

Tabaco, cérebro e dependência

Cérebro toxicodependente

LUIS REBELO*

As neurociências têm tido um avanço muito considerável nos últimos anos. Estudam as funções do sistema nervoso, em especial as do cérebro, onde as substâncias psicoactivas têm a capacidade de alterar a consciência, a disposição e os pensamentos.

Nesta área do conhecimento, a OMS publicou em 2004 um relatório que reúne a informação científica mais relevante dos últimos 20 anos. Fornece uma ideia global dos factores biológicos relacionados com o consumo de substâncias e a farmacodependência¹.

Leshner², um neurologista americano escreveu um artigo de revisão onde concluía que os resultados da investigação no âmbito da toxicodependência demonstravam que ela era o protótipo da doença psicobiológica, com componentes de natureza biológica, comportamental e contextual. Convém reter uma afirmação do autor sobre a essência da toxicodependência: «o que importa saber é se a droga causa ou não procura e uso compulsivo, mesmo em face de consequências negativas para a saúde e a nível social».

Têm sido identificadas alterações no cérebro a nível molecular, celular, estrutural e funcional. Hoje, sabemos que o uso prolongado de drogas causa alteração no funcionamento cerebral que persiste muito para além do indivíduo parar o consumo.

O tratamento deve ter como objectivo prioritário reverter ou compensar tais alterações cerebrais. Tais objectivos terapêuticos tanto podem ser consegui-

dos mediante medicação como por tratamentos comportamentais.

Ainda segundo o autor, o cérebro toxicodependente é diferente do cérebro não-toxicodependente.

Porque é que as pessoas fumam?

Sabe-se que o acto de fumar tem relação sobretudo com a nicotina absorvida pelo organismo e que os indivíduos apresentam particularidades quanto à nicotina inalada. A cada fumador a sua dose de nicotina. A dependência à nicotina também é influenciada por factores sociais, económicos, pessoais e mesmo pelas políticas existentes em determinado país.

Aprende-se a fumar muito cedo. A experimentação entre jovens deriva sobretudo de factores psicossociais. Aos 20 anos, 80% dos fumadores lamentam ter começado a fumar.

A dependência justifica-se pelos efeitos físicos e psicológicos da nicotina. É uma droga altamente aditiva. A sua absorção é rápida e completa. Após inalação, em 10-16 segundos está no cérebro e actua durante cerca de duas horas. O fumador para manter um nível desejado de nicotina em circulação tem de fumar um cigarro de hora a hora. Caso não o faça, passam a ocorrer sintomas de privação. O prazer de fumar, principalmente o 1º cigarro, advém sobretudo de ele minorar os sintomas de privação. A nicotina, entre os múltiplos efeitos que produz a nível central e periférico, activa os receptores e induz a libertação de dopamina no *nucleus accumbens*, com sensação de prazer e re-

*Médico de Família do Centro de Saúde de Alvalade (ARSLVT). Responsável pela Consulta de Tabagismo do Centro de Saúde de Alvalade. Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa. Presidente da Confederação Portuguesa de Prevenção do Tabagismo

compensa. É também um estimulante psicomotor justificando alguns dos «efeitos positivos» relatados pelo fumador. A prazo a tolerância acaba por surgir, mas a dependência continuará. Estamos em presença de uma doença crónica, recidivante, e um rol de consequências para a saúde serão diagnosticadas com o decurso dos anos.

Novos medicamentos

Segundo muitos autores, a farmacoterapia é a pedra angular do tratamento de pacientes com dependência à nicotina. Mas, devido à natureza complexa da dependência e à percentagem de insucessos terapêuticos, o desenvolvimento de novos medicamentos é necessário e o refinamento dos actuais protocolos terapêuticos impõe-se.

Está a ser estudada uma vacina. O princípio da vacina antitabaco é de estimular as defesas naturais contra a nicotina. A nicotina acoplada a uma molécula de maior dimensão produziria anticorpos no corpo humano. Assim, ao nível cerebral a nicotina não provocaria tanta dependência e o efeito de recompensa seria diminuto. Os ensaios clínicos das vacinas NicVax e Ta-Nic com fumadores têm tido resultados promissores.

Medicamentos específicos de efeito central estão em fase adiantada de estudo e são esperados para breve. É o caso do *Rimonabont*, fármaco bloqueador dos receptores tetrahidrocanabinóides, que tem demonstrado eficácia no tratamento concomitante da obesidade e da dependência à nicotina.

Também o agonista parcial do receptor de nicotina 4Beta 2, a *Vareniclina*, tem demonstrado melhores taxas de abstinência, sobretudo a curto prazo, quando comparado com a *bupropiona*. O fumador apresenta menor *craving* e menos sintomas de privação e a um decréscimo dos factores positivos ligados ao acto de fumar. Aguardamos o seu lançamento em Portugal no corrente ano.

Num artigo recente da revista CHEST, Bars *et al*³ põem em causa os esquemas terapêuticos actuais, generalizados para todos os fumadores. Propõem que se individualizem os medicamentos, as doses, as apresentações e a duração do tratamento. Obtiveram taxas elevadas de abstinência, em alguns casos, com altas doses de TSN's e de bupropiona, sem relato de efeitos secundários. Propõem um algoritmo.

Novos métodos de fumar

Nos países mais desenvolvidos e com leis mais restritivas as tabaqueiras estão a perder quota de mercado mas não desistem de furar o bloqueio. Todos dias tentam inventar novos métodos de fumar e novos cigarros. Na Suécia surgiram os *snus*, pequenos pacotes de tabaco para chupar, evitando-se dar a conhecer um comportamento cada vez mais mal visto. No Japão e nos EUA surgiram os cigarros com sabor a fruta e a chocolate. Surgem notícias que uma tabaqueira inglesa vai lançar um cigarro que «não provoca cancro do pulmão».

Tal como a OMS afirma no seu lema para o dia 31 de Maio de 2006, Dia Mundial Sem Tabaco, «o tabaco é mortal sob qualquer apresentação ou disfarce».

Dossier Tabaco

Em boa hora a RPCG publica um dossier temático dedicado ao tabaco. É necessário e é oportuno. Os médicos necessitam e desejam mais formação⁴. Por outro lado, todas as revisões e meta-análises confirmam o papel importante que os médicos de família têm no controlo do tabagismo num país. O seu conselho aos fumadores é de alto valor terapêutico^{5,6}. E, num país como Portugal, que tem uma rede de cuidados de saúde primários organizada, com uma cobertura populacional quase total, então os médicos de família são o «ovo de Colombo» nesta luta!

Convidámos quatro peritos nacionais

a tratarem quatro temas da maior relevância. José Precioso aborda a prevenção nos jovens, Emília Nunes – de acordo com a evidência científica disponível – confronta-nos com o impacto deletério do fumo do tabaco no organismo humano, José Manuel Calheiros revê as consequências para a saúde individual do fumo ambiental e Mário Santos revê e contextualiza o que de mais importante o médico tem que saber sobre cessação tabágica e entrevista motivacional.

Agradeço o esforço aos autores e espero que o conteúdo deste *dossier* seja um sério e profundo contributo para a formação e actualização de todos os profissionais de saúde empenhados no controlo do tabagismo em Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neurociências: consumo e dependencia de substâncias psicoativas. Genebra: OMS; 2004.
2. Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science* 1997 Oct 3; 278 (5335): 45-7.
3. Bars MP, Banaauch GI, Appel D, Andrea-chi M, Mauren P, Kelly KJ, et al. Tobacco-free with FDNY: the New York City Fire Department World Trade Center Tobacco Cessation Study. *Chest* 2006 Apr; 129 (4): 979-87.
4. ENSP. Framework Project 2001-2002. Summary of final reports. General Practitioners Empowerment (Phase III).
5. Zwar NA, Richmond RL. Role of the general practitioner in smoking cessation. *Drug Alcohol Rev* 2006 Jan; 25 (1): 21-6.
6. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. *BMJ* 1999 Jan 16; 318 (7177): 182-5.