COMO AJUDAR SEU PACIENTE A PARAR DE FUMAR

Ronaldo Laranjeira
Maria Tereza Cruz Lourenço
Helena B. Samaia

INTRODUÇÃO

Atualmente estima-se que 50% da população americana nunca fumou enquanto 25% são fumantes e 25% são ex-fumantes. O custo social do fumo é altíssimo; 3 milhões de pessoas morrem por ano no mundo devido ao cigarro. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), se a tendência atual permanecer a mesma, no ano 2020 morrerão no mundo dez milhões de pessoas por ano. O fumo corresponde a 20% das mortes nos EUA e representa hoje a primeira causa de mortalidade que poderia ser prevenida, correspondendo a 450 mil mortes por ano. A dieta é a segunda causa com 14% das mortes e o abuso de álcool a terceira com 5%. No Brasil temos muito poucos danos registrando o custo social dessa dependência, mas aproximadamente 35% dos homens são fumantes.

O papel do clínico em relação ao tabagismo é por demais importante. A Associação Médica Americana está no momento treinando cerca de cem mil médicos para identificar e aconselhar os pacientes com problemas relacionados ao álcool e ao fumo. No Reino Unido, onde os clínicos gerais têm um contrato formal com o governo sobre as suas funções, faz parte desse contrato perguntar e orientar sobre álcool e fumo todos os pacientes que comparecem à consulta. Essas ações foram conseqüências de inúmeras pesquisas que mostraram a eficácia de intervenções breves com fumantes feitas pelo clínico. Assim fica claro que o fumo não é um problema só da esfera do especialista, mas é um problema de saúde pública a que todos os clínicos deveriam estar atentos e com formação e informação para orientar seus pacientes de uma forma simples e objetiva no seu dia-a-dia.

Apesar da importância do fumo na clínica, existe uma grande relutância dos médicos em aconselharem seus pacientes a pararem de fumar. Existem evidências de que basta de três a cinco minutos de aconselhamento direto sobre o fumo para que 8% dos pacientes parem de fumar. Muito embora esse número aparentemente seja pequeno, quando traduzido para as milhões de consultas feitas a cada ano, podemos ter idéia do real impacto em termos de saúde pública. Alguns conceitos descritos a seguir são importantes para que o clínico possa sentir-se confortável em aconselhar os pacientes a pararem de fumar.

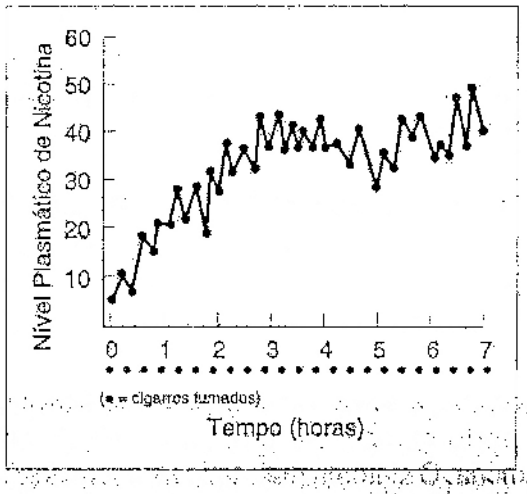
DEPENDÊNCIA DA NICOTINA

Dependência é um comportamento de má adaptação à determinada substância, levando a problemas clínicos importantes, associado à dificuldade de controle do uso, apresentação de sintomas de abstinência com a falta ou a diminuição da droga e tolerância aos seus efeitos. Nas classificações atuais fica claro que a droga

não tem que governar a vida de uma pessoa para ela ser chamada de dependente, como também que dependência representa um *continuum* em intensidade, ou seja, um indivíduo pode ser mais ou menos dependente e não apenas ser ou não dependente.

A tabela abaixo exemplifica alguns dos critérios de dependência para a nicotina. Mostra que as manifestações de dependência da nicotina são semelhantes a todas as outras drogas. A grande diferença é que a nicotina não produz manifestações psíquicas com o seu uso. Por exemplo, não se fica agressivo ou eufórico com a nicotina, mas o padrão de consumo dos fumantes é típico de uma droga que produz dependência.

A nicotina é rapidamente absorvida pelos pulmões e mucosa oral, passa para a corrente sangüínea e está à disposição no cérebro em 7-9 segundos. Sua meia-vida é de duas horas. O padrão de consumo da nicotina é um modelo de dependência de uma droga, como mostra a figura 1, onde o consumo do cigarro para aliviar os sintomas de abstinência que ocorrem ao longo do dia é muito claro. O fumante acorda pela manhã, quando apresenta sintomas de abstinência (dificuldade de concentração, ansiedade e vontade de fumar), e começa a fumar na primeira hora do dia. Cerca de 80% dos fumantes fumam nesse período. Durante o dia acabam fumando um cigarro a cada hora. É por isso que 90% dos fumantes consomem pelo menos 14 cigarros por dia.



Adaptada de Russel and Feyerabend, 1978

Figura 1 - Abstinência da nicotina.

Principais sintomas de dependência da nicotina

Tolerância – A necessidade de quantidades cada vez maiores de uma droga para se obter os mesmos efeitos anteriores.	A maioria dos fumantes começa com alguns cigarros por dia e faz uma escalada até chegar a 20 cigarros por dia.
Abstinência – Presença de sintomas de abstinência característicos da falta de nicotina.	O padrão típico de um fumante é acender o primeiro cigarro na primeira hora após o despertar. Isso se deve ao fato de os níveis de nicotina plasmático estarem próximos a zero e o fumante sente alguns sintomas de abstinência como: menor concentração e atenção, ansiedade, vontade de fumar. Após o primeiro cigarro do dia, ele continuará fumando cerca de um cigarro por hora para manter o nível plasmático de nicotina (Figura 1).
A droga é usada em quantidades maiores ou por um tempo maior do que o desejado.	A maioria dos fumantes (80%) deseja parar de fumar, mas tem dificuldades em parar.
O uso da droga se mantém, independente do conhecimento do dano físico ou psicológico advindo dele.	A maioria dos fumantes já teve ou tem algum problema físico relacionado ao cigarro e apesar disso continua a fumar.

ABSTINÊNCIA DA NICOTINA

Muitos fumantes tentam parar de fumar sozinhos, porém a maioria não consegue por apresentar sintomas de abstinência e não saber reconhecê-los como tal. Na realidade não são todos os fumantes que apresentam sintomas de abstinência; 70% apresentam algum desconforto relacionado com abstinência após a interrupção do cigarro. Os sintomas normalmente aparecem horas após a parada do fumar e podem durar até um mês (alguns autores relatam duração de até oito semanas), sendo o pico de sua duração as duas primeiras semanas. O paciente apresenta ansiedade, fica inquieto, irritado, mais agressivo, deprimido, refere diminuição da concentração e atenção e aumento do apetite. Pode-se observar alterações do EEG, diminuição dos batimentos cardíacos e PA, vasodilatação periférica, alterações do sono, aumento do peso e diminuição da performance em provas de vigilância e memória. O sintoma mais típico é o "craving", ou seja, uma vontade de fumar intensa e inexplicável.

COMO MOTIVAR ALGUÉM PARA O TRATAMENTO?

Por muito tempo entendeu-se motivação como um traço imutável, ou seja, ou alguém está motivado para mudar seu comportamento e aí o clínico pode ajudar, ou não está motivado, portanto nada pode ser feito. Atualmente entende-se motivação como um processo psicológico que pode ser acelerado ou não pela intervenção do clínico. O primeiro estágio seria chamado de **pré-contemplação**, onde o usuário de uma droga não planeja mudar seu comportamento num futuro próximo. Isso talvez por acreditar que os benefícios do uso compensam um possível e eventual custo, porque os aspectos negativos do uso da droga são subestimados por falta de informação, de *insight* ou negação pura e simples. O estágio seguinte é o da **contemplação**, que é o período em que o custo-benefício do uso da substância pode ser avaliado de uma forma um pouco mais realista, e a possibilidade de considerar algumas mudanças de comportamento estaria mais presente. Este estágio pode demorar minutos ou mesmo anos. O estágio seguinte é o da **ação**, onde mudanças concretas podem ser feitas. Estas mudanças podem ser das mais variadas: o paciente pode tentar diminuir o consumo por si mesmo, pode conversar com alguém importante sobre seu problema ou pode procurar um médico para parar de fumar. O próximo estágio é o da **manutenção**, onde mudanças significativas no estilo de vida deveriam ser feitas para consolidar a nova forma de comportamento sem a substância.

Após passar por esses estágios, é possível e bastante provável ocorrer uma recaída. Após esta, o ciclo se inicia outra vez, porém não necessariamente da fase da pré-contemplação, pois ele não é linear. Sabe-se que para uma pessoa parar de fumar de uma forma definitiva normalmente estão envolvidas a quatro tentativas anteriores. É fundamental que o médico ajude seu paciente a trocar a desistência pela persistência!

Lembre-se dos quatro "A" do fumo: **argüir, aconselhar, assistir e acompanhar:**

Argüir refere-se a perguntar sempre para o seu paciente sobre o fumo e tentar alocá-lo em alguma das fases citadas. Quando seu paciente está na fase de pré-contemplação (35% dos pacientes estarão nesta fase em qualquer tempo), seu papel é fornecer-lhe informações sobre as vantagens de parar de fumar. Se o paciente está na fase de contemplação (34% a 47% sempre estarão nesta fase) seu papel é aconselhar.

Aconselhar quer dizer explicar os malefícios, deixando bem claro os benefícios de parar de fumar, como por exemplo:

1. Pessoas que param de fumar aos 50 anos diminuem pela metade a chance de morrer nos próximos 15 anos, comparadas aos que não param de fumar;
2. Apenas um ano após a parada, o risco de problemas cardíacos diminui pela metade;

3. Grávidas que param de fumar no primeiro trimestre evitam que o feto tenha baixo peso. Nessa fase também é importante discutir com o paciente sobre barreiras pára a parada e mitos que se conta, por exemplo: não vou me concentrar no trabalho, vou engordar muito etc.

Quando o paciente encontra-se na fase da ação (15% estão nesta fase) o papel do médico é assisti-lo. **Assistir** refere-se a ajudá-lo a decidir o dia "D" da parada e discutir com ele sobre os sintomas de abstinência e a correta utilização da reposição de nicotina. Aqui também é importante explicar que a tosse e o catarro matinais podem piorar no início do tratamento, pois com a ausência da fumaça os batimentos ciliares da árvore brônquica retornarão, o que movimenta a secreção.

Alguns conselhos úteis para o paciente:

1. Informar aos amigos, à família e aos colegas de trabalho da tentativa de parar de fumar, pedindo ajuda e apoio;
2. Remover cigarros de casa, carro e local de trabalho, bem como cinzeiros e qualquer outro utensílio que lembre o fumo;
3. Rever tentativas de parar de fumar anteriores e lembrar dos fatores que ajudavam e dos fatores que atrapalhavam;
4. Antecipar as eventuais dificuldades em parar de fumar e buscar contorná-las;
5. A abstinência total é a melhor forma de efetivamente parar de fumar; o paciente deve programar-se para evitar mesmo uma simples tragada;
6. Evitar beber álcool, pois facilita a recaída.

Finalmente vem a fase da manutenção em que seu papel é acompanhá-lo. **Acompanhar** significa providenciar um seguimento adequado; a primeira consulta após a parada não pode exceder duas semanas; as consultas subseqüentes ou telefonemas devem ficar combinados para que o *status* de não fumante fique cuidado. O médico deve estar preparado para conversar abertamente sobre a recaída e orientar o paciente sobre essa possibilidade. Não pode nem ficar ofuscado com o eventual sucesso inicial nem desanimado pela possível recaída. A recaída ocorre com muita freqüência, portanto a melhor atitude do clínico deve ser pragmática. Se o paciente fumou, deve-se conversar em qual situação isso ocorreu e pensar em estratégias alternativas. Lembrar o paciente de que a recaída, muito embora indesejável, pode ocorrer, mas que de forma alguma deve-se desviar do objetivo final de abstinência total. Deve-se parabenizá-lo pelo sucesso de uma forma clara e com entusiasmo.

A figura 2 na página seguinte mostra as possíveis ações em cada fase.

REPOSIÇÃO DA NICOTINA

O objetivo da reposição da nicotina é o de diminuir os sintomas de abstinência, aumentando a adesão do paciente. Vários estudos têm comprovado a eficácia da reposição da nicotina, mostrando que pelo menos dobram os índices de sucesso ao longo dos meses. Os estudos mostram também que um aconselhamento mínimo por parte do médico é necessário para que o efeito da nicotina ocorra. O grupo que mais se beneficia da terapia de reposição é aquele representado pelos fumantes pesados, ou seja, aqueles que vão apresentar muitos sintomas de abstinência. Aconselhamos o uso de reposição em todos os pacientes:

a) que fumam mais que 15 cigarros por dia;
b) que fumam seu primeiro cigarro até 60 minutos após acordarem;
c) que apresentaram sintomas de abstinência em tentativas de parar anteriores;
d) que fizeram várias tentativas anteriores para parar de fumar;
e) pacientes altamente motivadas para parar de fumar e que não estão grávidas no momento.

Existem no nosso meio duas formas de reposição da nicotina.

Adesivo de nicotina

O adesivo permite a absorção da nicotina através da pele; aproximadamente 0,9 mg de nicotina são absorvidos por hora. Deve ser aplicado logo pela manhã em qualquer região do corpo onde não existam pêlos. Deve-se orientar o paciente a variar os locais de aplicação para evitar pruridos. Os efeitos colaterais mais comuns do adesivo incluem insônia, pesadelos, prurido e edema no local da aplicação; se esta não for variada. Todos eles são transitórios. Ainda não está claro se a insônia é sintoma do adesivo ou da abstinência de nicotina. A duração média do tratamento é de quatro semanas, não devendo ultrapassar 12. Recomendamos usar o adesivo de 30 mg, e somente no caso de o paciente experimentar algum sintoma colateral, como náusea, podemos cortá-lo com a tesoura e usar a metade, ou seja, uma dose menor. O adesivo só deve ser iniciado no dia seguinte após o abandono do cigarro, ou seja, se eu vou parar de fumar hoje, eu começo a usar o adesivo amanhã. Não existe necessidade de se fazer um esquema de retirada do adesivo, ele pode ser retirado abruptamente. Existem dois produtos vendidos no nosso meio o Nicotinel e o Nicolam.

Goma de mascar de nicotina

A primeira medicação aprovada pelo FDA (1984) para a reposição de nicotina foi o chiclete de nicotina de 2 mg; a formulação de 4 mg que ajuda os pacientes a atingirem uma concentração plasmática mais alta com menos esforço foi aprovada em 1992. O chiclete de nicotina normalmente libera 50% da sua concentração de nicotina na boca. Assim, 10 a 12 doses por dia vão nos fornecer mais ou menos 10 mg de nicotina por dia do chiclete de 2 mg e 20 mg do de 4 mg, ou seja, um terço da quantidade de uma pessoa que fuma 30 cigarros por dia. A absorção do chiclete é diminuída com bebidas ácidas como café. Os

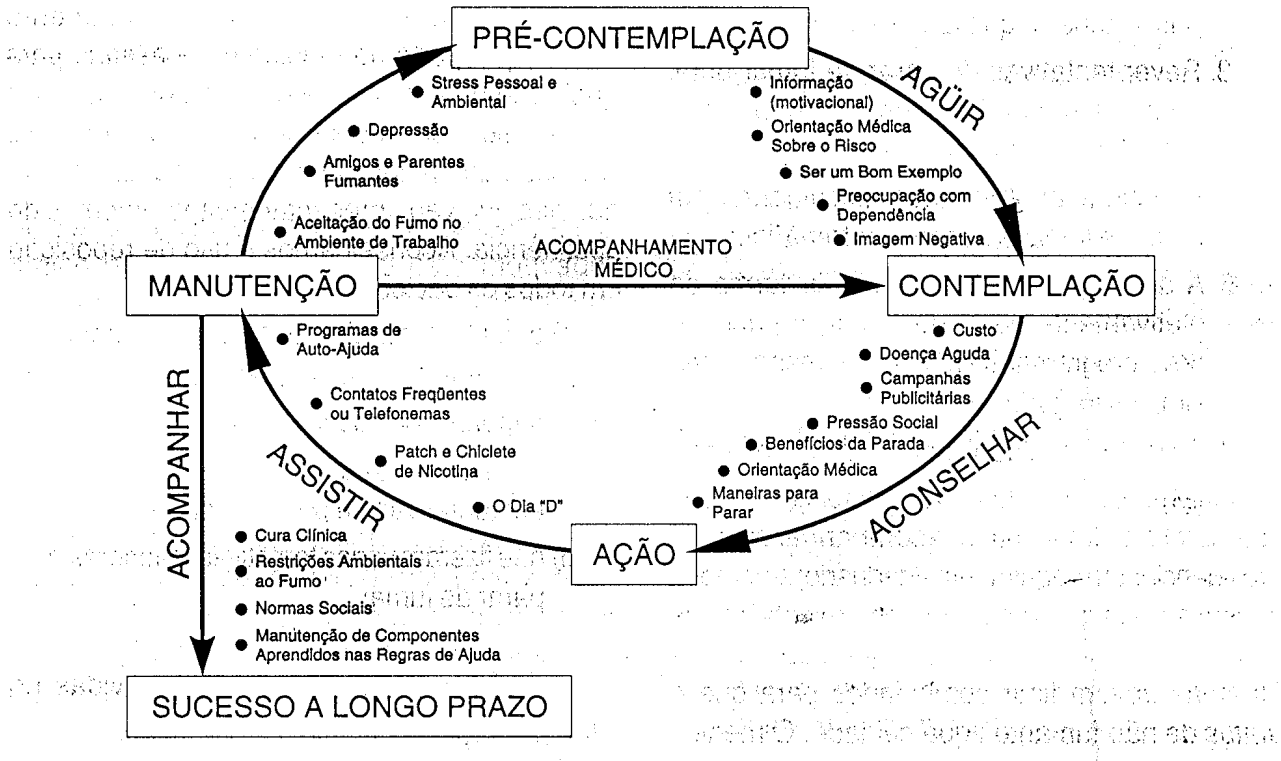


Figura 2 - Modificada de "How to help patients stop smoking", American Medical Association.

efeitos colaterais mais comuns com o chiclete são cansaço mandibular, soluços e náusea. Existem poucos trabalhos comparando a eficácia do adesivo versus chiclete, ainda com resultados inconclusivos. O cuidado importante no uso do chiclete é de que o paciente não necessita mascar, o melhor é que ele masque por alguns minutos e deixe o chiclete entre a bochecha e a gengiva para facilitar a absorção. No nosso meio existe um produto Nicogom com 2 mg de nicotina.

Uma estratégia usada, principalmente com pacientes mais dependentes, é aplicar o adesivo de 24 horas e fornecer-lhes alguns chicletes para que sejam usados se sentirem algum sintoma de abstinência desconfortável, principalmente "craving". Teoricamente não existe contra-indicação ao uso de reposição de nicotina aos fumantes, porém não existem trabalhos suficientes em relação a sua reposição em gestantes. Cabe ao clínico pesar os riscos e os benefícios.

Eficácia

Muitos estudos demonstram redução dos sintomas de abstinência, como ansiedade, irritabilidade, depressão e dificuldade de concentração com a reposição de nicotina. A orientação feita pelo clínico, associada à reposição de nicotina, diminuem os índices de recaída a longo prazo. Com a reposição da nicotina, as porcentagens de abandono do fumo são o dobro das normalmente encontradas.

Situações que dificultam o parar de fumar

a) Ganho de peso: Um grande número de fumantes que param de fumar ganham peso. No geral este ganho é menor do que 5 kg, mas algumas pessoas podem chegar a 15 kg. As mulheres tendem a ganhar mais peso do que os homens e isso pode ser um impedimento importante para buscar uma abstinência total em relação ao fumo. Ao paciente deve-se enfatizar que o benefício em termos de saúde em parar de fumar é muitas vezes maior do que os riscos de se ganhar transitoriamente alguns quilos a mais. Para os pacientes com maiores riscos de ganho de peso, aparentemente o chiclete de nicotina é a melhor opção, pois o ganho de peso é menor. O clínico não deve minimizar os riscos de ganho de peso e também não deve dar muita importância. A busca de uma dieta balanceada, acompanhada de atividades físicas moderadas, ajudam a controlar o ganho de peso.

b) Sintomas de depressão e ansiedade: Depressão e ansiedade têm uma prevalência maior em fumantes do que na população geral. Quando esses pacientes tentam parar de fumar existe uma chance maior de que os sintomas depressivos ou de ansiedade tornem-se mais intensos e um obstáculo para a abstinência. Nessa situação, o clínico deve considerar a possibilidade de usar um antidepressivo. Os benzodiazepínicos aparentemente não são muito úteis; a combinação da reposição de nicotina com um antidepressivo parece ser a mais conveniente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jack E. Henningfield. Nicotine medications for smoking cessation. New Eng J Med 1995; 333: 1196-1203.
2. American Psychiatric Association. Practical guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. Am J Psychiatry 1996; 153: 10 (supplement).
3. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB. The Effectiveness of the Nicotine Patch for Smoking Cessation. JAMA 1994; 271: 1940-1948.
4. Benito AC. Meta Analytical Review of the Nicotine Chewing Gum in Smoking Treatment Programs. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1993; 61: 822-829.
5. U.S. Department of Health and Human Services. Smoking Cessation. Clinical Practice Guideline. 1996.

Ronaldo Laranjeira

Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria da EPM – UNIFESP
Coordenador da UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas)
e-mail: laranjeira@psiquiatria.epm.br

Maria Tereza Cruz Lourenço

Diretora do Departamento de Psiquiatria e Psicologia do Hospital do Câncer
Coordenadora do Grupo de Apoio ao Tabagista (GAT)

Helena B. Samaia

Pós-graduanda do Departamento de Psiquiatria da EPM – UNIFESP