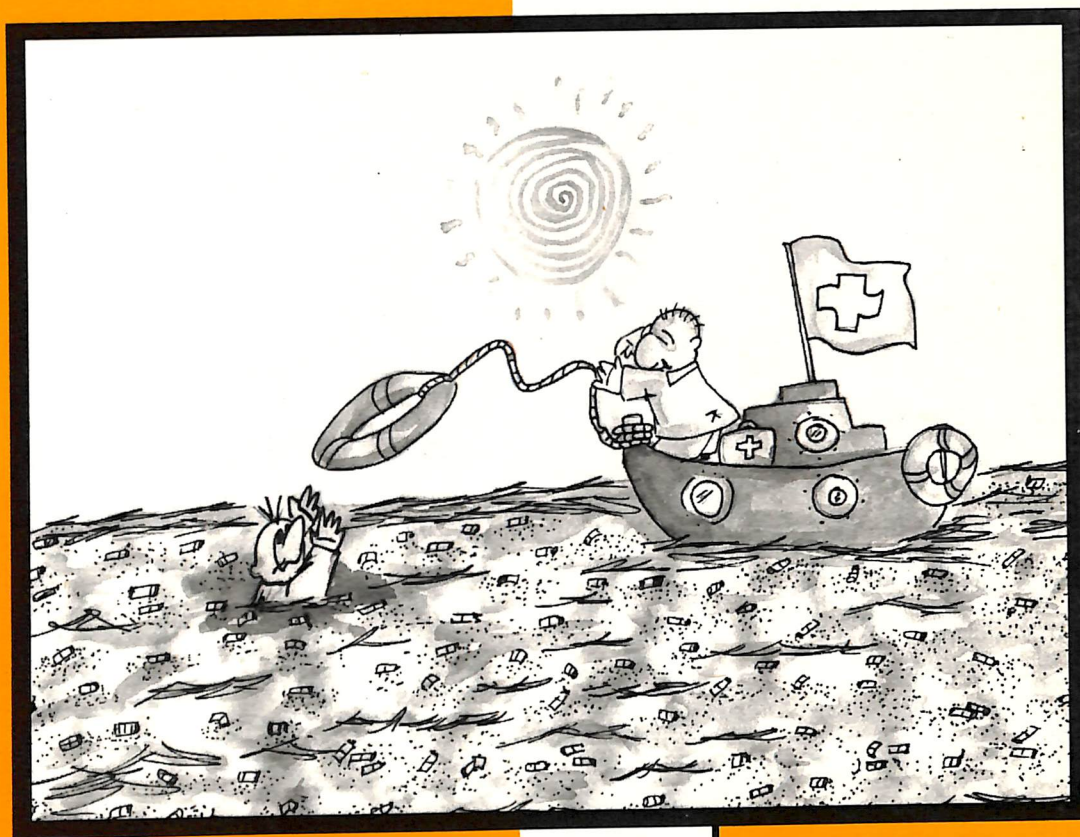


Ajudando seu paciente a deixar de fumar



Centro Colaborador da
Organização Mundial da Saúde
Programa Tabaco ou Saúde



INCA
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
MINISTÉRIO DA SAÚDE

616.86506
B823a
1997
MEMOTEC

Equipe técnica do Instituto Nacional de Câncer/Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer responsável pela edição desta publicação:

Tereza Maria Piccinini Feitosa (médica); Tânia Maria Cavalcante (médica); Luisa da Costa e Silva Goldfarb (médica); Ricardo Henrique Sampaio Meirelles (médico); Dulce Ignácio Jorge (psicóloga); e Vera Luiza da Costa e Silva (médica - Coordenadora da Contapp).

Ilustrações: Sérgio Zoroastro

Agradecemos a colaboração de Catarina Maria Ribeiro Ferreirinha (psicóloga), José Augusto Barbosa (psicólogo) e Stella Aguinaga (enfermeira) na elaboração deste manual.

Agradecemos o apoio da Fundação Ary Frauzino para Pesquisa e Controle do Câncer (FAF).

1997. Ministério da Saúde

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra, de qualquer forma ou meio eletrônico, e mecânico, fotográfico e gravação ou qualquer outro, sem permissão expressa do Instituto Nacional de Câncer/MS. (Lei nº. 5.988 de 14.12.73).

Tiragem: 22.000 exemplares

Edição e distribuição:

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção

Primária de Câncer (Contapp)

Rua dos Inválidos, 212 / sala 201 Centro

Rio de Janeiro - RJ

Cep 20.231-020

Tel: (021) 221-6652

Fax: (021) 221-7006



Impresso no Brasil / Printed in Brazil

• Ficha Catalográfica

616.86506
B 823a
1997

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e
Prevenção Primária de Câncer (Contapp)
Ajudando seu paciente a deixar de fumar - Rio de Janeiro INCA, 1997.
52 p. + il
inclui bibliografia
1. Tabagismo. 2. Dependência. 3. Tratamento.
ISBN 85-7318-018-8 CDD - 614.599.9

Apresentação



O conhecimento do homem sobre a existência de substâncias psicoativas na natureza é muito antigo. A utilização da nicotina pelos índios das Américas data de 1000 a.C., sendo essa a maior responsável pelos efeitos comportamentais e psicológicos predominantes no tabaco. O tabagismo, considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a maior causa de morte passível de ser evitada, é um problema de saúde pública que vem preocupando, de forma crescente, os diversos segmentos da sociedade.

A cada dia, maior número de indivíduos se iniciam no uso da nicotina em idade muito precoce, motivados, entre outras coisas, por propagandas bonitas e enganosas veiculadas nos meios de comunicação.

O Instituto Nacional de Câncer — INCA, através da Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer — Contapp, pretende

com esta publicação — *Ajudando seu paciente a deixar de fumar* — alertar para a importância do profissional de saúde, em especial, do médico, na abordagem do paciente fumante; informar sobre os diversos aspectos da dependência de nicotina e propor uma forma de tratamento compatível com as dimensões e recursos de nosso país. Desta forma, dá-se ênfase não somente às ações preventivas para o tabagismo, como também, inicia-se uma atuação junto aos 30 milhões de brasileiros fumantes, ajudando-os no seu processo de cessação de fumar e, portanto, prevenindo seus adoecimentos futuros.

Com o desenvolvimento de ações educativas para o controle do tabagismo dirigidas aos profissionais e suas respectivas unidades de saúde, estaremos contribuindo para a prevenção do maior fator de risco das duas primeiras causas de morte por doença no Brasil — doenças cardiovasculares e câncer.

Marcos F. Moraes

Diretor do Instituto Nacional de Câncer

Prólogo

Há consenso de que o controle da epidemia tabagística, mormente nos países em desenvolvimento, entre os quais o Brasil, deve ser fundamentalmente preventivo, alicerçado no binômio legislação-educação. As medidas para o controle do tabagismo devem ser integradas aos programas de saúde, e sua ação, descentralizada nos municípios, nas unidades básicas de saúde, facultando sua disseminação pelo país, com grande penetração nas comunidades. Esse é o caminho mais frutuoso na prevenção e controle do tabagismo.

Há outro ângulo da problemática do tabagismo que é a abordagem curativa que envolve a ajuda aos fumantes para deixar de fumar, cuja manipulação é mais particularizada e especializada, com rendimentos precários em termos de saúde pública, devido à forma como vem sendo aplicada. As clínicas que comercializam essa abordagem em nada concorrem para o controle do tabagismo. Os serviços de centros universitários e de instituições médicas têm o mérito do aprofundamento científico do mecanismo do processo de cessação de fumar, porém, pelas limitações técnico-operacionais que empregam, atingem pequeno número de tabagistas. Entretanto, os tabagistas são milhões (mais de 30 milhões no Brasil) a necessitar de ajuda.

É indispensável o apoio aos fumantes para abandonar o tabaco. É importante, para prolongar suas vidas. Estudos rigorosos comprovam que os ex-fumantes têm mais anos de vida e em melhores condições de saúde, em comparação com aqueles que continuam fumando. Quanto mais cedo se abandonar o cigarro, menor será o risco de contraírem infarto do coração e outras afecções circulatórias, câncer do pulmão e de outros órgãos e mais de uma dezena de doenças. Mesmo os tabagistas mais idosos (acima dos 60 anos), cessando de fumar, beneficiam-se, prolongando sua expectativa de vida.

Por outro lado, diminuindo o número de tabagistas, não só cai a sua prevalência, como são beneficiados seus circunstantes não-fumantes (fumantes passivos), os quais, vivendo expostos à poluição tabagística ambiental, sofrem prejuízos na saúde; as crianças têm maior frequência de infecções respiratórias, baixas e altas, e os adultos apresentam maior incidência de infarto do miocárdio e de câncer broncogênico.

A abordagem de fumantes tem sido realizada em sistema que chamaríamos de conta-gotas, de alcance muito limitado e com alta relação custo/benefício. Para que o programa de cessação de fumar atinja expressão epidemiológica ele precisa ser simplificado, agilizado, dinamizado e aplicado em massa.

Esse é o importante enfoque dado pela Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer - Contapp, que visa racionalizar e simplificar o processo, criando um compreensivo instrumento de trabalho que é este manual — *Ajudando seu paciente a deixar de fumar*. O programa de ajuda aos fumantes assenta-se no papel fundamental do aconselhamento, criando a motivação no tabagista para abandonar o fumo. Para alcançar o maior número de fumantes o manual é destinado aos profissionais de saúde, visando principalmente mobilizar a classe médica.

A experiência mostra que os médicos têm notável poder de persuasão para motivar os fumantes a vencer a dependência de nicotina. Seu prestígio junto ao público é poderoso. Sua influência sobre a comunidade é tanto maior quanto mais modestas são as situações econômico-sociais. Infelizmente, a classe médica não tem usado todo esse potencial junto aos fumantes. Inquiridos em vários países, inclusive nos Estados Unidos e no Brasil, revelam que cerca de 50% ou mais dos profissionais não alertam rotineiramente seus clientes sobre os malefícios do fumo. Em contrapartida, nos casos em que os médicos são mobilizados, o rendimento tem sido excelente. Várias experiências demonstram isso. Na Inglaterra os médicos generalistas, durante uma semana, aconselharam seus clientes por ocasião das consultas; no Canadá, médicos de família participaram de experiência semelhante por meses, e outros estudos congêneres efetuaram-se em diversos países. Nesses estudos conseguiram-se, em média, cerca de 10% de abandono do tabaco, resultado que persistia ao final de um ano. Esses resultados devem ser considerados satisfatórios face à reconhecida dificuldade de se superar a dependência de nicotina somada à pressão social que sofre o ex-fumante obrigado a conviver com tabagistas. A experiência de apenas uma semana na Inglaterra apurou que cada clínico teve 25 sucessos. Calculou-se que, se todos os clínicos tivessem participado do programa, o rendimento excederia a meio milhão de pessoas que teriam deixado de fumar. Esse montante não seria obtido por 10 mil clínicas especializadas na cessação de fumar. O *National Cancer Institute* dos Estados Unidos, com a colaboração de diversas instituições médicas, treinou 100 mil médicos, que receberam o manual — *How to help your patients to stop smoking* — para aconselhar seus clientes fumantes. Estudo-piloto prévio com mil médicos obteve de 15% a 30% de êxito. Estima-se que se toda classe médica for incluída no programa, com resultado de apenas 10%, três milhões de pessoas deixarão de fumar anualmente, com extraordinário impacto epidemiológico e efeito educativo adicional. São tão eficientes o aconselhamento médico e a motivação desencadeada, que apenas uns 5% dos fumantes precisam de algum tratamento complementar para abandonar o tabaco.

Com o programa contido neste manual, podem-se alimentar fundadas esperanças de se conseguir a cooperação da classe médica e de reproduzir aqui o exemplo dos Estados Unidos, embora em extensão menor, auferindo os bons resultados anunciados naquele país e nas demais experiências mencionadas.

O presente manual expõe, de forma objetiva, as fases do processamento da ajuda ao fumante, atendendo as suas características psicológicas, vencendo os percalços das recaídas e ainda considerando o desenvolvimento da motivação do paciente, para a qual concorrem impressos informativos. A terapêutica de reposição da nicotina é reservada para os casos de dependência de nicotina incoercível.

Este programa poderá motivar, paralelamente, os próprios médicos tabagistas a abandonarem o fumo, os quais em nosso meio ainda são 25% em média. Esse, aliás, é um desiderato primordial, pois um médico com um cigarro, mesmo apagado, destrói a credibilidade do programa.

Há boas perspectivas de sua rápida disseminação na classe médica. Isso porque, na Sessão Plenária da Associação Médica Brasileira e as Sociedades Federadas e Especializadas, realizada no II Congresso Brasileiro sobre Tabagismo (Fortaleza, de 3 a 6 de junho de 1996), o presente manual, com seu programa, foi aprovado por unanimidade, com a recomendação às referidas instituições de colaborarem na sua difusão e aplicação. Além disso, os médicos já estão se capacitando da gravidade da epidemia tabagística e estão cada vez mais receptivos a colaborar no seu enfrentamento. São em torno de 100 mil os profissionais cadastrados pela Associação Médica Brasileira. Supondo que apenas um quarto (25 mil) se disponha a participar do programa, já se obterá um impacto para baixar significativamente o contingente de fumantes.

Com a implementação do programa preventivo de municipalização das ações para o controle do tabagismo e deste programa “curativo”, nos quais a Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer está empregando todos os seus esforços, ter-se-á afinal corporificado um importante instrumento de saúde pública objetivando o controle da epidemia do tabagismo no Brasil.

1. Médico Pneumologista, Professor Titular da Pontifícia Universidade Católica de Sorocaba. Presidente do Comitê Coordenador do Controle de Tabagismo no Brasil

Sumário

Capítulo 01 - O tabagismo _____	07
Capítulo 02 - Dependência de drogas _____	09
Capítulo 03 - A droga nicotina _____	13
Capítulo 04 - Ajudando a interromper o uso dos derivados do tabaco _____	23
Capítulo 05 - Como os profissionais de saúde podem ajudar o fumante a deixar de fumar _____	39
Capítulo 06 - Relatando experiências _____	49
Bibliografia _____	55
Anexos _____	59

O tabagismo

De sua limitada utilização em cerimônias e rituais indígenas, o tabaco transformou-se no maior agente causador de doenças e mortes prematuras da história atual. Ele está associado a 30% das mortes por câncer, 90% das mortes por câncer de pulmão, 30% das mortes por doença coronariana, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica e 25% das mortes por doença cerebrovascular, entre outras, tornando o seu uso um grande problema de saúde pública¹.

Formação e conteúdo da fumaça do cigarro

A fumaça produzida durante o ato de fumar resulta da combustão incompleta da matéria orgânica contida nos derivados do tabaco e depende de fatores como: características da folha de fumo, cujo nome científico é *Nicotiana tabacum*, e de aditivos e ou misturas a ela acrescidos, além do aporte de oxigênio e gradiente de temperatura na região incandescente². Na ponta acesa de um cigarro, por exemplo, que tem entre 835°C a 884°C, ocorre combustão completa, pois há oxigênio suficiente. Conforme o ar se afasta dessa zona incandescente, fica pobre em oxigênio, e a combustão torna-se incompleta, formando-se produtos menos oxidados, o que não ocorreria se aquela fosse completa, quando haveria somente produção de CO₂ e água e não formação de fumaça. Duas fases distintas estão presentes na fumaça: uma *fase de vapor*, contendo os produtos mais voláteis, e uma *fase dispersa* (aerossol), contendo o material particulado e algumas substâncias voláteis “dissolvidas” na mesma. Durante a combustão ocorre a *pirólise* (decomposição térmica de compostos orgânicos em pequenas moléculas), a *pirossíntese* (formação de novos compostos a partir da recombinação de produtos intermediários instáveis gerados durante a pirólise) e a *destilação* (passagem de certos componentes como a nicotina para a fase gasosa)².

A fumaça do tabaco é extremamente danosa ao organismo, por conter aproximadamente cinco mil elementos diferentes, entre os quais¹:

1.alcatrão,

que é um material particulado composto por substâncias como arsênico, níquel, benzo[a]pireno, capazes de provocar câncer;

2.nicotina,

que, além de estar diretamente relacionada ao infarto, enfisema pulmonar e câncer, é responsável, também, por potencializar a vontade de fumar; ela atua da mesma forma que a cocaína, o álcool e a morfina, causando dependência e obrigando o fumante a usar continuamente o cigarro;

3.outras substâncias,

resíduos de agrotóxicos, como o DDT; substâncias radioativas, como o polônio 210 e o carbono 14; metais pesados, como o cádmio e o cromo; e substâncias irritantes dos olhos, nariz e garganta, que também diminuem a mobilidade dos cílios pulmonares, levando a constantes quadros de alergia e infecções respiratórias entre fumantes e não-fumantes.

O tabagismo como problema econômico, ambiental e de saúde pública

Desde 1993, o Brasil é o maior exportador e quarto maior produtor de tabaco no mundo, ficando, pela ordem, atrás da China, EUA e Índia³. O recolhimento de impostos sobre esse produto é significativo para a economia do país, mas, provavelmente, fica aquém dos prejuízos decorrentes do ato de fumar. Pesquisas revelam que o cigarro provoca gastos sociais que vão além do tratamento médico de fumantes, pois geram perdas econômicas ocasionadas pela falta ao trabalho, queda de produtividade, aposentadoria precoce, incêndios, acidentes no trabalho e no trânsito, manutenção de aparelhagens, reposição de móveis, tapetes, cortinas, etc⁴. Portanto, o problema do tabagismo é agravado pelos danos que causa ao meio ambiente doméstico, urbano e rural.



Na área rural, as agressões são provocadas pelo desmatamento em larga escala — para obtenção de lenha usada na secagem (cura) das folhas do fumo —

A Organização Mundial de Saúde considera o tabaco o maior agente de poluição doméstica ambiental do mundo.

e no amplo uso de agrotóxicos nas plantações, causando danos ao ecossistema e à saúde dos agricultores e fumantes¹.

Nas cidades observa-se que o homem passa 80% de seu tempo em locais fechados (trabalho, residência, lazer e hospitais). Como partículas de fumaça são encontradas em qualquer lugar onde se fume, rapidamente as concentrações excedem os níveis considerados padrões para a boa qualidade do ar ambiente, aumentando, entre os não-fumantes, o risco de sofrerem todas as doenças relacionadas ao cigarro⁵.

A Organização Mundial da Saúde — OMS — considera o fumo o maior agente de poluição doméstica ambiental, sendo as crianças as mais prejudicadas. A convivência involuntária com a fumaça de cigarros transforma não-fumantes em fumantes passivos, com percentual 50% maior de infecções respiratórias nas crianças que vivem com mais de dois fumantes em casa⁵.

Mas, mesmo com todas essas informações, as pessoas continuam fumando, e isso se deve a pelo menos três fortes razões: à nicotina, que leva à dependência química; à pressão constante da publicidade; e à aceitação social do tabagismo⁶.

Matando três milhões de pessoas no mundo, anualmente, com uma projeção estimada de óbitos em torno de dez milhões até o ano 2020, das quais sete milhões ocorrerão nos países em desenvolvimento, o tabagismo é considerado um problema de saúde pública, fazendo-se necessárias campanhas preventivas globais que esclareçam os malefícios do fumo³. A população precisa saber que o consumo de cigarros é a maior causa evitável de doenças e mortes em todo o mundo, e o profissional de saúde tem um papel fundamental no repasse dessa informação.

Dependência de drogas

O que é droga?

Droga é qualquer substância química, natural ou sintetizada, capaz de produzir efeitos sobre o funcionamento do corpo, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento. Estão excluídos deste grupo os alimentos ou outros elementos necessários à vida normal^{6,7}.

Drogas psicotrópicas ou psicoativas são substâncias naturais ou sintetizadas que, ao serem utilizadas por qualquer via de administração, produzem mudanças no sistema nervoso central (SNC) do indivíduo, alterando o humor, o nível de percepção, ou seja, seu estado emocional, comportamental e sua capacidade de aprendizagem. Geralmente, essas alterações são prazerosas. Os critérios atuais utilizados para que uma substância possa ser considerada droga psicoativa determinam que ela deva produzir efeitos psicoativos e que haja evidência de que o comportamento de usá-la seja reforçado pelos efeitos da própria substância^{6,7}.

O conhecimento do homem sobre a existência de substâncias psicoativas na natureza é muito antigo. No entanto, o uso delas estava vinculado às atividades culturais, em geral rituais religiosos e festividades ligadas à vida em comunidade. Na verdade, o ser humano tenta fazer uma modificação nas suas sensações e percepções, bem como na relação consigo mesmo e com o meio natural e social no qual está inserido. Recorrer ao uso de drogas psicoativas representa uma das várias maneiras de atingir esse objetivo e está presente no mundo inteiro, na história dos povos.

A concentração urbana conseqüente ao êxodo rural aliada à influência crescente dos meios de comunicação e às modificações nas interações sociais transformaram, profundamente, os modos de convivência humana, visto que as aglomerações suburbanas e a massificação



acabaram provocando o isolamento e o anonimato social. As transformações econômicas e a mudança nos meios de produção propiciaram novos sistemas de comercialização e propagação, de tal forma que, a partir da década de 1950, na onda do consumismo moderno — mais e maior posse material, além de consumo de bens e produtos considerados obrigatórios na vida das pessoas —, incentivou-se, também, o consumo das

substâncias psicoativas, o qual disseminou-se, de forma abusiva, no mundo ocidental.

Dessa forma, substituindo comportamentos e estilo de vida saudáveis, o uso de drogas dá ao indivíduo a fantasia de um acesso fácil e direto a coisas prazerosas ("curtição"), oculta sua fuga ante o enfrentamento de dificuldades e afasta-o da busca ativa de soluções para seus problemas⁸.

As drogas psicotrópicas podem ser classificadas em três grupos, de acordo com a atividade que exercem junto ao nosso cérebro⁹:

1. depressores da atividade do SNC*

- 1.a. álcool;
- 1.b. soníferos ou hipnóticos (drogas que promovem o sono) — barbitúricos, alguns benzodiazepínicos;
- 1.c. ansiolíticos (acalmam; inibem a ansiedade) — ex.: diazepam, lorazepam, etc.;
- 1.d. opiáceos ou narcóticos (aliviam a dor e dão sonolência) — ex.: morfina, heroína, codeína, meperidina, etc.;
- 1.e. inalantes ou solventes — colas, tintas, removedores, tiners, etc.

2. estimulantes da atividade do SNC

- 2.a. anorexígenos (diminuem a fome) — ex.: dietilpropiona, fenproporex, etc;
- 2.b. cocaína e subprodutos ("crack"-mistura de pasta de cocaína desidratada, bicarbonato de sódio e água em forma de pedra);
- 2.c. nicotina.

3. perturbadores da atividade do SNC

- 3.a. de origem vegetal — mescalina (do cacto mexicano), delta 9-tetra-hidro-cannabinol (delta 9-THC) (da maconha), psilocibina (de certos cogumelos), lírio ou trombeta ou zabumba ou saia-branca;
- 3.b. de origem sintética — dietilamida do ácido lisérgico - LSD-25 ("ácido"), metilene - diometa anfetamina - MDMA ("ecstasy"), anticolinérgicos (Artane®, Bentyl®).

Diz-se que uma pessoa está abusando de uma droga quando a alteração de seu estado emocional e comportamental ao usar a droga passa a ser mais importante do que os problemas decorrentes do uso continuado dessa substância¹⁰.

O que é dependência?

Dependência de drogas, segundo definição da Organização Mundial de Saúde, é um padrão comportamental onde o uso de determinada droga psicoativa passa a ser mais importante do que qualquer outro comportamento anteriormente considerado prioritário. A droga passa a definir o comportamento, até torná-lo deletério ao indivíduo ou à sociedade⁶.

Dependência de drogas ou dependência química significa, portanto, a perda do controle sobre o uso de uma droga, em razão da necessidade psicológica e/ou física da mesma.

A dependência física indica que o organismo do indivíduo adaptou-se fisiologicamente ao uso crônico de uma substância, desenvolvendo sintomas e sinais orgânicos quando há interrupção de seu uso. A tolerância e a síndrome de abstinência são dois aspectos importantes a serem considerados na dependência física.



- **Tolerância** é a necessidade de ingerir quantidades cada vez maiores da droga para que se atinjam os mesmos efeitos. O indivíduo consegue suportar doses cada vez maiores devido aos seguintes fatores: (1) alterações no metabolismo farmacológico, devidas à metabolização mais rápida da mesma pelo fígado (tolerância metabólica); (2) alterações no funcionamento das células-alvo em presença da droga — usualmente as do sistema nervoso central —, onde a reação tecidual à droga está diminuída (tolerância farmacológica). O desenvolvimento de tolerância a uma droga pertencente a uma determinada classe, geralmente indica reação idêntica a outras drogas da mesma classe¹⁰.

- **Síndrome de abstinência** é o aparecimento de sintomas e sinais fisiológicos quando há interrupção no uso de uma droga. Esse fenômeno foi inicialmente observado quando havia retirada de drogas que deprimiam a ação do sistema nervoso central, tais como os opiáceos. No entanto, os estudos comprovam que as drogas estimulantes também provocam a síndrome de abstinência¹⁰.

A dependência psicológica é a necessidade do indivíduo de utilizar uma droga, de modo que ele possa ter uma sensação máxima de funcionamento de seu corpo e de bem-estar¹⁰. A ausência da droga é vivenciada pela pessoa que a utiliza como um intenso mal-estar conhecido como “fissura”. Isto se deve ao fato de a droga provocar um estado onde as dificuldades do usuário são momentaneamente apagadas, ou seja, ela preenche a necessidade imperiosa de “soluções” imediatas para problemas anteriores⁸.

O que basicamente é procurado com a utilização de uma droga é o alívio de tensões internas como angústia, sensação de vazio ou depressão, de origem e intensidades variadas. Quando uma pessoa não consegue alcançar seu bem-estar ou executar tarefas cotidianas sem o auxílio de alguma substância psicoativa, tal fato caracteriza uma **drogadição, toxicomania ou farmacodependência**, devendo ser tratada como doente e acompanhada por especialista na área de saúde. Portanto, para que se instale um quadro de dependência de drogas, faz-se necessária a interação de três variáveis: tipo de produto (droga), a personalidade do usuário e o momento sócio-cultural e econômico⁷.

Nem todas as pessoas experimentam drogas e nem todas as que experimentam tornam-se dependentes. Características da personalidade tais como rebeldia, comportamentos perigosos e alguns distúrbios afetivos podem aumentar a probabilidade de o indivíduo tornar-se dependente de drogas (Quadro 1)⁶.

Quadro 1

Crítérios para dependência de drogas¹¹

Crítérios principais

Uso compulsivo ou descontrolado
Efeitos psicoativos (alterações do estado emocional e do comportamento)
Comportamento reforçado pelo uso da droga

Outros crítérios

O comportamento do dependente freqüentemente envolve:

- padrões estereotipados de uso
- consumo, apesar dos efeitos perigosos
- recaída após período de abstinência
- desejo intenso e incontrolável ("fissura") de usar a droga

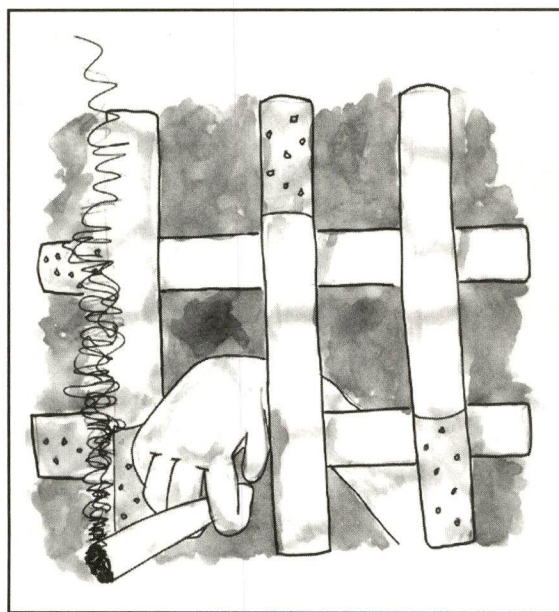
As drogas que causam dependência freqüentemente produzem:

- dependência física (tolerância e síndrome de abstinência)
- efeitos agradáveis (eufóricos)

A droga nicotina

Por produzir efeitos sobre o funcionamento do corpo que resultam em mudanças fisiológicas e de comportamento, a nicotina é considerada uma droga que causa dependência física e psicológica⁶. Ela faz com que as pessoas a utilizem a despeito do conhecimento dos sérios riscos que provoca à saúde.

A dependência de nicotina — como todas as outras dependências de drogas — é um processo complexo, envolvendo a inter-relação entre farmacologia, fatores adquiridos ou condicionadores, personalidade e condições sociais, onde as justificativas utilizadas para o uso da mesma são a melhoria do humor ou do funcionamento geral do organismo⁶. Os fumantes relatam efeitos positivos como prazer, estímulo, relaxamento, redução na ansiedade ou estresse, diminuição da fome e do ganho ponderal. A nicotina pode melhorar a atenção e o tempo de reação, além de aumentar o rendimento em certas tarefas. Ainda não se sabe bem se a melhoria do rendimento e do humor após o ato de fumar são devidas à atenuação dos sintomas de abstinência ou a um efeito positivo intrínseco da nicotina, ou a ambos⁶. Estudos mostraram que, após a ingestão de comprimidos de nicotina por indivíduos não-fumantes, houve melhora no rendimento dos mesmos, sugerindo pelo menos um efeito positivo direto.



O comportamento de usar uma droga é adquirido através de condicionamento, sendo reforçado pelas ações farmacológicas da mesma, tal como ocorre com a nicotina. Ao mesmo tempo, o indivíduo dependente começa a associar humores, situações ou fatores ambientais específicos aos efeitos recompensadores da mesma. A associação desses fatores aos efeitos esperados da droga e ao desejo compulsivo de usá-la novamente resulta em um outro tipo de condicionamento⁶.

O ato de fumar é em parte mantido por esse tipo de condicionamento, uma vez que a associação do tabagismo, repetidas vezes, com eventos específicos, tais como fumar depois de uma refeição, após tomar uma xícara de café, durante um programa com amigos para beber ou antes de iniciar uma tarefa que exija concentração, faz com que essas circunstâncias ambientais tornem-se estímulos poderosos para o desejo de fumar. Além disso, o gestual

e a manipulação dos objetos utilizados durante o ato de fumar bem como o odor, o paladar, a sensação de

ter algo na boca ou sentir a fumaça na garganta passam a ser associados aos efeitos agradáveis resultantes da dependência de nicotina. O fumante também pode aprender que não fumar causa irritabilidade, pois, sendo essa um dos sintomas da síndrome de abstinência da nicotina, o uso de cigarros e similares alivia a mesma. Isso gera um aprendizado para o indivíduo, no qual ele passa a considerar a irritabilidade de qualquer causa (por estresse ou frustração) como um estímulo ao ato de fumar⁶.

No tabagismo, a imagem e a necessidade de aceitação social ou integração em um grupo contribui para o início do uso, principalmente nos adolescentes, que passam a considerar o ato de fumar um comportamento adulto e sofisticado, ou um comportamento de sucesso relacionado à atividade física, em virtude da propaganda enganosa da indústria fumageira (homens e mulheres bonitas praticando esportes, dançando, etc.). Finalmente, o comportamento de usar drogas entre os membros de uma família ou entre amigos é um grande motivador para o início do consumo e reforço para a continuação do mesmo⁶. Sabe-se que os filhos de pais fumantes têm maior probabilidade de se tornarem fumantes, havendo uma maior prevalência de tabagistas entre eles¹. Essa maior tendência seria, em parte, causada pelo fato de o ato de fumar ser encarado como um comportamento social normal. O uso da nicotina, assim como o do álcool, considerados lícitos pela sociedade e amplamente promovidos como comportamentos associados às idéias de força, vigor e juventude, trazem a falsa impressão de que são benignos e minimizam as evidências de que causam dependências muito sérias, sofrimento pessoal e familiar, além de elevado custo social⁸.

Farmacodinâmica da nicotina

A farmacodinâmica da nicotina pode ser analisada segundo sua *absorção*, sua *distribuição* e seus *efeitos farmacológicos*.

Absorção

A nicotina é um dos poucos alcalóides que existem sob a forma líquida, apresentando cor marrom e odor típico do tabaco quando exposta ao ar². É destilada a partir do tabaco em combustão e veiculada através da fase gasosa

da fumaça e das partículas de alcatrão¹¹. Por ser volátil, sua via principal de entrada é a inalatória, sob a forma de charuto, cachimbo e cigarro, sendo esse último a forma mais utilizada do tabaco. Sua absorção se dá mais facilmente através das membranas, quando está não-ionizada (“não-protonada”), ou seja, “livre”. Sendo a nicotina uma base fraca com pH 8,5, quanto mais alcalino for o pH da fumaça do cigarro, maior será a proporção de nicotina não-ionizada (“livre”), e, portanto, maior será a sua absorção. Por outro lado, na fumaça ácida a nicotina fica ionizada, ou “protonada” (“presa”), dificultando sua absorção².

Existem duas formas de secagem das folhas do tabaco. Uma é a secagem ao ar livre ou em galpões (*air-cured*), cuja queima das folhas produzirá fumaça com pH alcalino; esse processo é empregado na fabricação de charutos e cachimbos. Isso permite que haja uma grande absorção de nicotina pela mucosa oral, explicando o porquê, de os fumantes de cachimbo e charutos não necessitem inalar a fumaça (tragar) para manter os níveis de nicotina necessários para satisfazê-los. A outra forma é a secagem em fornos (*flue-cured*), cuja queima das folhas produzirá fumaça com pH ácido; esse processo é usado na confecção dos cigarros¹¹. Para que haja absorção da nicotina produzida pelos cigarros é necessário que ela seja inalada (tragada), isso porque, chegando direto aos bronquíolos terminais e alvéolos, a nicotina dissolve-se nos líquidos fisiológicos alcalinos (pH 7,4), atravessa as membranas celulares e atinge a corrente sanguínea¹².

Os cigarros podem ser feitos com diferentes tipos e proporções de tabaco, sendo que um cigarro contém, em média, 8 mg de nicotina. Essa quantidade é semelhante em todas as marcas, independentemente de elas serem de baixo teor ou não. Contudo, a quantidade de nicotina liberada para o fumante durante a queima do cigarro varia entre as marcas: de 0,1 a 1,9 mg¹¹.

Uma análise de cinco marcas de cigarros comercializados no Brasil (*Free, Dallas, Hollywood Extra, Marlboro e Derby King Size Filter*), realizada em novembro de 1995, mostrou uma variação de 0,98 a 1,40 mg/cigarro de nicotina inalada pelo fumante. É importante lembrar que existem outras marcas consumidas no mercado brasileiro e que os teores de nicotina são variáveis².

A nicotina não-ionizada é também rapidamente absorvida pela pele intacta. Tal absorção é responsável por casos de intoxicação entre os plantadores de tabaco e é causada

pelo manuseio das folhas dessa planta, originando a doença chamada *green-leaves sickness* (*doença das folhas verdes*), e pela contaminação com pesticidas que contenham nicotina¹¹.

A biodisponibilidade da nicotina no trato gastrointestinal é limitada. Essa substância é pouco absorvida pelo estômago devido à grande acidez do suco gástrico e, após ser absorvida no intestino, é metabolizada no fígado, antes de entrar na circulação sistêmica¹¹.

Distribuição

A fumaça do tabaco, durante a tragada, é inalada para os pulmões, distribuindo-se para a circulação sistêmica e chegando, rapidamente, ao cérebro, entre 7 e 19 segundos (em geral 9 segundos), após atravessar facilmente a barreira hematoencefálica. Essa rápida absorção é facilitada pelo grande número de alvéolos pulmonares — cerca de 70 m² de superfície em cada pulmão, numa pessoa adulta —, pela pequena espessura das paredes alveolares e pela irrigação capilar abundante. Além disso, o fluxo sanguíneo capilar pulmonar é rápido, e todo o volume de sangue do corpo percorre os pulmões em um minuto⁶. Dessa forma, as substâncias inaladas pelos pulmões espalham-se pelo organismo com uma velocidade quase igual à de substâncias introduzidas por uma injeção intravenosa¹³.

As concentrações de nicotina no sangue arterial aumentam rapidamente após uma tragada, chegando a 10 ng/ml ao fim de 5 a 10 minutos, com o pico de concentração plasmática de 24 a 50 ng/ml e uma meia-vida de 30 a 120 minutos. Os níveis inicialmente altos após a inalação diminuem à medida que a nicotina é redistribuída para outros tecidos do corpo, principalmente nos músculos esqueléticos. É por isso que os fumantes, geralmente, sentem necessidade de fumar um cigarro a cada meia hora, a fim de manter um nível satisfatório de nicotina na corrente sanguínea^{5,6,10,12}.

Todavia, devido às doses repetidas que o fumante recebe regularmente durante o dia, a nicotina se acumula por mais de 6 a 8 horas e persiste

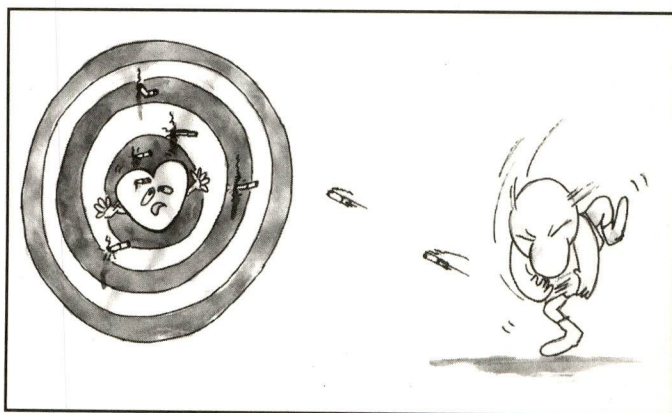
em níveis significantes por toda a noite. A dosagem dos níveis sanguíneos em fumantes regulares confirma isso, uma vez que, durante o ato de fumar, há picos de concentração. No entanto, níveis significantes persistem por todo o tempo. Assim, a nicotina não é uma droga à qual o tabagista se expõe intermitentemente e que se elimine rapidamente do organismo. Pelo contrário, fumar representa uma múltipla administração de doses de nicotina, com considerável acúmulo, mantendo níveis significantes durante as 24 horas do dia^{6,12}.

A nicotina é amplamente metabolizada antes da sua eliminação. Dependendo do fluxo e do pH urinário, cerca de 5 a 10% da nicotina são excretados sem alterações. Ela é metabolizada principalmente no fígado (85-90%), dando origem aos seus metabólitos primários: cotinina e óxido de nicotina. A meia-vida da cotinina é de 18-36 horas, e a medição de seus níveis urinários e sanguíneos é usada como indicador qualitativo da presença de nicotina no organismo, principalmente para estudar a abstinência de fumantes, pois a cotinina pode ser detectada na urina, saliva e sangue muitas horas após o indivíduo ter cessado de fumar. Na maioria dos casos, numa coleta de urina até 72 horas após o último cigarro, ainda pode-se recuperar 90% de cotinina^{11,12}.

Efeitos farmacológicos

Ações no aparelho cardiovascular

A nicotina é um dos principais agentes agressores do aparelho cardiocirculatório e, associada ao monóxido de carbono



proveniente da queima do tabaco, é um dos maiores agentes da aterosclerose e doença coronariana. Ela provoca vasoconstrição cutânea e aumento do ritmo cardíaco, da pressão arterial, da força das contrações cardíacas e da adesividade plaquetária através do aumento de produção de trombo-hexano A2, diminuição da síntese da prostaglandina PGI2 e deficiência de prostaciclina. Entre 10 a 20 minutos após uma tragada, a frequência cardíaca eleva-se de 5 a 30% acima da frequência cardíaca basal (expressa em %), após a ação das catecolaminas liberadas e conforme o teor de nicotina do cigarro. Mesmo cigarros de baixos teores aumentam o número de batimentos cardíacos (Fig. 1). Há comprovação de que o infarto do miocárdio incide mais nos fumantes de cigarros de baixos teores. Com qualquer teor de nicotina há efeito vasoconstritor, provocando diminuição da circulação periférica e queda de dois a três graus na temperatura dos dedos dos pés e das mãos^{5,10,12}.

Ações no aparelho respiratório

No aparelho respiratório a nicotina provoca irritação mucosa com decréscimo na motilidade ciliar e broncoconstrição¹⁰. Ela também atua sobre os macrófagos alveolares, inibindo a adenosina trifosfato (ATP) e prejudicando a fagocitose; ao mesmo tempo, estimula-os a liberarem quimiotáticos, que atraem para os pulmões os leucócitos neutrófilos polimorfonucleares, que são a maior fonte da elastase,

a qual, por sua vez, destrói a elastina, indispensável para a estrutura pulmonar. Contribui, dessa forma, para um desequilíbrio enzimático que ocasiona o enfisema pulmonar¹².

A nicotina estimula a respiração, agindo sobre os quimiorreceptores carotídeos e o centro respiratório cerebral, e, em doses elevadas, paralisa os centros autônomos nervosos com reflexo sobre os músculos respiratórios. Esses distúrbios são mais incidentes e acentuados quanto mais elevados forem os teores de nicotina¹².

Ações no aparelho digestivo

No trato digestivo, a nicotina estimula os gânglios parassimpáticos do sistema nervoso autônomo e a liberação de acetilcolina do plexo mioentérico e das terminações nervosas. Essas alterações aumentam o tônus e a atividade motora dos intestinos e, ocasionalmente, produzem diarreia. Também podem ocorrer náuseas e vômitos, mas esses efeitos são devidos à ação da nicotina na medula espinhal¹¹. Há relato de decréscimo na força das contrações do estômago, o qual, por sua vez, estaria relacionado à supressão do apetite. Pesquisas também demonstram pouca ingestão de doces após exposição à nicotina¹⁰.

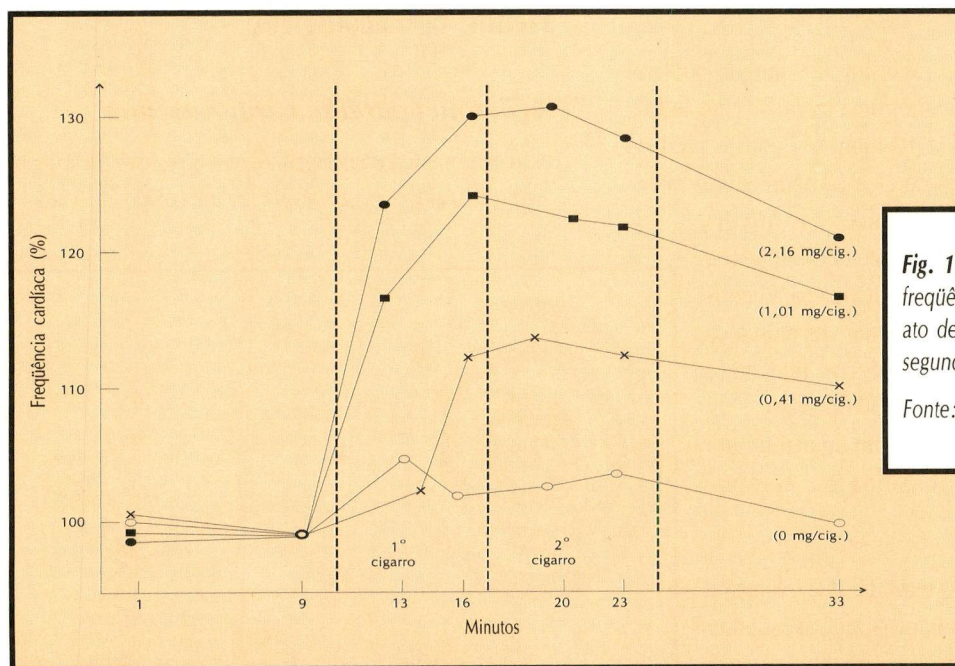


Fig. 1. Variações médias da frequência cardíaca (%) no ato de fumar dois cigarros, segundo o teor de nicotina
Fonte: Guillem e coll. 1972.

Ações no sistema nervoso central

Os efeitos estimulantes da nicotina são acentuados. Os resultados diretos da ação sobre o cérebro incluem um padrão de estímulo generalizado no eletroencefalograma (EEG), com predomínio de ondas rápidas e de baixa voltagem¹⁰. A nicotina causa tremores, vômitos, estimulação respiratória e, em doses mais elevadas, pode produzir convulsões, depressão respiratória e morte. A dose letal aguda, por via oral, para um adulto, é estimada em cerca de 60 mg da forma não-ionizada, e a morte resulta, via de regra, por convulsões e falência respiratória².

Estabelecendo a dependência

O cérebro tem bilhões de células nervosas que se comunicam umas com as outras, quimicamente. Uma típica célula nervosa é formada pelo corpo celular, por extensões curtas — dendritos — e uma extensão longa — axônio —, além de pequenas ramificações finais (Fig. 2). As informações são enviadas eletricamente do corpo celular às ramificações finais através do axônio, em cujos terminais se dá a liberação de neurotransmissores para um espaço chamado sinapse. Esses neurotransmissores chegam ao dendrito da célula adjacente, ligando-se, rapidamente, aos neurorreceptores específicos. Quando um número adequado desses receptores chamados pós-sinápticos são ocupados pelos neurotransmissores, é gerado um estímulo elétrico que, através do axônio da próxima célula, dá continuidade à transmissão (Fig. 3). Se a célula “emissora” for estimulada, em nível pré-sináptico, a quantidade de neurotransmissores liberados para a célula “receptora” aumentará. Milhares de sinapses podem unir diferentes células nervosas, através de axônios e dendritos (Fig. 4)¹⁴.

A nicotina atua sobre os receptores colinérgicos específicos no cérebro, em nível pré-sináptico, aumentando a liberação de neurotransmissores como acetilcolina, noradrenalina, dopamina e serotonina, bem como atua sobre os sistemas simpático e parassimpático, endócrino e neuroendócrino, gânglios autonômicos, adrenal (medula e córtex), neurônios periféricos e sinapses neuromusculares. Nos gânglios autonômicos periféricos ela é, em baixas doses, um agonista colinérgico e, em altas doses, antagonista. Nos sistemas endócrino e neuroendócrino, a nicotina estimula a liberação de hormônios pituitários anteriores e posteriores, incluindo prolactina, hormônio

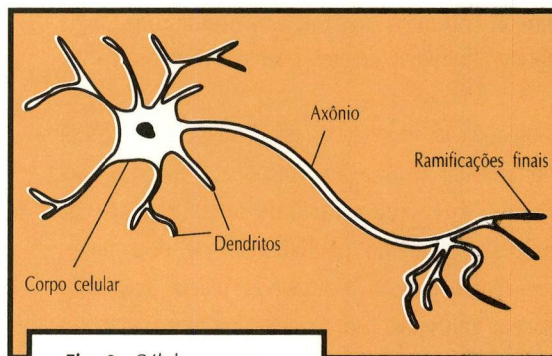


Fig. 2. Célula nervosa.

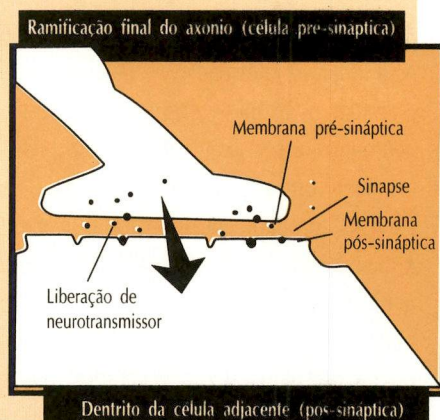


Fig. 3. Transmissão de informações através das células nervosas.

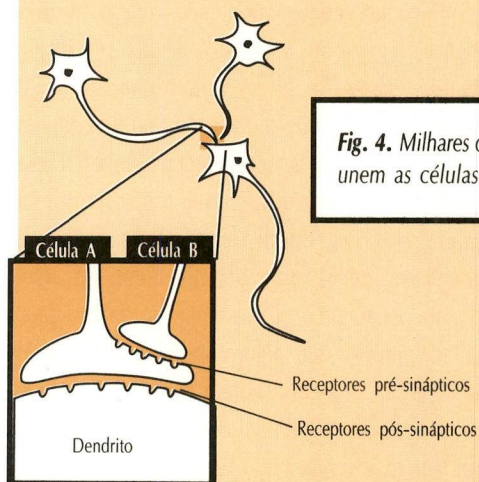


Fig. 4. Milhares de sinapses unem as células nervosas.

adrenocorticotrópico (ACTH), beta-endorfina, beta-lipotropina, hormônio do crescimento e vasopressina^{6,12}.

As conseqüências fisiológicas da nicotina são excitação comportamental e ativação simpática, reforçadas pela liberação dos neurotransmissores específicos. Exemplos: o aumento na liberação de dopamina e noradrenalina pode estar associado ao prazer, assim como à anorexia, importante fator na redução do peso corpóreo; a liberação de acetilcolina pode aumentar o rendimento nas tarefas comportamentais e melhorar a memória; a liberação de beta-endorfina pode estar associada à redução da ansiedade e tensão (Quadros 2, 3)⁶.

A nicotina causa dependência porque muda a maneira pela qual a informação é transmitida no cérebro ao estimular os axônios receptores do mesmo modo que o neurotransmissor acetilcolina o faz. Assim, a nicotina promove um efeito estimulante leve, aumentando a atenção, os batimentos cardíacos e a pressão arterial, à medida que mais acetilcolina é transmitida. Contudo, a nicotina permanece ligada aos receptores por muito mais tempo que a acetilcolina, não deixando que novos estímulos sejam recebidos. Dessa forma, ela inibe o fluxo de informação entre as células e isso explica sua atuação como um depressor¹⁴.

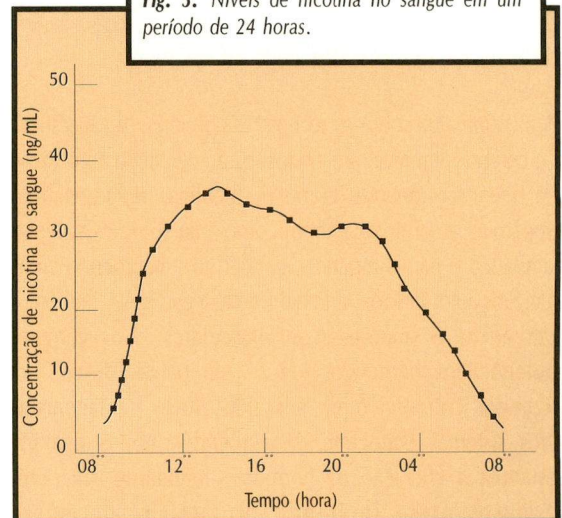
Estudos demonstraram que, em fumantes considerados dependentes de nicotina, a concentração média de cotinina sangüínea é de 300 ng/ml. Por outro lado, o nível de cotinina no sangue após cada cigarro fumado é de 14 ng/ml, e para até 5 cigarros ao dia — média de 3,9 cigarros/dia — os níveis variam entre 54 a 70 ng/ml. Assim, estima-se que o nível mínimo de cotinina no sangue necessário para se estabelecer a dependência fique entre 50 a 70 ng/ml, o que corresponde à inalação de 4 a 6 mg de nicotina. Desta forma, a inalação de 5 mg de nicotina por dia daria um nível suficiente para estabelecer e sustentar a drogadição. Vale ressaltar, porém, que alguns indivíduos fumando menos que 5 cigarros ao dia sentem grande dificuldade em deixar de fumar, ao passo que outros, fumando uma quantidade maior, não a apresentam¹⁵.

Tolerância à nicotina

Com a exposição prolongada à nicotina ocorre uma neuroadaptação, comprovada em animais pela constatação de um aumento no número de receptores no cérebro para essa substância e pela necessidade de doses cada vez maiores para um mesmo nível de resposta. Depois de uma pessoa fumar alguns cigarros, as suas células cerebrais se adaptam, criando novas localizações para a acetilcolina. O fumante desenvolve tolerância significativa à excitação comportamental e aos efeitos cardiovasculares da nicotina durante o intervalo de um único dia⁶.

Isso compensa os receptores bloqueados ou desativados pela nicotina e permite que a célula "receptora" seja tão ativada pela acetilcolina quando antes do uso da nicotina. Assim, a transmissão de informações celulares volta ao normal¹⁴. Quando a concentração de nicotina é reduzida os receptores que ela ocupava voltam a receber a acetilcolina, que passa a ocupá-los, ocorrendo então uma superestimulação. Isso explica alguns dos sintomas de abstinência da nicotina, como, por exemplo, a irritabilidade. Isso também explica o fato de alguns fumantes alegarem que o fumo os "relaxa". Na verdade, o "relaxamento" resulta da eliminação dos sintomas de abstinência, quando a nicotina ocupa os neurorreceptores⁶.

Fig. 5. Níveis de nicotina no sangue em um período de 24 horas.



Quadro 2**Farmacologia humana da abstinência⁶****Efeitos primários (sintomas)*****Abstinência**

Prazer	Irritabilidade, agitação
Excitação, aumento da vigília	Tontura
Melhora do rendimento nas tarefas	Dificuldade de concentração; redução do rendimento nas tarefas
Alívio da ansiedade	Ansiedade
Diminuição da fome	Fome
Redução do peso corpóreo	Ganho ponderal

*Alguns desses efeitos são parcialmente devidos à diminuição dos sintomas de abstinência.

Quadro 3**Farmacologia humana da abstinência⁶****Efeitos farmacológicos*****Abstinência**

Distúrbio no EEG	Distúrbio do sono
Aumento dos níveis circulantes de catecolaminas, vasopressina, hormônio do crescimento, ACTH, cortisol, prolactina, beta-endorfina	Desejo intenso por nicotina ("fissura")
Aumento da atividade metabólica	Diminuição da excreção das catecolaminas**
Lipólise, aumento dos ácidos graxos livres	—
Aceleração da frequência cardíaca	Redução da frequência cardíaca**
Vasoconstrição cutânea e coronariana	—
Aumento do débito cardíaco	—
Elevação da pressão arterial	—
Relaxamento dos músculos esqueléticos	—

* Alguns desses efeitos são parcialmente devidos à diminuição dos sintomas de abstinência.

** Estes efeitos podem representar um retorno aos níveis iniciais.

Os fumantes ajustam seu consumo de nicotina para manter o nível que sua dependência requer durante as horas em que estão acordados (Fig. 5). Para isso, aumentam o número de cigarros ou modificam a forma de tragá-los, dependendo do teor de nicotina que contenham.

Há consenso de que mesmo os cigarros com os mais baixos teores de nicotina (menos de 1 mg) levam à dependência e são lesivos, porque são tragados com mais frequência ou intensidade que os de alto teor, para obtenção de mais nicotina¹².

Abstinência de nicotina

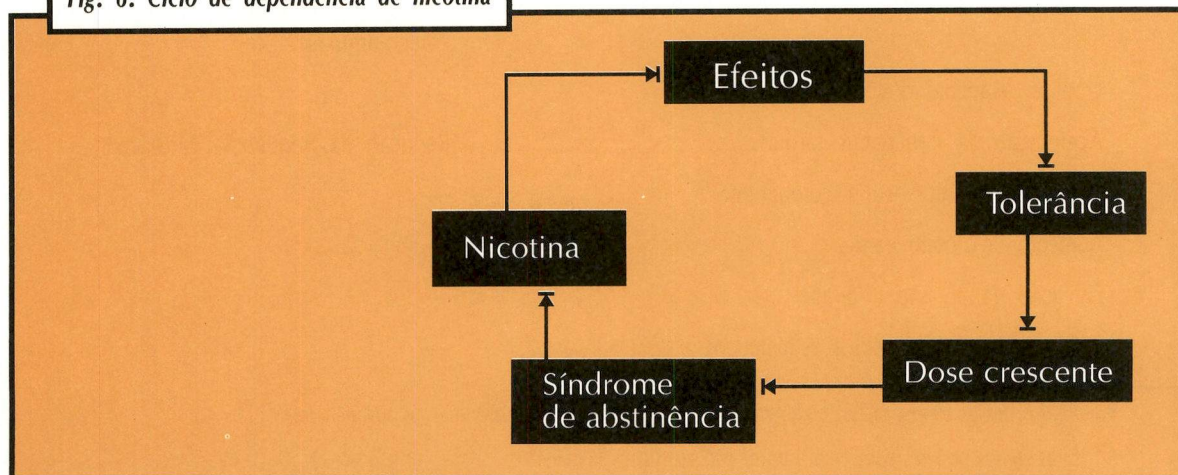
Uma outra consequência da neuroadaptação é o aparecimento de sintomas de abstinência quando há interrupção do uso da nicotina. São eles: ansiedade, dificuldade de concentração, agitação, irritabilidade, agressividade, impaciência, confusão, cefaléia leve, tontura, insônia, desconforto abdominal e desejo incontrolável ("fissura") por um cigarro. A maioria dos sintomas da síndrome de abstinência se inicia algumas horas após a interrupção do uso do cigarro e atinge intensidade máxima dentro de 24 a 48 horas, diminuindo gradativamente durante um período de duas semanas. Outros sintomas, como desejo de fumar, principalmente nas situações de estresse, persistem por meses ou até anos após a interrupção do fumo. A administração de nicotina sob diversas formas traz o alívio da sintomatologia, demonstrando que os sintomas de abstinência são devidos à interrupção da mesma⁶.

Ciclo da dependência

O ciclo diário de um fumante seria então imaginado com um primeiro cigarro ao dia produzindo efeitos farmacológicos de estimulação e também iniciando a tolerância à nicotina. Com os cigarros fumados subseqüentemente, há acúmulo de nicotina no organismo, o que aumenta o nível de tolerância e torna os sintomas de abstinência mais pronunciados nos intervalos de consumo de um cigarro para outro. Durante a noite, a abstinência possibilita uma nova sensibilização às ações da nicotina. Assim, a maioria dos fumantes tende a consumir, geralmente, 10 ou mais cigarros — de 10 a 40 mg de nicotina por dia —, a fim de obter os efeitos desejados e a atenuação dos sintomas de abstinência, regulando desta forma a ingestão de nicotina⁶.

Está estabelecido, então, um "ciclo de dependência" semelhante ao de outras drogas tais como cocaína, heroína e álcool, havendo evidências de que a dependência de nicotina é mais forte do que a dessas substâncias psicoativas (Fig. 6). Outra comparação importante a ser feita entre a dependência do álcool e a da nicotina é que menos de 15% dos usuários de álcool têm problemas com o abuso dessa substância. Assim, a maioria dos indivíduos podem ingerir bebidas alcoólicas sem que se tornem dependentes a elas. Isso, no entanto, não ocorre com a nicotina, pois a maioria dos fumantes consome mais de 10 cigarros ao dia, e menos de 10% consomem cinco cigarros ou menos. Portanto, a tendência da população em geral é tornar-se dependente da nicotina, muito mais do que do álcool^{6,12}.

Fig. 6. Ciclo de dependência de nicotina



Uma das formas mais utilizadas para estabelecer o grau de dependência da nicotina entre fumantes, é o teste de Fagerström³². A importância desse teste é subsidiar as estratégias de tratamento a serem adotadas para o fumante.

Avaliação do grau de dependência à nicotina - teste de Fagerström

1 Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro? _____ ()

Dentro de 5 minutos = 3

Entre 6-30 minutos = 2

Entre 31-60 minutos = 1

Após 60 minutos = 0

2 Você acha difícil não fumar, em lugares proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, ônibus etc.? _____ ()

Sim = 1

Não = 0

3 Qual cigarro do dia traz mais satisfação? _____ ()

O primeiro da manhã = 1

Outros = 0

4 Quantos cigarros você fuma por dia? _____ ()

Menos de 10 = 0

De 11 a 20 = 1

De 21 a 30 = 2

Mais de 31 = 3

5 Você fuma mais freqüentemente pela manhã? _____ ()

Sim = 1

Não = 0

6 Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo? _____ ()

Sim = 1

Não = 0

Conclusão sobre o grau de dependência: _____ ()

0 - 2 pontos = muito baixo

3 - 4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6 - 7 pontos = elevado

8 - 10 pontos = muito elevado

Uma soma acima de 6 pontos indica que, provavelmente, o paciente sentirá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar.

Ajudando a interromper o uso dos derivados do tabaco

Vinte e cinco por cento de todos os fumantes regulares morrem precocemente devido à doenças relacionadas ao tabagismo, perdendo em média 20 anos de vida. Assim, tratar um câncer de pulmão não é mais meritório do que ajudar ou aconselhar uma pessoa a parar de fumar, fazer exercícios ou adequar sua dieta^{16, 34}.

Preservar a saúde e ensinar o indivíduo a zelar por ela é função de qualquer agente de saúde, principalmente do médico, que deve tentar procurar reduzir inclusive os seus próprios fatores de risco. Dos seis inquéritos sobre tabagismo realizados na classe médica brasileira, entre 30 e 59% dos homens e 26 e 46% das mulheres fumam, em contraste com taxas ao redor de 10% em países como a Inglaterra e a Noruega¹⁶. Pesquisa realizada no Hospital do Câncer, do Instituto Nacional de Câncer - INCA, em fevereiro de 1997, mostrou que 30,3% dos auxiliares de enfermagem, 20% dos enfermeiros e 20,3% dos médicos eram fumantes regulares³². Isso mostra que:

1. o médico, assim como os outros profissionais de saúde, devem ser estimulados e abordados nos programas de cessação de fumo;
2. o profissional de saúde deve procurar não fumar na unidade de saúde, pois a postura ética do mesmo como modelo de comportamento é a de mostrar e divulgar hábitos de vida saudáveis;
3. o profissional de saúde deve engajar-se e apoiar ações que divulguem os malefícios do fumo e as medidas para o controle da poluição tabagística ambiental.

Além disso, o médico e o enfermeiro, na sua prática clínica, devem aprofundar seus

conhecimentos sobre tabagismo, tanto no que se refere à interferência do tabaco com diversas drogas, quanto ao agravamento de patologias pré-existentes.

O fumo pode acelerar ou inibir enzimas hepáticas atuantes sobre certos medicamentos, alterando os efeitos farmacodinâmicos desses. Por exemplo⁵:

- a) encurtando a meia-vida e acelerando a eliminação de medicamentos tais como fenacetina, cafeína, metilxantina, pentazocina, teofilina, heparina, antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, desipramida, imipramina e nortriptilina), benzodiazepinas (diazepam, clordiazepóxido), fenotiazinas (clorpromazina) e ácido ascórbico;



- b) antagonizando os efeitos da cimetidina e da ranitidina, ao inverter a inibição noturna da secreção do ácido clorídrico produzida pelo antagonista H_2 e pelo derivado da fenotiazina DM24056; nos tabagistas também se observa ação inibidora sobre o efeito terapêutico do propranolol, de maneira que seus resultados terapêuticos são inferiores aos esperados no tratamento de cardiopatias;
- c) aumentando a ação tóxica de alguns medicamentos como as pílulas anticoncepcionais que, usadas concomitante ao cigarro, elevam substancialmente o risco de infarto do miocárdio e de hemorragias subaracnóideas.

Vale ressaltar que a maioria das interações e intensidade de efeitos tem relação com a quantidade de cigarros consumidos por dia e que o médico deve estar atento para os agravamentos de condições cardíacas e respiratórias em pacientes expostos ao fumo passivo, bem como aos maiores riscos de intoxicação pela nicotina em pacientes fumantes portadores de distúrbios da função hepática.

O tabagismo é atualmente considerado uma doença devendo, portanto, ser abordado como tal, por qualquer profissional de saúde que assista o paciente. Por conseguinte, o seu tratamento deve ser tão valorizado quanto o tratamento de hipertensão arterial, pneumonia ou qualquer outra doença que exija um acompanhamento mais intenso.

Cabe aos médicos e enfermeiros, na prática diária, estimularem seus pacientes a deixarem de fumar e os acompanharem nesse processo. Uma abordagem mínima, de 5 a 10 minutos, que motive os pacientes a deixarem de fumar traz resultados máximos. Pesquisas mostram que 95% dos ex-fumantes deixaram de fumar por auto-decisão com apoio de campanhas, materiais de auto-ajuda e/ou por intervenções mínimas em consultas de rotina. Apenas um pequeno percentual necessitará, provavelmente, de uma abordagem mais específica, com associação de medicamentos ou de terapias com profissionais especialmente treinados para tal.

Para que esta abordagem obtenha sucesso, é importante criar um ambiente livre de cigarro na unidade de saúde. Assim, deve-se sinalizar o ambiente indicando que não é permitido fumar, retirar cinzeiros e cartazes e outros objetos que contenham anúncios de cigarros, além de proibir a venda de cigarros nas cantinas dos hospitais.

Para uma melhor compreensão, dividiremos as abordagens dos fumantes em três grandes grupos:

1. Método comportamental

2. Método medicamentoso

3. Outros métodos (acupuntura, hipnose, etc.)

1 - Método comportamental

O método comportamental é a estratégia mais indicada para ajudar um fumante a deixar de fumar. Deixar de fumar é um processo, e na maioria das vezes leva tempo pois envolve mudança de comportamento. A média de tentativas por fumantes para deixar de fumar é de 3 a 4 vezes antes de parar definitivamente. Portanto, o profissional de saúde deve ser estimulado a aconselhar seu paciente a deixar de fumar, independente do número de tentativas e "fracassos" que o paciente relata.

Observando que a mudança de comportamento é um processo dinâmico, Prochaska e DiClemente^{6,14} desenvolveram um modelo transteórico de mudança de comportamento, baseado nos aspectos cognitivo e motivacional do fumante e descrito nos diferentes estágios a seguir:

Pré-contemplação

O fumante não considera a possibilidade de uma mudança de comportamento, nem se preocupa com a questão.

Contemplação

Admite que o tabagismo é um problema, planejando seriamente a mudança de comportamento.

Ação

Período em que são tomadas as medidas necessárias para uma efetiva mudança de comportamento. O cigarro é abandonado e existe uma preocupação em modificar as condições ambientais que afetaram o comportamento do usuário.

Manutenção

Fase de trabalho contínuo para manter os ganhos obtidos no estágio da ação e para prevenir a recaída.

Recaída

Quando há falha nas estratégias de manutenção e o indivíduo reinicia o uso do tabaco, podendo retornar a qualquer das fases anteriores.

Essa classificação contribui para melhores resultados no trabalho de levar o fumante a abandonar o cigarro, uma vez que facilita a adequação da mensagem a cada diferente estágio.

Sendo a motivação fator fundamental para uma alteração de comportamento tão importante como a de parar de fumar, a tarefa dos profissionais de saúde é, principalmente, a de auxiliar os fumantes a se tornarem altamente motivados para a etapa da ação e, depois, ajudá-los a se manterem abstermidos.

Para isto, o profissional de saúde necessita desenvolver a habilidade de saber ouvir e oferecer a ajuda adequada ao estágio no qual o fumante está.

Para uma melhor sistematização e entendimento, o método comportamental será dividido em 3 subgrupos:

1.a Abordagem individual

1.b Abordagem em grupo

1.c Abordagens complementares

O INCA/Contapp recomenda que os profissionais de saúde incorporem no atendimento de pacientes a divulgação do poder da nicotina em gerar dependência, principalmente em crianças e adolescentes, e o aconselhamento sistematizado dos que fumam, através da abordagem individual, com o objetivo de prevenir o ingresso no tabagismo e promover a interrupção do mesmo.

1.a Abordagem individual

Método Pergunte/Aconselhe/ Prepare/Acompanhe (PAPA)

Toda a equipe de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, pode e deve realizar a abordagem individual que, basicamente, consiste em quatro atividades: perguntar, aconselhar, preparar e acompanhar^{19, 23, 24}.

O aconselhamento tem um grande valor para a aceitação de que parar de fumar é fundamental para a preservação da saúde. Os procedimentos são muito simples e não tomam mais que 5 a 10 minutos de conversa, devendo fazer parte da rotina diária de qualquer médico ou enfermeiro. No anexo 2, temos resumidamente os passos do PAPA.

Pergunte Pergunte

a todo paciente se ele fuma (pergunta 1), demonstrando seu interesse nessa questão. Caso a resposta seja positiva, colha sua história tabagística, através das 6 perguntas que se encontram listadas na página 26 e no anexo 6. Registre os dados com clareza, dando o mesmo destaque no prontuário médico, que é dado aos sinais vitais do paciente. Com esses dados, será possível identificar uma série de aspectos do tabagismo do paciente, que servirão de orientação para que você desenvolva estratégias para apoiá-lo no processo de cessação de fumar. As perguntas 2 e 3 são extremamente importantes, pois quanto mais cedo se inicia o tabagismo, e quanto maior a quantidade de cigarros fumados na vida, maior é a probabilidade de o paciente desenvolver doenças relacionadas ao fumo. Além disso, a pergunta 3 juntamente com a pergunta 4 evidenciam a existência, ou não, de um grau elevado de dependência à nicotina. Um fumante de 25 cig./dia ou mais é considerado um fumante pesado, e terá possivelmente uma dificuldade maior em parar de fumar, com provável síndrome de abstinência, do que o fumante de 15 cig./dia ou menos (fumante leve)¹¹. De forma objetiva, pode-se dizer que um indivíduo que acende seu 1º cigarro antes de 30 min após acordar e fuma 20 ou mais cigarros por dia possui uma importante dependência química da nicotina¹¹. As perguntas 5 e 6 apontam para o interesse, ou não, do paciente em parar de fumar, pois um fumante que mostra interesse em parar de fumar, encontra-se motivado e certamente será mais receptivo a sua abordagem. Da mesma forma, é importante saber se ele já tentou outras vezes, e por que não obteve êxito nessas tentativas; fique atento para o relato de síndrome de abstinência, pois facilitará sua abordagem. A empatia é fundamental para o sucesso do tratamento. Não é aconselhável ser rude ou assustar o fumante, pois ele pode se sentir pressionado pela vigilância e questionamento de seus costumes, afastando-se das próximas consultas. É preciso criar uma atmosfera de confiança e carinho, para que o paciente sinta-se à vontade em relatar sua rotina, demonstrando o peso e a participação que o cigarro tem em sua vida.

Perguntas

- 1) "Você fuma?" ou "Você continua fumando?"
- 2) "Há quanto tempo?" ou "Com que idade começou?"
- 3) "Quantos cigarros por dia você fuma em média?"
- 4) "Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro?"
- 5) "Você está interessado em parar de fumar?"
- 6) "Você já tentou parar de fumar antes?"
Caso afirmativo:
"O que aconteceu?"

Aconselhe

Aconselhe

todos os fumantes a deixarem de fumar. Muitos pacientes fumantes dizem nunca terem recebido conselho para abandonar o cigarro, e outros o receberam de maneira pouco enfática. Portanto, o profissional de saúde deve alertá-lo da importância em parar de fumar imediatamente, se posicionando com firmeza, porém, sem agressividade. Pesquisas comprovam que o aconselhamento individual feito pelo médico a um paciente é o maior incentivo para largar o cigarro. É urgente a mudança de algumas crenças como a de que uma pequena quantidade de cigarros consumida não faz mal à saúde; a de que cigarros de baixos teores são menos prejudiciais; a de que existe uma quantidade segura de cigarros fumados; ou de que parar de fumar pode não valer a pena. Fumantes passivos também devem conhecer os riscos a que se sujeitam para que se protejam da fumaça dos outros. Identifique em que fase de mudança de comportamento se encontra o paciente. Analise se ele está em fase de *pré-contemplação* (não interessado em parar), *contemplação* (pensando em parar), *ação* (pronto

para parar), *manutenção* (já parou) ou *recaída* (reiniciou) e procure adaptar a mensagem a cada uma dessas fases.

Personalize a mensagem, motivando o fumante a mudar da fase que se encontra para a seguinte, tendo como meta torná-lo um ex-fumante. Com esse objetivo, dê informações específicas sobre os efeitos do tabagismo na sua condição clínica atual; relacione os benefícios que vai ter quando parar de fumar. Embora muitos fumantes saibam que fumar faz mal à saúde, muitos deles só se motivam a parar, quando recebem informações específicas sobre os efeitos do tabagismo para sua saúde e estilo de vida.

Para que se obtenha êxito, é fundamental que o paciente seja alertado sobre a possibilidade de vir a apresentar sintomas da síndrome de abstinência, enfatizando que são manifestações passageiras, e estimulando sua auto-confiança em superá-la (ver pág 20).

É interessante entregar ao fumante uma pequena lista de "Boas razões para se deixar de fumar"(Anexo 3). Isso reforçará suas intenções.

Caso o fumante, no momento da consulta, não esteja pensando em parar de fumar (*pré-contemplação*), estimule-o a pensar sobre o assunto oferecendo materiais que abordam o tema tabagismo, sem censurá-lo, nem criticá-lo. É preciso manter sua confiança para que torne a tocar no assunto nas próximas consultas, até mudar seu estágio de motivação.

Prepare

Prepare

todos os pacientes fumantes desejosos em parar de fumar. Eles devem ser preparados de acordo com o estágio de mudança de comportamento em que se encontram. Caso o paciente esteja pronto para parar de fumar (*ação*), ajude-o a marcar uma data imediatamente, realizando um plano de ação para consegui-lo através da mudança da rotina do dia-a-dia, introdução de hábitos saudáveis, tais como, alimentação balanceada (rica em frutas, verduras, legumes, carnes brancas), exercícios físicos moderados e ingestão de líquidos (água, sucos, mate, e forneça

material de auto-ajuda. É extremamente importante que o paciente sinta que pode contar com seu apoio e acompanhamento. Se o paciente estiver pensando em parar de fumar (*contemplação*), você deve estimulá-lo a marcar uma data dentro dos próximos 30 dias, analise os motivos que o fazem fumar, e como ele pode vencê-los (anexo 4), forneça material de auto-ajuda, certifique-se que ele está bem informado, e volte a tocar no assunto em todas as consultas subseqüentes, até ele estar pronto a parar.

Um importante apoio para estimular mudança de comportamento é a criação de um clima desfavorável ao fumo nos ambientes de atendimento. Os profissionais de saúde devem espalhar cartazes e avisos com mensagens desencorajadoras e inibidoras da vontade de fumar e retirar cinzeiros e objetos, como revistas ou cartazes, que contenham anúncios de cigarros ou induzam seu consumo. Isto garante uma atmosfera saudável ao ambiente e fará com que, naturalmente, seja criado um clima favorável e coerente para o profissional atuar.

Uma das grandes barreiras para que o fumante deixe de fumar são os momentos de estresse vividos por ele. Nesse caso, é importante orientá-lo de que o problema gerador do estresse seguirá seu curso independentemente do uso do cigarro, que servirá tão somente como um agravante, pois representa mais um problema na sua vida. *Ou seja: cigarro não resolve problemas, pelo contrário, leva a um problema de saúde.* O importante é aprender a mudar o modo de se relacionar com os problemas e situações de tensão no dia-a-dia.

O profissional de saúde também deve estar consciente de que o ambiente social (familiares, amigos e colegas de trabalho) é importante como reforço do processo de abandono do fumo. Dessa forma, o conhecimento desse grupo sobre os sintomas da síndrome de abstinência tende a facilitar a compreensão e a solidariedade nessa fase. Coloque-se à disposição, caso o paciente deseje, para sensibilizar as pessoas que sejam por ele indicadas.

Acompanhe

Acompanhe

todos os pacientes que pararam de fumar, marcando consultas de retorno a partir da data de abandono. Nessas consultas serão discutidos os progressos alcançados e dificuldades vivenciadas. Quando o paciente nota que o profissional de saúde encontra-se disposto a ouvi-lo e apoiá-lo no processo de cessação de fumar, suas chances de permanecer abstinente aumentam.

As duas primeiras semanas após parar de fumar são fundamentais para que o paciente torne-se um ex-fumante de sucesso. É neste período que ele sente com maior intensidade os sintomas da síndrome de abstinência sendo então, nessa fase, a maior ocorrência de insucesso¹⁹. Portanto, marque retorno para a 1ª e 2ª semanas seguintes à data da parada. Após esse período, o paciente deve ser estimulado a retornar para consultas mensais, até completar 3 meses sem fumar, onde ele vai informá-lo sobre os benefícios apresentados e como vem conseguindo superar as possíveis adversidades. É importante parabenizá-lo sempre, em cada visita, mantendo-o motivado. Os próximos retornos deverão ser marcados ao completar 6 meses e 1 ano sem fumar (Fig 7).

Após este período, pode-se considerar o paciente um ex-fumante¹⁹, porém alerte-o para que fique sempre atento. Ressalte os benefícios obtidos, e enfatize que ele continua dependente químico da nicotina. Assim, faça-o lembrar que deverá sempre evitar dar uma tragada, ou acender um cigarro, pois poderá voltar a fumar. A regra é: *"Evite o 1º cigarro, que você evitará todos os outros"*.

A recaída, se houver, deverá ser aceita sem críticas. Nesse caso, o paciente deve ser estimulado a tentar de novo, com seu apoio. Para isso, analise as causas e circunstâncias do insucesso e discuta um novo plano de ação que inclua maneiras de lidar com elas e vencê-las.

Surgerimos 4 perguntas a serem colocadas nesse momento, para se ter uma noção do que ocorreu:

- 1) O que aconteceu?
- 2) O que estava fazendo nessa hora?
- 3) Como se sentiu ao fumar seu primeiro cigarro?
- 4) Você já pensou em nova data para parar de fumar?

Prevenindo a recaída

“Sim, meus amigos, estou deixando de fumar outra vez. Como sempre, agora é para valer”.

Essa afirmação de João Ubaldo Ribeiro publicada em “O Globo” de 31.03.96, aliada a índices que apontam 85% de ex-fumantes voltando a fumar em seis meses, indica que a chave do sucesso para o tratamento do uso de derivados do tabaco, é a prevenção da recaída^{25,26,27}.

Fumar está diretamente associado à dependência física da nicotina. Mas achar que apenas retirando a droga se estará cessando no indivíduo a vontade de fumar é um erro que gera a recaída ou o lapso. A recaída é a retomada do consumo de derivados do tabaco ao padrão anterior, e o lapso é um episódio isolado de uso. Eles ocorrem quando, diante de uma situação desencadeante, tem-se uma resposta deficiente de enfrentamento. O desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento de situações facilitadoras da recaída

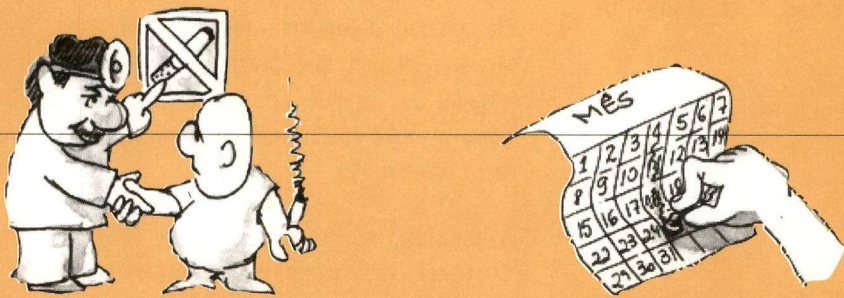

Intervenção	Prevenção
	
Consulta de Intervenção	Data em que parou de fumar
	1ª Semana

Figura 8: Abordagem individual

Os fatores abaixo são considerados, comumente, causadores da vontade de fumar:

- comer - após as refeições ou um café, o fumante sente um estímulo forte para acender um cigarro;
- estados emocionais negativos - nessas situações o fumante usa o cigarro para se proteger de emoções desagradáveis;
- bebidas alcoólicas - beber facilita o fumar e é considerado uma das causas mais poderosas de recaída;
- convívio social - outros fumantes estimulam um indivíduo a fumar; também a falta de destreza nas situações sociais é disfarçada através do cigarro;
- tédio - fumar significa “algo a fazer” ou funciona como estimulante (por causa da nicotina) para o usuário entediado;
- emoções positivas - alguns fumantes, quando se sentem bem, gostam de usar o cigarro para acentuar o sentimento positivo;
- substituição a alimentos - é comum fumantes acenderem um cigarro ao invés de comerem alguma coisa; o provável ganho de peso após a interrupção do fumo pode ser uma grande causa da recaída.

Estratégias de enfrentamento das tentações para se fumar

É importante que o indivíduo identifique situações de alto risco e a forma mais adequada de enfrentá-las. Uma estratégia de enfrentamento bem planejada pode garantir o sucesso na prevenção da recaída.

As estratégias consistem basicamente em evitar, escapar, distrair e adiar.

- Evitar - o ideal seria evitar todas as situações associadas à vontade de fumar, mas, como raramente isso é possível, deve-se ao menos considerar algumas principalmente durante as primeiras semanas da

interrupção. São situações de alto risco, por exemplo: festas (ao ver outros fumando, aliado ao efeito do álcool); situações de tédio; pausas para o cafezinho. Preparar-se para essas situações poderá facilitar um enfrentamento eficaz.

- Escapar - quando não é possível evitar uma situação de alto risco, deve-se escapar. Mudar de sala durante uma festa para evitar fumantes, caminhar fora do escritório em momentos de muita pressão, pedir uma pausa durante reuniões estressantes são exemplo do uso dessa estratégia.
- Distrair - quando nem o escape é possível (dirigindo um carro, esperando uma fila, etc.), deve-se mudar de idéia ou de lugar. Num contexto profissional, isso significa achar um novo foco de atenção, um detalhe da tarefa atual ou mesmo uma mudança de tarefa. No dia-a-dia, a distração da vontade de fumar também pode ser conseguida com pensamento em coisas boas, que dão prazer (tirar férias, passear, entre muitas outras) ou mesmo com atividades corriqueiras como arrumar alguma coisa e fazer palavras cruzadas.
- Adiar - simplesmente esperar um pouco ao sentir “fissura”. Esclareça ao paciente que ela não dura mais que cinco minutos. Reforce que conversar consigo mesmo, utilizando o autoconvencimento, poderá adiar o desejo. Dizer **não** por alguns minutos é mais fácil do que para sempre.

Respostas comportamentais de enfrentamento

Identificam e satisfazem a necessidade subjacente à fissura por cigarros. Isso inclui:

- Técnicas de relaxamento - podem envolver tanto o relaxamento muscular profundo, quanto a criação de um ambiente relaxante (sala silenciosa, sauna, sofá predileto, entre outros) ou mesmo a utilização da imaginação (situações e lugares agradáveis, etc.).
- Atividade física - engaja o indivíduo em atividades incompatíveis com o cigarro, além de ajudar a liberar a tensão (por exemplo: ginástica, caminhadas, jardinagem).

- Comportamento alternativo - para evitar o ganho excessivo de peso o indivíduo deve ingerir alimentos de baixas calorias e bebidas não-alcoólicas; além disso, mascar chiclete, chupar bala dietética, etc., e outros comportamentos disfarçam a "fissura".
- Habilidade para ser assertivo - recusar cigarros ofertados, pedir que não fumem na sua presença, buscar ajuda durante uma crise, entre outras, constituem capacidades que podem fazer diferença na hora de manter a abstinência.

Informações básicas para apoiar seu paciente no processo de cessação de fumar

Entendendo os conflitos

Uma informação realista do que acontece quando se está sem cigarros contribui para uma melhor aceitação da situação vivida, sabendo que é possível enfrentá-la, pois a mesma já estava prevista. Alguns indivíduos ficam deprimidos ao sofrerem uma recaída, por imaginarem que não existiriam conflitos durante a cessação do fumar. Frequentemente seus critérios para um progresso satisfatório são tão irreais que, ao encontrarem dificuldades, desencorajam-se, sentem-se perdedores e envergonhados.

Evitando expectativas extremas

Expectativas extremas sobre a interrupção do ato de fumar geram mitos opostos. Abandonar o cigarro é imaginado por uns como algo fácil e por outros como sendo impossível, já que esta experiência nunca é igual para todos. É importante que o fumante saiba que, ao abandonar o fumo, alguns passam por fortes sintomas de abstinência e "fissura", ocasionados também por pressão social (tipo de atividade profissional, relações pessoais, etc.), ao mesmo tempo em que outros quase nada sentem.

Escolhendo um momento ideal para se deixar de fumar

A ocasião escolhida para se deixar de fumar é extremamente importante para o sucesso do abandono. Na verdade, alguns indivíduos que estão vivenciando momentos estressantes em suas vidas, como divórcio, desemprego, mudanças profissionais ou de estilo de vida, podem adiar a interrupção do fumar para uma fase em que possam dedicar mais energia e atenção ao esforço. É bom lembrá-los de que esperar a vida totalmente organizada é algo arriscado, e esse momento pode jamais chegar a ser identificado. É importante que cada um reflita sobre a forma como está lidando com as situações de estresse. Geralmente, o melhor conselho é o de parar de fumar imediatamente.

Resistindo à "fissura"

Um mito muito comum é o de que a "fissura" dura para sempre. Na verdade, os sintomas da abstinência cedem após algumas semanas, e, embora a intensidade do desejo de fumar possa ser constante, sua frequência diminui à medida que a abstinência avança. É comum o desaparecimento da vontade de fumar por semanas para reaparecer intensa como nos primeiros dias de abandono do cigarro, mas sua duração não ultrapassa cinco minutos de sensação contínua.

O importante é que o indivíduo em processo de cessação tenha consciência de que a abstinência deve ser mantida. Ele precisa saber que o desejo de fumar ainda pode ocorrer, e que, portanto, respostas de enfrentamento devem estar sempre disponíveis. A vigilância deverá ser mantida, pois, à proporção que os sintomas de abstinência cedem, ela tende naturalmente a diminuir. Aconselhe-o a carregar um pequeno cartão onde estejam relacionados comportamentos e pensamentos que o indivíduo considerou úteis anteriormente, para resistir ao desejo de fumar. Também é importante planejar, de antemão, o comportamento em situações difíceis. Por

exemplo, antes de ir a uma festa, o ex-fumante deve pensar em limitar seu consumo de álcool.

Ajude o seu paciente a ter um plano para a interrupção. Estimule-o a adotar uma atitude realista ao invés de uma atitude excessivamente crítica, pois isso permitirá que ele observe as crises não apenas como fracassos. Auxilie-o a valorizar os sucessos e a manter disposição para aprender com seus equívocos. Um plano efetivo para deixar de fumar não se resume a um único passo gigantesco.

Esclarecendo sobre o ganho de peso

Muitos fumantes, especialmente mulheres, não abandonam o cigarro com medo de engordar. Realmente, a nicotina eleva o consumo de calorias, pois, fumando, mesmo em repouso, gasta-se mais calorias do que não fumando. Há evidência de que a enzima lipase lipoprotéica tenha sua atividade diminuída ao se deixar de fumar.

Em geral, há relação inversa entre fumar e peso corporal, mas ela não é tão linear, pois a regulação do peso depende do perfil endócrino. Estudo longitudinal, de mais de 80 mil pessoas, na Itália, constatou que, se há maior proporção de indivíduos com menor peso nos fumantes em relação aos não-fumantes, por outro lado há um contingente significativo de fumantes imoderados, com peso superior aos do que consomem apenas alguns cigarros por dia. Sabe-se que é grande o número de gordos fumantes imoderados. Ao se parar de fumar, o eventual ganho de peso geralmente diminui em alguns meses. Na imensa maioria, a diferença de peso entre tabagistas e abstêmios não passa de 1 a 2,5 kg.

A diminuição do peso nos tabagistas não oferece vantagens. Um extenso estudo provou que nos fumantes o menor peso não impede as elevações da pressão arterial e do colesterol no sangue, que ficam acima daqueles que deixaram de fumar, independentemente da evolução do peso desses³⁰.

O emagrecimento perseguido por fumantes não lhes garante vida mais longa. Um estudo efetuado pelo *Second National Health and Nutritional Examination Survey*, nos Estados

Unidos, e o realizado em 24 cidades da Inglaterra, Escócia e País de Gales, totalizando mais de 50 mil pessoas de ambos os sexos, um estudo mostrou que a mortalidade nos tabagistas magros foi superior à dos não-fumantes magros ou gordos, porque os primeiros foram vitimados, também, pelas doenças relacionadas ao tabaco (principalmente câncer de pulmão, doença pulmonar obstrutiva crônica e outras doenças respiratórias). Os tabagistas tiveram, ainda, maior mortalidade do que os ex-fumantes, qualquer que fosse seu peso corporal.

Conclui-se que os benefícios do abandono do fumo são de longe maiores que os problemas ligados ao aumento de peso que possa ocorrer nos que abandonam o tabaco. Portanto, buscar manter o peso, ou emagrecer por meio do fumo, é procedimento errôneo e altamente nocivo.

Alguns procedimentos simples como habituar-se a ingerir alimentos de baixas calorias, fazer exercícios físicos, disfarçar a fome fora de hora distraindo-se com alguma coisa ou beber bastante água ajudam a manter o peso controlado quando se deixa de fumar.

Recuperando a saúde

Alguns fumantes têm dúvidas sobre o real retorno à saúde, quando param de fumar. Muitos não acreditam que podem aumentar a capacidade pulmonar e evitar o aparecimento de doenças relacionadas ao tabaco, pois acham que já fizeram todo o mal para a sua saúde. Outros imaginam que, de imediato, irão adquirir os mesmos benefícios dos não-fumantes. Na verdade, todos devem ser orientados no sentido de que parar de fumar é útil em qualquer fase, e que, após diferentes períodos de tempo sem acender cigarros, o paciente retorna ao mesmo risco de adoecimento do não-fumante, conforme mostra a Fig. 9.

Os que deixam de fumar aumentam suas chances de terem a vida prolongada. Para o ex-fumante, o tempo gasto para que o seu risco de contrair alguma doença relacionada ao tabaco se iguale ao dos que nunca fumaram varia na razão direta do número de anos que fumou e da quantidade de cigarros consumidos diariamente.

Os dois estudos prospectivos efetuados em mais de dois milhões de pessoas nos Estados Unidos, pela Associação Americana de Câncer, verificaram que o risco de contrair câncer do pulmão aos 70 anos de idade era de 5/10.000 nos que nunca fumaram, enquanto em fumantes que abandonaram o cigarro aos 30, 50 ou 60 anos de idade o risco foi respectivamente 10, 20 e 45/10.000. Essa constatação mostra que, quanto mais cedo se deixa de fumar, menor o risco de câncer e maior a expectativa de vida. Todavia, vários estudos epidemiológicos demonstraram que mesmo aqueles que só deixam de fumar em idades avançadas, entre 65 e 70 anos, ainda se beneficiam, pois o risco de infarto do coração e de acidente vascular cerebral diminui, em relação aos que continuam fumando⁵.

Extensões de tratamento

Os primeiros meses costumam ser o período crítico para as recaídas e estratégias de extensão do tratamento devem ser consideradas. Consultas de acompanhamento ou de reforço, por vezes, podem não apresentar resultados satisfatórios. Talvez sessões extras para revisar habilidades de enfrentamento, recuperação do lapso e outras técnicas de manutenção sejam mais efetivas.

A autodecisão do paciente e o apoio do médico ou enfermeiro oferecem o maior índice de resultados positivos no abandono do tabagismo. No entanto, às vezes alguns pacientes não conseguirão manter-se abstinências apenas com as estratégias do aconselhamento individual. Nos casos em que os pacientes apresentem um alto grau de dependência (fumantes de mais de 20 cigarros/dia ou que fumem nos primeiros 30 minutos após acordados) e já tenham tentado parar de fumar pelo menos 2 vezes, sem sucesso, analise as razões do insucesso e avalie a utilização adjuvante

Acidente vascular cerebral - risco iguala após 5 anos.

Doença coronariana - risco reduz à metade em 1 ano; iguala após 10 anos

Doença pulmonar obstrutiva crônica

nos jovens, assintomáticos, fumantes há poucos anos, as alterações de vias aéreas periféricas podem ser reversíveis após parar de fumar; nos que têm 15 a 20 anos de tabagismo, sintomáticos, após a parada, há diminuição dos sintomas respiratórios, porém persistem as alterações pulmonares, principalmente o enfisema.

Câncer de cavidade oral - risco reduz à metade em 3 a 5 anos; iguala após 15 anos.

Câncer de laringe - risco reduz após 3 a 4 anos.

Câncer de esôfago - risco diminui rapidamente e iguala após 15 anos.

Câncer de pulmão - iguala após 20 anos.

Câncer de pâncreas - iguala após 15 anos.

Câncer de colo de útero - iguala imediatamente após parar de fumar.

Úlcera péptica - iguala em alguns anos.

Baixo peso fetal ao nascer - risco iguala após parar de fumar antes da gravidez ou no 1º trimestre.

Fig. 9: Tempo necessário de abstinência para se atingir o mesmo risco de adoecimento do não fumante

de métodos medicamentosos como o adesivo de nicotina ou a goma de mascar de nicotina (ver método medicamentoso página 36). Avalie também a necessidade de utilização de um ansiolítico, ou mesmo apoio psicoterápico. Enfim, nestes casos bom senso e critério devem ser a base para a escolha de métodos de apoio ao paciente que não obteve sucesso apenas com abordagem comportamental bem feita e adequada ao perfil do mesmo. Esses pacientes poderão também ser encaminhados para grupos de apoio na dependência da sua aceitação e principalmente da disponibilidade desse tipo de recurso.

1.b Abordagem em grupo

Existem vários modelos de programas de intervenção em grupo, com diferentes quantidades de encontros e tempo de duração. Estes programas necessitam de coordenadores treinados e devem ser oferecidos aos doentes que não conseguirem deixar de fumar na intervenção individual. O tratamento consta de uma terapia de duas semanas envolvendo quatro encontros de uma hora e meia cada, em grupos de 12 a 15 pessoas, sob a orientação de uma equipe interdisciplinar, preferencialmente composta por um médico e um psicólogo. No entanto, os outros profissionais de saúde podem conduzir o trabalho, desde que tenham recebido o treinamento adequado. Além de fornecer a informação necessária ao entendimento de como proceder à interrupção, o método propicia a discussão de situações

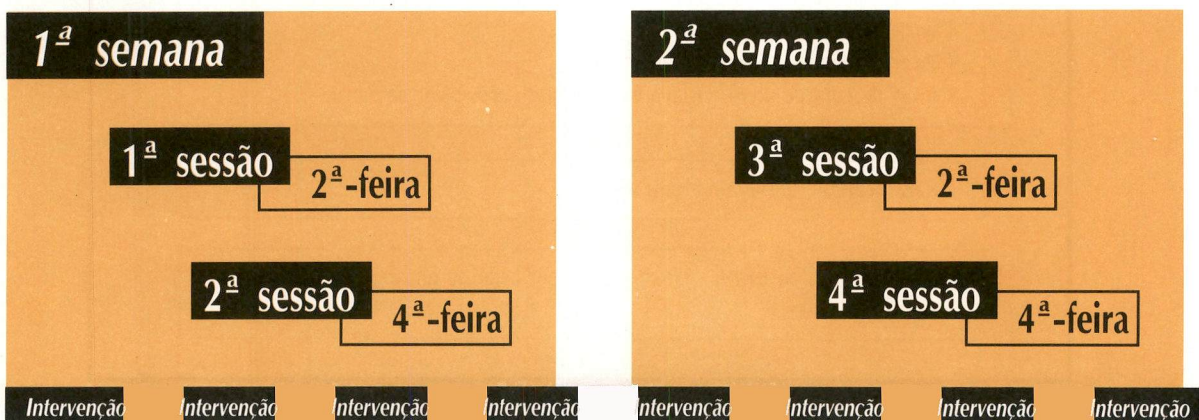
críticas vividas pelos integrantes para manter a abstinência, promovendo, rapidamente, o reconhecimento de estratégias de comportamento adequadas. Esses encontros, também, dão oportunidade para que os participantes debatam suas relações interpessoais, modificadas pela nova atitude diante do cigarro.

Na primeira sessão, o fumante é levado a entender a ambivalência do tabagismo, o que o faz fumar e como o cigarro afeta a sua saúde. Na segunda sessão, ele toma conhecimento de como poderão ser os primeiros dias sem fumar e aprende técnicas para lidar com isso, além de estipular uma data para abandonar o cigarro. A terceira sessão é dedicada a vencer os obstáculos da abstinência e do possível ganho ponderal, além de sugerir que sejam



evitadas as bebidas alcoólicas, café, etc. E, finalmente, na quarta sessão, o paciente começa a usufruir dos benefícios obtidos após parar de fumar e prepara-se para a manutenção permanente disso.

Figura 10: Abordagem em grupo



Uma semana após o quarto encontro do programa de intervenção em grupo, os participantes deverão comparecer a mais um encontro, onde serão compartilhados seus sucessos e dificuldades vivenciados no período. Nesse encontro, para os que deixaram de fumar, serão reforçados seus compromissos com a abstinência, e, para aqueles que não pararam, haverá encorajamento a fazê-lo, contando com o apoio da equipe. A partir desse encontro, os participantes são informados sobre a existência de uma reunião semanal de grupo para acompanhamento, aberto a todos aqueles que necessitam de reforço na manutenção da abstinência, ou para aqueles que, de alguma forma, se interessam em parar de fumar (fumantes curiosos acerca do tema, reincidentes e ex-fumantes com "fissura" que desejem trocar experiência ou simplesmente ouvir os depoimentos).

Essas reuniões são, basicamente, para dar apoio ao indivíduo que já participou do Programa de Intervenção em Grupo, embora também sejam abertos à comunidade em geral, tendo em vista que grande parte das recaídas ocorre nos primeiros seis meses. Costumam, por isso, ser uma excelente forma de buscar apoio e motivação, principalmente durante a abstinência.

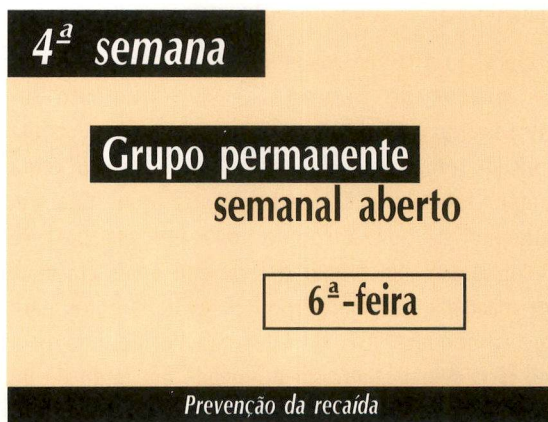
Lembramos que nada impede os pacientes engajados nos grupos de fazerem visitas individuais ao profissional de saúde que iniciou a preparação do tratamento. A Fig. 10 ilustra o acompanhamento de grupos propostos.

É muito importante que o profissional de saúde responsável pelo tratamento mantenha comunicação com os pacientes após o término da terapia, a fim de saber se eles permanecem sem fumar. Aconselhamos ligações a cada seis meses ou, pelo menos, anualmente.

A abordagem em grupo produz resultados promissores na interrupção do tabagismo para alguns fumantes que não tiveram sucesso com a abordagem individual. Este tipo de abordagem lidando apenas com o lado comportamental pode oferecer a vantagem de não precisar usar medicamentos, pois, nela, o interesse solitário em permanecer saudável é multiplicado pelo número de participantes, gerando uma corrente de esforços, boa vontade e ajuda mútua na busca do objetivo comum. Esta abordagem se encontra em teste no Centro de Pesquisa da Dependência à Nicotina, da Contapp / INCA, devendo o material específico e resultados serem divulgados oportunamente.

1.c Abordagens complementares

Algumas vezes o fumante apresenta grandes dificuldades em deixar de fumar originadas por determinantes internas psicológicas que influenciam na capacidade de lidar com fatores externos (estresse, situações complementares). Estas dificuldades podem, muitas vezes, necessitar de apoio psicológico, devendo o profissional que o acompanha avaliar a necessidade de encaminhar o paciente para um acompanhamento com psicólogo ou psiquiatra.



2 - Método medicamentoso

Reposição de nicotina

Para pacientes com alto grau de dependência que já tentaram parar de fumar pelo menos 2 vezes sem obter sucesso, deve-se considerar a reposição de nicotina. Esse método tem por finalidade oferecer apenas nicotina sem os inconvenientes das outras substâncias tóxicas contidas na fumaça do cigarro, na tentativa de aliviar os sintomas da síndrome de abstinência¹². Ela pode ser administrada através de quatro vias: *transdérmica, oral, nasal e aérea*. A escolha das doses será adequada a cada paciente e dependerá da avaliação médica sobre o grau de dependência do fumante¹².

Via transdérmica: é a mais recomendada atualmente no mundo. Consiste em **discos adesivos** fixados na pele diretamente na região do tronco e braços em rodízio a cada 24 horas. A nicotina é liberada continuamente, sendo absorvida pela pele até chegar à corrente sanguínea, porém a sua absorção é de 75% do total contido nos adesivos. O tratamento leva de 4 a 12 semanas. Aplica-se o adesivo diariamente, começando com uma dose de 30mg por um mês. No mês seguinte, caso seja necessário, é utilizada a dosagem de 20 ou 15mg diários, seguida pela aplicação no 3º. mês de adesivos de 10mg diários, caso o paciente ainda sinta desejo intenso de fumar. As concentrações de nicotina no plasma se mantêm por cerca de 16 horas, declinando gradativamente e desaparecendo após 28 horas, enquanto que os níveis de cotinina (metabólito da nicotina), se mantêm estáveis por 36 horas. Os adesivos são encontrados nas preparações de 10, 15, 20 e 30mg.

Estudos mostram que após 6 semanas de tratamento, 36% dos tabagistas não voltaram a fumar, enquanto que nos que receberam placebo, apenas 14% permaneciam abstinidos. Ao fim de 1 ano, 30 a 45% permaneceram abstinidos. Do grupo que recebeu placebo, 95% voltaram a fumar¹².

Via oral: a nicotina é administrada através de **goma de mascar de nicotina**. Esse tratamento foi introduzido anteriormente ao adesivo. A goma consiste em um complexo de resina e nicotina tamponado em pH alcalino, para que haja um aumento de sua absorção pela mucosa oral, e encontram-se em preparados de 2 e 4mg. Ela deve ser mascarada fortemente por 20 a 30 minutos para que se obtenha 90% de liberação de nicotina, e o seu pico de concentração é atingido em torno de 90 minutos. Devem ser utilizados 6 a 9 tabletes de goma

de mascar por dia durante 3 a 6 meses, podendo chegar a 9 meses¹²⁻¹⁹.

As concentrações de nicotina no plasma se equivalem às aquelas conseguidas com o adesivo, mas não são contínuas, pois a absorção ocorre em média 15 horas por dia. Não existe meio de uniformizar as concentrações de nicotina no plasma sanguíneo, pois a liberação desta varia conforme a força de mascar. Pela dificuldade de mastigação diária durante horas, vários pacientes abandonam o tratamento em curto prazo, sendo este um dos grandes inconvenientes dessa via de administração. Os resultados de estudos mostram que a relação dos que deixaram de fumar e não recaíram é em média de 30%.

Via nasal e aérea: a nicotina é administrada por meio de **gotas nasais** ou por administração em **aerosol**, não sendo comercializadas estas formas no Brasil até o momento; não há ainda estudos suficientes para sua indicação.

Reações adversas: dependem da via administrada. O disco transdérmico pode causar desde irritação local com eritema cutâneo leve chegando a eritema infiltrativo que pode ocorrer de 1 a 3 semanas após o início de seu uso. Podem ocorrer também hipersalivação, náusea, vômito e diarreia, porém, estas reações são, em geral, dose-dependente⁶⁻¹¹⁻¹².

A goma de mascar pode causar gosto desagradável, hipersalivação, náusea, vômito, fadiga muscular do maxilar, ulceração nas gengivas e amolecimento dos dentes⁶⁻¹¹⁻¹².

Precauções e contra-indicações: para qualquer via de administração para reposição de nicotina, devem ser evitados ou contra-indicados: fumar durante o tratamento, pois poderá ocorrer superdosagem de nicotina; uso por mulheres em vias de engravidar, grávidas e durante a amamentação; portadores de úlcera péptica; pacientes com passado recente de infarto agudo do miocárdio, angina pectoris, arritmias cardíacas e acidente vascular encefálico¹¹⁻¹².

A reposição de nicotina em todas as suas formas deve ser sempre orientada pelo médico, visando à administração correta. Estudos demonstram que, para o sucesso do tratamento, é fundamental que o paciente esteja motivado na sua decisão de parar de fumar, e seja bem aconselhado pelo profissional de saúde que o acompanha.

Em resumo, podemos dizer que o tratamento de reposição de nicotina só atingirá seu objetivo, se junto a ele, houver um engajamento efetivo do profissional de saúde no aconselhamento e acompanhamento do fumante.

	<i>Adesivo</i>	<i>Goma</i>
Dosagem	10, 15, 20, 30mg	2 e 4mg
Posologia	30mg/dia - 30 dias 20 ou 15mg/dia - 30 dias se necessário: 10mg/dia - 30 dias	6 a 9 tabletes/dia de 2 ou 4mg
Duração	4 a 12 semanas	3 a 9 meses
Via	transdérmica	oral
Uso	fixar no tórax ou braços em rodízio	mastigar 20 a 30 min. cada tablete
Efeitos colaterais	irritação local com eritema, hipersalivação, náusea, vômito, diarreia	Gosto desagradável, hipersalivação, náusea, vômito, fadiga muscular, ulceração nas gengivas, amolecimento dos dentes
Contra-indicação	Uso de cigarro ou outros derivados do tabaco durante o tratamento, mulheres em via de engravidar, grávidas e na amamentação, úlcera péptica, passado de IAM, angina, arritmia cardíaca, AVC	

3 - Outros métodos

Vários outros métodos de ajuda ao fumante são empregados, como hipnose, laser, acupuntura, etc. Porém, os estudos existentes ainda são inconclusivos quanto à eficácia desses métodos.

De uma forma geral, esses apresentam resultados animadores no início, havendo no entanto um grande percentual de recaídas no primeiro ano de tratamento.

Qualquer que seja o método adotado, a abordagem comportamental motivacional mostrou ser a linha mestra da intervenção.

Como os profissionais de saúde podem ajudar o fumante a deixar de fumar

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o tabagismo deve ser encarado como verdadeira epidemia, devendo o seu controle ser integrado aos programas de saúde pública¹⁶. Por isso, no Brasil, o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Câncer — INCA criou a Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer — Contapp, que tem, como prioridade, orientar e estimular o desenvolvimento de ações educativas nas unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho, além de assessorar os setores legislativos na busca de soluções, através de uma legislação que proteja os indivíduos.

No Brasil, assim como na América Latina, o uso do tabaco difunde-se mais rápida e intensamente nas camadas populares menos favorecidas, portanto mais vulneráveis à propaganda massificante das multinacionais fumageiras. Um inquérito do IBGE, em 1989, apurou que a prevalência de fumantes regulares é mais elevada nas populações rurais que nas urbanas, em todas as faixas etárias, inclusive crianças e adolescentes. Face a essas realidades, os métodos de controle do tabagismo tendem a ser preventivos e globais — visto que o tabagismo é um problema de saúde pública — e, para o seu êxito, devem ser integrados na atenção primária das ações de saúde.

Pesquisas demonstram que, se todos os profissionais de saúde estiverem comprometidos com a prevenção e controle do tabagismo, as chances de sucesso serão maiores. Um bom exemplo disso é que 70% dos fumantes costumam freqüentar ambulatórios e hospitais pelo menos uma vez ao ano. Além disso, a maioria dos adultos entre 20 e 35 anos de idade só freqüenta hospitais quando precisa levar os filhos ao pediatra⁶.

Dentro dessa perspectiva, é importante criar nos hospitais, ambulatórios e consultórios um ambiente

livre de cigarros, com avisos de que não é permitido fumar, contando com a distribuição de folhetos e adesivos contra o fumo, sem a presença de cinzeiros e objetos com propagandas de cigarro.

Nesses ambientes, todos os fumantes devem ser identificados e estimulados a largarem o fumo, sendo a equipe de saúde responsável por orientá-los sobre a existência de programas de ajuda individuais ou em grupo (vide Anexo - *Revisão das ações para intervenção no tabagismo*). O importante é aproveitar a disponibilidade do fumante em parar, mesmo que sejam necessárias várias tentativas, pois 70% dos pacientes fumantes desejam abandonar o fumo e já fizeram pelo menos uma tentativa de parar de fumar⁶.

Pesquisa brasileira realizada em 1988 mostrou que 60% dos fumantes já tentaram parar de fumar em algum momento. Em contra-partida, 40% nunca tentaram largar o cigarro¹. Isso vem ampliar a responsabilidade não só do profissional de saúde mas de qualquer outro grupo profissional que tenha oportunidade em alertar e orientar um fumante a parar de fumar, encaminhando-o ao sistema de saúde para orientação médica, caso necessário.

Quem se compromete a esclarecer fumantes, ajudando-os a largar o cigarro, está contribuindo para a diminuição de uma estatística assustadora que registra, a cada hora, a morte de oito brasileiros vítimas de doenças relacionadas ao uso do fumo.

O PROBLEMA É
CIGARRO! CIGARRO!
CIGARRO!



JÁ PAREI DOUTOR.
JOGUEI MEUS
CIGARROS FORA!

POIS É ISSO!
E EU AQUI LOUCO
POR UM TRAGO!!!



O papel do médico pediatra frente aos pais e crianças fumantes

É durante a infância e adolescência, principalmente dos 15 aos 19 anos, que 90% dos fumantes iniciam a dependência da nicotina, e o médico pediatra e, posteriormente, o clínico podem exercer um papel fundamental na prevenção do uso do tabaco. Pesquisa de opinião pública, realizada em 1994, pelo Ministério da Saúde, sobre a percepção dos jovens em relação ao consumo de drogas, mostrou que, quando questionados sobre as drogas de que já ouviram falar, a maioria deles responde: maconha, cocaína, crack e/ou cola. Raríssimos são os jovens que, espontaneamente, respondem álcool ou tabaco, embora cerca de 65% considerem que sejam drogas, quando questionados de forma estimulada. Apenas 5,1% respondem espontaneamente que álcool é droga e, 7,1%, que tabaco é droga¹⁸.

Profissionais que atendem crianças devem ser basicamente orientadores, pois a orientação é a prática de fornecer conselhos sobre problemas potenciais. Com mensagens adequadas para cada idade e fase de desenvolvimento, os pediatras podem intervir no começo da utilização do fumo, assim como também podem influenciar mudanças de atitude na comunidade. Talvez ele seja o único profissional de saúde a ter oportunidade em aconselhar pais fumantes a pararem de fumar. Entre 20 e 35 anos de idade, poucos adultos frequentam ambientes médicos para tratamento próprio, neles comparecendo apenas para acompanhar os filhos. É importante lembrar que o silêncio por parte do médico, acerca do tabagismo, pode ser interpretado pelos pais como um aval ao cigarro, ou seja, eles podem entender que fumar não oferece riscos à saúde de seus filhos. O pediatra tem, portanto, um papel fundamental na prevenção do tabagismo em seus clientes e na proteção destes à exposição passiva à fumaça do cigarro principalmente nas faixas etárias mais novas. Dois grupos etários mostram diferentes perspectivas de abordagem.

Do nascimento aos quatro anos lactância e primeira infância⁶

Pergunte

aos pais sobre o uso de cigarros no lar e no meio ambiente da criança. Procure saber se ela sofre alguma exposição freqüente à fumaça de cigarros.

Aconselhe

todos os pais fumantes a pararem de fumar. Informe-os acerca da relação entre a exposição involuntária das crianças à fumaça do cigarro (fumante passivo) e sobre as infecções (pneumonia, otite média etc.) e alergias respiratórias que geram um grande número de hospitalizações. Ressalte a importância em garantir que crianças cresçam e se desenvolvam em um ambiente livre de fumaça.

Prepare

ou encaminhe os pais fumantes para abandonarem o fumo, identificando estratégias eficazes para esta interrupção, e ofereça acompanhamento.

Acompanhe

e se interesse pela evolução do tabagismo nessas famílias, durante as consultas de retorno.

Dos cinco aos doze anos Infância tardia

Alerte os pais sobre a crescente consciência das crianças acerca do mundo a sua volta. Embora a maioria das experiências com o tabaco e seus produtos ocorra em crianças pré-adolescentes, ela também pode iniciar-se precocemente, aos cinco anos de idade, principalmente na zona rural e em regiões onde se planta fumo. A probabilidade de uma criança tornar-se fumante está

diretamente associada ao fato de ter pais, irmãos e amigos que fumam e que apresentam atitudes positivas em relação ao tabagismo (modelo de identificação)⁶. Os pais devem ser encorajados a avaliarem suas próprias crenças e práticas acerca do uso do tabaco para não esquecerem que elas influenciam suas crianças. Estas percebem prontamente as incoerências entre as pregações e a prática.

Sempre que possível, a criança deve ser incluída na discussão sobre o tabagismo e a utilização do fumo. O envolvimento ativo da criança no cuidado de sua própria saúde a ajuda a ter responsabilidade e autocontrole sobre importantes decisões que a induzam a comportamentos saudáveis. O desenvolvimento do espírito crítico e da assertividade (capacidade de dizer "não") da criança devem ser estimulados com o intuito de reforçar a seletividade nas suas escolhas. Isso, conseqüentemente, reverte em maior segurança e confiança na interação do indivíduo com o ambiente, ou seja, num amadurecimento emocional que lhe garanta a elevação da auto-estima (gostar de si mesmo) e uma maior capacidade de lidar com situações frustradoras.

Pergunte

à criança se ela fuma ou se já fumou e sobre a utilização de derivados do tabaco por qualquer amigo ou familiar. Procure descobrir se ela sabe o que é tabaco e se conhece ou imagina existir algum prejuízo em experimentar cigarros. Rotineiramente pergunte sobre o progresso da criança na escola (o tabagismo pode diminuir o desempenho escolar) e se alguém no ambiente escolar fuma.

Aconselhe

as crianças que estejam experimentando cigarros a interromperem imediatamente, assim como aconselhe as que não experimentaram ainda a recusarem ofertas. A criança tem que ser alertada dos efeitos negativos do fumo a curto prazo: impregnação de roupas e cabelo por

odor desagradável, escurecimento dos dentes, respiração difícil, além de redução do desempenho desportivo e dependência de uma droga — a nicotina. É importante que elas saibam, também, que a maioria dos adultos e adolescentes não fuma.

Os pais, por sua vez, devem ser lembrados do fato de funcionarem como modelo de identificação e dos efeitos do tabagismo passivo. Além disso, eles precisam desestimular em seus filhos o consumo de doces em forma de cigarros, bem como de roupas, sapatos, bonés e outros objetos que contenham a logomarca de cigarros. O consumo desses objetos ajuda a promover a aceitação do tabagismo.

Prepare

a criança para assumir uma responsabilidade crescente sobre seu comportamento saudável. As que não utilizam o tabaco devem ser parabenizadas, recebendo estímulo a continuarem com o comportamento saudável. Já as que o utilizam ou sofrem forte influência de modelos comportamentais do meio ambiente precisam de orientação no desenvolvimento de habilidades na recusa; na importância do direito de optar, isto é, de dizer "não" e na valorização da auto-estima.

Também é importante desenvolver a capacidade crítica da criança, esclarecendo as estratégias utilizadas pela indústria fumageira, que definem falsamente o tabagismo como hábito charmoso e saudável, apelando para a sexualidade e liberdade.

Acompanhe

as crianças que estejam experimentando cigarros, marcando visitas mais freqüentes, ou encaminhe-as para programas específicos de ajuda que, se possível, devem estar integrados à instituição educacional na qual a criança esteja inserida. O mesmo deve ser feito com os pais fumantes.

O papel do médico generalista frente ao fumante adolescente

Ciente de que não existe utilização segura de cigarros, e sendo seu uso a maior causa de mortes a ser evitada em todo o mundo, o médico generalista deve alertar e orientar seus pacientes fumantes a deixarem o cigarro, ou qualquer outro derivado do tabaco.

Também é tarefa dele a abordagem de pacientes a partir dos 13 anos de idade, apesar de estar surgindo uma nova especialidade dirigida ao atendimento dessa faixa etária compreendida entre 13 e 20 anos de idade - adolescentes e adultos jovens⁶. É importante, no entanto, o estabelecimento de alianças entre os médicos e os adolescentes, pois essa relação permite que a confiança se desenvolva naturalmente. Por isso, o médico deve dedicar a maior parte da visita ao paciente adolescente.

Embora o conhecimento dos riscos do tabagismo sobre a saúde seja um importante fator de rejeição ao fumo, ele não é suficiente para impedir que um indivíduo utilize cigarros. Nos adolescentes, a afetividade é um dos fatores fundamentais na escolha do uso dos derivados do tabaco. Aqueles que pertencem a grupos de amigos que fumam têm propensão a fumar também, e aqueles cujos amigos não são usuários provavelmente não o serão. O alívio para o estresse originado das demandas de ajustamento a um grupo afetivo aliado à certas características de auto-imagem (rebeldia, sociabilidade e precocidade) também tem sido associado a uma tendência para o fumo. Muito vulneráveis aos padrões sociais de culto ao corpo, alguns adolescentes, principalmente mulheres, fumam para manter o peso diminuído. Finalmente, o tabagismo é considerado, pela OMS, a porta de entrada para outras drogas.



O papel do médico especialista

Pneumologista

Desde 1964 o tabagismo vem sendo apontado como um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças respiratórias⁶. Desta forma, o médico pneumologista está muito familiarizado com o diagnóstico e tratamento das doenças relacionadas ao tabaco — 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e 90% das mortes por câncer de pulmão —, que poderiam ser evitadas caso seus pacientes não fumassem¹. Nos indivíduos que fumam 40 ou mais cigarros por dia, o risco para câncer de pulmão é o dobro daqueles que fumam 20 ou menos cigarros ao dia. Acrescido a isso, os indivíduos que começam a fumar antes dos 15 anos de idade possuem um risco quatro vezes maior para câncer de pulmão do que aqueles que iniciam o uso após os 25 anos de idade⁶. Por sua vez, o número de cigarros consumidos por dia, ou seja, o grau de exposição ao fumo influencia acentuadamente o risco de desenvolver DPOC, além de agravar quadros de asma brônquica e aumentar o número de infecções respiratórias.

Pergunte

pois a indagação obrigatória sobre a utilização de derivados do tabaco deve ser feita a qualquer paciente que procure o pneumologista. Além disso, este profissional deve indagar sobre a existência de exposição ocupacional a agentes inaláveis reconhecidamente cancerígenos, tal como o asbesto. Entre os fumantes expostos ao asbesto, o risco de câncer pulmonar eleva-se em cinco vezes quando comparado com os fumantes não expostos⁶. Caso a resposta seja negativa, também é importante perguntar sobre uma provável exposição tabagística ambiental, alertando o paciente para a piora de sua sintomatologia pulmonar caso ele permaneça exposto à fumaça do cigarro.

Aconselhe

o paciente a parar de fumar em todas as oportunidades em que ele compareça ao consultório ou à unidade de saúde. Um aconselhamento eficaz e sistematizado deve ser realizado, pois o medo de ser acometido por uma doença grave ou o risco iminente de morte são, em geral, fatores motivadores significativos para uma alteração de comportamento dos fumantes. Enfatize, nessa ocasião, os benefícios que serão adquiridos após a cessação do fumo, esclarecendo também sobre os riscos decorrentes do tabagismo¹⁸. Realize em todo paciente tabagista uma prova de função respiratória e procure usá-la no processo de conhecimento do abandono do cigarro.

Benefícios ao parar de fumar

- diminuição do risco de morte por DPOC, quando comparado aos que continuam fumando;
- melhora da tosse e diminuição da secreção pulmonar;
- redução acentuada do risco de evoluir para uma limitação respiratória grave.

Riscos decorrentes do tabagismo

- ocorrência de tosse e aparecimento de secreção pulmonar;
- episódios frequentes e graves de asma;
- infecções respiratórias recorrentes;
- decréscimo da função pulmonar;
- aumento do número de infecções respiratórias em crianças com pais fumantes.

Prepare e Acompanhe

seguindo os mesmos passos do clínico, ou seja, conscientizando cada paciente sobre a necessidade de parar de fumar. Coloque-se disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir ou para a assistência médica que seja necessária durante as fases mais críticas da abstinência.

O papel do médico especialista

Cardiologista

O tabagismo é um fator causal importante para a doença aterosclerótica e, associado à hipertensão arterial e ao aumento do colesterol, eleva em oito vezes o risco de doença coronariana¹. Essa evidência é muito significativa, já que a doença cardiovascular é a primeira causa de morte em nosso país e nela estão incluídos a cardiopatia coronariana, a doença cerebrovascular, o aneurisma da aorta abdominal e a doença vascular periférica. Nos indivíduos com menos de 65 anos de idade, o tabagismo contribui com aproximadamente 45% das mortes por doenças cardiovasculares nos homens e 40% nas mulheres. Ainda para essas, os riscos decorrentes do ato de fumar, associados ao uso de anticoncepcionais orais, contribuem para a ocorrência 10 vezes maior de cardiopatia coronariana, em relação às mulheres não-fumantes⁶.

Existe uma clara relação entre o abandono do fumo e a diminuição da morbidade e mortalidade por doença cardiovascular (DCV). Essa evidência constitui a base para sensibilizar os pacientes fumantes a diminuir o risco de DCV, através da interrupção do fumo⁶. Assim, o aconselhamento rotineiro e sistematizado realizado pelo médico cardiologista, em indivíduos de qualquer faixa etária, principalmente o adulto jovem, permite uma intervenção de cunho reconhecidamente preventivo e eficaz no aparecimento e desenvolvimento da doença cardiovascular.

O papel do médico especialista

Obstetra e Ginecologista

A partir dos anos 60, o percentual de fumantes tem diminuído em alguns países do mundo, porém o número absoluto de mulheres que fumam é muito maior do que em décadas passadas²⁰. No Brasil, aproximadamente 12 milhões de mulheres fumam, e, nas faixas etárias mais jovens — de 10 a 19 anos

—, a mulher vem fumando cada vez mais. Essa tendência é grave, pois as mulheres, além da responsabilidade biológica de gerar filhos, convivem com eles intensamente até a adolescência, fazendo-os fumantes passivos e levando-os a encarar o ato de fumar como um comportamento social aceito¹¹.

Até a metade do século XX, poucas eram as indicações na literatura científica das repercussões do tabagismo sobre o binômio mãe-filho²¹. Atualmente, é consenso que fumar durante a gravidez ocasiona maior número de abortos espontâneos, nascimentos prematuros, bebês de baixo peso, mortes fetais e de recém-nascidos, complicações com a placenta e episódios de hemorragia¹. Pesquisas realizadas no Brasil, (1981 e 1990), constataram a existência de 37% e 40,8%, respectivamente, de mulheres grávidas no início da gestação^{20,21}. Em outros países, como, por exemplo, a Escócia, levantamento semelhante apontou a prevalência de 37% de gestantes fumantes²². Nessas pesquisas observou-se que a baixa escolaridade e renda familiar aliadas ao tabagismo do companheiro e o início do fumo em idade jovem favoreciam uma maior ocorrência de gestantes fumantes no início da gravidez. Essas mulheres tinham maior dificuldade em parar de fumar e, quando conseguiam, tinham maior taxa de recaída^{21,22}.

Os obstetras e ginecologistas têm, portanto, um papel fundamental no aconselhamento de mulheres fumantes em período de gestação. Um aconselhamento apropriado acrescido de suporte e acompanhamento da gestante tem garantido taxas de cessação de até 12%.

Durante a consulta de gestantes ou mesmo no pré-natal, as mulheres precisam ser informadas dos riscos de fumar durante a gravidez e a lactação. Qualquer quantidade de cigarros é prejudicial à saúde do feto. Também os ginecologistas que fazem aconselhamento pré-nupcial devem incluir na sua consulta informações sobre o perigo do uso dos derivados do tabaco durante e após a gravidez. É importante que os futuros pais, indistintamente homens e mulheres, abandonem o tabagismo, de forma a promover uma melhor qualidade de vida para toda a família.

O papel do odontólogo

A correlação do ato de fumar cigarros, charutos e cachimbos bem como de mascar tabaco e o câncer da boca — tumores malignos dos lábios, língua, soalho, gengivas, palato duro e mole e orofaringe em geral — é muito forte. Assim, o tabagismo é um fator causal potente para o câncer de boca, principalmente se estiver associado ao alcoolismo.

Os odontólogos, portanto, exercem um papel importante na prevenção dessas patologias quando acrescentam na sua anamnese as perguntas e orientações sobre os riscos e benefícios decorrentes do tabagismo. Não somente a saúde poderá ser comprometida mas também a beleza dos dentes e a higiene bucal, que ficam prejudicados pela impregnação de nicotina — dentes amarelos e mau hálito.

A recomendação para deixar de fumar e a orientação para o exame periódico da boca, realizado pelo próprio paciente e pelo profissional, são ações fundamentais na prevenção de doenças relacionadas à área odontológica²⁸.

O papel do psicólogo

O psicólogo, como profissional de saúde, pode intervir no consultório, orientando e motivando seus pacientes fumantes a pararem de fumar.

Com relação ao tratamento do tabagismo, pode atuar em grupos ou individualmente, avaliando a dinâmica de funcionamento psicológico do fumante, visando identificar aspectos de sua personalidade (ansiedades, depressão, timidez, motivação), bem como comportamentos e atitudes que possam estar influenciando a manutenção do tabagismo, e que possibilitem uma abordagem mais eficaz.

Além disso, o psicólogo deve promover o desenvolvimento de recursos individuais que fortaleçam o fumante para lidar com a dependência física e psicológica da nicotina, e permitam ainda, que ele ultrapasse situações difíceis (frustrações, estresse, conflitos e perdas) sem voltar a fumar.

O papel do enfermeiro

Os enfermeiros são importantes veículos de conscientização, atuando como multiplicadores das ações de prevenção nos postos de trabalho, tendo em vista seu papel integrador na equipe de saúde. Tais como outros profissionais de saúde, eles têm a responsabilidade e o dever de falar, bem como de aconselhar, rotineiramente, seus pacientes a respeito dos malefícios decorrentes do uso de derivados do tabaco.

O seu contato prolongado com o paciente facilita essa abordagem.

No entanto, observa-se que é significativo o número de profissionais fumantes entre os enfermeiros. Tendo em vista as características da profissão — jornada de trabalho em regime de plantão, rodízios frequentes, responsabilidades sobre a higiene de diversos ambientes — eles atuam como disseminadores e modelos de comportamentos saudáveis, demonstrando a importância do seu engajamento nos programas de controle do tabagismo²⁹.

O papel do farmacêutico e do profissional que trabalha na farmácia comercial

Em nosso país a farmácia é um estabelecimento comercial que atende à população na compra de medicamentos, produtos de perfumaria e alimentos especiais (dietéticos). Seus proprietários, em geral, são pessoas que não têm capacitação técnica e se utilizam de profissionais farmacêuticos para assumirem a responsabilidade técnica do estabelecimento, não prestando atendimento às pessoas da comunidade. Desta forma, essa função é desempenhada por indivíduos que, na maioria das vezes, não têm formação na área de saúde ou, até mesmo, o primeiro grau como nível educacional. No entanto, são eles quem estão atrás do balcão, e é muito importante que saibam e falem sobre a prevenção de doenças. Isso porque é para esse profissional que a maioria das pessoas pede sugestões sobre o uso de medicamentos já prescritos por médicos, pergunta sobre a eficácia e dosagem dos mesmos e qual o menor preço e, até mesmo, as recomendações para seu uso.

É importante lembrar que atender os clientes fumando cigarros demonstra a adoção de comportamento pouco saudável, diferente daquele que os indivíduos trabalhando em estabelecimentos de saúde deveriam adotar. Além disso, muitos indivíduos fumantes procuram a farmácia a fim de obter orientação de como parar de fumar. É, nesse momento, que esses profissionais devem estar interessados e preocupados em contribuir para a preservação da saúde dos clientes, orientando-os sobre hábitos de vida, como, por exemplo, dieta saudável, caminhadas diárias e, principalmente, sobre os prejuízos da automedicação. A farmácia comercial deve, assim, ter, em suas instalações, cartazes e avisos sobre os malefícios que o cigarro causa, e, ainda, ter, em seu quadro de funcionários, profissionais treinados em saúde pública. Deve também, ser um ambiente livre de cigarro.

Outros profissionais e a comunidade frente ao fumante

A escola é o lugar ideal para programas de educação para a saúde, visando a uma melhor qualidade de vida. Assim, quanto mais cedo as crianças tomarem conhecimento do mal produzido pela indústria fumageira, mais distantes estaremos da aceitação social do cigarro.

O Ministério da Saúde, através do INCA/Contapp, desenvolve um programa de controle do tabagismo nas unidades escolares, com material especificamente elaborado para que os educadores abordem, de maneira adequada, o público infanto-juvenil. Grupos de profissionais de saúde devem trabalhar em conjunto com professores, preparadores físicos e pais no desenvolvimento de programas escolares de prevenção ao tabagismo. Esses programas devem incluir: informação sobre as conseqüências sociais e efeitos psicológicos a curto prazo na utilização do tabaco; informação sobre as influências sociais e afetivas provocadas pelos pais fumantes e pela mídia de cigarros; treinamento de habilidades de recusa. É importante se criar nas escolas, principalmente dentro das salas de aula, um ambiente livre de cigarros e de sua publicidade.

A comunidade, por sua vez, precisa ser alertada sobre a propaganda enganosa, onde o tabagismo é associado a boa saúde, vigor atlético, sucesso sexual, social e profissional. Para isso, os profissionais de saúde e da educação devem ajudar a diminuir a utilização do tabaco através de apoio a políticas legislativas eficazes.

Também a proibição da venda de cigarros a menores de idade deve ser pleiteada como forma de barrar a livre disseminação da dependência de nicotina. Faz-se necessário um esforço para a proibição de publicidade direta e indireta (promoção e patrocínio) do cigarro.

Relatando experiências

Algumas experiências para o controle do tabagismo têm sido realizadas em ambientes de trabalho, utilizando-se as orientações do Programa de Intervenção Individual e em Grupo desenvolvido pelo INCA/Contapp. Apresentamos, a seguir, algumas delas, bem como relato individual de cessação de fumar por autodecisão, além de estudo conduzido por médico cardiologista utilizando os adesivos transdérmicos de nicotina.

Uma experiência bem-sucedida no ambiente de trabalho

De 1994 a 1996, a Light Serviços de Eletricidade S.A., do Rio de Janeiro, teve uma equipe, composta por um médico pneumologista e dois psicólogos, que desenvolveu um Programa de Controle do Tabagismo na empresa.

Através de uma palestra sobre os males do fumo, realizada durante a *1ª Semana de Saúde da Light*, a empresa iniciou as ações de controle do tabagismo em agosto de 1994. Naquele momento, foi avaliado o perfil do trabalhador fumante e cadastrados os interessados em parar de fumar.

No mês de novembro do mesmo ano foi fundado o Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista (GATT) e iniciadas as reuniões do Programa de Intervenção em Grupo, com encontros semanais de uma hora e meia cada, totalizando quatro sessões, e posterior acompanhamento nas duas quinzenas seguintes. Paralelamente, foi criada uma reunião mensal de apoio, sempre na última semana do mês, aberta a todos os participantes dos grupos e demais interessados no tema.

O passo seguinte foi livrar o Departamento Médico da Light da presença de cigarros. Cinzeiros foram retirados, e cartazes educativos e incentivadores do abandono do fumo, afixados.

No ano seguinte, a empresa realizou campanha de controle do tabagismo (“Preserve o Meio e o Ambiente”) para o dia 31 de maio — Dia Mundial Sem Tabaco —, afixando cartazes e enviando correspondência a todos os funcionários, esclarecendo os malefícios do fumo, chamando atenção para doenças provocadas nos fumantes passivos. Após essa campanha, observou-se um aumento no número de pessoas interessadas em participar do GATT.

Em 29 de agosto, comemorando o Dia Nacional de Combate ao Fumo, os funcionários receberam panfletos, assistiram a vídeos educativos e responderam a um questionário para exprimirem sua opinião acerca da idéia de delimitar uma área de fumantes dentro da empresa. Dentre os empregados que responderam à pesquisa, 90% gostariam que a empresa proibisse o fumo em locais fechados, e 616 trabalhadores pediram ajuda ao GATT para deixar de fumar.

Em setembro, foi realizada a *2ª Semana de Saúde da Light*, durante a qual foram ministradas palestras sobre os efeitos nocivos do tabaco sobre a saúde e divulgados os resultados dos Grupos de Apoio. Foi montado um estande do GATT onde havia literatura e cartazes educativos. Na oportunidade, participantes do GATT, voluntariamente, ajudaram a equipe no estande.

O Programa de Intervenção em Grupo atingiu 112 funcionários. O seguimento de 78 pacientes por 18 meses mostrou que 46% deles permaneceram abastêmios. Retiramos desse grupo o depoimento de um participante.

A importância do ambiente de trabalho e dos estímulos externos para deixar de fumar na opção de Georgete.

Georgete, auxiliar de enfermagem da Light, participou do GATT convidada pelo Dr. Ricardo, pneumologista da Light.

“Fui contra a minha vontade, mas concordei. Durante o trabalho percebi que o grupo era coisa séria e parei. Tive dificuldade em manter a abstinência, porque sofri um acidente e fiquei de cama. Voltei a fumar com mais intensidade. Passaram-se quarenta e cinco dias e retornei ao trabalho. E comecei a minha fuga: escondia-me do Dr. Ricardo, para ele não saber que eu estava fumando. Tempos depois, encontrei uma colega que tinha muita dificuldade em deixar de fumar e que, por isso, era tratada pelo grupo como se fosse um bebê que precisava de ajuda. Qual foi a minha surpresa quando perguntei: Você está fumando? E ela disse que não. Eu, então, fiquei satisfeita e perguntei a mim mesma: se ela pode parar, por que eu não posso? Aí, comecei a trabalhar sozinha, lembrando o que aprendi no GATT, fazendo os exercícios e, na maioria das vezes, eu via passar na televisão o aviso do Ministério da Saúde. Tudo isso mexia comigo intensamente. Fui diminuindo a quantidade de cigarros e, um dia, perdi o maço de cigarros. Aí tentei enganar a mim mesma: se o maço de cigarros sumiu, eu compraria outro maço, jogaria fora alguns cigarros e continuaria reduzindo meu consumo até o final daquele. Mas não cheguei a usar este maço porque vi na televisão, outra vez, aquela mensagem, e eu, então, resolvi não mais fumar. Estou desde setembro de 1995 sem fumar.”

O exemplo da abordagem em uma Unidade Básica de Saúde

Com o objetivo de controlar a utilização de cigarros em suas dependências, tanto por profissionais como pela clientela, a Unidade Auxiliar de Cuidados Primários de Saúde Albert Sabin, situada no município do Rio de Janeiro — favela da Rocinha —, iniciou, em 1995, um programa de controle do tabagismo em suas dependências.

Esse programa teve como prioridade sensibilizar o profissional de saúde a não fumar durante o seu horário de trabalho, já que ele é modelo de comportamento para a clientela, e levá-lo a perceber o tema tabagismo como um problema de saúde pública.

Um censo dos funcionários realizado em julho de 1995 permitiu traçar o perfil do tabagismo na Unidade, apontando 33% de prevalência de fumantes. Destes, 80% estavam interessados em abandonar a dependência de nicotina, e 100% estavam conscientes dos malefícios causados pelo fumo. Após a pesquisa, foram realizadas reuniões de grupo para a análise dos resultados, e, a partir da decisão conjunta, foi proibido fumar nas partes internas da Unidade e criada uma área específica, externa, para os que desejassem fumar.

Essa medida levou a uma diminuição considerável do consumo de cigarros entre os funcionários fumantes e ao abandono da dependência de nicotina por um dos profissionais, além de controlar integralmente a poluição ambiental tabagística.

Atualmente, está sendo desenvolvido um programa de incentivo e apoio ao processo de cessação de fumar, com o engajamento de toda a equipe de saúde e aberto aos profissionais e membros da comunidade. A divulgação do trabalho é feita através de conversa informal, distribuição de folhetos sobre tabagismo na sala de espera, propaganda no jornal da comunidade e através da colocação de cartazes no interior da Unidade.

O aconselhamento médico para o abandono da dependência foi incluído na rotina das consultas ambulatoriais e tem sido importante para a captação da clientela que participa dos grupos de apoio. O Programa de Intervenção em Grupo orientado pelo INCA/Contapp foi aplicado em 16 pessoas inscritas, das quais 11 assistiram integralmente às quatro sessões, e cinco (31,5%) abandonaram a dependência e permanecem abstinêncios há 12 meses.

Como o Dr. Edilberto ajudou Marisa a deixar de fumar

Marisa Telo, repórter, Sorocaba (SP), dá seu depoimento de como deixou de fumar após aconselhamento médico.

“Como gestante, parei de fumar. Eu me lembro da primeira coisa que o meu ginecologista disse quando reagi à notícia de gravidez.

Eu tinha 23 anos e uma insegurança imensa: solteira, jovem, estudante, bonita. Quando, pasma, virei para o Dr. Edilberto com uns olhos enormes de medo e perguntei: E agora?

Ele só teve uma resposta. Com a maior naturalidade desse mundo, disse apenas uma frase: Agora é o pré-natal.

Depois, mesmo diante da figura mais pálida e desconcertada deste mundo (que era eu), ele continuou explicando que o pré-natal era uma maneira eficiente de garantir o meu bem-estar e o do meu bebê até que ele nascesse.

Quis chorar, gritar, sair correndo. A primeira coisa que fiz quando saí dali foi acender um cigarro: fumava desde os 14 anos de idade, e o cigarro era um amigo e tanto naquelas horas.

Quando voltei ao consultório, algumas semanas depois para o tal pré-natal, o Dr. Edilberto me alertou para os males do cigarro. Falou um tempão e me fez prometer que eu largaria o mau hábito.

Bem que tentei, mas o máximo que consegui foi reduzir de um maço para um cigarro por dia, que eu dividia com minha colega de quarto.

Aí chegou o dia de ouvir o coração do meu bebê. Meu namorado não quis ir junto, mas eu curti a emoção sozinha. Aquilo mais parecia um cavalo desembestado, tão rápido batia. O doutor disse que era sadio aquele batimento, mas que o meu cigarro podia causar problemas.

Às vezes ele era duro nas colocações, como um pai bem bravo, mas hoje eu entendo que aquilo tudo era carinho. Reduzi ainda mais o cigarro, limitando a algumas tragadas ocasionais do cigarro da amiga de quarto.

Aí veio o casamento, mais ansiedade, medo de tudo dar errado. A barriga já apontava, o namorado estava começando a perceber que eu estava MESMO grávida.

O milagre aconteceu foi na sala do ultra-som. Com toda a minha imaginação e prestando muita atenção nas explicações do médico, eu e meu marido acompanhávamos as cambalhotas do traquinas: era um menininho perfeito.

Perfeito era o pulmão, garantia o doutor. Perfeito o cérebro. Perfeito o coração. Ele apontava os órgãos vitais todas as vezes que eu ia ao consultório para as visitas regulares. Dava um destaque danado prá aquele bichinho que nadava dentro de mim. Meu marido ria o tempo todo atrás da tela.

E eu parei de fumar. Por amor àquele bichinho que me deu um susto danado, eu parei de fumar.

Como é que pode... uma miniatura de gente que nem fala, fazer um adulto largar um vício tão difícil e a cada dia mais comum entre as pessoas?

Não. Não foi aquela coisinha tão indefesa que fez com que eu largasse o cigarro. Foi o amor por ele. Com a ajuda do meu ginecologista no papel importante do pré-natal, eu nunca mais comprei um maço de cigarros.

Hoje somos uma família de dar inveja: o Ariel (que significa "o leão de Deus") é a coisa mais alegre que existe em casa. Só teve um resfriado em um ano de vida, que nem febre deu. "Às vezes que ele teve febre, foi em reação a vacinas, febre quase imperceptível. Aliás, a carteira de vacinação do Ariel está sempre em dia.

Ralho e ralho feio quando alguém chega fumando perto dele, com um argumento convincente: na Inglaterra se comprovou que, com uma brilhante campanha visando a se ter o cigarro longe das crianças, a mortalidade infantil caiu em um terço! Um terço!"

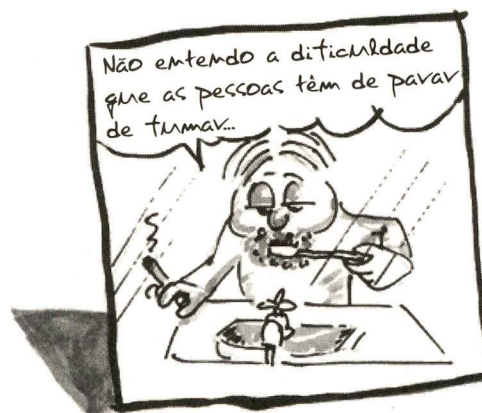
"Meu filho respira bem, obrigada!"

A experiência ambulatorial do uso isolado do adesivo transdérmico de nicotina

Como o objetivo de avaliar a eficácia da abordagem médico-terapêutica do tabagismo com a prescrição de substitutos transdérmicos de nicotina, foi conduzido um estudo clínico pelo INCOR.

Durante o estudo, 100 pacientes (50 homens e 50 mulheres, na faixa etária de 23 a 80 anos) foram submetidos ao tratamento ambulatorial que consistiu de consulta médica, aplicação do teste de Fagerström para determinação do grau de dependência física de nicotina, dosagem da concentração de monóxido de carbono do ar expirado e orientações gerais quanto à necessidade de abstinência completa do fumo desde o início do tratamento.

Os adesivos de nicotina foram prescritos em função do grau de dependência física, variando entre as concentrações de 7, 14 ou 21 mg/dia de nicotina, e aplicados durante um período mínimo de tratamento de oito semanas e, no máximo, 12 semanas, com um



total de três a quatro visitas médicas. Os pacientes foram reavaliados um ano após o início do tratamento, com confirmação da abstinência ao fumo pela concentração de monóxido de carbono do ar expirado. Foram analisados, também, sexo, idade, número de cigarros consumidos por dia, peso, prescrição de ansiolíticos e presença de patologias relacionadas ao tabagismo.

Foram considerados sucesso de tratamento os pacientes que, ao final de um ano, estavam abstêmios ao fumo, e, fracasso, aqueles em que houve abandono após a primeira consulta e recaída precoce (período entre a oitava a 12ª semana) ou recaída tardia (após a 12ª semana).

Entre os 100 pacientes que iniciaram o tratamento, 41 pararam de fumar, 20 abandonaram o tratamento, 39 tiveram recaída, sendo 32 precoces e 7 tardias. Dos fatores analisados, o sexo masculino e a maior faixa etária foram preditores de sucesso ($p = 0,008$ e $p = 0,02$). A eficácia de 41% observada no estudo foi comparável aos melhores resultados obtidos por tratamentos multidisciplinares, e a abordagem do tabagismo pelo cardiologista passa a ser uma intervenção valiosa na prevenção das doenças cardiovasculares.

A experiência ambulatorial através de grupos de ajuda e o uso de nicotina transdérmica

O PREV-FUMO, Núcleo de Apoio à Prevenção e Cessação do Fumar, surgiu com a Equipe de Reabilitação Pulmonar, da Disciplina de Pneumologia da Universidade Federal de São Paulo, no segundo semestre de 1993. Ele atende a servidores, alunos, pacientes de ambulatório e pessoas da comunidade.

Os pacientes fumantes com DPOC, candidatos a reabilitação pulmonar, precisavam deixar de fumar para ingressar no programa estabelecido. Formou-se, então, uma equipe com médicos pneumologistas e enfermeiros com o objetivo de ajudar as pessoas que queriam deixar de fumar. Um pouco mais tarde, houve adesão à equipe de um médico psiquiatra e de uma médica do Departamento de Medicina Preventiva.

A equipe foi-se organizando e as atividades desenvolvidas durante os grupos de apoio à cessação de fumar foram sistematizadas, seguindo um mesmo protocolo há três anos consecutivos e dirigidas por duas enfermeiras com supervisão do médico psiquiatra.

O programa associa a reposição de nicotina por via transdérmica ao grupo de ajuda mútua. Os candidatos passam por uma entrevista e são encaminhados, após alguns dias, para iniciar o programa e participar de cinco reuniões.

O PREV-FUMO fez uma avaliação parcial com os 62 fumantes que participaram das cinco reuniões dos grupos de apoio durante os anos de 1994 e 1995. Destes, 44 (71%) conseguiram parar de fumar e 18 (29%) não conseguiram. Posteriormente, foram enviados questionários aos 44 indivíduos que haviam deixado de fumar, com o objetivo de saber o número de recaídas, quando isso ocorreu e o motivo principal referido pelo fumante.

Obteve-se o seguinte resultado: 25 (40,3%) não voltaram a fumar; 16 (25,8%) voltaram a fumar e 3 (4,8%) não foram localizados.

A maioria das pessoas voltou a fumar entre o terceiro e o sexto mês, após haver parado. As razões citadas como motivadoras da recaída foram: aparecimento de situações estressantes fora da rotina e a convivência com fumantes.

Observou-se que 18 (29%) das pessoas concluíram o programa, porém não pararam de fumar, e 16 (25,8%) recaíram, 34 pessoas (54,8%) não alcançaram o objetivo de deixar de fumar, e 25 (40,3%) mantiveram-se abstêmias.

Esses dados podem ser considerados positivos, quando comparados a estudos americanos, que apresentam em torno de 30% de sucesso, em programas semelhantes com experiência de mais de uma década.

Deve-se ainda levar em consideração o fato de que o indivíduo participante do programa que não parou de fumar encontra-se mais orientado, estimulado para deixar de fumar, isso dependendo apenas de sua motivação pessoal.

Bibliografia

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp). *Falando Sobre Tabagismo*, 2ª ed., Rio de Janeiro (RJ), 1996.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Análise técnica dos resultados laboratoriais das dosagens de substâncias contidas em cinco marcas de cigarros comercializados no Brasil*. Rio de Janeiro, 1996 (ainda não publicado).
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp). *Bases para a Implantação de um Programa de Controle do Tabagismo*. Brasília, 1991.
4. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Review and Evaluation of Smoking Cessation Methods: The United States and Canada, 1978-1985*. NIH Publication n° 87-2940. Washington, DC, USA, 1987.
5. ROSEMBERG, J. *Tabagismo, sério problema de saúde pública*. 2ª ed. São Paulo. Almed, 1987.
6. FIORE, M.C. *Clínicas Médicas da América do Norte*. Rio de Janeiro: Interlivros Edições Ltda., tradução e adaptação do v. 76, n. 2, 1992.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Departamento de Programas de Saúde, Coordenação de Saúde Mental. *Normas e procedimentos na abordagem do abuso de drogas*. Brasília, 1991.
8. BUCHER, R. *Drogas. O que é preciso saber para prevenir*. 4. ed. São Paulo: Governo de São Paulo, 1994.
9. CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS — CEBRID — Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina — Projeto Nordeste. *O que são drogas psicotrópicas*, São Paulo.
10. SCHUCKIT, M. *Abuso de álcool e drogas*. Artes Médicas. Porto Alegre, 1991.

11. ORLEANS, C. T. e SLADE, J. *Nicotine Addiction: Principles and Management*. Oxford University Press, Inc. 1993.
12. ROSEMBERG, J. *Nicotina*. Monografia patrocinada pelos Laboratórios Biosintética Ltda., 1996.
13. FELLEBERG, G. *Introdução aos problemas da poluição ambiental*. EPU — Springer - Edusp, São Paulo, 1980.
14. GLANTZ, S. A. *Tobacco, Biology & Politics*. Health Edco, A Division of Wrs Group, Inc., 1992.
15. BENOWITZ, N. L. e HENNINGFIELD, J. E. "Establishing a nicotine threshold for addiction. The implications for tobacco regulation." *The New England Journal of Medicine*, v. 331, n. 2, p. 123-125, July, 1994.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco). *Métodos para se deixar de fumar*. 2ª ed., Rio de Janeiro, 1992.
17. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, Public Health Service, National Institutes of Health. *Clinical Opportunities for Smoking Intervention. A Guide for the Busy Physician*. NIH Publication n° 89-2178, 1989.
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Departamento de Programas de Saúde, Coordenação de Saúde Mental. *Pesquisa de Opinião Pública Sobre a Percepção dos Jovens em Relação ao Consumo de Drogas*. Brasília, 1994.
19. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, Public Health Service, National Institutes of Health. *How to Help Your Patients Stop Smoking. A National Cancer Institute Manual for Physicians*. NIH Publication 90-3064, March 1989.
20. HALAL, I. S.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. "Determinantes do hábito de fumar e de seu abandono durante a gestação em localidade urbana na região sul do Brasil." *Revista de Saúde Pública*, 27(2):105-12, 1993.
21. GROSS, R.; MAUAD FILHO, F.; RUFFINO NETTO, A. e cols. "Tabagismo e gravidez. Prevalência do hábito de fumar entre gestantes." *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 29, n.1-2, jan/fev, 1983.
22. HEALTH EDUCATION BOARD FOR SCOTLAND. *Smoking giving up during pregnancy. A guide for health professionals to support pregnant women to stop smoking*. SM/GI/PR/94/4/ABC/2, 1994.
23. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, Public Health Service, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. *Nurses: Help Your Patients Stop Smoking*. NIH Publication 92-2962, January, 1993.
24. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, Public Health Service, National Institutes of Health. *Smoking and Tobacco Control Program National Cancer Institute. Self-Guided Strategies for Smoking Cessation. A Program Planner's Guide*. NIH Publication n° 91-3104, December, 1990.
25. MARLATT, G. A. *Prevenção de recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.
26. KNAPP, P. e BERTOLOTE, J. M. *Prevenção da Recaída. Um manual para pessoas com problemas pelo uso de álcool e de drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

27. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Public Health Service, Centers for Disease Control, Center of Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health. *The Health consequences of smoking. Nicotine Addiction, A report of the surgeon general.* DHHS Publication n° (CDC) 88-8406, May, 1988.
28. MINISTÉRIO DA SAÚDE / INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER. *Manual de Detecção de Lesões Suspeitas - Câncer de Boca*, 1996.
29. MINISTÉRIO DA SAÚDE / INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER. *Ações de Enfermagem Para o Controle do Câncer*, 1995.
30. DAWBER, T.R.; G.F. MEADORS; F.E. MOORE, Jr. *Epidemiologic Approaches to Heart Disease: The Framingham Study*, 1951.
31. CAVALCANTE, T. M.; MEIRELLES, R. H. S.; FIGUEIREDO, V. C.; LOZANA, J. A.; COSTA e SILVA, V. L. *Pesquisa Saúde e Estilo de Vida dos funcionários do Instituto Nacional de Câncer.* Dados preliminares, fevereiro, 1997.
32. K.O., HEATHERTON, T.F., KOZLOWSKI, L.T. "Nicotine addiction and its assessment." *Ear Nose Throat J* 69 (11): 763-767, 1992.
33. FEITOSA, T.M.P. *Tabagismo e Ambientes de Trabalho.* Tese de Mestrado em preparação, março, 1997.
34. COSTA e SILVA, V. L. "Como ajudar um fumante: uma avaliação da nossa realidade" - *J. Pneumologia.* n° 15, p. 205-210, dezembro 1989.

Anexos

Anexos

Avaliação do grau de dependência à nicotina - teste de Fagerström

Anexo 1

1 - Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro? _____ ()

Dentro de 5 minutos = 3

Entre 6-30 minutos = 2

Entre 31-60 minutos = 1

Após 60 minutos = 0

2 - Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, ônibus etc.? _____ ()

Sim = 1

Não = 0

3 - Qual cigarro do dia traz mais satisfação? _____ ()

O primeiro da manhã = 1

Outros = 0

4 - Quantos cigarros você fuma por dia? _____ ()

Menos de 10 = 0

De 11 a 20 = 1

De 21 a 30 = 2

Mais de 31 = 3

5 - Você fuma mais frequentemente pela manhã? _____ ()

Sim = 1

Não = 0

6 - Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo? _____ ()

Sim = 1

Não = 0

Conclusão sobre o grau de dependência:

0 - 2 pontos = *muito baixo*

3 - 4 pontos = *baixo*

5 pontos = *médio*

6 - 7 pontos = *elevado*

8 - 10 pontos = *muito elevado*

Uma soma acima de 6 pontos indica que, provavelmente, o paciente sentirá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar.

Estágio de motivação (assinale com um X)

Pré-contemplação: não interessado em parar _____ ()

Contemplação: pensando em parar, sem data estipulada _____ ()

Ação: pronto a parar _____ ()

Manutenção — abstinência há: até 1 mês () entre 2 e 6 meses () entre 7 e 12 meses ()

Roteiro para a abordagem individual

Anexo 2

1) Pergunte

- a todo paciente se ele fuma
- colha a história tabagística
- avalie o grau de motivação e dependência
- anote os dados com destaque no prontuário

2) Aconselhe

- todo fumante a deixar de fumar
- mostre a importância de parar imediatamente
- identifique o estágio de mudança de comportamento
- personalize a mensagem de acordo com a afirmação clínica atual
- relate os benefícios em parar de fumar
- alerte-o sobre a possível síndrome de abstinência

3) Prepare

Ação

- marque uma data imediatamente
- auxilie a realizar um plano de ação
- forneça material de auto-ajuda
- estimule-o a adotar hábitos saudáveis
- ofereça apoio e acompanhamento

Contemplação

- estimule-o a marcar uma data de 30 dias
- analise junto os motivos que o levam a fumar
- certifique-se de que ele está bem informado
- forneça material de auto-ajuda
- volte a tocar no assunto nas próximas consultas até que o fumante esteja pronto a parar
- ofereça apoio e acompanhamento

Pré-Contemplação

- estimule-o a pensar sobre o assunto
- forneça materiais sobre tabagismo
- mantenha sua confiança
- toque sempre no assunto nas consultas de retorno

4) Acompanhe

- marque consultas de retorno após parar de fumar (1º, 2º, 4º semanas; 2º, 3º, 6º mês; 12º mês)
- converse sobre as possíveis dificuldades vivenciadas e ofereça alternativas para superá-las
- parabeneze-o em cada consulta em que continuar sem fumar
- se houver recaída, analise as causas e circunstâncias e estimule-o a tentar de novo com seu apoio

Boas razões para se deixar de fumar

Anexo 3

Para os adolescentes

- Mau hálito
- Vestes e cabelos impregnados pelo odor do fumo
- Dentes escuros
- Dores de garganta
- Tosse
- Infecções respiratórias freqüentes
- Falta de ar
- Mau desempenho nas atividades esportivas
- Despesas com cigarros
- Perda da independência—“ser controlado pelo cigarro”

Para as mulheres grávidas

- Risco aumentado de aborto espontâneo e morte fetal
- Risco aumentado de imaturidade pulmonar do feto
- Risco aumentado de recém-nascido com baixo peso ao nascer

Para os pais

- Bronquite, alergias e infecções respiratórias mais freqüentes entre as crianças dos pais fumantes
- Mau exemplo para os filhos

Para os adultos assintomáticos

- Risco duplicado de doença cardíaca
- Seis vezes maior o risco de enfisema pulmonar
- Dez vezes maior o risco de câncer de pulmão
- Esperança de vida encurtada de cinco a oito anos
- Despesas aumentadas com cigarros
- Despesas aumentadas com tratamento de doenças
- Respiração difícil
- “Hábito” socialmente inadequado, por causar doenças naqueles que não fumam
- Envelhecimento precoce, com aparecimento de rugas
- Dentes e pontas de dedos escuros

Para os adultos sintomáticos

- Infecções das vias aéreas superiores e inferiores
- Tosse
- Dor de garganta
- Doenças nas gengivas
- Dispnéia (falta de ar)
- Úlceras do trato digestivo
- Angina (dor no peito)
- Claudicação
- Osteoporose
- Esofagite
- Impotência sexual
- Redução do desempenho nas atividades físicas

Para os fumantes recentes

- Mais fácil parar agora
- Menos riscos de adoecer

Para qualquer fumante

- Garantia de que outros não sejam afetados pelos males da sua fumaça
- Economia de dinheiro
- Melhora da resistência física para exercícios
- Melhora da qualidade de vida
- Sensação de bem-estar e certeza de ter conquistado algo importante para si (elevação da auto-estima)

Dicas para resistir ao desejo de fumar

Anexo 4

Ao sentir...

■ Ansiedade

Respire profundamente; evite tomar café; mude os afazeres do momento; pense em situações prazerosas.

■ Irritação

Ande; respire fundo; faça alguma coisa diferente da que está fazendo naquele momento.

■ Insônia

Tome um copo de leite quente; leia um pouco; pense em coisas relaxantes.

■ Perda de concentração e cansaço

Caminhe um pouco; faça alguma coisa diferente; procure descansar.

■ Dor de cabeça

Relaxe; procure entender que isto faz parte da síndrome de abstinência e que passará logo; tome algum remédio para dor de cabeça se for muito necessário.

■ Tosse

Tome água ou sucos naturais.

■ Fome

Coma alimentos de baixas calorias; beba água gelada; faça refeições balanceadas.

Em sua rotina diária, acostume-se a...

- evitar café; caso o faça, utilize locais diferentes dos quais está acostumado;
- escovar os dentes imediatamente após as refeições;
- evitar a ociosidade; tenha sempre à mão algum passatempo como um livro, um filme, ou faça caminhadas etc.;
- beber água ou suco nas reuniões demoradas;
- encontrar os amigos em bares e restaurantes sem utilizar cigarros ou outros produtos derivados do tabaco; tente antecipar o que vai pedir; exclua o cigarro de sua mente; distraia-se, conversando ou olhando para detalhes do ambiente;
- renovar seus propósitos em não fumar, lembrando-se das vantagens em ser um não-fumante (dentes mais brancos, bom hálito, manutenção da saúde, melhoria da qualidade de vida etc.);
- recusar cigarros ofertados por amigos; acostume-se a dizer que você é um ex-fumante e que não tem razões para desistir; peça para que o(a) amigo(a) o ajude, respeitando sua decisão em não fumar;
- dar telefonemas longos fazendo desenhos, rabiscando frases etc., para não sentir desejo de fumar;
- ver televisão sentado numa poltrona diferente da qual está acostumado;
- ficar sempre ocupado quando estiver sozinho em casa, arrumando a bagunça, lavando o carro etc.;
- ligar o rádio em música agradável, quando sozinho no carro;
- respirar profundamente, pelo menos dez vezes, expandindo o abdome, quando em situações de estresse; ao final, você terá encontrado uma saída sensata para a situação;
- relaxar e imaginar lugares e situações prazerosas ou os benefícios à saúde em estar sem fumar; imaginar, também, as doenças ou os pulmões enegrecidos, gerados pelo ato de fumar, ajudam a bloquear o desejo por cigarros.

Revisão das ações para intervenção no tabagismo

Anexo 5

Sala de espera

Crie um ambiente isento de fumo:

- Exiba cartazes de “Proibido Fumar”
- Retire cinzeiros
- Combine com toda a equipe de saúde a proibição de fumar no ambiente médico

Crie oportunidades para que seu paciente peça ajuda para largar o cigarro:

- Inclua folhetos sobre o abandono do tabagismo entre os materiais de leitura da sala de espera
- Utilize filmes educativos, em vídeo

Anamnese

Incorpore perguntas sobre tabagismo, quais sejam:

- Número diário de cigarros
- Número de anos fumando
- Tentativas anteriores de abandono: tempo de abstinência, problemas enfrentados

Pergunte sobre sintomas relacionados ao tabagismo, como:

- Tosse
- Produção de catarro
- Dificuldade respiratória
- Infecções respiratórias recorrentes

Reveja histórico familiar de doenças relacionadas ao fumo, tais como:

- Doenças cardíacas coronarianas
- Doença pulmonar obstrutiva crônica
- Câncer

Exame físico

Transforme o exame físico em intervenção:

- Dê mais ênfase ao exame do sistema cardiovascular e dos pulmões
- Mensure a pressão arterial
- Explique a relação entre tabagismo e esses sistemas
- Relacione sintomas detectados, como tosse e menor capacidade respiratória, ao tabagismo
- Discuta os benefícios físicos, a curto e longo prazo, em parar de fumar

Exames laboratoriais

Utilize exames laboratoriais para individualizar a mensagem, por exemplo:

- Determinação de colesterol e glicose séricos
- Realização de hemograma completo

Diagnóstico/plano de tratamento

Incorpore o abandono do tabagismo ao plano de tratamento

- quando um paciente tem diagnóstico de doenças relacionadas ao tabaco ou sua doença é exacerbada pelo fumo; enfatize a importância do abandono do tabagismo para o tratamento da doença
- quando receitar alguma droga que possa interagir com o fumo; informe o paciente sobre essas interações
- aproveitando os retornos para reforçar a importância em parar de fumar e para controlar o progresso do paciente que está largando o cigarro

Oriente em relação à síndrome de abstinência da nicotina. Nas primeiras 24 horas, podem ocorrer:

- Desejo intenso por cigarros
- Irritabilidade
- Ansiedade
- Dificuldade de concentração
- Inquietação
- Insônia
- Cefaléia
- Tontura
- Distúrbios gastrintestinais

Os pacientes precisam saber que:

- Os sintomas físicos da abstinência são passageiros, durando de uma a duas semanas
- Eles terão o seu apoio nesse período difícil
- Mesmo superando os sintomas da abstinência, ex-fumantes podem continuar sentindo desejo em fumar, devido à dependência psicológica
- Qualquer que seja o tratamento escolhido, ele terá apoio permanente
- Recaídas acontecem e não devem ser tomadas como fracasso total
- Algumas pessoas só deixam de fumar após sete tentativas ou mais

Perguntas

Anexo 6

Perguntas (história tabagística)

- a) "Você fuma?" ou "Você continua fumando?"
- b) "Há quanto tempo?" ou "Com que idade começou?"
- c) "Quantos cigarros por dia você fuma em média?"
- d) "Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?"
- e) "Você está interessado em parar de fumar antes?"
- f) "Você já tentou parar de fumar antes?"
Caso afirmativo:
"O que aconteceu?"

Perguntas a serem feitas se houver recaída

- a) O que aconteceu?
- b) O que estava fazendo nesta hora?
- c) Como se sentiu ao fumar seu 1^o cigarro?
- d) Você já pensou em nova data para parar de fumar?

Ajudando
seu paciente
a deixar de fumar

Ministério
da
Saúde



616.8506
B82a
1997
MEMOEC