessivo de exacerbações na asma e o aumento, de duas a cinco vezes, de morte súbita em casa de lactentes fumantes passivos.³

O que é necessário para tratar um adulto fumante?

1. Explicar que ele é um dependente da droga chamada nicotina e que esta droga vicia mais que o álcool e mais que o THC da maconha. Daí a dificuldade em se parar de fumar.

2. Saber que há dependência química (nicotina), dependência psicológica e comportamental (hábito). Um exemplo de dependência psicológica é alguém que não fuma em seu local de trabalho, mas quando chega em casa fuma intensamente, pois a solidão, a ansiedade e a depressão são estímulos para se fumar. Já sobre a dependência comportamental, me perguntam com frequência: “O que vou fazer com minhas mãos quando eu parar de fumar?”

3. Saber que há níveis diferentes de dependência, dependendo do número de cigarros consumidos e do tempo entre o acordar e o primeiro cigarro, embora ser um forte dependente não significa que vai ter mais dificuldade para cessar o tabagismo.

O que estamos fazendo no ambulatório de Pediatria é reconhecer este grupo de fumantes e oferecer oportunidade de se parar de fumar. Lembrar que o fumante quer parar de fumar, com poucas exceções.

Como tratar

Todos os médicos e demais profissionais de saúde devem abordar os pacientes com relação ao consumo de ta-

baco. A abordagem breve, com duração média de três minutos, deve ser oferecida a todos os pacientes tabagistas.⁴ É uma estratégia custo-efetiva e que aumenta as chances de interrupção do tabagismo. A abordagem intensiva duplica as chances de o indivíduo cessar o uso de tabaco; inclui aconselhamento cognitivo-comportamental (TCC) e farmacoterapia de suporte para minimizar os efeitos da síndrome de abstinência. As melhores evidências científicas na abordagem terapêutica intensiva do tabagista recomendam o **106 protocolo dual**, ou seja, o aconselhamento combinado com o uso de medicamentos.⁵

São eles:

→ TRN – Terapia de Reposição de Nicotina

- Reposição lenta de nicotina: adesivos de nicotina 7, 14 ou 21mg, colocados pela manhã na parte alta do tórax, retirando-o no dia seguinte, alternando o local a ser colocado o próximo (braço, costas).

- Dose: cada cigarro tem 1mg de nicotina. Se fumam 20 cigarros, o mais próximo seria o adesivo de 21mg. Se fumam 10 cigarros por dia, o mais próximo seria o de 14mg. Caso fumem 40 cigarros, indica-se dois adesivos de 21, totalizando 42mg. O máximo seriam três adesivos para quem fuma 60 cigarros por dia ou mais.

- Contraindicação: alergia a nicotina na pele e infarte recente.

- Orientação: o nível de nicotina pelo adesivo não chega nem perto do pico de nicotina fumada, portanto, a ideia é colocar o adesivo e não fumar, mas a maioria dos pacientes vai diminuindo aos poucos o número de cigarros. Não diminuir a dosagem dos adesivos até 30 dias sem cigarro. Depois disso, ir diminuindo em 30 dias, até suspender.

- Deve-se oferecer a medicação (adesivo) até o retorno do paciente ao consultório ou orientá-lo para a compra. Cada sete adesivos equivalem ao custo de um maço por dia, durante uma semana.

→ Reposição rápida de nicotina: goma ou pastilha de nicotina

- Dose: 2 ou 4mg, com máximo de 10 a 12 pastilhas por dia. Mastiga-se bem a goma e depois a mantém entre a bochecha e a gengiva por 30 minutos. A pastilha, consumir como todas as pastilhas e utilizá-la também na hora da fissura.

- Contraindicação: não suportar o gosto ruim da pastilha ou goma e uso de dentaduras ou próteses.

• Orientação: carregar no bolso uma cartela de pastilha e não carregar o maço de cigarro e nem cigarros avulsos. Introduzir primeiro o adesivo e depois de se diminuir o número de cigarros, adicionar as pastilhas. Apenas dependentes com menos de 10 cigarros por dia podem usar apenas goma ou pastilha, sem adicionar o adesivo.

→ Bupropiona

É uma medicação antidepressiva que estimula a função adrenérgica e dopaminérgica do sistema nervoso central. É a melhor droga antidepressiva na redução da abstinência de nicotina. Foi demonstrado que o uso de bupropiona aumenta em mais de duas vezes a chance do indivíduo interromper o tabagismo. A apresentação é em comprimidos de 150mg. É recomendada a dosagem de um comprimido por dia, durante três dias e depois um comprimido duas vezes ao dia, com intervalo nunca inferior a oito horas. O paciente deve evitar tomar a segunda dose após as 18h devido à possibilidade de insônia. Outros efeitos colaterais são: boca seca, cefaleia e *rash* cutâneo. 0,1% dos usuários tem convulsões. A medicação é contraindicada em pacientes com antecedente de distúrbios convulsivos ou convulsão febril na infância. Antecedente de bulimia ou anorexia nervosa, distúrbio bipolar, uso concomitante de inibidores da monoamina oxidase (IMAO), drogas antipsicóticas como haloperidol e clorpromazina e insuficiência hepática severa também são contraindicadas. Gestantes e mães em período de amamentação devem suspender o uso. A interrupção do tabagismo deve ser programada após sete a 10 dias de uso da medicação. A duração habitual é de sete a 12 semanas. O tratamento pode ser estendido por um ano, apresentando maior taxa de sucesso e menor recorrência durante o período de uso da medicação.

Orientações gerais

1. Não há medicação milagrosa. Ela apenas diminui a síndrome de abstinência da nicotina, facilitando a diminuição e cessação do tabaco. Costumam dizer que colocaram o adesivo e não aconteceu nada. O paciente precisa fazer acontecer, ou seja, precisa bolar estratégias para afastar de si o cigarro.

2. Orientar os pacientes a afastarem-se do cigarro, não andar com ele, pois a fissura dura 5 minutos. Ele precisa deste tempo para pensar e pular o próximo cigarro. Com o maço no bolso, não haverá este tempo de reflexão.

3. Orientar a família sobre a abstinência, que pode deixar o fumante mais chato, mais agressivo, pois não é infrequente os familiares pedirem para o paciente voltar a fumar porque não o estão aguentando.

4. Beba água gelada, coma alguma coisa pouco calórica (cenoura, pepino; muitos pacientes seguram a cenoura como se fosse o cigarro), dê uma volta no quarteirão e/ou aumente o número de passos na semana para não ganhar peso.

5. O que melhora parando de fumar: o olfato, o gosto dos alimentos, o fôlego, a pressão arterial. Mas o risco de doenças respiratórias como o câncer e o enfisema pode demorar até 10 anos para ser igual ao de um não fumante.

6. Não troque o cigarro por cachimbo, charuto, cigarro de palha ou até cigarro eletrônico porque você continuará

dependente de nicotina e voltará em grande parte das vezes a consumir tabaco.

7. Se o paciente chegou a cessar o tabaco, diga para não menosprezar o poder viciante da nicotina, pois uma tragada pode fazê-lo voltar imediatamente ao consumo anterior. Os alcoólicos anônimos dizem ao ex-alcoolista: “Não dê um trago” e nós dizemos ao ex-tabagista: “Não dê a primeira tragada, não importa o tempo em que esteja sem fumar”.

8. Seja persistente, não desista, nem você médico e nem você paciente.

9. Evitar pessoas e lugares que vão tentá-lo a fumar. Com o tempo, lida-se mais facilmente com essas questões.

10. Atividades: praticar exercício e atividades ao ar livre que diminuam a vontade de fumar. Caminhar ou fazer algum trabalho manual para espairar, dando tempo até que a “fissura” dissipe.

11. Ouça o paciente porque os problemas psicológicos podem aumentar a dependência do tabaco. Uma paciente começou a fumar com o pai que era forte dependente e havia falecido com enfisema. Ela tomou conta do pai e disse que quando acende o cigarro hoje, sente o pai perto dela. Não é infrequente encaminharmos depressivos ao psiquiatra para depois reiniciarmos o tratamento antitabágico. Muitos usam o cigarro como “terapia”: estão tristes, fumam; estão alegres, fumam; estão nervosos, fumam. O tabaco tem este poder calmante, mas lesa todo o organismo.

12. Ensine seu paciente a bolar estratégias para afastar o cigarro. Um motorista deixava o maço no porta-malas do carro, pois o trânsito era seu gatilho. Um executivo deixava o maço com a secretária, outros pedem para alguém esconder o maço. As estratégias são importantes.

13. Ensine o paciente a reconhecer seus gatilhos: os mais frequentes são bebida alcoólica, café, amigos fumantes, ansiedade, refeição, sexo, etc.

14. Paciente voltava a fumar quando encontrava com os amigos no churrasco de fim de semana. Ficou 4 semanas sem encontrar o grupo para não recair, com sucesso na cessação. Depois pode frequentar o grupo do churrasco sem recair novamente.

Conclusão

O pediatra tem inúmeras janelas de oportunidade para atuar nos familiares fumantes de seus pacientes. Com pouco conhecimento ele pode tratar os fracos e médios dependentes e encaminhar os fortes dependentes para grupos de apoio. Há apenas a necessidade de se envolver com a família e ter um pouco de interesse no assunto. Lembrar que a droga em geral faz parte em Pediatria.

Referências

1. Lotufo JP. Álcool, tabaco e maconha: drogas pediátricas: o envolvimento do pediatra e da família na prevenção. 2ª ed. São Paulo: Dr. Bartô; 2019.
2. Lotufo JP [homepage on the Internet]. Aconselhamento breve ou intervenção breve para prevenção de álcool e drogas na consulta pediátrica ou na conversa com a família [cited Jun 11]. Available from: <https://www.drbarato.com.br>
3. Lotufo JP. Tabagismo - uma doença pediátrica: asma e tabagismo passivo. São Paulo: Editora Sarvier; 2007.
4. Zasshi NA. Brief intervention for smoking, problem drinking and drug abuse by high school students. Clin Trial. 2003;38:475-82.
5. CRM. A tragédia do tabagismo, causas, consequências e prevenção. Série Drogas Lícitas e Ilícitas. N 2. Conselho Federal de Medicina, Comissão para Controle de Drogas Lícitas e Ilícitas; 2019.

eugenya_taman1_depositphotos.com



**Juntos pela
amamentação**

AGOSTO DOURADO

Sociedade de Pediatria de São Paulo

AGOSTO DOURADO | JUNTOS PELA AMAMENTAÇÃO

Campanha da Sociedade de Pediatria de São Paulo
pela promoção do aleitamento materno.





COMBATE À
obesidade Infantil
SETEMBRO LARANJA

Sociedade de Pediatria de São Paulo



SETEMBRO LARANJA | COMBATE À OBESIDADE INFANTIL

Campanha da Sociedade de Pediatria de São Paulo
pela prevenção da obesidade infantil e outros problemas
decorrentes de uma alimentação inadequada

