

## O tratamento de tabagismo para o paciente com câncer

A abordagem integral do paciente com câncer inclui o tratamento da doença e o esclarecimento sobre a importância da mudança no estilo de vida. A introdução de hábitos saudáveis na rotina dessas pessoas é fundamental para um tratamento eficaz. Alimentação saudável, atividade física regular, bem-estar psíquico e afastamento dos principais fatores de risco para o câncer, sendo o principal o tabagismo, vão colaborar para o sucesso do tratamento. O uso de derivados do tabaco aumenta a chance tanto do aparecimento quanto da recidiva do câncer e interfere na efetividade do tratamento e na qualidade de vida.

Os centros de referência em tratamento de câncer no Brasil e no mundo se esmeram na atualização das melhores práticas para a realização de procedimentos cirúrgicos, quimioterápicos e radioterápicos, mas a promoção da saúde ainda é deixada em segundo plano. Evidências científicas demonstram que os riscos para a saúde ao continuar fumando e os claros benefícios da cessação tornam imperativo, do ponto de vista ético, oferecer tratamento de tabagismo para pacientes com câncer [1], mas são poucos os serviços que o oferecem [2].

Existem diversas razões para oferecer o tratamento do tabagismo, uma vez que continuar fumando após o diagnóstico pode contribuir para piores resultados do tratamento oncológico, assim como para o aparecimento de outras doenças. Portadores de câncer morrem mais de outras causas do que a população em geral. Têm risco aumentado não só para recidivas, mas também para o aparecimento de um segundo tumor primário e de outras doenças, como osteoporose, obesidade, doenças cardiovasculares e diabetes [3]

O desafio dos oncologistas é expandir o tratamento do câncer para a gestão da saúde em longo prazo, ampliando o cuidado para além do tratamento da doença. Médicos são os profissionais com o maior poder para estimular a mudança de comportamento nos seus pacientes. Entretanto, apenas 20% se ocupam com esse tipo de orientação. O diagnóstico de câncer traz a oportunidade para estimular mudanças de estilo de vida que podem melhorar a duração e a qualidade de vida dos pacientes [3,4]. O currículo da maioria das escolas médicas não contempla o tema tabagismo, e perde-se a oportunidade de preparar o futuro médico para enfrentar esse desafio.

Sabemos que 64% dos pacientes sobrevivem ao câncer cinco anos após o diagnóstico, mas 20% destes continuam fumando [3,5]. A literatura é escassa quanto às características comportamentais desse grupo na cessação de tabagismo, o que torna a individualização do tratamento, a atenção, o acolhimento e a capacidade de escuta do médico assistente fundamentais para o sucesso do processo.

Quando abordamos fumantes com câncer, devemos esclarecer que ele é o ator principal do processo de cessação. O tabagismo é fator prognóstico independente para a sobrevivência global e livre de doença em pacientes operados de tumor de pulmão não pequenas células [6]. Esse é um dos poucos fatores prognósticos sob controle direto do paciente. A informação torna-o ativo na busca de sua cura.

O impacto do tabagismo sobre o prognóstico e a qualidade de vida de pacientes com câncer é importante e bem estudado em oncologia, mas não é tão claro para os pacientes fumantes [7,8]. Cabe ao médico

\* Coordenadora do Centro de Tratamento de Tabagismo do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Membro da Comissão de Tabagismo da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

\*\* Acadêmica da Escola de Medicina Souza Marques

esclarecer, permitindo uma escolha informada sobre o ato de fumar, mas sempre motivando sua interrupção.

Ao tomar conhecimento do diagnóstico de câncer, o paciente fica mais sensível a promover mudanças de comportamento, sendo esta uma ótima oportunidade para que ele seja abordado visando à cessação de tabagismo. A motivação para a cessação aumenta, principalmente nos portadores de tumores de pulmão e de cabeça e pescoço. Os médicos ainda deixam escapar a grande oportunidade que esse momento oferece para incentivar pacientes e seus familiares [9].

Dados de literatura fortalecem a sensibilização de profissionais de serviços oncológicos, que ainda não tiveram a oportunidade de dedicar seu tempo para estudar a importância da cessação de tabagismo para portadores de câncer, como:

- continuar fumando após o diagnóstico altera a efetividade do tratamento e a sobrevida e aumenta o risco de segundo tumor primário em portadores de tumores relacionados ao tabaco e não relacionados ao tabaco [9];
- como fumar aumenta o metabolismo hepático de muitas drogas, continuar fumando pode diminuir a eficácia da quimioterapia [10];
- pacientes com tumores de cabeça e pescoço e pulmão apresentam maiores índices de cessação de tabagismo do que pacientes com tumores não tabaco relacionados [11];
- cessação do tabagismo após o diagnóstico de câncer de pulmão em estadiamentos iniciais melhora o prognóstico [6,12];
- portadores de tumores de cabeça e pescoço que fumam durante a radioterapia têm menor resposta e sobrevida do que os que não fumam durante o tratamento [13,14];
- portadores de tumores de bexiga que permanecem fumando apresentam pior prognóstico do que os que deixaram de fumar [15];
- mulheres fumantes submetidas à radioterapia após mastectomia aumentam o risco de segundo tumor primário de pulmão, especialmente ipsilateral, em comparação com não fumantes [16];
- maior autoconfiança para deixar de fumar é relacionada com menor grau de depressão e estágios iniciais do tumor [17].

A motivação para a cessação aumenta e a sensação de grande ameaça à integridade física diminui quando o fumante percebe que muitas queixas atribuídas ao tumor melhoraram ou desapareceram após parar de fumar, como tosse, expectoração, distúrbios do sono, apetite diminuído e cansaço. Além dos benefícios vivenciados pela população em geral

ao parar de fumar, esse grupo alcança benefícios adicionais, como melhora da respiração, da circulação, do sistema imunológico, do metabolismo, do sono, do apetite, do humor, da autoestima, da sobrevida e qualidade de vida e da cicatrização da ferida cirúrgica; e da diminuição dos efeitos colaterais da quimioterapia e da radioterapia; de complicações peri e pós-operatórias; de recidivas tumorais; e da incidência de segundo tumor primário tabaco-relacionado [18].

Os pacientes mais motivados para deixar de fumar apresentam características fundamentais no processo: maior autoconfiança; maior percepção do risco de fumar e dos benefícios da cessação; menor grau de dependência da nicotina; e identificam o cigarro como o principal responsável pela doença. Também fazem parte desse grupo os abordados logo após o diagnóstico de câncer (até três meses); os que recebem acolhimento e integração da cessação no controle de doenças crônicas e os usuários de farmacoterapia de apoio [19-24].

Foi com o olhar voltado para a abordagem integral do paciente com câncer que o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) criou o Centro de Tratamento de Tabagismo. O início das ações se deu em 1996. Pesquisa constatou que 26,4% dos funcionários do Hospital do Câncer I (HC I) – a maior unidade assistencial do instituto – eram fumantes e que 81,8% desejavam parar de fumar. Em 1997, foi implantado o Programa INCA Livre do Cigarro (PIL). O tratamento para funcionários fumantes num prédio relativamente distante do HCI foi iniciado em 1998. Vale destacar que a prevalência de tabagismo entre funcionários do HC I em 2009 era de 6%.

Como os funcionários apontaram dificuldades de deslocamento para o local dos encontros, um pneumologista do Serviço de Tórax iniciou o atendimento no próprio hospital em 1999. Cerca de 70% da força de trabalho interessada em parar de fumar apresentava grau de dependência química à nicotina elevado ou muito elevado, o que explicava o fato de ter permanecido fumando apesar de conhecer os malefícios do cigarro e vivenciar as consequências do uso de tabaco na rotina de trabalho.

Em 2000, com o objetivo de facilitar a abstinência do funcionário e de tornar sua casa livre do tabaco, o tratamento foi ampliado para seus familiares. Com o aumento da demanda, a pneumologista identificou profissionais de outros serviços com interesse e perfil adequados – todos voluntários – para somar esforços. A equipe foi treinada e os atendimentos eram realizados nos horários vagos de ambulatórios cedidos por outros serviços.

No final de 2001, pesquisa feita em parceria com o Serviço Social do HC I permitiu que fosse conhecido o desejo dos pacientes de receber ajuda para deixar de fumar. Em setembro de 2002, foi inaugurada uma sala específica para o tratamento do fumante no HC I.

Nessa ocasião, os serviços que encaminhavam mais pacientes para o centro eram o de Cabeça e Pescoço (41%) e o de Tórax (17%). Apesar da distância, as pacientes do Serviço de Mastologia, que funciona no Hospital de Câncer III, já apareciam como o terceiro maior grupo (13.5%) atendido em 2005. Em 2007, a direção do HC III solicitou o atendimento na própria unidade. Profissionais do HC III foram treinados e deram início ao atendimento.

Com a evolução do trabalho e as boas taxas de cessação de tabagismo dos pacientes – 67,4% mantendo a abstinência no final de seis meses de tratamento –, o atendimento foi ampliado para os familiares dos pacientes. Assim ficou determinada a clientela atual do centro: funcionários, pacientes e familiares de ambos. Entre 1º de janeiro de 2000 e 3 de março de 2011, foram tratadas 1.391 pessoas, sendo 903 portadoras de câncer.

A conduta adotada no INCA segue o modelo do Programa Nacional de Controle de Tabagismo (PNCT) do Ministério da Saúde [23] com pequenas adaptações, como: maior número de sessões semanais; maior flexibilidade para atendimentos individuais; abordagem evidenciando os benefícios da cessação; busca ativa dos pacientes; inclusão de familiares; parceria com o Serviço Social no encaminhamento de pacientes; parceria com o Serviço de Fisioterapia, para oferecer fisioterapia respiratória, exercícios de alongamento e relaxamento de acordo com a necessidade dos pacientes; apoio medicamentoso para a maioria dos pacientes e integração ao tratamento da doença de base.

Para avaliar o cenário brasileiro quanto ao oferecimento de tratamento de tabagismo gratuito para pacientes oncológicos, fizemos uma pesquisa em 32 centros de referência com as maiores produções da rede de assistência oncológica no SUS, contemplando todas as regiões do Brasil.

Dos 32, apenas sete oferecem algum tipo de tratamento. Entre esses, um encaminha o paciente para a mesma fila da população em geral, um só atende através de convênios ou consultas particulares e um faz o atendimento gratuito, mas não fornece a medicação. Apenas quatro entre os 32 oferecem ao paciente oncológico o tratamento preconizado pelo PNCT. Um dos quatro é o próprio INCA, com atendimento ambulatorial e durante a internação.

Esperemos que, num futuro próximo, todos os hospitais de referência em tratamento de câncer possam oferecer tratamento de tabagismo. ■

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – Cox, LS; Africano, NL; M.Phil; Tercyak, LP; Taylor, KL. Nicotine dependence treatment for patients with cancer: review and recommendations. *Cancer* 2003.
- 2 – Mazza, R; Lina, M; Boffi R; Invernizzi, G; De Marco, C; Pierotti, M. Taking care of smoker cancer patients: a review and some recommendations. *Annals of oncology* 2010.
- 3 – Demark-Wahnefried, W; Aziz NM; Rowland JH; Pinto BM. Riding the crest of the teachable moment: Promoting long-term health after the diagnosis of cancer. *American Society of Clinical Oncology*, 2005.
- 4 – Bowles, EJA; Tuzzio, L; Wiese CJ; Kirilin B; Greene, SM; Clauser, SB, et al. Understanding high-quality cancer care. A summary of expert perspectives. *Cancer* 2008.
- 5 – Tønnesen P; Carrozzi L; Fagerström, KO; Gratiou, C; Jimenez-Ruiz, C; Nardinie, S; et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J* 2007.
- 6 – Niaa, PS; Weylerc, J; Colpaertb, C; Vermeulenb, P; Van Marckb, E; Van Schila, P. Prognostic value of smoking status in operated non-small cell lung cancer lung cancer. 2005; 47:351-9.
- 7 – Bastian, LA. Smoking cessation for hospital patient: an opportunity to increase the reach of effective smoking cessation programs. *J Gen Intern Med* 2008.
- 8 – Sanderson Cox, L; Africano, NL; Tercyak, KP; Taylor, KL. Nicotine dependence treatment for patients with cancer. *Cancer* 2003.
- 9 – Gritz, ER; Fingeret, MC; Vidrine, DJ; Lazev, AB; Mehta, NV; Reece, GP. Successes and failures of the teachable moment. *Smoking cessation in cancer patients. Cancer* 2006.
- 10 – Dresler, CM; Gritz ER. Smoking, smoking cessation and the oncologist. *Lung Cancer* 2001.
- 11 – Schnoll, RA; Zhang, B; Rue, M; Krook, JE; Spears, WT; Marcus, AC; et al. Brief physician-initiated quit-smoking strategies for clinical oncology settings: a trial coordinated by the eastern cooperative oncology group. *J Clin Onc* 2003.
- 12 – Parsons, A; et al. Influence of smoking cessation after diagnosis of early state lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ*. 2010.
- 13 – Browman, GP; Wong, G; Rodson, I; Sathya, J; Russell, R; McAlpine L, R.T, et al. Influence of cigarette smoking on the efficacy of radiation therapy in head and neck cancer. *N Engl J Med* 1993.
- 14 – Garces, YI; Schroeder; DR; Nirelli LM, BS; Croghan GA; Croghan IT; Foote, RL; et al. Second primary tumors following tobacco dependence treatments among head and neck cancer patients. *Am J Clin Oncol* 2007.
- 15 – Fleshner, N; et al. Influence of smoking status on the disease-related outcomes of patients with tobacco-associated superficial transitional cell carcinoma of the bladder. *Cancer* 1999 December.
- 16 – Kaufman, EL; Jacobson, JS; Hershman, DL; Desai, M; Neugut, AI. Effect of breast cancer radiotherapy and cigarette smoking on risk of second primary lung cancer. *J Clin Oncol* 2008.
- 17 – Martinez, E; Tatum, KL; Weber, DM; Kuzla, N; Pendley, A; Campbell, K; et al. Issues related to implementing a smoking cessation clinical trial for cancer patients. *Cancer causes control* 2009.
- 18 – Garces, YI; Yang, P; Parkinson, J; Zhao, X; Wampfler, JA; Ebbert, JO; et al. The relationship between cigarette smoking and quality of life after lung cancer diagnosis. *Chest* 2004.
- 19 – Taylor, AH; Ussher, MH; Faulkner, G. The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour: a systematic review. *Addiction* 2007.
- 20 – Wu, P; Wilson, K; Dimoulas, P; Mills, EJ. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2006.
- 21 – Schnoll, RA; Rothman, RL; Newman, H; Lerman, C; Miller, SM; Movsas, B; et al. Characteristics of cancer patients entering a smoking cessation program and correlates of quit motivation: implications for the development of tobacco control programs for cancer patients. *Psycho-Oncology* 2004.
- 22 – Fiore, MC; Jaén, CR; Baker, TB; et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. *clinical practice guideline*. Rockville, Department of Health and Human. May, 2008.
- 23 – Instituto Nacional de Câncer. *Abordagem e Tratamento do Fumante-2001*.
- 24 – Reichert J, Araújo, AJ; Gonçalves, CMC; Godoy, I; et al. Diretrizes para Cessação de tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2008.