

TRATAMENTO DO TABAGISMO

INTRODUÇÃO

O tabaco é uma das principais causas evitáveis de mortes prematuras em todo o mundo. Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde, quatro milhões de pessoas morrem a cada ano devido a doenças causadas diretamente pelos derivados do tabaco. Pior ainda, mantida a tendência atual, no ano 2025, já serão dez milhões as mortes causadas pelo tabaco. Se nada for feito a este respeito, do 1,1 bilhão de fumantes, quinhentos milhões morrerão por causa dos cigarros ao longo das próximas décadas. Apenas nos próximos 25 anos, o tabaco causará 150 milhões de mortes; nos 25 anos seguintes serão 300 milhões de mortes! Muitas destas mortes são potencialmente evitáveis se os tabagistas deixarem de fumar (ver figura 1).

A despeito de toda a mortalidade e morbidade causadas pelo tabaco, seu consumo global continua aumentando. A propalada diminuição do consumo deste produto acontece apenas em alguns países industrializados, como os Estados Unidos e a Inglaterra. Nestes países, taxas de prevalência de 50% de fumantes regulares entre adultos caíram para cerca de 22 a 25% ao longo dos últimos trinta e cinco anos. No entanto, mesmo nestes países, verifica-se uma inquietante tendência à estabilização da proporção de fumantes na última década. Mais ainda, mesmo em países industrializados, a queda da prevalência de tabagismo está inversamente associada à classe socioeconômica, sendo muito maior entre as pessoas mais favorecidas e cultas. Entre as minorias étnicas menos favorecidas, o tabagismo continua a ser um problema extremamente comum (OMS, 1999).

Em resposta à diminuição de consumo de tabaco nos países desenvolvidos, a indústria do tabaco tem conseguido aumentar suas vendas nos países em desenvolvimento. Nas próximas décadas, 70% das mortes causadas pelo tabaco ocorrerão no terceiro mundo.

Estima-se que, no Brasil, haja atualmente cerca de 35 milhões de pessoas que ainda fumam. É possível que este número — que apresentou algumas quedas em períodos de retração econômica durante a década de noventa — ainda continue a subir.

A maioria das pessoas reconhece, hoje, que o cigarro faz mal à saúde. Mas estes malefícios são tão grandes que a maioria das pessoas provavelmente desconhece sua extensão. Cerca de 30% de todos os casos de câncer são causados pelo tabaco. Dentre os cânceres de pulmão, pelo menos 85% são causados pelo fumo. Também os cânceres da cavidade oral, da faringe, da laringe e do esôfago são estreitamente vinculados aos tabagismo. Mesmo cânceres mais distantes da via de entrada da fumaça do cigarro — como cânceres da bexiga, dos rins e do pâncreas — são mais comuns entre os fumantes do que entre os não fumantes (Peto, Lopez, Boreham et al., 1994).

Além dos cânceres, outras doenças graves estão intimamente associadas ao cigarro. Cerca de 70 a 90% dos casos de bronquite e enfisema são causados pelo cigarro. Dentre as doenças cardiovasculares, de 20 a 30% dos enfartes podem ser atribuídos ao tabaco, além de uma quantidade apreciável de casos de arteriopatas periféricas e de aneurismas da aorta. Até recentemente, mulheres fumantes que usavam anticoncepcionais hormonais estavam particularmente sujeitas a um aumento do risco de desenvolverem doenças cardiovasculares; este problema foi significativamente atenuado com as baixas dosagens de estrógenos dos contraceptivos atuais.

Um trabalho recente de Peto e colaboradores — iniciado há quase cinquenta anos por sir Richard Doll e colaboradores — vem seguindo 40 000 médicos britânicos, 34 000 dos quais do sexo masculino. Este estudo chegou a determinar que metade dos fumantes estudados morreram mais cedo por causa do cigarro. Ainda mais, entre os 25% de fumantes mais atingidos pelo cigarro e que morreram entre os 35 e os 69 anos de idade, a perda média de anos de vida foi de 22 anos! Mesmo aqueles que morreram com setenta anos ou mais, perderam oito anos de vida em média quando comparados aos não fumantes (Peto, Lopez, Boreham et al., 1994).

Diversas doenças menos fatais também são associadas ao tabaco: úlceras do estômago e do duodeno, osteoporose, infecções respiratórias — inclusive pneumonias —, diversos problemas dentários, etc.

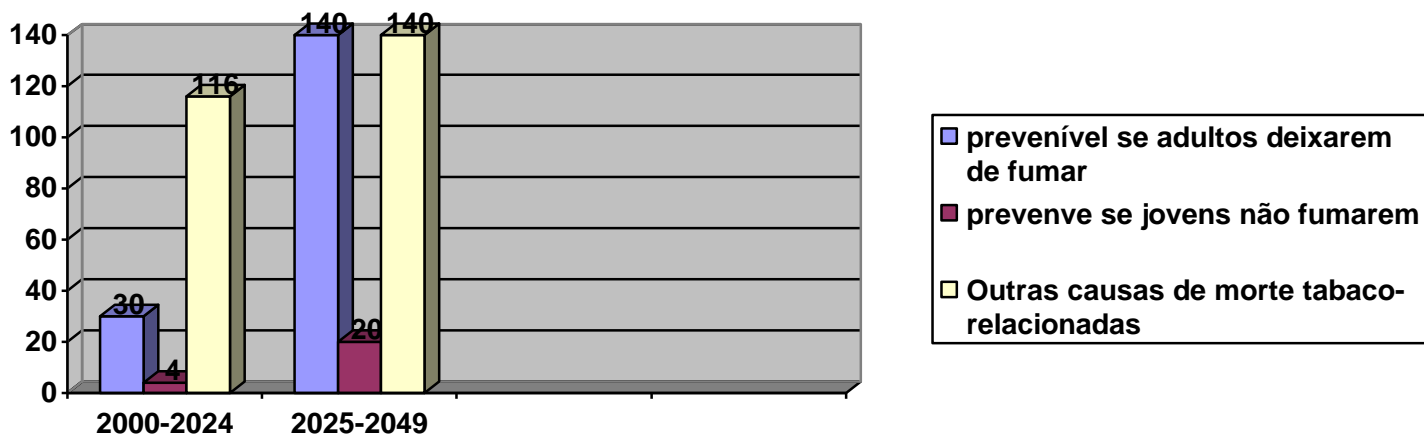
O tabagismo também afeta o desenvolvimento da gravidez de uma gestante fumante. Desta forma, a perda do concepto é mais freqüente em todas as

fases das gravidez. Filhos de mães fumantes nascem com cerca de 200 gramas a menos do que filhos de não fumantes e estão particularmente sujeitos a apresentarem morte súbita e outras doenças peri e neonatais.

A exposição ambiental à fumaça de cigarros também é comprovadamente nociva. Desta forma, não fumantes freqüentemente expostos à fumaça de cigarros em ambientes fechados têm uma probabilidade 20 a 30% maior de desenvolverem doença cardiovascular do que pessoas não cronicamente expostas a este tipo de poluição. Também o risco de se desenvolver câncer de pulmão é comprovadamente maior entre fumantes passivos, cerca de 30% maior do que entre pessoas não expostas à fumaça de cigarros. Crianças filhas de fumantes também estão sujeitas a desenvolverem infecções respiratórias, bronquite e a desencadear crises de asma com maior freqüência do que crianças que não convivem com fumantes em casa.

Flg. 1:

MORTES PREMATURAS PELO USO DO TABACO, PROJEÇÕES PARA 2000- 2024 E 2025- 2049



Economicamente, por sua vez, o tabagismo leva a altos custos sociais, tanto em gastos em cuidados com a saúde, quanto em perda de produtividade e morte precoce.

O tabaco normalmente utilizado no mundo ocidental é produzido a partir das folhas da *Nicotiana tabacum*. Estas folhas são utilizadas para a produção de cigarros, cachimbos, charutos, diferentes tipos de fumo para mascar, rapé, etc. Embora haja diferenças específicas na incidência das principais doenças causadas por cada um destes produtos, o consumo de todos eles é potencialmente nocivo à saúde. Da mesma forma, qualquer produto de tabaco pode causar dependência (USDHHS, 1988).

Atualmente, a maior parte do tabaco é consumido sob a forma de cigarros industrializados. Cada cigarro contém mais de quatro mil substâncias, os efeitos de muitas das quais ainda não foram adequadamente estudados. Uma classificação tradicional dos constituintes da fumaça do cigarro os divide em nicotina e alcalóides semelhantes, monóxido de carbono, dióxido de carbono, vapor d'água, matéria orgânica e um grande número de substâncias conhecidas coletivamente como alcatrão. Embora a nicotina exerça efeitos nocivos ao organismo, a maior parte dos danos físicos causados pelo cigarro provêm do monóxido de carbono e de constituintes do alcatrão.

NICOTINA: FARMACOLOGIA

Os efeitos farmacológicos da nicotina são diversos, e dependem do número de cigarros e frequência fumada, e do desenvolvimento de tolerância.

Além de causar efeitos no Sistema Nervoso Central (que serão abordados posteriormente), a nicotina age intensamente no Sistemas endócrino e cardiovascular (Benowitz NL, 1986; Benowitz NL, 1988)

No Sistema Endócrino, o tabagismo aumenta os níveis circulantes de diversos componentes endógenos, tais como a vasopressina, endorfinas, cortisol, prolactina, hormônio adenocorticotrófico e hormônio de crescimento. Por isso,

os efeitos hormonais são diversos, facilitando a menopausa precoce e o desenvolvimento de osteoporose em mulheres.

No Sistema Cardiovascular, a nicotina pode levar a vasoconstrição periférica (deixando as extremidades mais frias); aumento das concentrações circulantes de adrenalina e noradrenalina; e ao aumento do ritmo cardíaco, do volume sistólico e do fluxo sanguíneo das coronárias.

A base de nicotina é fracamente alcalina, e altamente solúvel tanto em água quanto em lipídeos. Tem duas vias possíveis de absorção em fumantes:

- Através da mucosa oral- Naqueles que não tragam. Esta via é dependente do pH. Quanto mais alcalino o PH bucal, maior a absorção
- Através dos alvéolos pulmonares- É independente de PH. Em 30 segundos atinge-se o pico plasmático de nicotina. Esta via de absorção é mais rápida que através de administração endovenosa

A concentração plasmática de nicotina depende menos da quantidade administrada, e mais do quão profundamente a droga é inalada e do PH bucal. Após a absorção, a distribuição da nicotina pelos tecidos é dependente do PH do tecido, com maiores concentrações alcançadas no cérebro, fígado, rins e estômago. É feita rapidamente, e predominantemente no fígado. O principal metabólito da nicotina é a cotinina, que é frequentemente usada como medida para comprovar a abstinência de fumantes.

A meia vida de eliminação da nicotina é de 2 horas aproximadamente. A principal via de eliminação da substância é hepática. Apenas 10% da nicotina é excretada em sua forma original através dos rins ^{5, 6}.

O DESENVOLVIMENTO DA DEPENDÊNCIA

Em noventa por cento dos casos, o início do consumo de cigarros ocorre na adolescência, tipicamente por volta dos treze aos quinze anos. Os fatores que motivam tantos jovens a experimentarem o cigarro são tipicamente sociais. Dentre estes fatores de predisponentes ao uso do cigarro, são especialmente relevantes o fato de um dos pais fumar, colegas fumantes — especialmente se cerca de dois ou três anos mais velhos — e a enorme quantia de dinheiro que a indústria do tabaco emprega para induzir as pessoas a fumarem.

Fatores individuais que podem contribuir para o início do consumo de cigarros são ainda pouco conhecidos, mas incluem fatores hereditários, eventualmente relacionados à modulação dos efeitos da nicotina e do humor.

Estima-se que um terço das pessoas que cheguem a fumar um cigarro venham a se tornarem dependentes. Embora o primeiro uso de um cigarro seja tipicamente marcado por efeitos desagradáveis como tosse e náusea, estes rapidamente diminuem. Isto permite novas tentativas. Segue-se um período de experimentação em que muitos jovens parecem aprender a regular os efeitos do cigarro (“aprender a tragar”). A tolerância continua a aumentar, permitindo que se estabeleça um padrão típico de consumo diário.

Num período que pode ser de apenas alguns meses, alguns fumantes começam a apresentar os primeiros sintomas de uma síndrome de abstinência. Com efeito, noventa por cento dos fumantes têm dificuldade de reduzir o consumo de cigarros abaixo de doze unidades por dia.

Deste modo, durante a fase de estado da dependência de nicotina, a maior parte dos fumantes repete um ciclo diário de uso e reforço do uso da nicotina e sintomas de abstinência. Aqueles que consomem mais de vinte cigarros por dia tendem a ter sintomas mais nítidos da síndrome de abstinência. Da mesma forma que com dependentes do álcool, fumar nos primeiros cinco minutos depois de levantar tende a ser evidência deste fato.

Com alguns anos de experiência na carreira de fumantes, muitos indivíduos tentam parar de fumar. Em países industrializados, esta proporção pode chegar a 90% dos fumantes. No Brasil esta proporção é menor: menos da metade dos fumantes parecem já ter feito tentativas sérias de parar de fumar.

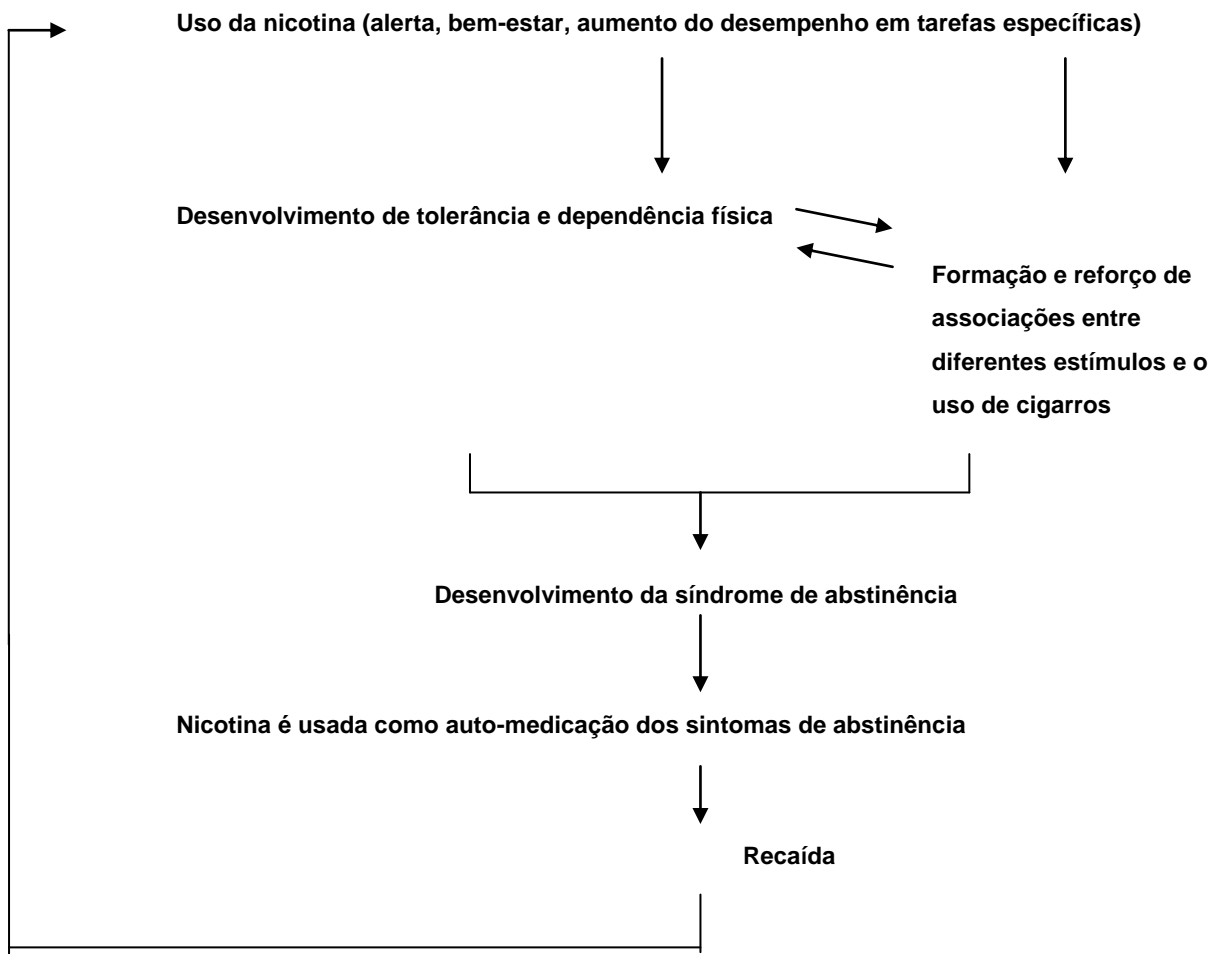
Infelizmente, relativamente poucos fumantes conseguem largar o cigarro em definitivo. Estima-se que apenas entre 1 a 5% consigam manter-se abstinentes após uma tentativa sem tratamento. Muitos fumantes vão requerer diversas tentativas de parar antes do sucesso: apenas 25% das pessoas que abandonaram os cigarros tiveram sucesso definitivo em sua primeira tentativa. Assim, muitos fumantes podem requerer duas, três ou mais tentativas para deixar o cigarro em definitivo.

Pode-se dizer que são duas as formas de dependência associadas ao tabagismo, a dependência farmacológica, e a dependência comportamental, sendo provavelmente a dependência a nicotina a principal razão pela qual é tão difícil deixar de fumar. Tanto a Organização Mundial da Saúde quanto a Associação Psiquiátrica Norte-americana¹ incluem a dependência de nicotina entre os transtornos psiquiátricos. No histórico relatório de 1988 do Surgeon General norte-americano (USDHHS, 1988) concluiu-se que:

- 1- O cigarro e outras formas de tabaco geram dependência;
- 2- A nicotina é a droga presente no tabaco que causa a dependência;
- 3- Os processos farmacológicos e comportamentais que determinam a dependência ao tabaco são similares àqueles que determinam a dependência à outras drogas como a heroína e a cocaína.

Deixar de fumar é tão difícil que apesar de 90% dos tabagistas desejarem abandonar o “vício”, apenas 1/3 destes é bem sucedido em sua tentativa. O ciclo que leva a dependência de nicotina é similar ao que leva a dependência de outras drogas, e podemos esquematizá-lo como se segue (FIGURA2):

(FIGURA 2)



De um modo geral, a decisão de experimentar uma droga se relaciona a uma expectativa de efeitos positivos. No caso da nicotina, buscam-se seus efeitos estimulantes que são qualitativamente semelhantes aos da cocaína e da anfetamina. São eles: o aumento do estado de alerta, bem-estar, sensação de aumento de concentração e de energia, modulação do humor, e diminuição do apetite. Também em alguns casos os fumantes procuram na nicotina o alívio da ansiedade e a diminuição da reatividade a estímulos que causam irritação (USDHHS, 1988; Henningfield JE, Schuh LM, Jarvik ME, 1995). Com o desenvolvimento da dependência, atenua-se a distinção entre os efeitos primários da droga e o alívio dos sintomas de abstinência.

FISIOPATOLOGIA DA DEPENDÊNCIA

Pode-se afirmar que a nicotina é o principal alcalóide do tabaco e o principal responsável por seus efeitos psicoativos. Mesmo a descoberta recente de que a fumaça do tabaco é capaz de bloquear de 30 a 40% da atividade da monoaminoxidase cerebral não modificou substancialmente este ponto de vista. Considerando-se, no entanto, que esta enzima desempenha um papel importante na metabolização da dopamina, esta descoberta pode implicar na existência de mecanismos de potencialização dos efeitos da nicotina e na existência de alguns outros efeitos do cigarro.

Como já vimos a nicotina é, também, a causadora da dependência do tabaco. Cigarros do qual a nicotina é retirada artificialmente são espontaneamente abandonados pelos fumantes em favor de seus cigarros habituais. Mais do que isto, uma série de elegantes experimentos demonstrou que fumantes experimentados são muitas vezes capazes de regular a concentração de nicotina em seus organismos, de modo a mantê-la dentro de limites relativamente estreitos. Por exemplo, diferentes autores demonstraram que diversos procedimentos que modificaram a concentração de nicotina presente na fumaça de cigarros são consistentemente associados a mudanças no padrão de consumo dos cigarros — tais como aumento do número, da profundidade e da duração das tragadas —, sempre no sentido de compensar as modificações efetuadas e manter a concentração de nicotina relativamente constante (USDHHS, 1988).

Quando o uso de cigarros é interrompido, instala-se rapidamente uma síndrome de abstinência. Esta síndrome é caracterizada por dificuldade manter o alerta e a concentração, sonolência diurna e distúrbios do sono à noite, irritabilidade, ansiedade e sintomas depressivos, aumento do apetite e do peso. Tipicamente, os sintomas tornam-se mais nítidos com a suspensão dos cigarros, atingindo o auge em dois ou três dias. A partir do final da primeira semana, começam a diminuir, geralmente passando dentro de duas a quatro semanas. Sintomas residuais podem persistir por até seis meses em alguns casos. É o que eventualmente se observa com o aumento do apetite: o aumento de peso é relativamente pequeno, mas cerca de um quinto dos

fumantes ganham mais de cinco kg quando para de fumar (USDHHS, 1988; Hughes JR, Gust SW, Skoog K et al, 1991).

A rapidez de absorção e a facilidade com que seus efeitos são discriminados pelos fumantes possibilitam que muitos fumantes regulem a absorção de nicotina a fim de manter seu nível sérico dentro de determinados limites. Tipicamente, estes níveis sanguíneos de nicotina variam de cerca de 5 ng/ml pela manhã até 30-40 ng/ml à noite. Isto é claramente observado ao longo de um dia inteiro. Pela manhã, a concentração de nicotina é bastante baixa. Muitos fumantes consomem o primeiro cigarro pouco depois de acordar. A partir daí, novos cigarros são consumidos ao longo do dia de acordo com um padrão estabelecido, elevando a concentração de nicotina e mantendo-a suficientemente estável para evitar o desconforto de sintomas de abstinência. A maioria dos fumantes consome 15 ou mais cigarros para este fim. Como a meia-vida da nicotina é relativamente curta, ela é rapidamente excretada ao longo de uma noite e o ciclo recomeça no dia seguinte (USDHHS, 1988).

A ação direta da nicotina ocorre sobre receptores colinérgicos chamados, a propósito, de nicotínicos. Estes receptores são constituídos de um número variável de sub-unidades e distribuem-se de modo bastante abrangente pelo cérebro. Embora sua ação direta se dê exclusivamente nestes receptores, o resultado final é frequentemente um padrão complexo de efeitos indiretos em outros sistemas de transmissores, tais como os dopaminérgicos e adrenérgicos. Os efeitos prazerosos e a produção de dependência são mediados pelos receptores nicotínicos do cérebro, assim como outros efeitos benéficos tais como o aumento do desempenho cognitivo e o aumento do controle sobre as emoções negativas e o alerta. Uma exceção à este papel primário do cérebro nos efeitos benéficos da droga é o do metabolismo e lipólise envolvido no controle de peso que parece ser mediado periféricamente.

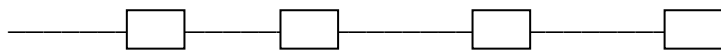
NEUROADAPTAÇÃO

A nicotina tem um efeito duplo no sistema nervoso central: inicialmente ela estimula o receptor nicotínico — efeito agonista — e depois o bloqueia —

efeito antagonista. Para se adaptar aos efeitos desorganizadores da droga, o cérebro tenta sobrepujar os efeitos bloqueadores da nicotina, através de um aumento do número de receptores nicotínicos. A neuroadaptação pode ser vista, portanto, como um mecanismo para reestabelecer a homeostase do sistema.

Uma visão esquemática é a que se segue (Fagerstrom KO, Groman E, 2000):

Em condições normais um determinado número de receptores nicotínicos está disponível



Quando expostos ao tabaco, alguns destes receptores são inicialmente bloqueados após a estimulação inicial.



A medida em que o indivíduo continua a fumar, este bloqueio serve como estímulo para um aumento do número de receptores para compensar os efeitos antagonistas da nicotina

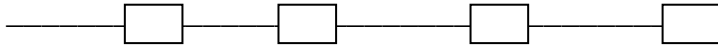


Finalmente, quando é suspensa a administração de nicotina, o sistema terá um número aumentado de receptores, o que pode resultar em hiperatividade colinérgica, e sintomas de abstinência



Desta forma, a síndrome de abstinência apresenta-se como um “rebote” cujos sintomas são aproximadamente o oposto do efeito da droga.

Com o tempo, o sistema colinérgico se adapta ao estado livre de nicotina. Não se sabe ainda quanto tempo este sistema leva para se adaptar, nem quanto tempo demora para que se aumente o número de receptores de nicotina, mas isto parece variar de indivíduo para indivíduo.



TOLERÂNCIA

Possivelmente, o número de receptores e o grau de sua sensibilização estão relacionados ao aparecimento de tolerância a longo prazo. Esta tolerância é facilmente ilustrável pela comparação da resposta de um não fumante a algumas tragadas àquela exibida por um fumante. O primeiro sentir-se-ia extremamente mal, e poderia até morrer, se consumisse os quarenta cigarros que o outro fuma em um único dia. Por outro lado, a tolerância a longo prazo pode permanecer por vários anos em alguns ex-fumantes.

SISTEMA CEREBRAL DE RECOMPENSA

Não importa qual o sítio de ação de uma droga, todas elas desembocam em uma via final comum: o sistema cerebral de recompensa. Este sistema inclui área tegmental ventral, o núcleo acumbens e o córtex pré-frontal. A nicotina liga-se a receptores colinérgicos de neurônios da área tegmental ventral. Estes neurônios por sua vez, projetam-se para o núcleo acumbens, onde liberam dopamina em grande quantidade. A secreção de dopamina associa-se ao bem-estar e à gratificação experimentada pelos dependentes de droga. Ratos, por exemplo, trabalham intensamente após receber choques elétricos de eletrodos implantados no núcleo acumbens.

É a rapidez e a concentração alcançada no pico plasmático da droga que determina a quantidade de dopamina liberada e, conseqüentemente, o grau de gratificação alcançado com ela. Usuários de cocaína intravenosa tendem a sentir mais prazer que aqueles que a aspiram. Da mesma forma, usuários da nicotina inalada através do cigarro, que alcança o cérebro em questão de segundos, sentem mais gratificação que aqueles que estão fazendo uso de

qualquer terapia de reposição de nicotina (TRN). Por isto, as TRN, ao contrário do cigarro, têm um risco praticamente nulo de desencadear de dependência.

O PAPEL DO LOCUS CERULEOS NA SINDROME DE ABSTINÊNCIA

Pelo menos uma parte dos sintomas de abstinência parecem ser mediados por uma dessensibilização que se observa nos neurônios noradrenérgicos do *locus coeruleus*. Desta forma, uma menor atividade noradrenérgica estaria por trás de sinais como a bradicardia, a diminuição da pressão arterial e alguns dos sintomas afetivos e cognitivos da síndrome de abstinência de nicotina.

Esta síndrome é caracterizada por irritabilidade, dificuldade de concentração e diminuição do desempenho cognitivo, aumento do apetite e alterações do sono. Normalmente, os sintomas de abstinência começam nos primeiros dias de abstinência, atingindo um pico antes do final da primeira semana. A maioria dos sintomas desaparece dentro de um mês ou menos, mas eventualmente duram mais de seis meses. Particularmente significativos são o aumento de apetite e as dificuldades cognitivas. A vontade de fumar pode persistir por muitos meses, para o que certamente contribuem diversos fatores ambientais e de aprendizado (Hughes JR, Gust SW, Skoog K, 1991). Várias drogas que produzem dependência, mesmo que tenham mecanismos farmacológicos distintos, dividem efeitos comuns ligados à abstinência associados ao LOCUS CERULEUS (LC).

IMPLICAÇÕES PARA O TRATAMENTO

No aumento do número de receptores nicotínico colinérgicos está a principal explicação neurofisiológica para o uso das terapias de reposição de nicotina. Desta forma, atenua-se a síndrome de abstinência. Com o decréscimo gradual das doses de nicotina, há uma readaptação destes receptores até alcançarem o funcionamento fisiológico normal.

A bupropiona, por sua vez, age tanto no núcleo acumbens quanto no locus cerúleo diminuindo desta forma simultaneamente o desejo de fumar e o sofrimento relacionado a síndrome de abstinência.

O tratamento farmacológico do tabagismo será abordado posteriormente neste capítulo.

A DEPENDÊNCIA COMPORTAMENTAL

Fumar é um comportamento incrivelmente reforçado. Um fumante traga cerca de dez vezes cada vez que fuma um cigarro. Cada tragada despeja uma dose de nicotina no cérebro do fumante, reforçando o comportamento de consumo. Ao longo de trinta anos, isto terá acontecido mais de um milhão de vezes a um fumante que consuma vinte cigarros por dia. Pouquíssimos comportamentos são repetidos tantas vezes assim.

Uma outra consequência do tabagismo é o aprendizado de associações entre o consumo de um cigarro e diversos estímulos externos e internos. Ao cabo de alguns anos, a enorme frequência com que os cigarros são usados acaba por propiciar que este uso seja associado a inúmeras situações do dia a dia. Assim, virtualmente todos os fumantes reportam fumarem depois das principais refeições, quando estão tensos, quando têm que trabalhar sob pressão, etc. Por motivos ainda não bem compreendidos, estas situações podem desencadear a vontade de fumar quando o uso de cigarros é interrompido.

TRATAMENTO

É um consenso entre especialistas que o combate ao tabagismo é uma tarefa complexa, que envolve medidas de prevenção além do tratamento propriamente dito.

A Organização Mundial da Saúde recomenda uma série de ações para o controle do tabagismo, entre as quais:

- Proteger as crianças de se tornarem dependentes do tabaco, incluindo restrições a vendas e distribuição de produtos de tabaco a menores de idade.

- Emprego de políticas fiscais para desencorajar o uso do tabaco. P. ex., o uso de impostos que aumentem o preço real do tabaco, eliminação de incentivos fiscais.
- Uso de parte do dinheiro arrecadado com os impostos sobre o tabaco para financiar outras medidas de controle do tabaco e medidas de promoção da saúde.
- Promoção e educação de saúde.
- Proteção dos não fumantes contra a exposição involuntária à fumaça de cigarros
- Eliminação de incentivos econômicos que mantêm e promovem o uso do tabaco
- Eliminação de toda publicidade, direta e indireta de produtos do tabaco
- Controle de produtos do tabaco, incluindo avisos proeminentes em produtos de tabaco e em qualquer publicidade eventualmente residual
- Tratamento de tabagistas.

Embora as medidas de prevenção primária sejam fundamentais para se evitar que novas pessoas desenvolvam dependência do tabaco, é um erro pensar que o tratamento dos já dependentes seja uma medida pouco importante. A probabilidade de um fumante largar o cigarro espontaneamente é relativamente baixa. Se não receberem tratamento, muitos morrerão prematuramente. Por outro lado, este tratamento tem o potencial de contribuir para salvar literalmente milhões de vidas nas próximas décadas.

Por uma questão da relação custo-benefício, costuma-se enfatizar o emprego em larga escala de técnicas simples, com intervenções breves no tratamento de fumantes. De fato, a AHCP (Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al, 1996) recomenda que:

- Toda pessoa que fuma deve receber uma oferta de tratamento para o tabagismo em toda visita a um consultório;

- Os médicos devem indagar sobre e anotar o status de consumo de tabaco de todos os pacientes. Mesmo entre especialistas em dependências, é comum se ignorar a questão do tabagismo;
- Tratamentos tão curtos quanto 3 minutos por cada visita são efetivos.

No entanto, a mesma AHCPR reconhece que “tratamentos mais intensos são mais eficientes para se conseguir abstinência do tabaco a longo prazo”.

Desta forma, as recomendações para especialistas em tratamento de tabagismo são:

- Use uma ampla gama de especialistas clínicos;
- Use diversos formatos de programas;
- Inclua técnicas efetivas de aconselhamento;
- Avalie o fumante que entrou em um programa de cessação de fumar;
- Aborde a motivação do paciente para parar de fumar;
- Provenha intervenção para prevenção de recaída.
- Ofereça terapia de reposição de nicotina;
- Providencie o seguimento.

Deve-se ter em mente que 90% dos fumantes que deixaram de fumar o fizeram sem qualquer auxílio prévio. Mais do que isso, muitos fumantes não apreciam o formato de tratamentos muito estruturados, como algumas das intervenções propostas abaixo. Desta forma, o clínico deve procurar adaptar o tratamento às necessidades e preferências de cada paciente.

Desta forma, alguns pacientes podem ter uma forte preferência por tratamento individual em oposição a tratamento em grupo, ou por retirar gradualmente os cigarros em vez de fazê-lo mais abruptamente. Desde que sejam usadas formas efetivas de aconselhamento, esta variação parece permitir acomodar um maior número de pacientes nos programas de tratamento.

Existe um consenso bastante claro na literatura de que as técnicas efetivas de aconselhamento tendem a basear-se na detecção e resolução de problemas e no desenvolvimento de habilidades. Eventualmente, materiais de auto-ajuda podem complementar a abordagem.

Existe uma associação positiva entre a intensidade do tratamento e o resultado. De um modo bastante geral, o tratamento deve constar de sessões de, pelo menos 20 ou 30 minutos de duração, pelo menos 4 sessões, por pelo menos duas semanas. Tratamento de cerca de oito semanas são relativamente freqüentes e, em alguns casos, os pacientes podem requerer seguimento por ainda mais tempo.(Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al., 1996).

A avaliação do fumante que se apresenta para o tratamento pode começar pela história de tabagismo. Esta história deverá rever o início do consumo, seu desenvolvimento até o nível atual, qual o maior e o menor nível de consumo estável, tentativas prévias de interromper o uso, seu resultado, fatores de sucesso e de recaída.

O padrão de consumo atual deve ser analisado em detalhes. Qual o consumo atual, qual o mínimo consumido, qual o máximo. As circunstâncias que modulam o consumo devem ser esclarecidas: a presença de outros fumantes em casa ou no trabalho, restrições ao uso de cigarro em casa ou no trabalho. Alguns fumantes apresentam variações consideráveis do consumo ao longo da semana, especialmente nos fins de semana.

Circunstâncias de vida podem influir no consumo de cigarros e na probabilidade de êxito de uma tentativa de parar. Assim períodos de estresse psicológico devem ser levados em consideração no planejamento do tratamento.

Sintomas de abstinência são particularmente importantes. Fumantes que consomem mais do que vinte cigarros por dia e que fumem o primeiro cigarro logo depois de levantar são particularmente suscetíveis a apresentarem uma síndrome de abstinência mais intensa. Para este fim, pode-se utilizar o Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström (Heatherton, Kozlowski, Frecker, et al., 1991)

Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström

Quanto tempo depois de levantar da cama você fuma o seu primeiro cigarro?

() menos de 5 minutos (3 pontos)

- 6 a 30 minutos (2 pontos)
- 31 a 60 minutos (1 ponto)
- mais de 60 minutos (nenhum ponto)

Você considera difícil evitar fumar em locais onde é isto é proibido (por exemplo, na igreja, na biblioteca, no cinema?)

- sim (1 ponto)
- não (nenhum ponto)

A qual cigarro é mais difícil resistir?

- o primeiro do dia (1 ponto)
- qualquer outro (nenhum ponto)

Quantos cigarros você fuma por dia?

- 10 ou menos (nenhum ponto)
- 11 a 20 (1 ponto)
- 21 a 30 (2 pontos)
- 31 ou mais (3 pontos)

Você fuma mais frequentemente durante as primeiras horas depois de acordar do que durante o resto do dia?

- sim (1 ponto)
- não (nenhum ponto)

Você fuma se estiver doente a ponto de ficar de cama a maior parte do dia?

- sim (1 ponto)
- não (nenhum ponto)

A severidade da dependência ao tabaco pode ser classificada da seguinte forma:

De 0 a 2 pontos: muito baixa

De 3 a 4 pontos: Baixa

5 pontos: Moderada

De 6 a 7 pontos: Alta

De 8 a 10 pontos: Muito alta

O uso de outras substâncias psicoativas deve ser sempre investigado. Em primeiro lugar, porque mesmo o uso não patológico de álcool pode influir consideravelmente no consumo de cigarros. Não é raro o paciente que relata fumar um maço de cigarros por dia mas que dobra esta quantidade quando consome álcool.

Também o consumo de café pode ser importante. Muitos pacientes referem uma associação estreita entre o consumo de café e o de cigarros. Além disto, em nosso país, não é raro encontrarmos pessoas que reportam consumo diário de 500 ml de café ou mais. Nestes casos, sintomas de intoxicação ou abstinência de cafeína podem se somar aos de uso e retirada dos cigarros.

Outras condições psiquiátricas também são particularmente relevantes. Depressão e abuso ou dependência de outras drogas além do tabaco são particularmente mais comuns entre fumantes.

Cerca de um terço dos fumantes apresentam sintomas de ansiedade e depressão. Quando abandonam os cigarros, uma parcela significativa dos fumantes com antecedentes de depressão podem apresentar uma síndrome depressiva. Embora esta questão ainda requeira mais estudo, a retirada de cigarros parece poder desencadear o agravamento e até mesmo a recorrência de um quadro depressivo. Desta forma, vem se tornando habitual que se realize o tratamento e estabilização do episódio depressivo antes de se proceder à retirada de cigarros. Nestes casos, pode ser sensato dar preferência ao emprego de antidepressivos que sejam úteis também no tratamento do tabagismo.

O abuso ou a dependência de outras drogas que não cigarro — especialmente o álcool — são relativamente comuns e podem não ser relatados espontaneamente pelo paciente procurando tratamento para o tabagismo. Por isso, devem ser rotineiramente investigados entre os fumantes, especialmente entre aqueles com maior dificuldade de parar de fumar.

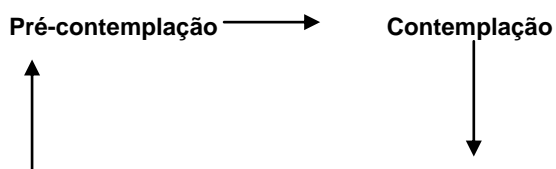
Preocupações com o peso, patológicas ou não, devem ser abordadas logo de início. Quando não patológicas, o fumante deve ser recomendado a não se

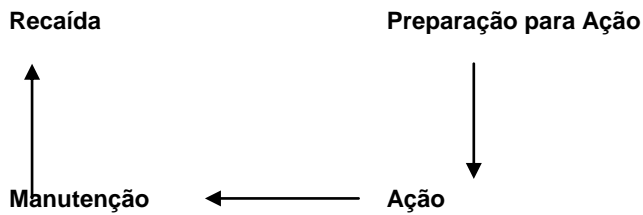
preocupar demasiadamente com o peso. O foco do tratamento deve ser o abandono do tabagismo. No entanto, fumantes que não desejem ganhar peso podem ser encaminhados a um nutricionista ou orientados sobre a realização de exercícios físicos.

TRATAMENTO PSICOTERÁPICO: A ENTREVISTA MOTIVACIONAL E A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Parar de fumar não se trata de uma simples decisão súbita em transformar-se de um “fumante regular” a um “não fumante”. Até que um indivíduo realmente resolva parar de fumar, ele percorre um caminho sutil, cheio de idas e vindas. São os chamados estágios de mudança, que foram em 1982 descritos por James Prochaska e Carlo Di-Clemente. Estes autores descrevem a motivação como um estado interno influenciado por fatores externos e que flutua de acordo com a situação e o momento. Segundo este modelo, existem estágios de motivação e, dependendo do estágio em que o paciente se encontra, é apropriado utilizar formas diferentes de abordagem. Dentro desta perspectiva, quando o cliente apresenta desmotivação, isto pode ser visto como consequência do uso de estratégias inapropriadas, tendo o terapeuta responsabilidade sobre isto. Utilizam como figura representativa do processo motivacional uma roda, um círculo, naturalizando o fato das pessoas darem várias voltas através dos estágios antes de obterem sucesso, esperando assim a ocorrência de lapsos e recaídas, sendo estes instrumentos importantes para a aproximação de uma mudança mais sólida.(FIGURA 3)

FIGURA 3





A seguir, descreveremos cada estágio motivacional e suas respectivas características:

a) Pré-contemplação:

Neste momento o paciente não considera a possibilidade de mudança pois não contempla ter um problema. Busca tratamento somente sob coerção. Muitos tabagistas sofrem a pressão de familiares para interromperem o uso do cigarro, mas nesta fase costumam se remeter a estórias de fumantes bem sucedidos, que viveram muitos anos e nunca tiveram problema algum de saúde. Também é comum, apesar de saber da existência dos malefícios do fumo, construírem a crença de que, “isso não vai acontecer logo com ele...” Neste estágio, o profissional deve se ater a dar informação e *feedback*.

b) Contemplação ou ambivalência:

Considera possibilidade de mudança e ao mesmo tempo a rejeita. Alterna rapidamente entre argumentos a favor de mudar e continuar do mesmo jeito sem se preocupar. Este é o estágio em que a E Motivacional é de maior utilidade, pois faz parte de todo processo de mudança sentir-se dividido, e a exploração intensa desta divisão interna é o que propicia sair do estado de paralisia. Como exemplo, podemos pensar no fumante que deseja parar de fumar porque recebeu um diagnóstico médico de um “princípio de enfisema pulmonar” e ao mesmo tempo sente-se inseguro pois não sabe o que fazer para lidar com a sua ansiedade sem cigarros.

c) Preparação para ação:

O paciente desenvolve a intenção clara de mudar de comportamento num futuro próximo. Este momento é como se fosse uma janela de oportunidade para a mudança. É função do terapeuta encontrar junto ao cliente estratégias de mudanças acessíveis e efetivas, com um sentido de “*timing*” antes que o paciente volte para o estágio anterior .

É fundamental fazermos uma imagem de uma balança onde neste momento ele sente-se com muito mais razões para mudar do que para manter o comportamento. Ex: Percebe que sem fumar pode ter mais qualidade de vida, que será mais aceito socialmente, que suas roupas ficarão cheirosas, seu olfato e paladar melhorarão. Não deixa de ter receio do aumento de sua ansiedade, mas acredita ter mínimos recursos para enfrentá-la.

d) Ação:

Neste estágio se dá o engajamento em ações para a obtenção de mudanças. É geralmente este momento que as pessoas consideram como terapia.

e) Manutenção:

Objetiva a sustentação dos ganhos adquiridos e necessita de habilidades diferentes das utilizadas para a obtenção da abstinência. Estas habilidades serão abordadas posteriormente, quando tratarmos da terapia cognitivo-comportamental.

f) Recaída:

Recair é voltar à um padrão rotineiro de consumo de cigarros ou qualquer produto que contenha nicotina como charutos ou cachimbos. A recaída não deve ser encarada de forma paralisante ou desmoralizante. Ela é algo que faz parte do processo. O papel do terapeuta é auxiliar o paciente a retomar o processo de contemplação, determinação e ação.

A ENTREVISTA MOTIVACIONAL

A entrevista motivacional é uma abordagem que surgiu a partir da percepção de que o maior obstáculo a ser ultrapassado na recuperação de uma pessoa , é a sua motivação para mudar. Baseou-se inicialmente nos estágios de mudança descritos anteriormente, e tem como objetivo mover o indivíduo de um estágio de motivação para estágios posteriores.

Se nos remetermos a medicina pré-científica, onde era muito comum a existência de curandeiros que conseguiam tratar ou curar muitas enfermidades, logo perceberemos que muitos dos recursos utilizados naquela época, hoje denominamos “placebos”. Mas, o que é importante é percebermos que existiam “fatores não específicos” que contribuíam para a mudança, algo

não palpável, que podemos entender como a fé na mudança, ou a crença naquele instrumento.

O primeiro relatório sobre entrevista motivacional foi feito em 1983 e a técnica já vem sendo utilizada desde então na Austrália, Inglaterra, Países Baixos, Escandinávia e EUA. Seus princípios surgiram a partir da observação do tratamento de bebedores-problema . A técnica é destinada a auxiliar pessoas a identificarem ou reconhecerem as dificuldades pelas quais estão passando e chegarem ao ponto de decidir fazer as modificações necessárias. Ela destina-se especialmente a pessoas ambivalentes quanto à necessidade de mudança. Vale dizer que, para muitas pessoas, a entrevista motivacional é suficiente para a produção de mudanças, funciona como uma espécie de empurrão inicial que possibilita modificações geridas pelo próprio paciente. No entanto, para outras, a entrevista motivacional funciona como uma prévia ao tratamento, ou seja, ela cria o espaço para a produção de transformações assistidas pelo terapeuta.

Seu objetivo principal é criar um clima positivo que viabilize a produção de mudanças. Dá ênfase ao surgimento da motivação intrínseca do cliente versus uma imposição externa. Sendo assim, quando feita de forma adequada, o paciente torna-se capaz de justificar a necessidade de se modificar e não o profissional.

A entrevista motivacional emprega estratégias e habilidades específicas que devem ser utilizadas nos momentos em que podem gerar mudança, sendo necessário, em alguns casos, esperar passivamente para ser certo na abordagem.

Freqüentemente os, terapeutas cometem o equívoco de julgar a motivação de seus pacientes a partir de afirmações verbais que nem sempre estão compatíveis com o comportamento a ser desenvolvido. Denominam motivados os pacientes que concordam com o terapeuta, aceitam sem restrições seu diagnóstico, pedem ajuda e seguem as orientações feitas. Opostamente, julgam como desmotivados ou resistentes, os pacientes que discordam do terapeuta, não aceitam seu diagnóstico, não pedem ajuda nem seguem as orientações.

Dentro da perspectiva da entrevista motivacional, pouca atenção deve ser dada ao que o paciente diz, devendo assim nos centrar no que o paciente faz,

pois afirmações verbais não são garantia de mudança, mas sim, aderir a um programa sistemático ou seguir orientações.

Nesse sentido, motivação pode ser definida como a probabilidade do cliente de iniciar, dar continuidade e se manter numa estratégia definida para mudar.

O que se pode fazer para motivar as pessoas para a mudança?

Tomaremos como exemplo um caso clínico hipotético para que se possa compreender o funcionamento da técnica em questão.

A, 35 anos; casada; jornalista; hipertensa, grávida de seu segundo filho. Deseja parar de fumar por causa da gravidez e da pressão do marido por este mesmo motivo. Por outro lado, teme não conseguir se concentrar para trabalhar e diz não gostar da sensação de estar sendo coagida a parar de fumar, apesar de saber que isto também é o seu desejo. Argumenta não poder ir à clínica semanalmente por não ter com quem deixar seu filho pequeno.

São 8 as ações básicas que um terapeuta deve tomar para movimentar esta paciente (ou qualquer outra) no sentido de deixar de fumar.

A) Dar orientação

A orientação deve ser dada de uma forma diretiva, objetivando um curto e sistemático aviso a respeito das condições em que o cliente se encontra, identificando claramente o problema, explicando por que a mudança é necessária e recomendando mudanças específicas.. A utilização de métodos não diretivos acabam por deixar a pessoa confusa.

Este conselho isolado na maioria das vezes não é capaz de produzir modificações, mas, em muitos casos, é capaz de alterar a motivação para a mudança.

Conduta: A orientação muitas vezes é dada por um médico. A foi informada a respeito da associação de tabagismo com nascimento de bebês prematuros, com baixo peso, abortos espontâneos e problemas respiratórios. Além disso, enfatizou-se que o fato de ser hipertensa a caracterizava como uma fumante de alto-risco, sendo indicado que parasse de fumar. Foi encaminhada por seu médico para uma clínica especializada em tabagismo.

B) Remover barreiras

Algumas pessoas podem estar ponderando a respeito do ingresso no tratamento, mas encontram-se desmotivadas por estarem esbarrando em barreiras práticas efetivas como: longa fila de espera, não ter com quem deixar os filhos, horário da consulta, grupo de amigos que valorizam e incentivam o uso da droga etc...

Uma das tarefas de um aconselhamento motivacional é a identificação e superação destas barreiras, para que não continuem servindo como justificativa interna para não dar início ou continuidade ao tratamento.

Conduta : Terapeuta sugere que a paciente deixe sua filha sob os cuidados da secretária da clínica durante os horários do tratamento.

C) Proporcionar escolhas

Devemos constantemente proporcionar escolhas para os pacientes pois a motivação efetiva surge quando a pessoa tem a sensação de estar escolhendo livremente, com ausência de pressão externa ou coerção. Podemos esperar a resistência quando o paciente percebe sua liberdade limitada. Desta forma, é inútil insistir numa meta de tratamento sem levar em conta as percepções e o desejo do paciente.

Conduta: É explorada a ambivalência de A. para que ela possa perceber o quanto ela deseja parar sem pressioná-la para sentir-se apta num prazo pré-determinado. As escolhas das medicações a serem utilizadas são feitas conjugando a indicação médica com o desejo da paciente. Ela deve perceber que o terapeuta não é mais uma pessoa a coagi-la.

D) Diminuir a atratividade do comportamento

Através da percepção dos custos e benefícios da mudança, descobre-se quais os fatores que atraem o paciente a dar continuidade ao comportamento prejudicial. O processo é de clarificar o vínculo existente com o comportamento, como e por que esse comportamento é atrativo, para que seja possível a criação de novos vínculos que exerçam funções similares, mas que não gerem as mesmas perdas.

Conduta: No caso em questão, o que atraía muito a paciente ao comportamento era a a idéia de que a nicotina era fundamental para a execução de suas atividades intelectuais. Trabalhamos o fato dela por um período curto (o período da Síndrome de Abstinência), se permitir estar

deficiente no seu funcionamento intelectual e poder priorizar a saúde de seu filho em detrimento de um trabalho “perfeito”.

E) Praticar empatia

A empatia é uma característica crucial da entrevista motivacional. Define-se aqui empatia pela capacidade de dar suporte, ser caloroso, respeitoso, simpático ao lidar com o paciente. A empatia está associada à baixo nível de resistência e mudanças estáveis. Ao contrário do que se pensa é uma habilidade que pode ser aprendida através de treinamento, não sendo uma característica que já tem que nascer com o terapeuta.

F) Proporcionar *feedback*

Inúmeras pessoas falham em suas tentativas para mudar porque não recebem *feedback* suficientemente preciso a respeito de sua situação. Dar ciência ao paciente a respeito de suas condições é fator motivador para gerar mudanças. Os *feedbacks* podem ser fornecidos através de resultados de exames de *check-ups* que já mostram concretamente as conseqüências do tabagismo; demonstração de preocupação de pessoas queridas; mensuração de monóxido de carbono existente no organismo ou a auto-monitorização dos cigarros fumados durante o dia, por exemplo.

No caso de A., a mensuração do monóxido de carbono foi fundamental em dois sentidos: verificar concretamente o bem que estava fazendo a si e ao seu bebê; não sofrer desconfiança do marido de que estaria fumando às escondidas.

G) Clarificar metas

É importante delinear sempre onde se está e aonde se deseja chegar. As metas devem ser determinadas conjuntamente com o cliente, pois é fundamental que ele as perceba como algo relevante. Caso contrário, provavelmente pouco esforço será feito no sentido de atingi-las. A clarificação de metas se dá sempre em conjunto com o *feedback*, pois é a partir da identificação objetiva do problema que se pode determinar as transformações necessárias.

Conduta: No tratamento do tabagismo, existem etapas que muitas vezes devem ser cumpridas. Alguns pacientes nos procuram desejando parar num prazo curto. Outros necessitam de uma trabalho motivacional prévio ao início

do tratamento propriamente dito. E ainda existem os casos de co-morbidade psiquiátrica que necessitam de ser tratadas e estabilizadas previamente ao início do trabalho para parar de fumar. A., por exemplo, teve que fazer um trabalho motivacional de seis semanas antes de parar de fumar.

H) Ajuda Ativa

Diferentemente de outros estilos, na entrevista motivacional o terapeuta se relaciona de forma ativa com o cliente, buscando-o após uma falta através de telefonema ou bilhete personalizado, orientando-o e direcionando-o a profissionais complementares ao seu tratamento etc. Esta forma de agir pode até quadruplicar a possibilidade do paciente dar continuidade ao processo de mudança.

5 PRINCÍPIOS BÁSICOS DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Expressar Empatia

Um terapeuta empático é praticamente a definição de entrevista motivacional. O processo se dá a partir de uma aceitação através de uma escuta reflexiva, ou seja, entender os pensamentos e sentimentos do paciente sem julgamento – o que não implica aprovar ou concordar com tudo.

Desenvolver Discrepância

Este princípio objetiva a criação e amplificação de uma discrepância entre como a pessoa está se comportando e seus objetivos gerais de vida. A compreensão de onde ele se encontra e o que deseja alcançar. Será que a forma como ele se comporta vai permitir que atinja objetivos mais fundamentais de sua vida? O desenvolvimento desta discrepância se dá inicialmente a partir da conscientização dos custos do comportamento presente. POR EXEMPLO: se desejo ser magra, comer uma torta de chocolate por dia está discrepante em relação à minha meta; se desejo ter uma boa qualidade de vida e praticar muito esporte, fumar está discrepante em relação aos meus objetivos.

Evitar Argumentação

A confrontação direta tende a evocar mais resistência por parte do paciente, pois este, ao julgar sua liberdade individual ameaçada, parte para defender bravamente a sua posição. É muito comum o terapeuta cair em uma armadilha em que o terapeuta afirma que o paciente tem um problema e deve mudar e o paciente defende a idéia oposta.

A resistência é extremamente afetada pela forma como o terapeuta maneja o tratamento. Então, quando o terapeuta esbarra com a resistência, isto é um sinal de que ele deve estar utilizando a estratégia errada de abordagem, e deve modificá-la naquele instante.

Podemos dizer que a entrevista motivacional é essencialmente confrontativa no sentido da busca do aumento de consciência da problemática e de se tomar providências a este respeito.

Fluir/Caminhar Com A Resistência

Dentro da perspectiva da entrevista motivacional, o paciente não é um oponente que deve ser derrotado. O ataque não é percebido como oposição direta e a força deste ataque é convertida em estímulo positivo para o tratamento. Assim, a ambivalência do paciente é tratada como algo natural e esperado. O paciente é apenas solicitado a pensar sobre novas informações e perspectivas, sendo ele envolvido ativamente no processo e responsável pelo mesmo.

Apoiar A Auto – Eficácia

Entende-se auto-eficácia como o quanto a pessoa acredita em sua capacidade para efetuar uma tarefa específica. Se difere do conceito de auto-estima que se relaciona mais com o quanto ela acredita nela mesma de uma forma mais ampla. Também podemos entender auto-eficácia como a esperança que o paciente tem de mudar.

Uma grande tarefa da entrevista motivacional é ajudar o paciente a ampliar a sua crença a respeito de sua capacidade de se modificar e ultrapassar as barreiras relacionadas à estas modificações.

Finalizando, o trabalho de motivação deve ser o mais individualizado possível. Eis aqui alguns fatores que podem ser particularmente relevantes para alguns grupos de fumantes (Ministério da Saúde, 1997):

- Para adolescentes: mau hálito, dentes manchados, custo, sentir-se dependente dos cigarros, dor de garganta, tosse, dispnéia que pode afetar esportes, infecções respiratórias freqüentes.
- Para adultos assintomáticos: duas vezes mais risco de ter problemas cardíacos, seis vezes mais riscos de desenvolver enfisema, dez vezes mais risco de câncer de pulmão, menor expectativa de vida, custo dos cigarros, custo dos dias de trabalho perdidos, mau hálito, inconveniência social dos cigarros, rugas.
- Para adultos sintomáticos: estabeleça uma correlação dos sintomas apresentados com infecções respiratórias, bronquite, faringite, insuficiência respiratória, úlceras, angina, arteriopatas, osteoporose, esofagite, doença gengival, etc.
- Para mulheres grávidas: maior risco de morte fetal e abortamento espontâneos, maior risco de menor peso ao nascer e imaturidade do concepto.
- Para pais: Aumento da freqüência de tosse e infecções respiratórias entre filhos de fumantes, mau exemplo para os filhos.
- Para fumantes recentes: é mais fácil parar agora.
- Para fumantes antigos: menor risco de doenças respiratórias e câncer se parar de fumar, mais resistência.
- Para fumantes com história familiar de doença cardíaca, câncer, hiperlipidemia: risco de morte é aumentado ainda pelo cigarro.

- Para qualquer fumante: dinheiro poupado, sentir-se melhor, maior capacidade física e de fazer exercícios, viver o suficiente para aproveitar a aposentadoria, conhecer os netos, ser capaz de trabalhar mais, com menos doença.

A AHCPR sugere que a motivação dos pacientes seja abordada levando-se em consideração os “quatro R’s”: relevância, riscos a curto e a longo prazo, recompensas e repetição.

A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Uma vez tendo o paciente decidido deixar de fumar, devemos orientá-lo agora à manter-se abstinente. O componente principal do aconselhamento visa à detecção das situações em que a vontade de fumar é mais freqüente ou intensa e ao desenvolvimento de habilidades específicas para enfrentá-las.

Como vimos, muitas associações entre diversos estímulos e o consumo de cigarros vão sendo estabelecidas. Por motivos não claramente compreendidos, estas situações parecem desencadear a vontade de fumar. Segundo Shiffman, Reed, Maltese et al.(1993), a maioria das recaídas do tabagismo podem ser agrupadas de acordo com o estado afetivo a elas associado:

- situações de afeto negativo: tédio, depressão, pressão no trabalho, ansiedade, tensão;
- situações de afeto positivo: reunião social com outros fumantes, especialmente associada ao uso de álcool; relaxar, especialmente após uma refeição.

A experiência repetida da vontade de fumar em muitas dessas situações parece, também, contribuir para que o fumante desenvolva idéias automáticas (“mitos”) que podem contribuir para a manutenção do tabagismo. Alguns destes mitos são:

- se eu pudesse fumar apenas um cigarro
- eu preciso de um cigarro para enfrentar este problema

□ como era gostoso fumar

De acordo com a terminologia empregada por Marlatt e Gordon (1993), as situações de maior probabilidade de recaída são chamadas de situações de alto risco. Detectar as principais situações de alto risco e preparar os fumantes a enfrentá-las com sucesso é a base do tratamento conhecido como prevenção de recaída. Procedimentos tipicamente utilizados incluem a análise de recaídas anteriores e de situações de alto risco, automonitoramento do consumo de cigarros, avaliação das habilidades de enfrentamento e o desenvolvimento de estratégias específicas de enfrentamento. Segundo os mesmos autores, estas estratégias consistem, fundamentalmente, em evitar, escapar, distrair e adiar.

Algumas outras estratégias úteis em casos específicos incluem a retirada gradual e o métodos aversivos como o “quick puffing”.

Retirada Gradual

Embora usualmente se dê preferência à interrupção abrupta dos cigarros, alguns fumantes podem se beneficiar de uma “preparação” para a retirada, restringindo os locais em que fumam ou aumentando os intervalos entre os cigarros. Um modo bastante estruturado de se proceder a esta retirada gradual é descrito a seguir.

A determinação do consumo basal de cigarros é realizada pelo preenchimento de um diário. Embora o diário para este fim possa ser simples a ponto de incluir somente o número de cigarros consumidos, deverá ser preenchido à medida que os cigarros forem sendo fumados, e não *a posteriori*. Além disso, os pacientes devem ser instruídos a evitarem modificar o padrão de consumo. A monitoração do ato de fumar tende a causar uma diminuição de sua frequência, o que pode levar a uma subestimação do nível habitual de consumo e a uma prescrição inadequada.

Realizado o diário, determina-se a média de consumo. Esta é a quantidade de cigarros a ser usada durante a primeira semana. A partir daí, procede-se à diminuição da dose em cerca de 20% a cada semana, até cerca de 10 a 12 cigarros/dia. Não se costuma prosseguir com a redução além de 8 a 5 cigarros

por dia porque se observa uma tendência à recaída pela dificuldade de controlar o consumo em níveis tao baixos.

Temos observado uma tendência ao consumo prematuro da “ração” de cigarros, por exemplo, quando ocorrem eventos que causam ansiedade. Encontrar-se sem cigarros às quatro horas da tarde pode ser excessivamente angustiante para um fumante. Por isso, temos acrescentado a instrução de que os cigarros sejam fumados a intervalos regulares, “com hora marcada” Isto tem, possivelmente, as vantagem adicionais de diminuir as flutuações da nicotemia e facilitar os mecanismos de controle do impulso - pela necessidade de contê-lo até o próximo horário -, contribuindo para aumentar a percepção de controle sobre o consumo por parte do paciente.

Os pacientes são instruídos a planejar estes horários por escrito, com base nos intervalos estimados. Chegada a hora de fumar, devem deixar o que estiverem fazendo e fumar. Para evitar que o ato de fumar se torne uma pausa bem-vinda em meio à rotina de trabalho, os pacientes recebem a instrução de fumarem em lugares particularmente monótonos, tipicamente na garagem (fechada) ou dentro do banheiro. Devem permanecer em pé e não podem se distrair com revistas ou música. Não se pode descartar um certo componente punitivo neste arranjo.

Como existe a possibilidade de que uma parcela de fumantes compense a redução da quantidade de cigarros modificando o modo de tragar, os pacientes devem ser alertados contra isso.

“Quick Puffing”

Alguns fumantes terão grande dificuldade de iniciar a abstinência. É possível que nestas circunstâncias seja válido o recurso à aplicação de métodos aversivos. Isoladamente, estes métodos não se revelaram de grande eficácia para manter a abstinência a longo prazo, mas podem facilitar o abandono inicial do cigarro. Uma técnica aversiva bastante utilizada é a do “quick puffing”, ou seja, fumar rapidamente.

O paciente deve começar a sessão fumando um cigarro o mais rapidamente possível. Depois de cinco minutos de intervalo, repete o procedimento com um segundo cigarro e, se suportar, ainda outra vez após novo intervalo. Fumar

desta forma provoca uma rápida elevação da concentração plasmática de nicotina e sintomas de intoxicação: náuseas, tontura, sensação de peso na cabeça, taquicardia. Em virtude dos riscos envolvidos, esta técnica deve ser reservada a pacientes livres de problemas cardiovasculares severos (Smith,1991).

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE NICOTINA(TRN):

O uso deste tipo de tratamento objetiva a redução do sofrimento relacionado à Síndrome de Abstinência, enquanto o indivíduo adapta-se a uma vida livre de cigarros. As TRN devem ser introduzidas, portanto, tão logo o indivíduo pare de fumar. São definidas como “a aplicação sistemática de medicações que distribuem nicotina e princípios comportamentais para estabelecer e manter a abstinência ao tabaco”. São medicamentos seguros e eficazes. Seus efeitos colaterais são pouco significativos e raramente justificam a suspensão do uso. As contraindicações para seu uso são relativas, uma vez que o risco de usar a nicotina isoladamente é mínimo se comparado ao risco de qualquer indivíduo persistir fumando (e ingerindo 4720 substâncias químicas).

TIPOS DE TRN E FORMA DE UTILIZAÇÃO

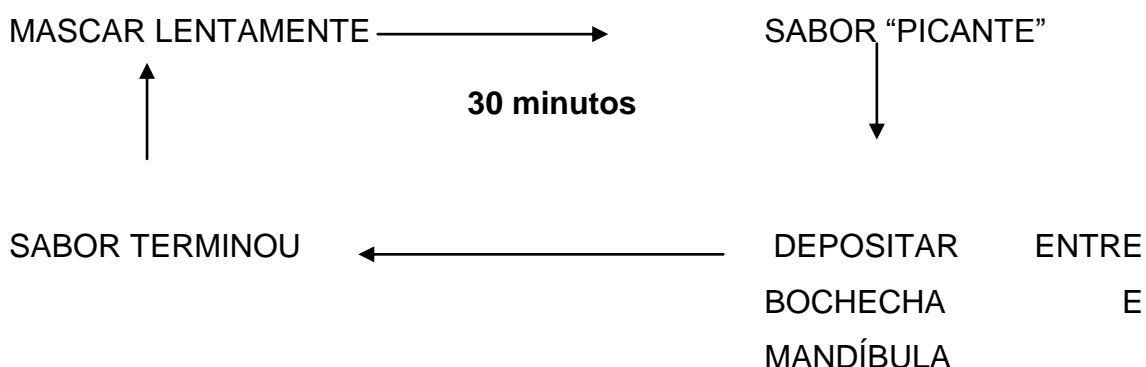
A reposição de nicotina duplica as chances de êxito de abandono do cigarro. Salvo poucas contraindicações, seu uso é recomendável para a grande maioria dos pacientes. Mesmo profissionais não médicos devem estar familiarizados com o seu uso.

GOMAS DE NICOTINA

As gomas de mascar de nicotina já são utilizadas nos Estados Unidos há mais de 10 anos, e são vendidas neste país sem prescrição médica há pelo menos

4 anos. No Brasil, a única goma disponível no mercado recebe o nome de Niquitin, e pode ser encontrada na dose de 2 mg (em outros países também encontra-se a dosagem de 4 mg, mais adequada para fumantes pesados- mais de 20 cigarros/dia). O FDA recomenda seu uso acompanhado de um programa comportamental.

Sua utilização apropriada é fundamental para a eficácia terapêutica. Apesar de serem gomas de mascar, não devem ser mastigadas como um chiclete comum. A goma deve ser mascarada lentamente até que sintam-se um sabor picante(o sabor da nicotina sendo liberada). Após isto, deve-se depositá-la entre a bochecha e a mandíbula até que o sabor desapareça. À partir de então o mesmo ciclo de mastigar e depositar a goma deve ser repetido até que se completem 30 minutos de uso da mesma, quando deve ser desprezada.



As taxas de abstinência alcançadas parecem ser maiores quando estas gomas são utilizadas em regime fixo de administração (a cada hora enquanto acordado), ao invés de "ad libitum". Além disto, o uso de bebidas ácidas 15 minutos antes ou 15 minutos após sua utilização prejudica sua absorção, e a ingestão de líquidos enquanto estiver sendo mascarada, pode "lavar" a nicotina bucal, tornando o produto ineficaz.

A maioria dos pacientes costuma ter que mascar de 10 a 15 gomas por dia para alcançar a abstinência (Fagerstrom KO, Schneider NG, Lunel E, 1993). São raros os relatos de dependência às gomas de nicotina.

SISTEMAS TRANSDÉRMICOS

Os “adesivos” de nicotina foram desenvolvidos com o objetivo de facilitar o uso e com isto aumentar a aderência ao uso da TRN. Só precisam de ser colocados uma vez ao dia (preferencialmente pela manhã), e trocados no dia seguinte. Não impedem que o indivíduo faça esporte.

O efeito colateral mais comum relacionado a esta terapêutica é a ocorrência de irritação cutânea no local da aplicação do adesivo. Para diminuir este risco, deve-se revezar o local de aplicação. Os sítios preferidos são a saliência do músculo deltóide, a região anterior do tórax e a região interescapular. Também para que não haja irritações de pele, deve-se evitar a exposição direta do adesivo aos raios solares.

No Brasil, estão disponíveis nas farmácias os adesivos Nicotinel TTS (nas doses de 30, 20 e 10) e o Niquitin (nas doses de 21mg, 14mg e 7 mg). O tempo médio de tratamento é de 8 semanas, fazendo uma redução progressiva das doses. Alguns pacientes, entretanto, podem precisar de manter-se usando os adesivos por até 1 ano.

Por outro lado, fumantes severos, de mais de 20 cigarros/dia, podem apresentar necessidades diferentes de fumantes mais leves. Os primeiros têm maior dificuldades de parar, se ressentem mais dos sintomas da abstinência, e têm mais episódios de “fissuras” para fumar. Há evidência de que as taxas de abstinência possam ser mais altas quanto maiores as doses iniciais dos adesivos. No caso de fumantes de 40 cigarros por dia, por exemplo, podem ser utilizados dois adesivos de 21 mg por dia (Dale LC, Hurt RD, Offord KP *et al*, 1995).

Também os tabagistas mais dependentes de nicotina podem beneficiar-se do uso combinado de adesivos e gomas de nicotina. Desta forma podem obter maior alívio dos sintomas de abstinência, particularmente nos momentos de maior fissura. As gomas de nicotina são utilizadas *ad lib* no mínimo 4 e no máximo 20 vezes ao dia (Fagerstrom KO, Schneider NG, Lunel E, 1993).

- **Outros métodos de reposição da nicotina**

Existem ainda dois tipos de TRN que ainda não são comercializados no Brasil. São eles: o spray nasal e o inalador de nicotina, dos quais falaremos brevemente. Ambos podem ser utilizados em conjunto com os adesivos ou com a bupropiona.

Spray Nasal de Nicotina

Já foram aprovados pelo FDA. Em relação às outras formas de reposição de nicotina, têm a vantagem de ter uma absorção mais rápida, e também atingir níveis plasmáticos mais elevados, reduzindo mais eficientemente desta forma episódios de compulsão para fumar. Pelo mesmo motivo entretanto, têm maior probabilidade de causar dependência. Também aconselha-se que sejam usados junto à terapia cognitivo-comportamental. Seus efeitos colaterais mais comuns são irritação nasal e da garganta, lacrimejamento, e aumento da secreção nasal. Deve-se iniciar com 1 ou 2 doses por hora, mas não exceder 5 doses por hora ou 40 doses por dia. Cada dose significa 1 “spray” em cada narina (Schneider NG, Olmstead R, Mody FV, *et al.*, 1995; Hurt RD, Dale LC, Croghan GA, *et al.*, 1998). Assim como nas outras TRN, deve-se fazer um decréscimo gradual das doses.

Inaladores de Nicotina

Apesar de seu uso se associar a níveis mais baixos de nicotina, têm a vantagem de se parecerem com um cigarro e possibilitarem a simulação do ritual comportamental relacionado ao hábito de fumar. Consistem em um tubo

de. plástico com formato similar a um cigarro, de onde a nicotina é aspirada em forma de vapor(Hjalmarson A, Nilsson F, Sjostrom L, *et al.*, 1997).

Também pode ser benéfico o seu uso em conjunto com outras formas de reposição de nicotina e bupropiona. Oitenta “baforadas” ao longo de 20 minutos para que se obtenha 2 mg de nicotina (metade da quantidade máxima contida em cada cápsula). Inicialmente deve-se utilizar aproximadamente 15 cápsulas por dia.

BUPROPIONA

Originalmente um antidepressivo atípico, foi o primeiro medicamento sem nicotina provado pelo FDA para o tratamento do tabagismo. Seu mecanismo de ação é desconhecido. Parece agir aumentando a concentração de dopamina no núcleo acumbens e afetando os neurônios noradrenérgicos no locus ceruleus.

Está comercializada no Brasil com o nome de Zyban, com comprimidos de 150 mg. Observa-se efetividade terapêutica com doses de 150 e 300 mg/dia, sendo maior com 300mg/dia. Doses abaixo de 150 mg/ dia mostraram-se ineficazes.

Tipicamente, inicia-se com 1 comprimido de 150 mg pela manhã por 3 dias. Passado este período pode-se acrescentar outro comprimido 8 ou mais horas após o primeiro. Um intervalo menor do que 8 horas entre os comprimidos aumenta a vulnerabilidade à crises convulsivas, o efeito colateral mais temido destes medicamentos. Ao contrário das TRN, a bupropiona deve ser introduzida de 1 a duas semana antes da data estabelecida para deixar de fumar, para que sejam alcançados níveis plasmáticos constantes. A dose de 300 mg deve ser mantida por pelo menos 3 meses, quando então ser suspensa, não necessitando da diminuição gradual das dosesⁱ.

A bupropiona parece ser especialmente eficaz na redução do ganho de peso associado à abstinência ao tabaco , diminuindo este ganho de uma média de 3 kg para 1,5 kg .

Pode ser utilizada também a combinação da bupropiona com uma TRN, especialmente naqueles pacientes que já tentaram inúmeras vezes ou nos que

não conseguiram com nenhuma das medicações isoladamente. Apesar de no único estudo comparativo entre bupropiona isoladamente e em conjunto com TRN, a melhor eficácia no tratamento combinado não ter sido estatisticamente significativa, a opinião dos especialistas nacionais e internacionais discordaⁱⁱ.

Seus efeitos colaterais mais comuns são insônia, boca seca e tonteira. Tem como contraindicações o uso de IMAO e condições que abaixem o limiar convulsivante, tais como:

- ❑ História familiar ou pregressa de convulsão
- ❑ Epilepsia
- ❑ Trauma do sistema nervoso central (acidente vascular cerebral, traumatismo crânio-encefálico, cirurgia craniana)
- ❑ Transtornos alimentares
- ❑ Uso concomitante de drogas

As condições relacionadas ao uso de drogas que devem ser tratados com cuidado devido à diminuição do limiar convulsivante são as que se seguem:

- ❑ Abuso ou dependência de álcool ou outras drogas
- ❑ Abstinência de álcool ou sedativos
- ❑ Uso de estimulantes ou anorexígenos
- ❑ Diabetes em uso de hipoglicemiantes

Recomenda-se também que as doses não excedam 300 mg/ dia, e que doses únicas não excedam 150 mg.

Tomando-se os cuidados acima descritos, a bupropiona é uma medicação segura e com efeitos colaterais leves e toleráveis.

NORTRIPTILINA

Entre as drogas ainda em teste no tratamento do tabagismo, talvez a mais promissora seja a nortriptilina. Estudos futuros determinarão sua eficácia.

REDUÇÃO DE DANOS

A despeito de todos os esforços dos profissionais de saúde, nem sempre o fumante consegue abandonar o cigarro. Para estes pacientes, uma alternativa seria a de redução de danos.

A redução de danos é uma proposta de saúde pública cujo objetivo é minimizar as conseqüências danosas do uso de drogas. Seu modelo parte do pressuposto de que temos que ser realistas quanto ao fato de que não é possível eliminar o consumo de drogas em nossa sociedade e que temos que criar alternativas que se focalizem nos danos causados pelo uso e abuso de drogas e não mais no consumo em si mesmo.

Vale ressaltar que este modelo tem a abstinência total como uma meta ideal, mas, quando este ideal não é alcançável, reconhece como válidas outras possibilidades que gerem diminuição das conseqüências negativas do consumo de drogas. Inclui também em sua abordagem todo e qualquer comportamento que possa gerar danos para si, para os outros e para a sociedade de uma forma geral relacionados ao uso de substâncias psicoativas ou à prática de sexo sem segurança como: dirigir após o uso, comportamento violento, não fazer uso de preservativos, suicídio, contaminação através de seringas etc.

A redução de danos considera os comportamentos de alto risco como um problema relacionado ao estilo de vida pessoal, sendo estes vistos como comportamentos mal-adaptados no que tange ao enfrentamento de problemas em contraposição a encará-los como algo moralmente incorreto ou como uma doença biológica ou genética. Assim, inclui na sua abordagem a promoção da saúde de uma forma geral envolvendo temas como alimentação, sedentarismo, sexo seguro, uso de drogas etc. Desta forma, pretende envolver no processo pessoas que não busariam ajuda objetiva para a “solução de um problema” e que relutam constantemente em admitir que possuem.

A redução de danos não promove comportamentos de risco, mas propõe-se a encarar de frente o fato de muitas pessoas vão continuar à usar drogas e praticar sexo de forma inconseqüente. De forma pragmática, esta abordagem

nos estimula a pensar no que podemos fazer por estas pessoas para minimizar os danos para ela e para os que a cercam.

No que tange especificamente a redução de danos no tabagismo, podemos dizer que há mais de sessenta anos tenta-se reduzir os danos causados pelo cigarro através de recursos tais como os filtros, como uma forma de prevenir câncer de pulmão ou diminuição da dosagem de nicotina e alcatrão. No entanto, hoje sabemos que isto não passou de uma estratégia de marketing da indústria tabageira no sentido de aumentar suas vendas em meio a crescente propaganda antitabagista. Na verdade, os fumantes acabam por produzir mecanismos compensatórios para obter a dosagem de nicotina de que necessitam através de uma tragada mais profunda ou até mesmo menor desperdício da parte final do cigarro.

A regulação governamental da venda de produtos com nicotina é fator fundamental para iniciar o processo de redução de danos.

Esta regulação deve se dar através de um compromisso de informação à população dos riscos do consumo do tabaco, do potencial adictivo da nicotina e determinação de que produtos devem ser comercializados baseado no nível de danos a serem causados pelos mesmos. Além disso, é inerente a este processo, o cerceamento de propagandas impróprias e mentirosas como as destinadas à população, especialmente ao público infantil.

A disponibilidade da droga no mercado tem correlação direta com os níveis de consumo de cigarro. Pesquisas evidenciam que o aumento de preço de cigarros consegue reduzir o consumo dos mesmos, bem como leis efetivas que limitam o consumo para menores de idade.

O consumo de cigarros também pode ser drasticamente afetado através da limitação de lugares aonde é permitido fumar.

A grande inovação da proposta de redução de danos e a mais controversa é a aceitação do uso controlado da droga como uma opção, saindo assim de uma perspectiva de “tudo ou nada”, abstinência total ou recaída.

Por um lado, os pesquisadores adeptos desta idéia enfatizam que esta seria uma alternativa interessante para aquelas pessoas que não conseguem parar de fumar por completo. A aceitação desta proposta estaria ligada ao fato de que fumar mais cigarros causa mais males à saúde do que fumar menos cigarros. Também estariam incluídos nesta estratégia de reduzir os danos

provocados pelo consumo de cigarros, as pessoas que não desejam parar de fumar, mas que podem obter benefícios ligados à saúde com a redução.

Por outro lado, outro grupo de pesquisadores defende a idéia de que esta abordagem seria um grande incentivo a todos os fumantes a não parar por completo, já que no fundo, este é o desejo de todo dependente de droga, usar de uma forma “não nociva”. Acrescentam que é impossível quantificar de forma eficiente “um consumo seguro”, pois os danos ligados ao tabaco tem íntima relação com a quantidade consumida, mas também com a vulnerabilidade de cada organismo.

O grupo favorável à redução de danos salienta que esta pode ser uma proposta inicial no tratamento, já que muitas pessoas não se propõem a parar por completo por não acreditarem na sua capacidade de manter-se sem cigarros. Na medida em que percebem a sua capacidade para reduzir, isto pode funcionar como um motivador para a abstinência total. Reforçam que a meta ideal continua sendo a abstinência total, mas que quando esta meta não é algo viável, não se pode desprezar ou mesmo deixar de valorizar ou incentivar os benefícios de uma redução. Se esta perspectiva não for considerada, a tendência é o próprio fumante voltar a consumir o mesmo número de cigarros por achar que seus esforços em reduzir de nada valem para a sua saúde.

Hoje, já existem produtos disponíveis no mercado que podem ser utilizados como veículos para a redução de danos como as reposições de nicotina. Na realidade, os adesivos, chicletes, spray nasal, inaladores foram criados para serem utilizados com o objetivo de amenização dos sintomas da síndrome de abstinência para que o paciente possa ter mais conforto para aprender a lidar com os hábitos, comportamentos e funções psicológicas ligadas ao cigarro com a meta final de suspensão absoluta do consumo.

Apesar disso, alguns pesquisadores vêm indicando a utilização das reposições de nicotina como um auxílio para a diminuição de cigarros consumidos, e alguns deles chegam a afirmar que esta redução pode alcançar taxas de 50%. Vale dizer que há muitas controvérsias a este respeito, na medida em que o uso concomitante do tabaco e das reposições de nicotina implicam em riscos à saúde sinalizados pelos especialistas.

De forma conclusiva, pode-se dizer que a proposta de redução de danos parte do pressuposto de que é ilusório ter como meta a eliminação do consumo de tabaco, mas acredita que através de medidas contundentes pode-se alcançar uma diminuição significativa de consumidores, reduzindo assim as doenças e a mortalidade relacionadas ao consumo de cigarros, promovendo assim a saúde pública.

Talvez, o maior desafio para os profissionais da área de dependência química, seja adquirir flexibilidade suficiente para se abrir para novas propostas, que aparentemente se apresentam como muito ousadas, e que incitam inicialmente uma postura de rejeição total.

Isso implica em podermos quebrar paradigmas tão enraizados advindos de uma cultura de tratamento tão antiga.

Também não podemos acolher as novas propostas de forma integral, sem questionamentos a respeito de sua aplicabilidade, como se fosse “uma nova verdade absoluta”.

Cada vez o que se percebe mais na abordagem das problemáticas relativas à dependência do cigarro e de todas as outras drogas é a necessidade de avaliação individualizada de cada paciente ou de cada grupo ou de cada sociedade. Não existe uma forma padrão que dê conta de todas as necessidades e possibilidades, e estar aberto ao entendimento das indicações técnicas para cada caso, fornece ao profissional uma gama maior de recursos. Dessa forma, adota-se uma postura de não “encaixar” o paciente à técnica de que dispomos, e sim, Ter um leque de possibilidades que atendam à funcionamentos individuais, tendo assim a técnica à serviço do homem e não o homem à serviço da técnica.

TRATAMENTOS NÃO RECOMENDADOS

Uma última palavra deve ser dada em relação a diversos tratamentos — alguns empregados até freqüentemente — que não são recomendáveis no tratamento do tabagismo, ou por não haverem evidências de sua efetividade, ou porque são comprovadamente ineficientes. Entre estes tratamentos

merecem ser citados a acupuntura, a hipnose, o emprego de medicamentos supostamente aversivos (sais de prata, por exemplo), etc. (Fiore et al., 1996; Raw et al., 1999).

Bibliografia

Benowitz NL. Clinical Pharmacology of nicotine. *Annu Ver Med*; 37:21-32, 1986

Benowitz NL. Pharmacologic aspects of cigaret smoking and nicotine addiction. *New England Journal of Medicine*; 319:1318-30, 1988

Dale LC, Hurt RD, Offord KP, *et al.* High-dose nicotine patch therapy: percentage of replacement and smoking cessation. *Journal of the American Medical Association*; 274(17):1353-8, 1995

Fagerstrom KO, Schneider NG, Lunel E. Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatments for tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology*; 111(3): 271-7, 1993

Fagerstrom KO, Groman E. Dependência da Nicotina: Desenvolvimento, mecanismos e diferenças individuais. In: Tratamento do tabagismo. Gigliotti, A. (org); Vitro editora, 2000

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, *et al.* Smoking Cessation: Information for Specialists. Clinical Practice Guideline. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research and Centers for Disease Control and Prevention. Washington DC, 1996.

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, v. 86, pp. 1119-1127, 1991.

Henningfield JE, Schuh LM, Jarvik ME. Pathophysiology of Tobacco Dependence. In Bloom FE, Kupfer DJ, eds. *Psychopharmacology: the fourth generation of progress*. Nova York, Raven, , pp. 1715-1729, 1995.

Hjalmarson A, Nilsson F, Sjostrom L, et al. The nicotine inhaler in smoking cessation. *Archives of Internal Medicine* Aug 11;157(15):1721-1728, 1997

Hughes JR, Gust SW, Skoog K, Keenan RM, Fenwick JW. Symptoms of tobacco withdrawal – a replication and extension. *Archives of General Psychiatry*, v. 48, pp. 52-59, 1991.

Hurt RD, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*, v. 337, pp. 1195-, 1997.

Hurt RD, Dale LC, Croghan GA, et al. Nicotine nasal spray for smoking cessation: pattern of use, side effects, relief of withdrawal symptoms, and cotinine levels. *Mayo Clinic Proceedings* Feb;73(2):118-125, 1998

Jarvik ME, Henningfield JE. Pharmacological adjuncts for for the treatment of tobacco dependence. In Orleans CT, Slade J, eds. *Nicotine addiction: principles and management*. Nova York, Oxford, 1993.

Marlatt GA, Gordon, JR. Prevenção de recaída. *Estratégias de Manutenção no Tratamento de Comportamento Adictivos*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação Nacional de Controle e Prevenção Primária de Câncer (Contapp). *Ajudando seu paciente a parar de fumar*. Rio de Janeiro, INCA, 1997.

Peto R, Lopez AD, Boreham J, et al. Mortality from smoking en developed countries (1950-2000). *Indirect estimates from national vital statistics*. Nova York, 1994.

Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation: implications for clinicians. *Clinics in Chest Medicine*, v. 12, pp. 727-735, 1991.

Raw M, McNeill A, West. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. *British Medical Journal*, v. 318, p.182-185,1999.

Shiffman S, Reed L, Maltese J, et al. Prevenção de recaída em ex-fumantes: uma abordagem de automanejo. In Marlatt GA, Gordon, JR. *Prevenção de recaída. Estratégias de Manutenção no Tratamento de Comportamento Adictivos*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

Smith JW. Counterconditioning methods. In Cocores JA, ed. *The clinical management of nicotine dependence*. Springer-Verlag, Nova York, 1991

Schneider NG, Olmstead R, Mody FV, *et al*. Efficacy of a nicotine nasal spray in smoking cessation: a placebo controled, double blind trial. *Addiction* Dec;90(12):1671-1682, 1995

Svenson CK. Clinical Pharmacokinetics of nicotine. *Clinical Pharmacokinetics*; 12: 30-40, 1987

USDHHS - United States Department of Helth and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health. *The health consequences of smoking: nicotine addiction – a report of the Surgeon General*. US Goverment Printing Office. Rockville, 1988.

OMS - World Health Organization. *Combating the tobacco epidemic*. Pp 65-79

1

ⁱ Hurt RD, Sachs DP, Glover ED, *et al*. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Eng J Med* 1997 Oct; 337:1195-1202

ⁱⁱ Jorenby DE, Leishow SJ, Nides MA, *et al*. A controlled trial of sustained release bupropion, a nicotine patch or both for smoking cessation. *N Engl J Med*. 1999 Mar 4; 340(9):685-91