

O tabagismo e as populações vulneráveis: como promover a cessação do consumo de tabaco e reduzir os seus malefícios através do serviço social

Introdução

O tabagismo e o consumo de outros produtos de tabaco de alto risco tendem a ser desproporcionalmente elevados nas comunidades marginalizadas ou vulneráveis. No desempenho das suas funções, os profissionais de serviço social estabelecem relações com indivíduos que pertencem, muitas vezes, a essas comunidades. Se receberem a devida formação e os recursos necessários, os assistentes sociais podem, por conseguinte, desempenhar um papel importante no apoio à cessação tabágica e à redução dos malefícios do tabaco junto das populações mais carenciadas.

A redução dos malefícios do tabaco é uma intervenção que pode salvar as vidas de milhões de pessoas em todo o mundo. Para quem consome atualmente produtos de tabaco de alto risco, como cigarros e alguns tabacos de uso oral, esta é uma oportunidade de mudar para uma gama de produtos de nicotina mais seguros, que acarretam menos riscos para a saúde. Incluem-se nesta categoria os vaporizadores de nicotina (cigarros eletrónicos), snus, produtos de tabaco aquecido e bolsas de nicotina.

Quais as responsabilidades dos assistentes sociais?

As responsabilidades dos assistentes sociais não são as mesmas em todo o mundo, mas o seu principal objetivo é servir indivíduos, grupos e comunidades, ajudando as pessoas a resolver os problemas que enfrentam no dia a dia. Os assistentes sociais interagem com uma grande diversidade de clientes, incluindo, mas não só: indivíduos e famílias em situação de pobreza e sem-abrigo; pessoas com problemas de saúde mental; jovens delinquentes; adultos com dificuldades de aprendizagem ou deficiências físicas; pessoas com problemas de consumo de álcool, drogas ou outras substâncias; famílias em risco de ruptura e crianças em risco de abuso ou negligéncia. Nalguns destes grupos, a prevalência do tabagismo é bastante superior à da população em geral, pelo que os assistentes sociais estão muitas vezes em contacto com grupos que registam taxas elevadas de consumo de tabaco.

Dotar os assistentes sociais dos conhecimentos e ferramentas necessários para ajudar os seus clientes a fumarem menos ou a deixarem de fumar é uma oportunidade de melhorar a saúde das pessoas e de salvar muitas vidas. No entanto, à data de publicação deste documento, há poucos assistentes sociais a receber formação ou apoio para lidar com o tabagismo dos clientes. Entre as muitas necessidades concorrentes, o consumo de tabaco não costuma ser identificado como prioritário. No entanto, a cessação do tabagismo e/ou o incentivo à transição para produtos de nicotina mais seguros poderiam trazer vários benefícios para os grupos de clientes com que os assistentes sociais trabalham.

Populações vulneráveis e tabagismo: o que dizem as provas?

Vários estudos mostram que o tabagismo afeta desproporcionalmente as populações vulneráveis e marginalizadas com as quais os assistentes sociais provavelmente virão a trabalhar. Um desses grupos é o das pessoas que passaram por adversidades ou traumas na infância, como abuso ou negligéncia, que podem ser classificados como “Experiências Adversas na Infância” (EAI). Na idade adulta, é mais provável que manifestem uma saúde mental precária, bebam ou consumam drogas de alto risco, sejam vítimas ou perpetradores de violência ou sofram de problemas de saúde a longo prazo, como obesidade, diabetes,

doenças cardíacas ou respiratórias. É também mais provável que fumem. Um inquérito de 2020 a toda a população da Escócia revelou que as pessoas com quatro ou mais EAI fumavam quase três vezes mais do que quem não tinha passado por nenhuma experiência (27% em comparação com 10%).ⁱ

Os adultos com problemas de saúde mental são outro grupo-chave cujas taxas de tabagismo são mais elevadas do que as da população em geral. Em Inglaterra, em 2016/17, enquanto a prevalência do tabagismo em todos os adultos maiores de 18 era de 15,1%, no grupo de adultos que sofria de ansiedade ou depressão era de 25,88%.ⁱⁱ Para os que padeciam de um problema de saúde mental prolongado, a taxa era de 34% e, para quem tinha sido diagnosticado com uma doença mental grave, de 40,5%. Em 2021, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), dois terços das pessoas com doenças mentais graves eram fumadoras.ⁱⁱⁱ Este problema afeta significativamente a sua saúde física: quem sofre de uma doença mental grave morre, em média, 15 a 20 anos mais cedo,^{iv} sendo o tabaco apontado como uma das principais causas de morte. A prevalência do tabagismo na população esquizofrénica é especialmente elevada, com taxas que chegam a atingir os 70-80%.^v

Os estudos mostram que as pessoas que consomem drogas ilícitas têm uma probabilidade três vezes maior de fumar cigarros do que as que não o fazem.^{vi} Muitas vezes, quem consome drogas não morre devido a doenças relacionadas com a droga, mas a doenças cardiovasculares e pulmonares causadas pelo tabaco. Um estudo realizado na Califórnia revelou que as doenças relacionadas com o tabaco representavam cerca de 40% do total de mortes entre as pessoas hospitalizadas com perturbações associadas à cocaína, aos opiáceos e às metanfetaminas.^{vii} No entanto, embora os assistentes sociais façam regularmente o rastreio, a avaliação e o tratamento de problemas de saúde mental e de dependência de substâncias, até à data o tabagismo não tem sido considerado prioritário nesta abordagem.

Vários estudos demonstraram também que as taxas de tabagismo são mais elevadas nos grupos socioeconómicos desfavorecidos do que na população em geral.^{viii,ix,x} Os estatutos socioeconómicos mais baixos estão associados a um maior consumo de cigarros e de produtos de tabaco, bem como a uma menor probabilidade de se deixar de fumar. As populações desfavorecidas, quando comparadas com os grupos com rendimentos mais elevados, têm também uma taxa superior de iniciação ao consumo de tabaco, uma taxa mais baixa de tentativas de deixar de fumar e menos sucesso por tentativa.^{xi}

Os efeitos negativos do tabagismo não afetam apenas a pessoa que fuma, mas também aqueles que a rodeiam, especialmente crianças e jovens. Um estudo realizado no Quebec, Canadá, concluiu que a exposição ao fumo passivo em casa era quase cinco vezes mais frequente entre os jovens dos quintis de rendimento mais baixo do que entre os que tinham rendimentos mais elevados.^{xii} O estudo também revelou que os adolescentes cujo principal cuidador fumava tinham mais do dobro da probabilidade de vir a experimentar cigarros (26% em comparação com 11%) e uma probabilidade quatro vezes maior de se tornarem fumadores habituais (4,9% em comparação com 1,2%).^{xiii}

O tabagismo também tem um peso significativo nos rendimentos do agregado familiar. No Reino Unido, em 2012, cerca de 1,1 milhões de crianças, ou seja, quase metade de todas as crianças que viviam em situação de pobreza relativa, tinham pelo menos um dos pais fumador.^{xiv} Em Inglaterra, mais de 1,5 milhões de pessoas precisam de apoio social devido a doença ou incapacidade causada pelo tabagismo, e as despesas com a assistência social decorrentes do tabagismo representam um encargo substancial em orçamentos já apertados.^{xv}

Porque é que as pessoas fumam?

As pessoas fumam por muitos motivos. Embora saibam que faz mal à saúde, pode ser difícil dar prioridade à saúde a longo prazo, em detrimento do desejo de fumar a curto prazo. A nicotina pode

causar dependência – o que significa que as pessoas sentem que têm de continuar a consumi-la – mas, isolada do fumo do tabaco, é uma substância de baixo risco.^{xvi} É importante notar que o consumo de nicotina dá a muitas pessoas o mesmo prazer que o consumo de cafeína ou álcool. Muitos sentem efeitos positivos associados à nicotina, que os ajuda, por exemplo, a descontrair, a concentrar-se ou a lidar com a tristeza, o tédio e o stresse do dia a dia.

Outros podem associar o consumo de nicotina a uma redução de sintomas específicos, como os sintomas ligados à perturbação de stresse pós-traumático (PSPT) ou à perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA). Algumas pessoas que sofrem de esquizofrenia utilizam a nicotina para se automedicarem e tratarem os sintomas cognitivos da doença ou atenuarem os efeitos secundários dos medicamentos psiquiátricos.^{xvii} Até ao aparecimento dos produtos mais seguros de nicotina, poucas pessoas conseguiam consumir nicotina sem fumar tabaco, prejudicando grandemente a sua saúde.

Ao considerar as populações vulneráveis e marginalizadas com que é provável que os assistentes sociais venham a interagir, é igualmente útil considerar o que leva as pessoas a fumar numa perspetiva mais ampla – perguntar, por exemplo, porque há determinados grupos de pessoas com mais probabilidade de se tornarem fumadoras, de fumar mais ou de terem mais dificuldade em deixar de fumar do que outras. Um estudo conduzido por Sir Michael Marmot e publicado numa importante análise das políticas do Reino Unido diz que “as desigualdades de saúde advêm de desigualdades sociais [e que] as medidas que visem as desigualdades de saúde devem ser aplicadas a todos os determinantes sociais da saúde”^{xviii}. Entende-se por “determinantes sociais da saúde” as condições económicas e sociais que influenciam a saúde de indivíduos e grupos.

Por exemplo, é mais provável que uma criança ou um jovem adulto comece a fumar se crescer numa família com pais fumadores, numa zona com muitas lojas que vendam produtos de tabaco, e se tiver amigos e colegas da mesma idade que também fumem. Todos estes fatores normalizam o consumo do tabaco e têm mais probabilidade de ocorrer em zonas socialmente desfavorecidas. E, quando alguém começa a fumar na infância ou na adolescência, acaba por fumar muito e por ter mais dificuldade em desistir. Muitos continuam a fumar até se tornarem adultos e pais – o que significa que o ciclo volta ao início.

Deixar de fumar por completo é o melhor que se pode fazer pela saúde. Mas, para quem não pode ou não quer desistir, a redução dos malefícios do tabaco é uma alternativa mais segura para o consumo de nicotina, que não envolve a exposição aos milhares de compostos químicos tóxicos que estão presentes no fumo dos cigarros. Trata-se de uma intervenção fundamental no domínio da saúde pública.

Como é que os assistentes sociais podem ajudar os clientes a reduzir os malefícios associados ao tabagismo?

Atualmente, apenas alguns países formam assistentes sociais para darem apoio às pessoas que querem deixar de fumar, uma verdadeira oportunidade perdida pelo sistema de saúde pública. Tal como os médicos, as enfermeiras comunitárias, as parteiras, os psicólogos e psicoterapeutas, os assistentes sociais podem ter uma influência significativa nas decisões das pessoas e no seu bem-estar geral. Agindo como ponto de contacto inicial – e por vezes único – com comunidades marginalizadas, os assistentes sociais podem desempenhar um importante papel na diminuição da prevalência do tabagismo.

Os assistentes sociais devem estar capacitados para encaminhar os seus clientes para centros de apoio à cessação tabágica locais ou nacionais, sempre que existam. Infelizmente, em muitas partes do mundo, os serviços de cessação tabágica são raros, não existem ou são demasiado caros. Um relatório publicado pela OMS em 2021 concluiu que 70% dos fumadores a nível mundial não tinham acesso a serviços

para deixar de fumar.^{xix} Sempre que estejam disponíveis produtos de nicotina mais seguros a um custo acessível, os assistentes sociais devem ter ao seu dispor meios para sensibilizar para a redução dos malefícios do tabaco como uma ferramenta complementar para ajudar as pessoas a mitigar os efeitos do hábito de fumar ou de usar produtos de tabaco de alto risco.

Os assistentes sociais devem receber formação sobre o Aconselhamento Muito Breve ("Very Brief Advice" ou VBA) para a cessação tabágica, uma intervenção comprovada de 30 segundos, que deve ser utilizada de modo oportuno com pessoas em contextos de cuidados de saúde ou serviço social. Com uma abordagem imparcial, o VBA visa identificar as pessoas que fumam ("Ask" ou Abordar), recomendar-lhes o melhor método para deixarem de fumar ("Advise" ou Aconselhar) e apoiar as tentativas subsequentes nesse sentido ("Act" ou Apoiar).^{xx}

Muitos assistentes sociais já têm competências para utilizar diferentes métodos psicológicos para ajudar os seus clientes, incluindo a entrevista motivacional ou a terapia cognitivo-comportamental breve, instrumentos esses que também se têm revelado eficazes na cessação tabágica. Com o apoio e os recursos adequados, os assistentes sociais poderiam ser encorajados a desenvolver e promover programas individualizados para ajudar populações específicas a deixarem de fumar ou a fumarem menos. Um estudo publicado em 2013 mostrou que consultas breves de 20 minutos ou menos, realizadas por médicos e outros profissionais de saúde, aumentaram as taxas de abandono do tabagismo entre os pacientes que fumavam, em comparação com os que não receberam aconselhamento.^{xxi}

A integração da redução dos malefícios do tabaco no contexto do serviço social vai ao encontro dos objetivos e motivações de muitos profissionais. Através da redução dos malefícios do tabaco, as pessoas que fumam podem ser encorajadas a melhorar o seu estado de saúde. Assim, nos países onde existam produtos de nicotina mais seguros e acessíveis, os assistentes sociais devem estar preparados para transmitir informações fidedignas e aconselhar sobre as opções para a redução dos malefícios do tabaco no contexto dos esforços globais para a cessação tabágica.

Para mais informações sobre o trabalho da Global State of Tobacco Harm Reduction ou sobre os pontos abordados neste documento informativo da GSTHR, é favor contactar info@gsthr.org

Sobre nós: A **Knowledge•Action•Change** (K•A•C) promove a redução dos malefícios do tabaco como estratégia essencial de saúde pública fundamentada nos direitos humanos. A equipa conta com mais de quarenta anos de experiência no trabalho de redução dos malefícios associados ao consumo de drogas, ao HIV e ao tabagismo, na área da saúde sexual e em prisões. A K•A•C é responsável pela iniciativa **Global State of Tobacco Harm Reduction** (GSTHR), que traça o desenvolvimento da redução dos malefícios do tabaco e a utilização, disponibilidade e respostas regulatórias a produtos de nicotina mais seguros, bem como a prevalência do tabagismo e a mortalidade que lhe está associada, em mais de 200 países e regiões de todo o mundo. Para consultar todas as nossas publicações e dados em tempo real, visite <https://gsthr.org>

O nosso financiamento: o projeto GSTHR é desenvolvido com a ajuda de uma subvenção da Global Action to End Smoking (anteriormente conhecida como Foundation for a Smoke-Free World), uma organização independente sem fins lucrativos dos EUA, com estatuto 501(c)(3), que concede subvenções para acelerar os esforços científicos globais para acabar com a epidemia do tabagismo. A Global Action não desempenhou qualquer papel na conceção, implementação, análise ou interpretação dos dados contidos deste documento informativo. O conteúdo, a seleção e apresentação dos factos, bem como as opiniões expressas, são da exclusiva responsabilidade dos autores e não devem ser encarados como refletindo as posições da **Global Action to End Smoking**.

-
- i Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Trauma. (2023, dezembro 6). [Factsheet]. Scottish Government, Mental Health Directorate. <http://www.gov.scot/publications/adverse-childhood-experiences-aces/pages/aces-research/>.
- ii Smoking Profile—Data—OHID. (2024). [Fingertips, Public health data]. Office for Health Improvement and Disparities. https://fingertips.phe.org.uk/profile/tobacco-control/data#page/4/gid/1938132900/pat/159/par/K02000001/ati/15/are/E92000001/yr/1/cid/4/tbm/1/page-options/ine-yo-1:2022:-1:-1_ine-ct-36_ine-pt-0_tre-do-1.
- iii The vicious cycle of tobacco use and mental illness – a double burden on health. (2021, novembro 8). [News release]. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/news/item/08-11-2021-the-vicious-cycle-of-tobacco-use-and-mental-illness-a-double-burden-on-health>.
- iv R RightCare physical health and severe mental illness scenario. (2023, outubro 25). [Mental health, NHS RightCare]. NHS England. <https://www.england.nhs.uk/long-read/rightcare-physical-health-and-severe-mental-illness-scenario/>
- v Winterer, G. (2010). Why do patients with schizophrenia smoke? *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 112–119. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283366643>.
- vi Morgan, B. W., Leifheit, K. M., Romero, K. M., Gilman, R. H., Bernabe-Ortiz, A., Miranda, J. J., Feldman, H. I., Lima, J. J., Checkley, W., & Study, C. C. (2017). Low cigarette smoking prevalence in peri-urban Peru: Results from a population-based study of tobacco use by self-report and urine cotinine. *Tobacco Induced Diseases*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12971-017-0137-8>.
- vii Callaghan, R. C., Gately, J. M., Sykes, J., & Taylor, L. (2018). The prominence of smoking-related mortality among individuals with alcohol- or drug-use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 37(1), 97–105. <https://doi.org/10.1111/dar.12475>.
- viii Huang, M. Z., Liu, T. Y., Zhang, Z. M., Song, F., & Chen, T. (2023). Trends in the distribution of socioeconomic inequalities in smoking and cessation: Evidence among adults aged 18~59 from China Family Panel Studies data. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01898-3>.
- ix Kim, J. E. (2016). Cigarette Smoking Among Socioeconomically Disadvantaged Young Adults in Association With Food Insecurity and Other Factors. *Preventing Chronic Disease*, 13. <https://doi.org/10.5888/pcd13.150458>.
- x Hitchman, S. C., Fong, G. T., Zanna, M. P., Thrasher, J. F., Chung-Hall, J., & Siahpush, M. (2014). Socioeconomic status and smokers' number of smoking friends: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 143, 158–166. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.019>.
- xi Reid, J. L., Hammond, D., Boudreau, C., Fong, G. T., Siahpush, M., & ITC Collaboration. (2010). Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: Findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 12 Suppl(Suppl 1), S20–33. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq051>.
- xii Gagné, T., Lapalme, J., Ghenadenik, A. E., O'Loughlin, J. L., & Frohlich, K. (2021). Socioeconomic inequalities in secondhand smoke exposure before, during and after implementation of Quebec's 2015 'An Act to Bolster Tobacco Control'. *Tobacco Control*, 30(e2), e128–e137. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2020-056010>.
- xiii Children whose parents smoke are 4 times as likely to take up smoking themselves. (2021, dezembro 28). [Press release]. GOV. UK, Department of Health and Social Care. <https://www.gov.uk/government/news/children-whose-parents-smoke-are-four-times-as-likely-to-take-up-smoking-themselves>.
- xiv Belvin, C., Britton, J., Holmes, J., & Langley, T. (2015). Parental smoking and child poverty in the UK: An analysis of national survey data. *BMC Public Health*, 15(1), 507. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1797-z>.
- xv The cost of smoking to the social care system. (2021, março). Action on Smoking and Health (ASH). <https://ash.org.uk/uploads/SocialCare.pdf?v=1647953369>.
- xvi Royal Society of Public Health. (2015, agosto 13). Nicotine "no more harmful to health than caffeine". <https://www.rsph.org.uk/about-us/news/nicotine--no-more-harmful-to-health-than-caffeine-.html?s=03>.
- xvii Winterer, 2010.
- xviii Marmot, M., Goldblatt, P., & Allen, J. (2010). Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review) [Strategic review of health inequalities in England post-2010]. Institute of Health Equity. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>.
- xix Quit tobacco to be a winner. (2021, maio 19). [Commentaries]. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/quit-tobacco-to-be-a-winner>.
- xx Very brief advice on smoking (VBA)+. 30 seconds to save a life. (2021). National Centre for Smoking Cessation and Training. https://www.ncsct.co.uk/publications/VBA_2021.
- xxi Stead, L. F., Buitrago, D., Preciado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000165.pub4>.