



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
"Prof. Alexandre Vranjac"



O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DA NICOTINA

PORQUE TRATAR A NICOTINO-DEPENDÊNCIA?

O tabaco contém nicotina, que dentre todas as substâncias resultantes de seu consumo, é uma droga psicoativa, responsável em causar elevada dependência física e psicológica, podendo viciar o fumante durante o prazo de um a três meses, trazendo cumulativamente graves conseqüências no organismo ao longo de seu uso.

Após a dependência estar estabelecida a dificuldade em abandonar o tabaco é alta, e geralmente proporcional ao número de cigarros ou outro produto de tabaco utilizado, assim como ao tempo de consumo dessa potente droga que é a nicotina¹.

Embora exista diferentes outras formas de utilização do tabaco, além do cigarro, este último é a causa mais comum de dependência da nicotina, e a maioria dos dados disponíveis sobre essa dependência são originados de pesquisas de consumidores de cigarro, dessa forma, neste capítulo, quando se utilizar o termo cigarro, o mesmo pode ser generalizado por outras formas de consumo do tabaco.

Apesar das propriedades aditivas da nicotina e as dificuldades acima citadas, a cessação do uso do cigarro é possível e necessária, sendo essencial para manutenção da saúde.

É importante ressaltar que independente do método utilizado para a cessação do vício de fumar, os melhores resultados serão alcançados quando o dependente de nicotina estiver altamente motivado a abandonar o uso do cigarro. Estudos demonstram que 80% dos fumantes desejam parar de fumar, porém apenas 3% conseguem parar sozinhos a cada ano e desses últimos, mais de 90% o fazem por auto decisão^{2,3,4,5,16}.

Segundo CINCIPRINI², (1997), a incidência de dependência à nicotina chega a alcançar 70 a 90% entre os fumantes, reforçando o tabagismo como uma doença, uma dependência que necessita de tratamento.

A Organização Mundial de Saúde – OMS, utilizou para a nicotina, as mesmas diretrizes usadas para avaliar a presença de síndrome de dependência em outras drogas psicoativas, sob o indicador F17 (transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso do tabaco), e incluiu desde 1993, o tabagismo como doença, na décima e última revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID 10-F17.2^{6,7}.

Com relação ao potencial adictivo da nicotina, pesquisas demonstram que a nicotina vicia com mais facilidade que a heroína, e é mais letal que a maconha, sendo no entanto mais acessível que as outras duas⁸.

Pesquisa Nacional sobre o uso de drogas, realizada pelo Departamento de Saúde dos Estados Unidos em 2001, aponta que entre várias drogas estudadas (nicotina, heroína, cocaína, maconha, álcool, entre outras), a nicotina aparece em primeiro lugar como a droga de maior acessibilidade, apresentando também o mais elevado percentual de poder de vício, sendo a droga de maior letalidade, e a que mais precocemente é utilizada pelas crianças e adolescentes, em relação às demais^{8,9}.

Os dados acima apontados reforçam a necessidade de investimentos cada vez mais amplos em técnicas de cessação de fumar, portanto neste capítulo estaremos enfocando sobre medidas utilizadas para deixar de fumar, as principais dificuldades encontradas, e os avanços terapêuticos mais recentes.

Antes de detalhar sobre os principais métodos destinados a parar de fumar, torna-se importante deixar claro que a maioria desses métodos ainda são tidos como elitistas, tendo em vista o elevado custo dos medicamentos de primeira linha, assim como pelo fato das terapias de acompanhamento do fumante serem longas, feitas geralmente por várias seções e inúmeros retornos, o que demanda ao fumante uma série de tarefas e condições sociais de participação, que requer tempo e recursos financeiros que grande parte deles não possuem¹⁷.

Contudo, apesar dessas condições desfavoráveis, diferentes esforços e estratégias devem ser utilizados para que cada vez mais se invista no tratamento do fumante.

Atualmente reconhece-se que os esforços para a cessação de fumar reduzem a mortalidade pelo tabagismo em um prazo mais curto do que a prevenção da iniciação no comportamento de fumar³, e que sempre será positivo ajudar um paciente a deixar de fumar, em qualquer momento de sua vida, independente de sua condição clínica¹⁰.

O tratamento do fumante quando comparando com outras intervenções na área da saúde, é dos que apresenta a melhor relação custo benefício. Estimativas de custo benefício de uma breve abordagem ao fumante pelo médico, mostram que se apenas 2,7% a 3,7% dos fumantes deixassem de fumar através desse tipo de abordagem, o custo estimado por ano de vidas salva seria em torno de U\$748,00 a U\$ 2.020,00, cifra esta, bastante inferior ao custo do tratamento da hipertensão arterial leve a moderada que fica aproximadamente entre U\$11.300,00 à U\$ 24.408,00; assim como da hipercolesterolemia, que fica entre U\$ 65.511,00 à U\$ 108.189,00 e do infarto que fica em torno de U\$55.000,00^{22,23}.

No Brasil, existe uma crescente demanda por tratamento da dependência à nicotina nos serviços públicos de saúde. Esse aumento da demanda resulta de uma maior conscientização da população quanto aos riscos do tabagismo, e também pelo conhecimento de que o Serviço Único de Saúde já pode oferecer tratamento gratuito aos fumantes.

Essa demanda ainda é bastante reprimida, porém, através da portaria ministerial 1.575 de 29 de agosto de 2002, publicada no DOU de 03 de setembro do mesmo ano, ampliaram-se as possibilidades de atendimento ao fumante, tendo em vista que com essa medida o tabagismo passa a ser abordado e tratado na lógica do Sistema Único de Saúde - SUS, com a criação dos Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante em todo o território brasileiro.

Sendo assim, a perspectiva de apoiar os dependentes de nicotina que desejam parar de fumar, passa a figurar como uma das principais estratégias de controle do tabagismo, em nosso país, tornando-se parte da política de saúde pública nacional.

Espera-se também, que essa importante medida de controle do tabagismo, que é uma das pioneiras em todo o mundo, possa servir de exemplo para outros países, estimulando-os à criação de Centros de Atendimento aos Fumantes, para toda população dependente da nicotina, ampliando dessa forma o acesso ao tratamento do tabagismo.

MÉTODOS DE TRATAMENTO DA NICOTINO-DEPENDÊNCIA

De acordo com LARANJEIRA & GIGLIOTTI¹¹, de uma forma mais geral, existem métodos indiretos e diretos na cessação do fumar.

Métodos que influenciam o fumante à deixar de fumar, sem apresentar um contato direto com ele, são os indiretos (realização de campanhas educativas de controle do tabagismo, aplicação de medidas legislativas como proibição de fumar em locais públicos, aplicação de medidas econômicas como a elevação dos impostos sobre o preço do cigarro). Já os métodos que envolvem a utilização de psicoterapia, medicamentos farmacológicos, ou aconselhamento de um profissional de saúde, são os conhecidos como métodos diretos.

Os métodos diretos apresentam custo mais elevado, se moldando como um tratamento clínico, conseguindo portanto atingir um menor número de fumantes, mas atingindo uma taxa de abstinência superior aos métodos indiretos, os quais por sua vez, se apresentam com ênfase na saúde pública, tem um menor custo, conseguindo atingir um maior número de fumantes, porém uma menor taxa de abstinência¹¹.

Independente do tipo de tratamento, o grande objetivo é levar o dependente da nicotina a locomover-se de um estágio de mudança para outro no sentido da AÇÃO (abandonar o cigarro)¹¹.

Em relação estágio de mudança, de comportamento, PROCHASKA & DICLEMENTE^{12,13,14,15,16}, desenvolveram um modelo transteórico de mudança de comportamento, baseado em aspectos cognitivos e motivacional do fumante, dividido em 5 diferentes estágios dinâmicos de mudança:

1- Pré contemplação:- Nesse estágio o indivíduo não está intencionado a tomar decisões em relação à mudança de comportamento, frente a uma situação de risco.

Geralmente, nesse estágio, o dependente de nicotina não considera a possibilidade de deixar de fumar, nem se preocupa com essa questão, eles vêem mais prós do que contras no ato de fumar e negam os malefícios do tabaco à saúde.

2- Contemplação:- É o estágio onde as pessoas tem consciência do risco e possuem intenção em fazer mudanças frente ao comportamento de risco, mas ainda não marcaram uma data para essa mudança, e estão na fase de avaliar os prós e os contras, se encontrando portanto numa situação de ambivalência.

Nessa fase geralmente o fumante admite que o tabagismo é um problema, e planeja seriamente deixar de fumar nos próximos 6 meses; encontra um pouco mais contras do que prós no ato de fumar, entretanto, em caso de dúvida, não para de fumar.

Esse estágio pode demorar apenas minutos ou pode se estender por anos.

3- Preparação para ação:- Nesse estágio os indivíduos já estão procurando soluções para o problema e já iniciaram o planejamento da mudança de comportamento.

É nesse estágio que o fumante considera seriamente que precisa parar de fumar dentro do próximo mês, e começa intuitivamente a usar técnicas comportamentais para deixar o cigarro,.

4- Ação:- Nesse estágio as pessoas tomam as medidas necessárias para efetuar a mudança de comportamento, é onde as mudanças concretas são feitas.

É durante esse estágio que o fumante abandona o cigarro e para de fumar, sendo reconhecido como uma fase bastante instável em relação ao tempo gasto para deixar de fumar, tendo em vista que muitos evoluem parando de fumar em poucos dias e outros não conseguem tão facilmente.

5- Manutenção:- É nesse estágio que se percebe concretamente as mudanças no comportamento.

O fumante geralmente utiliza nesse estágio, mecanismos comportamentais de adaptação ao meio sem cigarro, podendo mudar seus hábitos de rotina como por exemplo evitar café e álcool. É uma fase de trabalho contínua para manter os ganhos adquiridos no estágio anterior (ação) e para ficar atento para não voltar a fumar.

Geralmente essa fase varia de 6 meses a anos após a pessoa ter deixado de fumar, sendo que alguns indivíduos podem apresentar recaída, voltando a fumar, retornando a qualquer um dos estágios anteriores.

Esse modelo transteórico de mudança de comportamento de Prochaska e Diklemente, foi sendo adaptado com o passar do tempo, e seu conhecimento atual é importante para que o profissional de saúde possa reconhecer o grau de motivação em que o fumante se encontra no momento da consulta, adequando sua abordagem a este grau¹⁰.

Fumantes num estágio inicial de mudança devem precisar de tipos de programas menos intensivos e mais longos, para que se possa acompanhá-los através do ciclo de parar de fumar, e movê-los com sucesso até o estágio de ação, já os dependentes de nicotina num estágio mais tardio devem se beneficiar de tipos de intervenção mais intensas, e orientadas para a ação¹¹.

Com relação ao método direto, acima comentado, existem vários modelos de tratamento propostos para cessação da dependência à nicotina, e segundo HAXBY (1995)¹⁸, a escolha do modelo mais adequado ao tratamento do fumante depende de uma boa avaliação inicial em que devem ser levados em consideração fatores extrínsecos como por exemplo do modelo disponível e das condições socioeconômicas, mas também fatores intrínsecos como por exemplo da motivação do paciente e do diagnóstico.

De acordo com pesquisadores americanos e ingleses, o tratamento do fumante pode ser definido a partir do consumo de cigarros (gravidade e problemas associados) e a modalidade de intervenção disponível¹⁹.

Como existem várias modalidades de intervenção, para uma visão mais didática, estaremos dividindo a seguir, os diferentes modelos de tratamento do fumante em 3 diferentes tipos (método comportamental, método medicamentoso, outros métodos):

I- MÉTODO COMPORTAMENTAL:-

O método comportamental baseia-se na teoria de que os processos de aprendizagem operam no desenvolvimento, manutenção e cessação do fumo. O objetivo desse tipo de método é mudar os antecedentes (incluindo cognições) a respeito do fumo, reforçar o não fumar e ensinar habilidades para evitar o cigarro em situações de risco.

O método comportamental é uma das estratégias mais indicada para ajudar um fumante a deixar de fumar, tendo em vista que deixar de fumar é um processo, que na maioria das vezes leva tempo, envolvendo mudança de comportamento¹⁶.

Dentro os métodos comportamentais, a **terapia comportamental breve**, também conhecida como intervenção breve em grupo ou individual é considerada um método de primeira linha¹⁹. Esse modelo de tratamento é mais estruturado, podendo ser utilizado em qualquer nível de atenção à saúde, tendo em vista seu simples formato e facilidade de treinamento²⁶. Nesse tipo de terapia, a abordagem mais utilizada é a grupal^{27,28}.

MEIRELLES et al (2000), FIORE (1996), JARVIK & HANNEFIELD (1993) e ORLEANS (1993), afirmam que existem dois tipos de abordagem para cessação do fumo (a mínima e a intensiva)^{10,22,23,24}.

A abordagem mínima é aquela que consiste em uma intervenção breve, objetivando aconselhar, preparar e acompanhar o fumante no processo de cessação de fumar, não necessitando de uma estrutura física própria. Já a abordagem intensiva é aquela que necessita de uma assistência estruturada, com local próprio, dentro da unidade de saúde, e profissionais treinados e especificamente envolvidos para este fim¹⁰.

Tendo em vista que a abordagem mínima não exige uma infra-estrutura em relação à área física, recursos humanos qualificados e investimentos financeiros, ela consegue alcançar um número maior de fumantes, porém apresenta uma menor taxa de cessação, que segundo ORLEANS (1993), gira em torno de 5 a 10%. A Abordagem intensiva, pelo fato de ser mais seletiva, apresenta um menor alcance em termos de saúde pública, entretanto, apresenta resultados melhores em relação a taxa de cessação, que chega a atingir 20 a 30%²⁵.

A abordagem mínima é uma abordagem comportamental, que estimula a mudança de hábitos do dependente de nicotina, fazendo o fumante entender o que faz ele fumar e como pode, ao parar de fumar, passar por situações em que normalmente fumaria sem que ele tenha uma recaída¹⁰. Esse tipo de abordagem consiste em algumas estratégias e informações básicas que devem ser realizados pelos profissionais de saúde, para apoiar o fumante que quer deixar de fumar^{10,20}.

Essas estratégias e informações geralmente poderão ser aplicadas em um período de 3 a 5 minutos dentro de uma consulta de rotina e são conhecidas como **PAAPA** (Perguntar/Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar)^{10;20}.

Glynn & Manley (1989) abordam sobre estas técnicas, no manual intitulado “Como ajudar seu paciente a deixar de fumar”, referindo ser estratégias simples, cujo uso deve ser recomendado aos clínicos, pois as mesmas não interferem na rotina de suas consultas³².

A seguir estaremos detalhando cada uma dessas estratégias que foram amplamente discutidas e registradas no Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante do Instituto Nacional de Câncer²⁰:

PERGUNTAR/AVALIAR:

Essa estratégia refere-se a perguntar sempre para seu paciente sobre o uso de cigarro, e caso seja fumante, deve investigar sua história tabagística, tendo como objetivo: identificar o perfil do fumante, avaliar o seu grau de dependência à nicotina, e o grau de motivação, e posteriormente registrar em seu prontuário. Esses dados devem ser valorizados pelo profissional de saúde como se fossem um sinal vital¹⁰.

Seis perguntas deverão ser feitas e registradas no prontuário do paciente:

1- Você fuma? Há quanto tempo?

Essa pergunta fornece informações sobre a condição do fumante, e também sobre o tempo de exposição à nicotina e outras substâncias tóxicas do cigarro.

Com a resposta a essa pergunta poderemos definir se o paciente é um fumante em experimentação, ou se apresenta em uso regular. Segundo a Organização Mundial da Saúde, se o fumante diz fumar 5 cigarro por dia e ter começado a fumar há 15 dias, ele ainda não é um fumante regular e encontra-se em fase de experimentação.

2- Quantos cigarros você fuma por dia?

3- Quanto tempo após acordar você acende o 1º cigarro?

As perguntas 2 e 3 informam sobre o grau de dependência à nicotina. Estudos mostram que pacientes que fumam 20 ou mais cigarros por dia e/ou acendem o primeiro cigarro até meia hora após acordar, possivelmente, terão mais dificuldades em deixar de fumar por apresentarem uma dependência química mais intensa, podendo necessitar de uma abordagem diferenciada com utilização de tratamento farmacológico.

4- O que você acha de marcar uma data para deixar de fumar? Em caso de resposta afirmativa, perguntar: Quando?

5- Já tentou parar? (se a resposta for afirmativa, fazer a pergunta 6).

As perguntas 4 e 5 informam a respeito do grau de motivação para cessação do tabagismo. Geralmente, fumantes que já tentaram ou mostram interesse em largar o cigarro estarão mais propensos a receber essa abordagem.

A partir dessas perguntas, pode-se ter um diagnóstico situacional do paciente no que diz respeito a avaliar em que fase motivacional para deixar de fumar (estágios de Prochaska e

Diclemente) se encontra o fumante, podendo dessa forma adequar as mensagens motivacionais de acordo com o estágio encontrado

6- O que aconteceu?

Essa última pergunta ajuda a identificar o que colaborou ou não na tentativa de abandono do cigarro, sendo que os motivos que atrapalharam devem ser trabalhados na próxima tentativa.

Ressalta-se que essas 6 perguntas são importantes para dar algumas informações úteis para abordagem inicial ao fumante, sendo que logo após, deve-se passar para a próxima estratégia, que consiste em “aconselhar” o paciente fumante a deixar o cigarro.

ACONSELHAR:

Essa estratégia refere-se a explicar os malefícios do consumo do cigarro, assim como os benefícios encontrados no ato de cessação do fumar.

O aconselhamento deve ser personalizado e adaptado à fase em que o fumante se encontra no momento da consulta. Geralmente o profissional de saúde poderá identificar 5 situações básicas quanto ao grau de motivação do paciente (fumante que não deseja parar de fumar, fumante que deseja parar de fumar, mas ainda não está pronto para a ação, fumante em recaída, Fumante em abstinência, fumante pronto para a ação).

Nas 4 primeiras situações devemos aconselhar o fumante, já na quinta situação pode-se preparar o fumante para a cessação.

1ª Situação: Quando o fumante não deseja parar de fumar.

Nesse caso a intervenção motivacional deve ser dirigida aos fatores que tornam a cessação de fumar relevante para o paciente. Deve-se então identificar que razões e medos os impedem a pensar em deixar de fumar, e os que já pensam em parar de fumar, que razões e medos os impedem a partir para ação.

O fumante deve ser estimulado a pensar sobre deixar de fumar, portanto forneça material educativo sobre o assunto e volte a discutir com ele sobre a cessação na próxima consulta.

Nessa 1ª situação o fumante deve ser abordado com firmeza, porém, sem agressividade ou demonstrações de preconceito (fumante visto como um fraco, um indivíduo sem força de vontade, sem caráter). É importante que o profissional de saúde tenha uma postura acolhedora, mostrando-se compreensivo com o problema do paciente e disposto a apoiá-lo no processo de cessação de fumar.

Como o conhecimento sobre alguns riscos relacionados ao tabagismo é para alguns fumantes um fator relevante que poderá motiva-lo a cessação do tabagismo, certifique-se de que o fumante conhece os riscos de adoecimento relacionados ao ato de fumar, e se esse tipo de argumento é relevante para ele, caso seja positivo, informe-o sobre os riscos para a própria saúde e dos riscos do fumo passivo.

Em relação aos riscos para a própria saúde, lembre-se de alertá-lo daqueles a curto prazo como por exemplo a baixa resistência, risco de impotência, riscos para gravidez, exacerbação de bronquite, asma, aumento do nível de monóxido de carbono no sangue; assim como dos riscos a longo prazo como o infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, câncer de pulmão e outros tipos de câncer e doença pulmonar obstrutiva crônica.

Em relação aos riscos do fumo passivo, é importante o fumante ser alertado que a exposição de crianças pequenas e, especialmente, bebês à fumaça do cigarro alheio aumenta em 50% o risco deles terem infecção respiratória baixa, como por exemplo pneumonia, broncopneumonia, bronquite e bronquiolite, assim como aumenta em 60% o risco da síndrome da morte súbita infantil. Ainda que, há um risco 30% maior do surgimento do câncer de pulmão e 25% maior de infarto de miocárdio entre não fumantes que convivem com fumantes em casa e/ou no trabalho, quando comparados com não fumantes que não são expostos ao fumo passivo.

Outro ponto a ser destacado em relação ao fumo passivo, é que o fumante que fuma em ambientes fechados estará aumentando a sua exposição e o seu risco, pois a fumaça que sai da ponta do cigarro chega a ter 3 vezes mais nicotina, 3 vezes mais monóxido de carbono e até 50 vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça que ele traga.

Outro aspecto importante a ser lembrado é que fumar cigarros light ou de baixos teores não elimina o risco de um fumante vir a ter as doenças tabaco-relacionadas, pois ao mudar para marcas light, o fumante passa a fumar uma maior quantidade de cigarros, e a tragar com mais intensidade para regular o nível de nicotina no seu sangue.

Além de falar sobre os riscos é nessa 1ª situação que se deve falar também sobre os benefícios na cessação, enfatizando que os mesmos se manifestam para quem deixa de fumar, independente da idade. Fumantes que deixam de fumar antes dos 50 anos de idade apresentam após 16 anos sem fumar, uma redução de 50% no risco de morte por todas as doenças tabaco relacionadas em relação aos que continuam fumando. Por volta dos 64 anos, o risco de mortalidade é similar ao daqueles que nunca fumaram da mesma idade.

É importante informar ao fumante que os danos produzidos pelo cigarro é cumulativo, sendo assim, quanto mais cedo se começa a fumar, maiores são os riscos e quanto antes se deixa de fumar, maiores são os benefícios³¹.

Os benefícios que surgem com a cessação do fumar, e que devem ser mencionados aos fumantes são:

Benefícios para saúde:

- Após 2 minutos a pressão arterial e a pulsação voltam ao normal;
- Após 3 semanas a respiração se torna mais fácil e a circulação melhora;
- Após 1 ano o risco de morte por infarto do miocárdio se reduz à metade;
- Após 5 a 10 anos o risco de sofrer infarto será igual ao das pessoas que nunca fumaram;
- Após 20 anos o risco de contrair câncer de pulmão será igual ao dos não fumantes.

Benefícios Econômicos:

- O fumante pode ser questionado sobre o quanto gasta com a compra do cigarro e quanto ele economizará deixando de fumar. Calcule o quanto ele gasta por mês ou ano e relacione o montante final com o que ele poderia fazer ou comprar.

No quadro²⁹ a seguir apresentaremos um exemplo de como orientar um fumante sobre os benefícios econômicos adquiridos ao deixar de fumar;

Quadro 1- Benefícios que se podem adquirir com o valor mensal que se gasta com o consumo diário de cigarros. Ano de 2002

Marca de cigarro Situação	DERBY	HOLLYWOOD	MALBORO	FREE	CARLTON
Gasto Mês*	R\$ 33,00	R\$42,00	R\$52,50	R\$60,00	R\$ 67,00
O que seria possível adquirir com esse gasto	-Adquirir um livro -Alugar 6 fitas de vídeo -Assistir uma boa peça de teatro -Assinar um jornal diário e manter-se bem informado -Ir ao cinema bem acompanhado	-Comprar um livro e ir ao cinema -Comprar um CD e ir ao cinema -Assinar um jornal e alugar 2 fitas de vídeo -Assistir um show e ir ao cinema - Ir ao teatro e alugar 3 fitas de vídeo	-Assistir um show e adquirir um livro -Comprar um CD e ir ao teatro -Assinar um jornal e ir a um Show -Ir 4 vezes ao cinema - Comprar 2 CDs	-Adquirir 2 livros - Assinar um jornal e 1 revista - Alugar 12 fitas de vídeo -Ir assistir e alugar 2 fitas de vídeo	-Comprar e CDs e ir ao cinema -Comprar 2 livros e alugar 3 fitas de vídeo -Assinar um jornal, ir ao teatro e alugar 2 fitas de vídeo -Ir ao Show , ao Teatro e alugar 3 fitas de vídeo -Ir a um Show,, ao teatro e ao cinema.

* Valor obtido da Receita Federal no ano de 2002

Outros Benefícios:

- Fortalecimento da auto-estima;
- Melhora do hálito e do cheiro;
- Melhora da coloração dos dentes e vitalidade da pele;
- Dar um bom exemplo para as crianças;
- Não ter de se preocupar se estará incomodando outras pessoas ao fumar;
- Ter uma melhora no desempenho das atividades físicas;
- Estar contribuindo para redução dos danos ao meio ambiente.

Lembre-se de repetir a intervenção motivacional sempre que o paciente retornar para uma consulta, aproveitando esse momento para novamente perguntar, avaliar e aconselhar.

2ª Situação: O fumante deseja parar de fumar, mas não está pronto para a ação.

Geralmente os fumantes sentem medo do fracasso e, por isso, embora queiram parar de fumar sentem-se inseguros e não tentam. Nessa situação é de suma importância que o profissional de saúde procure identificar os medos e as barreiras que podem estar bloqueando a motivação do paciente no sentido de partir para a ação.

Para cada barreira encontrada existe algumas orientações a ser fornecida ao fumante, que o fará caminhar para a ação. No quadro 2, a seguir, estaremos correlacionando essa situação.

Quadro 2: Orientações a serem oferecidas ao fumante de acordo com o tipo de barreira que se apresenta para ele partir para a ação.

Barreiras	Orientações a serem fornecidas ao fumante
Sintomas da Síndrome de Abstinência	<p>Geralmente os fumantes apresentam os sintomas da síndrome de abstinência (dor de cabeça, tontura, irritabilidade/agressividade, insônia, depressão, aumento do apetite, desconforto abdominal, dificuldade de concentração, despertares noturnos, fissura, entre outros), que duram no máximo 1 a 3 semanas, (com exceção da fissura), sendo que alguns fumantes apresentam vários deles, outros apenas alguns, existindo também aqueles fumantes que não apresentam nenhum deles. O fumantes que apresentam esses sintomas, os tem em grau variáveis de intensidade e são favorecidos pela pressão social (atividades diárias, relacionamentos, situações conflitantes).</p>
Fissura (desejo incontrolável por cigarros)	<p>A fissura é uma manifestação bastante comum, que geralmente se inicia algumas horas após o fumante deixar de fumar, com intensidade elevada e que tende a tornar-se cada vez mais esparsa com o passar do tempo, sendo que cada episódio da fissura não dura mais que 5 minutos, e depois desaparece. Pode permanecer por meses, porém com intervalos longos e intensidade reduzida.</p> <p>Existem estratégias para lidar com esses sintomas (exercícios respiratórios, mudança de atividade, etc), assim como utilização de medicamentos que irão reduzi-la</p>
Medo do ganho de peso	<p>Geralmente, existe realmente uma probabilidade de um moderado ganho de peso, sendo que a média de ganho de peso após deixar de fumar gira em torno de 2 a 4 kg. Deve-se ressaltar que cerca da metade irá ganhar menos do que essa quantidade; alguns podem não engordar, e alguns podem até emagrecer. Entretanto 1 em cada 10 fumantes pode ganhar de 11 à 13,5 kg ao deixar o cigarro.</p> <p>A maior parte desse aumento de peso ocorre em média nos primeiros seis meses após a cessação. Estabilizando-se após 1 ano.</p>
Medo de não conseguir ou de recair	<p>Enfatizar ao fumante que ele contará sempre com o apoio de um profissional de saúde qualificado, sempre disposto a apoiá-lo.</p> <p>Dizer que a maioria dos fumantes tentam em média 3 a 5 vezes antes de conseguir parar definitivamente.</p>
Falta de apoio em casa, no trabalho, ou outro local	<p>Procurar estimular a família, o colega de trabalho, ou outra pessoa que conviva com ele a estimulá-lo.</p> <p>Esse estímulo pode ser feito com fornecimento de material educativo,</p>

	via telefone, ou em uma entrevista pessoal.
<p>Ambivalência</p> <p>Muitos fumantes embora reconheçam que precisam parar de fumar, se mostram divididos, pois, desenvolveram uma forte ligação afetiva com o cigarro associando a momentos de prazer ou utilizando-o como apoio nos momentos de estresse e dificuldades.</p>	<p>Nesse caso faça o fumante reconhecer o forte elo que existe entre o fumante e o cigarro e a sua dificuldade em rompê-lo. Procure sinalizar ao fumante que esse elo poderá ser rompido, e que o fumante poderá buscar outras alternativas para substituir esse papel que o cigarro representa na sua vida (técnicas de relaxamento, um hobby, atividades manuais e/ ou físicas, entre outras).</p>

Barreiras	Orientações a serem investigadas/observadas no fumante
<p>Depressão e outras co-morbidades psiquiátricas</p> <p>(Caso seja identificado história ou passado de co-morbidade psiquiátrica o clínico pode encaminhá-lo para receber apoio de um especialista.)</p>	<p>- Geralmente se o fumante apresenta como barreira uma co-morbidade o profissional de saúde deve fazer as seguintes perguntas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Já teve sintomas de depressão no passado e/ou teve manifestações de depressão em tentativas anteriores de parar de fumar? 2. Como está se sentindo na última semana? Como se sentiu nos últimos trinta dias? (deve ser investigada a presença de: cansaço, desânimo, tristeza, sentimento de inutilidade e desesperança, nervosismo, inquietação, irritação ou dores somáticas nos últimos 30 dias e ao longo da vida do paciente). 3. Já fez algum tipo de tratamento psiquiátrico? 4. Já fez uso de alguma medicação, mesmo que não prescrita por médico, para dormir ou se acalmar? 5. Como está o seu sono? (investigue se o paciente apresenta insônia ou sono excessivo). 6. Há presença de distúrbio psiquiátrico na família? <p>- Deve-se também observar se durante a consulta o paciente apresenta agitação, pensamento e fala lentificados ou acelerados e capacidade de concentração prejudicada.</p> <p>Caso seja identificado história ou passado de co-morbidade psiquiátrica o clínico pode encaminhá-lo para receber apoio de um especialista.</p>

Nessa 2ª situação também deve-se aplicar a repetição, ou seja a intervenção motivacional deve ser repetida sempre que o paciente retornar para uma consulta, nesse caso o profissional de saúde deverá novamente perguntar, avaliar e aconselhar.

3ª Situação: O Fumante em recaída.

A recaída é definida como a retomada do consumo de cigarros à mesma quantidade, ou as vezes até superior à de antes da cessação.

Ao recair, o fumante sente-se envergonhado e com baixo auto estima, sendo assim é fundamental que o profissional de saúde veja o tabagismo como uma doença crônica onde as recidivas e remissões estão previstas.

Quando ocorre a recaída, ela deverá ser aceita sem críticas por parte do profissional de saúde, mantendo atmosfera de confiança e apoio já demonstrada anteriormente. Nesse caso o fumante deve ser estimulado a tentar de novo, avaliando as causas e circunstâncias do insucesso, e transformando essas causas em sucesso.

Nessa 3ª situação, é importante lembrar ao fumante que parar de fumar é um processo difícil, podendo envolver várias tentativas e recaídas, sendo que a média delas é de 3 a 5 tentativas antes de conseguir definitivamente.

Algumas perguntas são importantes para se ter uma exata noção do que ocorreu no momento da recaída e poder ter argumentos convincentes para ajudar o fumante a tentar de novo:

- Que situação o fez acender o primeiro cigarro?
- O que aconteceu depois?
- Voltou a fumar a mesma quantidade que fumava antes da recaída?

É importante saber que quando um fumante está em processo de deixar o cigarro, e ele fuma um ou alguns poucos cigarros e para novamente, isto não constitui uma recaída, mas sim um episódio isolado, que é chamado de lapso.

Para evitar a recaída, o fumante deve ser estimulado a identificar as situações rotineiras que o fazem fumar e traçar estratégias de enfrentamento dessas situações (por exemplo: evitar café e álcool, substituindo-os por sucos naturais, bastante água, assim como evitar encontros e reuniões com amigos fumantes em festas, bares e outros locais potencialmente perigosos).

É importante também verificar se a situação de recaída necessita de uma abordagem especializada (recaída devido a manifestação de sintomas de depressão, ou outras co-morbidades psiquiátricas). Nesses casos o paciente deve ser encaminhado a um especialista.

4ª Situação: O Fumante em abstinência (ex-fumante).

Nessa 4ª situação é importante que o profissional de saúde reconheça o esforço, parabeneze e motive seu paciente a manter-se sem cigarro. Nesses casos é importante reforçar os benefícios que ele vem apresentando desde a cessação como por exemplo melhoria da capacidade física, e respiratória, na disposição e aspecto geral, no cheiro da roupa, do cabelo, do hálito, entre outras.

É importante nesse momento também, verificar se existem barreiras ou desafios que ameaçam a abstinência do fumante, portanto, pergunte:

- Se existem situações que ainda o estimulem a fumar?

- Quais são essas situações?
- O que você tem feito para lidar com elas?

É preciso estar atento para que o fumante desenvolva habilidades para enfrentar as situações de alto risco que estimulem a vontade de fumar, como por exemplo ver outras pessoas fumando, beber com amigos, situações de tédio ou estressantes, pausas para o cafezinho, etc..; nesses casos aconselhe o paciente para evitar a convivência com outros fumantes nas primeiras semanas ou se preparar para dizer: não eu não fumo mais, obrigado, aconselhar a mudar de ambiente para evitar fumantes; evitar o consumo de bebidas alcoólicas, fazer caminhadas ou exercícios respiratórios ou exercícios de relaxamento corporal durante os momentos de muita pressão.

Tentar mudar o foco da atenção da vontade de fumar para algo que traga prazer ao fumante, como por exemplo olhar uma paisagem, fazer um desenho, viajar ou tirar férias se possível.

5ª Situação: O Fumante está pronto para a ação.

A partir dessa 5ª situação já se muda de estratégia passando a preparar o paciente para deixar de fumar.

PREPARAR:

A estratégia de preparação consiste em ajudar o paciente a escolher o dia “D” da parada (data da cessação do fumo) e realizar com ele um plano de ação, avaliando os motivos que o levam a fumar e buscando caminhos para vencer esses motivos.

Nessa 5ª situação é preciso estar atento a alguns mitos que contribuem para que o fumante sinta medo no momento de deixar o cigarro. Ofereça acompanhamento e esclareça o paciente sobre esses medos.

Em relação ao medo dos sintomas de abstinência e a fissura, esclareça sobre esses sintomas conforme já comentado no quadro 2 (Orientações a serem oferecidas ao fumante de acordo com o tipo de barreira que se apresenta para ele partir para a ação).

Ao realizar junto com o fumante seu plano de ação, inicialmente planeje uma data a partir da qual ele não fumará mais nenhum cigarro, lembre-se de informá-lo sobre os sintomas da síndrome de abstinência, estimulando-o a distrair e resistir nesses duros momentos.

É importante informá-lo também sobre as diferentes formas de parada, para que ele possa escolher a melhor maneira que lhe convier, porém, vale a pena ressaltar para os fumantes que a parada abrupta, é a mais efetiva.

As maneiras existentes são: **Parada Abrupta:** (deixar de fumar radicalmente de um dia para o outro); **Redução Gradual:** (fumar um número menor de cigarros a cada dia, até chegar o dia em que não fumará mais nenhum cigarro); **Adiamento Gradual:** (adia a primeira hora em que fuma o primeiro cigarro, progressivamente, até o dia em que não fuma mais nenhum). Tanto a redução gradual como o adiamento gradual devem ser planejados de forma que não leve mais do que 2 semanas, para o paciente fumar seu último cigarro.

Para preparar o paciente em relação ao medo de recair, o profissional de saúde deve sempre rever com o fumante o passado ajudando-o a identificar os fatores que o levou a deixar de fumar, assim como aqueles que dificultou nesse processo de cessação. Nessa fase deve-se planejar e orientar estratégias para lidar com as situações que estimulam o paciente a fumar, assim como orientá-lo a buscar alternativas para lidar com situações de estresse.

Um passo importante na preparação em relação ao medo de recair, consiste em estimular o paciente a avisar seus familiares e amigos mais próximos sobre sua decisão em deixar de fumar, e se possível eleger uma pessoa na qual ele confie, para apoiá-lo nos momentos mais difíceis. É importante também lembrar aos fumantes que consomem bebidas alcoólicas, que ele deverá evitá-las durante as primeiras semanas da cessação do tabagismo.

Na preparação do paciente quanto ao medo do ganho de peso, é interessante que o fumante seja sempre informado sobre a grande probabilidade de um moderado ganho de peso, que com certeza será menos prejudicial do que os riscos que ele correrá se continuar fumando.

Para reduzir o ganho de peso deve-se orientar o fumante a adotar uma alimentação rica em frutas, legumes e verduras e reduzida em relação à gordura, frituras, assim como a prática de atividades físicas como por exemplo a caminhada diária. Nessa fase não é aconselhável orientar restrições alimentares rigorosas, para que todo esforço esteja centrado na cessação do fumar.

Logo após a fase da preparação, os fumantes que abandonaram o cigarro necessitam de um acompanhamento nessa decisão, portanto, o passo seguinte que é acompanhar o paciente, é de suma importância nesse processo de cessação do tabagismo.

ACOMPANHAR:

Quando o paciente para de fumar, ele deve ser acompanhado, a partir da data de abandono do cigarro. Esse tipo de acompanhamento consiste em discutir os progressos e as dificuldades vivenciadas pelo fumante no processo de cessação do tabagismo. O acompanhamento é fundamental para que se obtenha sucesso com a abordagem do fumante, pois é nessa fase que se fará toda uma sistematização para prevenir a recaída.

As primeiras semanas são fundamentais para que o paciente torne-se efetivamente um ex-fumante, pois é nesse período que ele sente com maior intensidade os sintomas da síndrome de abstinência. O fumante deve ser acompanhado durante pelo menos 1 ano após a cessação do tabagismo, pois é durante esse primeiro ano que ele apresenta um maior risco de recaída.

Cada retorno do fumante é importante para que ele seja apoiado e acompanhado. Lembre-se sempre de parabenizar o paciente pelos avanços alcançados, pois essa atitude contribui para mantê-lo sempre motivado.

Nesses retornos deve-se perguntar sempre como o paciente se sente sem fumar, ressaltando os benefícios obtidos e enfatizando que ele deverá sempre evitar dar uma tragada ou acender um cigarro, e que ele deverá ter como lema: “Evite o primeiro cigarro, que você evitará

todos os outros”; e se ele voltar a fumar, ele poderá consumir o cigarro em quantidade superior à que fumava antes, por ser um dependente de nicotina.

O profissional de saúde deve sempre lembrar, que caso haja uma recaída, ela não pode ser recriminada, nessa fase de manutenção procure identificar quais as situações que ainda representam uma ameaça para a manutenção da abstinência, procurando reforçar no paciente habilidades para lidar com elas.

Em qualquer fase é importante que o paciente analise e entenda os motivos que o levam a fumar, para que se possa traçar um plano de ação no qual o fumante vai aprender a substituir ou lidar com esses motivos sem fumar.

Outro tipo de terapia a ser utilizada é a Terapia Cognitiva-comportamental, o Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante (2001)²⁰, preconiza a Abordagem Cognitiva-Comportamental como um dos métodos eficazes para cessação de fumar tendo em vista as inúmeras evidências científicas que são suficientes para comprovar a eficácia desse tipo de abordagem para deixar de fumar.

Cognição é o conjunto de pensamentos, crenças e atitudes que governam as ações, os comportamentos de cada um de nós. A abordagem cognitiva busca esclarecer estes pensamentos, crenças e atitudes ao invés de se dedicar a descobrir e interpretar o inconsciente^{15,21}.

A Abordagem Cognitiva-Comportamental combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, consistindo em um tratamento psicológico que é apropriado para muitos pacientes com reações psicológicas á doenças físicas. Os princípios dessa abordagem são educar o paciente, ensinar técnicas básicas de relaxamento e controle da respiração, e desenvolver habilidades para identificar e mudar opiniões, sentimentos, percepções e comportamentos inaptos³⁰.

Essa abordagem é muito utilizada para tratamento da dependência à nicotina²⁰ e consiste em oferecer ao fumante, informações sobre saúde, apoio psicológico, direcionamento para modificar hábitos, tentando oferecer alternativas para a saída de momentos agradáveis ou desagradáveis associados ao cigarro. Pode ser realizado individualmente ou em grupos. Estudos demonstram que a abordagem cognitiva comportamental se torna mais efetiva quando acompanhada de terapia farmacológica¹⁵.

II- MÉTODO MEDICAMENTOSO

Fumantes com elevada dependência física de nicotina, geralmente se beneficiam com a utilização de tratamento farmacológico, cujo objetivo é de aliviar a ausência da droga nicotina, minimizando os sintomas da síndrome de abstinência¹⁰.

Assim como outras doenças crônicas a maioria dos tratamentos efetivos de dependência da nicotina requer o uso de múltiplas modalidades medicamentosas³⁸.

Está amplamente divulgado por inúmeros estudos que nem todo fumante apresenta uma forte dependência da nicotina, portanto, torna-se importante salientar que o tratamento medicamentoso só deve ser utilizado como um apoio para a abordagem comportamental, pois é

ela que constitui o eixo do sucesso no tratamento do fumante, sendo considerada a base para a cessação do tabagismo^{10,20}.

Se realmente, estiver comprovada a necessidade do uso de medicamento para que o fumante alcance o sucesso no seu tratamento, alguns critérios devem ser tomados para prescrição medicamentosa, que devem ser baseados no grau de dependência da nicotina, ou seja, a farmacoterapia está indicada em casos de:

- Pessoas que fumam 20 ou mais cigarros ao dia (fumantes pesados);
- Pessoas que fumam no mínimo 10 cigarros por dia, e consomem o 1º cigarro até 30 minutos após acordar;
- Fumantes com escore do teste de Fargestrom. igual ou maior que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional;
- Fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitiva comportamental, mas não obtiveram êxito devido a sintomas da síndrome de abstinência;
- Não haver contra-indicações clínicas.

O manual sobre normas de práticas clínicas no tratamento da dependência e uso do tabaco, identificou para fins de cessação do tabagismo, 5 medicamentos de primeira linha (Bupropiona, Adesivo de nicotina, Goma de nicotina, Spray nasal de nicotina e Inalador de nicotina) e 2 medicamentos de segunda linha (Clonidina e nortriptina)³⁸. No Brasil ainda não temos disponíveis o spray nasal e o inalador de nicotina.

Para uma melhor compreensão será a seguir diferenciado dois grandes grupos de tratamento do tipo farmacológico (terapias de reposição nicotínica e terapias não nicotínicas).

1- TERAPIAS DE REPOSIÇÃO DE NICOTINA:

A terapia de substituição da nicotina é considerado um tratamento de primeira linha para pacientes que apresentam dependência à nicotina, e apresenta com o objetivo aliviar os sintomas da síndrome de abstinência, aumentando a aderência do paciente^{20,33,34,35}. É um método que oferece ao tabagista apenas a nicotina como substância presente na fumaça do cigarro, sem apresentar os inconvenientes das outras substâncias tóxicas contidas no fumo^{16,37}.

Observações sobre os efeitos benéficos da terapia de reposição de nicotina em fumantes em abstenção foram realizadas inicialmente em 1967³⁶, e hoje é o método de cessação de fumar que apresenta o maior número de investigações rigorosamente científicas³⁷.

O método de reposição da nicotina é considerado seguro, sendo o mais popular e o de menor custo e pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde, desde que devidamente capacitado¹⁹. Esse método apresentou uma efetividade duas vezes maior em comparação com placebo, dobrando portanto as taxas de sucesso ao longo dos meses de tratamento, além de ter diminuído a taxa de recaída^{39,40,41}.

O Manual sobre Tratamento da Dependência e Uso do Tabaco na Prática Clínica, do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, concluem através da meta-análise de mais de 40 ensaios clínicos controlados com diversas formas de reposição de nicotina, que a terapia de reposição de nicotina é eficaz, seja utilizada isoladamente ou em conjunto com

outro método terapêutico³⁸. A efetividade no tratamento do tabagismo poderá ser aumentada, caso recursos terapêuticos como aconselhamento ou outra medicação for associada aos repositores de nicotina^{42,43}.

Quando se faz o uso de repositores de nicotina, o profissional de saúde, deve estar atento para não esquecer de recomendar que o fumante deve parar de fumar ao iniciar o tratamento medicamentoso, pois o uso concomitante desse tipo de medicamento com o cigarro, mesmo que seja em pequena quantidade pode aumentar o risco de complicações^{20,44}.

A reposição de nicotina pode ser feita através de 4 vias (transdérmica, oral, nasal e aérea), sendo que em nosso país as duas únicas formas de utilização de repositores de nicotina, é na forma transdérmica com o uso de adesivos de nicotina e na forma oral com o uso de chiclete de nicotina¹⁶, sendo que ambas as formas de consumo foram aprovadas para o uso sem a necessidade de receita médica.

ADESIVOS DE NICOTINA:

Esse tipo de tratamento medicamentoso consiste na fixação sobre a pele de disco adesivo (retalho de polietileno contendo solução aquosa de nicotina a 30%)^{17,44}. Essa substância é absorvida pelo organismo, pela via transdérmica, até chegar à corrente sanguínea, onde libera durante 24 horas, uma dose contínua e suficiente para reduzir os sintomas decorrentes da síndrome de abstinência da nicotina, sendo que sua absorção é de 75% do total contido nos adesivos, aumentando a sua concentração no sangue de maneira gradual, mantendo-se num platô durante a maior parte do dia^{16,37,44}.

O adesivo de nicotina é aplicado diariamente, geralmente começando com uma dosagem mais elevada (dependendo do número de cigarros fumados), que é diminuída com a evolução do tratamento¹⁶.

Período de Tratamento e Forma de utilização do adesivo de nicotina: Esse tratamento geralmente é feito em um período de 4 à 12 semanas de duração¹⁶, sendo que de acordo com o resultado do teste de fargestrom e/ou o número de cigarros fumados é que se recomenda o seguinte esquema de utilização²⁰:

- ◆ Fumantes de mais de 1 maço (20 cigarros) ao dia, e/ ou que apresentaram como resultado do teste de fargestrom o escore de 8 a 10, devem seguir o seguinte esquema de tratamento:
 - da 1ª à 4ª semana: utilização de 1 adesivo de 21 mg a cada 24 h.
 - da 5ª à 8ª semana: utilização de 1 adesivo de 14 mg a cada 24 h.
 - da 9ª à 12ª semana: utilização de 1 adesivo de 7 mg a cada 24 h.
- ◆ Fumantes de 10 a 20 cigarros ao dia, que iniciam o uso do 1º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, e/ou apresentam como resultado do teste de fargestrom, o escore de 5 a 7, devem utilizar o seguinte esquema de tratamento:
 - da 1ª à 4ª semana: utilização de 1 adesivo de 14 mg a cada 24 h.
 - da 5ª à 8ª semana: utilização de 1 adesivo de 7 mg a cada 24 h.

Os adesivos são de uso fácil, devem ser trocados a cada 24 horas (geralmente após o banho), devendo ser fixados em áreas preferenciais do corpo como por exemplo nos braços,

ombros e peitos, em sistema de rodízio (que diminui a irritação cutânea), procurando locais com pouco ou nenhum pelo ^{37,48}.

Geralmente o organismo absorve 75% do total da nicotina contida no adesivo, sobrando portanto em torno de 25% ao ser substituído por um outro disco, fato que mantém uma absorção constante, garantindo a manutenção permanente da concentração da nicotina no sangue durante as 24 horas de uso⁴⁵.

É importante salientar que para fumantes que apresentam uma dependência muito elevada de nicotina, poderá ser utilizado dois adesivos de 21 mg, concomitantes, somando 42 mg, desde que não haja contra-indicações.

Contra Indicações do adesivo de nicotina:

Doenças dermatológicas que impeçam a aplicação do adesivo, período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio, angina instável ou determinadas arritmias, gestante e período da amamentação, menores de dezoito anos^{19,20}.

Efeitos Colaterais com o uso do adesivo de nicotina:

As reações adversas mais comumente encontradas são: irritação cutânea (coceira e pinicação no local da aplicação), assim como um leve edema. Aparece também, as vezes, cefaléia, náusea, diarreia, dor muscular e alterações da visão, sendo que a maior parte dessas reações desaparecem com a evolução do tratamento^{45,46}. O adesivo de nicotina, é a forma de reposição mais indicada por apresentar menos efeitos colaterais do que os demais métodos¹⁹.

GOMA DE MASCAR DE NICOTINA:

Esse tipo de tratamento foi a primeira terapia de reposição de nicotina desenvolvido, e aprovado pelo FDA, e somente no final da década de 80 é que a nicotina começou a ser utilizada na forma de chiclete, sendo que atualmente já possuímos inúmeros estudos e experiências sobre ele⁴⁷.

Esse produto apresenta-se sob a forma de tabletes, que contém um complexo de resina e nicotina, tamponado em pH alcalino, possibilitando uma elevação da absorção da nicotina pela mucosa oral, e essa nicotina ingerida através do trato gastrointestinal é intensamente metabolizada na primeira passagem através do fígado, a resina também permite a liberação de cerca de 90% da nicotina nos primeiros 20 a 30 minutos de uso^{16, 17,44}.

Através dessa via de tratamento, as concentrações de nicotina no plasma não são contínuas, não existindo meio de uniformizar essas concentrações, pois sua liberação varia conforme a força de mascar a goma¹⁶.

Geralmente o fumante que faz o uso da goma de mascar de nicotina refere ser necessário alguns dias de adaptação ao tratamento, pois seu início é bastante desagradável⁴⁴.

Esse método de tratamento atinge maiores índices de abstinência à longo prazo se feita em regime fixo de administração, como por exemplo a cada hora enquanto acordado⁴⁷.

Geralmente esse método é indicado para os dependentes de nicotina que apresenta muita fissura, sendo que a efetividade desse tratamento depende muito da sua correta utilização⁴⁴.

Período de tratamento e forma de utilização da goma de nicotina:

Esse método de tratamento geralmente é feito de 8 à 12 semanas, não se recomendando prolongar o tratamento mais do que quatro meses, embora se pode chegar aos 6 e até 9 meses, prazo máximo de tempo recomendado para o seu uso^{37,44}, muito embora, tenha-se verificado casos com 2 anos ou mais de uso⁴⁹.

A goma deve ser mascarada vigorosamente por 20 a 30 minutos, geralmente até sentir um formigamento, ou o sabor da nicotina, quando então para-se de mascar e a deixa reservada entre a bochecha e a gengiva até que o sabor da nicotina ou o formigamento acabe, voltando a mascá-la fortemente por mais 30 minutos e ai sim desprezá-la²⁰.

Pelo fato da absorção da nicotina na mucosa oral ser diminuída pelo ambiente ácido, não se deve usar bebidas ácidas como café, refrigerantes e alguns sucos, aliás, recomenda-se que imediatamente antes, durante, ou imediatamente após o uso da goma não se deve beber nenhum líquido, inclusive água²⁰.

A maioria dos pacientes costumam mastigar de 10 a 15 gomas por dia para alcançar a abstinência, não sendo recomendado ultrapassar o uso de mais de 20 gomas ao dia¹⁹.

É recomendado o seguinte esquema de utilização da goma de nicotina²⁰:

- ◆ Fumantes de até 1 maço (20 cigarros) ao dia, e que fumam se 1º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, devem seguir o seguinte esquema:
 - da 1ª à 4ª semana: utilização de 1 tablete de 2 mg a cada 1 a 2 h.
 - da 5ª à 8ª semana: utilização de 1 tablete de 2 mg a cada 2 a 4 h.
 - da 9ª à 12ª semana: utilização de 1 tablete de 2 mg a cada 4 a 8 h.
- ◆ Fumantes de mais de 1 maço (20 cigarros) ao dia, devem seguir o seguinte esquema de tratamento:
 - da 1ª à 4ª semana: utilização de 1 tablete de 4 mg a cada 1 a 2 h.
 - da 5ª à 8ª semana: utilização de 1 tablete de 2 mg a cada 2 a 4 h.
 - da 9ª à 12ª semana: utilização de 1 tablete de 2 mg a cada 4 a 8 h.

Contra Indicações do uso da goma de mascar de nicotina:

Período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio, angina pectoris, arritmias cardíacas, acidente vascular encefálico, úlcera péptica, incapacidade de mascar (pacientes que usam prótese dentária), gravidez, período de amamentação, menores de 18 anos^{16,19,20}.

Efeitos Colaterais com o uso da goma de mascar de nicotina:

A maioria dos efeitos são raramente encontrados e dificilmente impedem o uso, porém, como reações adversas, são relatados casos de fadiga mandibular (deixando a mandíbula dolorosa), hipersalivação, irritação da garganta, náusea, azia, vomito, soluços, ulceração nas gengivas, amolecimento dos dentes, desconforto gastrointestinal, hálito e gosto desagradável, sendo que alguns pacientes podem apresentar risco de dependência da goma de mascar, geralmente em torno de 10%^{16,17,44}.

Geralmente a tolerância para a maioria desses efeitos é desenvolvida na primeira semana de uso⁴⁷.

Estudo realizado por Fargstrom e colaboradores, demonstrou que pacientes que receberam o uso conjunto de adesivos e gomas de nicotina, obtiveram maior alívio da síndrome

de abstinência, quando comparado com os pacientes que utilizaram cada um desses medicamentos isoladamente⁴¹.

2- TERAPIAS NÃO NICOTÍNICAS

São aqueles métodos medicamentosos que não utilizam a reposição da nicotina como forma de tratamento, sendo que as mais conhecidas são a bupropiona (considerado medicamento de primeira linha) e a nortriplina e a clonidina (considerados medicamentos de segunda linha)^{19,20}.

BUPROPIONA:

A bupropiona é conhecida originalmente como um antidepressivo atípico, que age inibindo a recaptação da norepinefrina, da serotonina e da dopamina, aumentando as concentrações intersticiais desta última no nucleus accumbens, sendo que seus efeitos como eficaz no tratamento do tabagismo, foi percebido, durante ensaios clínicos para verificação de sua eficácia antidepressiva, pois os fumantes que utilizavam esse medicamento relatavam diminuição da vontade de fumar^{11,54}.

Embora o mecanismo de ação da bupropiona no processo de cessação do tabagismo seja desconhecida, presume-se que sua ação seja mediada por mecanismos noradrenérgicos e dopaminérgicos, no cérebro, agindo diretamente na diminuição de um dos mais importantes sintomas da síndrome de abstinência que é a fissura (*craving*)^{41, 44,50,51,52,54}.

A Bupropiona atua diminuindo os níveis da monoamina oxidase B (MAO B), tendo a função de minimizar os sintomas da síndrome de abstinência⁵⁴.

Esse medicamento apresenta metabolismo hepático e é eliminada em grande parte pela urina e cerca de 10% através das fezes⁵⁶.

O uso desse medicamento modifica o sabor do cigarro e diminui a percepção de satisfação decorrente do uso do tabaco, e ao contrário dos medicamentos de reposição de nicotina, seu uso requer receita médica.

A Bupropiona é indicada para fumantes adultos que usam 15 ou mais cigarros/dia, sendo que a indicação é ainda mais precisa para pacientes fumantes que apresentam depressão⁵³.

Período de tratamento e forma de utilização da Bupropiona:

Esse método de tratamento geralmente é feito de 7 a 12 semanas, sendo que o uso do cigarro deve ser interrompido no 8º dia, após o início da medicação^{20,54}.

O início do tratamento com bupropiona deve ser indicado enquanto o paciente ainda esta fumando, já que é necessária aproximadamente uma semana de tratamento para atingir níveis sanguíneos estáveis desse medicamento⁵⁴.

- ◆ É recomendado o seguinte esquema para a utilização da Bupropiona²⁰:
 - 1 comprimido de 150 mg pela manhã nos três primeiros dias.
 - 1 comprimido de 150 mg pela manhã e outro comprimido de 150 mg, 8 horas após, a partir do 4º dia, até completar 12 semanas.

Aconselha-se que o segundo comprimido seja ingerido até o final da tarde ou início da noite (por volta das 18:00 horas) pelo fato de que geralmente esta droga produz insônia¹¹.

É aconselhado também que a dose máxima desse medicamento seja de 300 mg/dia^{20,44,54}.

Contra Indicações do uso da Bupropiona:

É contra-indicada em pacientes com história anterior de desordens convulsivas (crises epiléticas, traumatismo craniocéfálico, retirada recente de álcool, convulsão febril na infância), desordens alimentares (bulimia ou anorexia nervosa), uso de outras formas de medicamento que contenha bupropiona HIC (wellbutrin), uso concomitante ou recente (dentro dos últimos 14 dias) de inibidores da MAO, doença cerebro vascular, tumor do sistema nervoso central^{19,20,54}.

Algumas outras contra indicações relativas também são relatadas²⁰, como por exemplo uso de antidepressivos, corticosteróides sistêmicos, antipsicóticos, carbamazepina, pseudoefedrina, cimetidina, hipoglicemiante oral ou insulina, barbitúricos e casos de hipertensão não controlada.

Efeitos Colaterais com o uso da Bupropiona:

Entre as reações adversas citadas, a insônia é a mais comum, sendo mais frequente nas duas primeiras semanas, relata-se também boca seca, cefaléia, náusea e dermatite.

Grande parte dessas reações adversas são semelhantes aos sintomas associados à síndrome de abstinência à nicotina, tornando-se mais discretos com o decorrer do tratamento⁵⁵.

Nos pacientes que fazem o uso da Bupropiona, é recomendado que a pressão arterial seja constantemente verificada, pois estudos realizados mostraram que pacientes usuários desse tipo de medicamento sofreram um aumento da incidência de hipertensão ou piora no quadro da pressão arterial⁵⁷.

NORTRIPTILINA:

Esse método é reconhecido como um medicamento de segunda linha, e é um antidepressivo tricíclico noradrenérgico que pode ser utilizado por pacientes não depressivos em abstinência à nicotina.

A nortriptilina inibe a recaptção de noradrenalina e da dopamina no sistema nervoso central, produzindo um efeito antidepressivo¹⁹, apresenta eficácia inferior a bupropiona e necessita de monitoração dos seus níveis sanguíneos, como vantagem apresenta o fato de ter um custo bastante inferior à bupropiona.

Estudo realizado em 1998, apresenta resultados que demonstram que a nortriptilina é efetiva apenas no seguimento de avaliação de curto prazo⁵⁹. Foi notado que o tratamento longo com a nortriptilina facilita a função adrenérgica pós-sináptica, levando a um efeito ansiolítico.

Período de tratamento e forma de utilização da Nortriptilina:

O período de tratamento da nortriptilina é de 8 a 12 semanas, suas dosagens são de 10mg, 25mg e 75mg.

Contra Indicações do uso da nortriptilina:

As principais contra indicações são o uso de monoaminoxidase e diagnóstico prévio de esquizofrenia⁵⁹.

Efeitos Colaterais com o uso da nortriptilina:

Os principais efeitos colaterais são visão turva, sedação, arritmias e xerostomia⁵⁹.

CLONIDINA

A Clonidina (Antesina), também é reconhecida como um medicamento de segunda linha^{19,20}, é um agonista alfa-2 pós-sináptico que diminui a atividade simpática que se origina no lócus ceruleus, sendo que sua suspensão radical pode levar a crises hipertensivas⁶⁰.

Período de tratamento e forma de utilização da Clonidina:

O período de tratamento da Clonidina é de 8 a 12 semanas, suas dosagens são de 10mg, 25mg e 75mg²⁰.

A função da clonidina é aliviar os sintomas da síndrome de abstinência como ansiedade, irritabilidade, cansaço e a fissura (craving)⁶¹.

Contra Indicações do uso da Clonidina:

Efeitos Colaterais com o uso da Clonidina:

Sedação, hipotensão arterial, hipotensão ortostática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lillington LM. AHCPH smoking cessation guideline goals and impact: examples from the nursing field. **Tobacco Control** 1997; 6 (1):39-43.
2. Cinciprini PM, Hecht SS, Henningfield, et al. Tobacco Addiction: implications for treatment and cancer prevention. **Journal of the National Cancer Institute** . 1997; 89 (24): 1852-1867.
3. Organização Mundial da Saúde. Deixando o cigarro para trás: Orientações Gerais do Dia Mundial Sem Tabaco. Adaptado pelo Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro. 1999.
4. Fiore MC, et al. Methods used to quit smoking in the United States: do cessation programs help?. **Journal of the American Medical Association**. 1990: 263 (20) 2760-5.
5. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 25 years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1989. DHHS Publication N° (CDC) 89-8411.
6. Slade J, Nicotine Delivery Devices, In: **Nicotine Addiction. Principles and Management** (Orleans CT, Slade J. org.), 1993. New York, Oxford University Press.
7. Dias JC. Tratamento do Tabagismo em pacientes dependentes de drogas. In: Gigliotti A. organizadora. **Tratamento do tabagismo: Registro das conferências do III Simpósio Internacional sobre Tratamento do Tabagismo**. Rio de Janeiro: Vitrô Comunicação & Editora; 2000. p 38-47.
8. Vergara R. Drogas : o que fazer a respeito. **Revista Super Interessante**, São Paulo, Ed. Abril. 2002. Edição 172, pg 40-50.

9. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. **Ação Global para o Controle do Tabaco – 1º Tratado Internacional de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2002.
10. Meirelles RHS, Cavalcante TM, Costa e Silva VL. Programa de intervenção breve para clínicos. In: Gigliotti A. organizadora. **Tratamento do tabagismo: Registro das conferências do III Simpósio Internacional sobre Tratamento do Tabagismo**. Rio de Janeiro: Vitro Comunicação & Editora; 2000. p 70-85.
11. Gigliotti A, Laranjeira R. **Avanços recentes no tratamento do tabagismo**. [online] 2003. Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsiq/poebr/ppm/aut1_02.htm [2003 fevereiro 8].
12. Prochaska J, Diclemente C. Stages and process of self in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consult Clinical Psychology* – 1983. 51: 390-395.
13. Prochaska J, Diclemente C. *The transtheoretical approach*. New York: Guilford Press, 1984.
14. Prochaska J, Velicer W. The transtheoretical model of Health Behavior Change. *A. M.J. – Health Promot.* 1997. 12: 38-48.
15. Pignatti MH. **Programa de Cessação do Fumar conduzido por Enfermeiras- PREV-FUMO**. São Paulo; 1999. [Tese de Mestrado - Escola Paulista de Medicina da UNIFESP].
16. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. **Ajudando seu paciente a deixar de fumar**. Rio de Janeiro; 1997.
17. Rosemberg J, Costa e Silva VL.. **Métodos para se deixar de fumar**. (Manual do Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Câncer). Rio de Janeiro; 1992.
18. Haxby DG. Treatment of nicotine dependence. **American Health System Pharmacology**. 1995. 52: 265-81.
19. Campana AAM, et al.. Diretrizes básicas sobre a dependência de nicotina. In: Achutti A. (coordenador). **Guia Nacional de Prevenção e Tratamento do Tabagismo**. Rio de Janeiro: Vitro Comunicação & Editora; 2001. p 28-57.
20. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer.Coordenação de Prevenção e Vigilância(CONPREV). **Abordagem e Tratamento do fumante – Consenso 2001**. Rio de Janeiro; 2001.
21. Knapp B. **Prevenção da recaída**. Ed. Artes Médicas. Porto Alegre. 1994.
22. Fiore MC et al. Smoking cessation. Smoking cessation guideline panel. **In US Department of Health and Human Services**. Public Health Services, Agency for Health Care Policy and Research: Clinical Practice Guideline. Number 18, AHCPR Publication nº 96-06292,1996.
23. Jarvik ME, Hennengfield JE. Pharmacological adjuncts for the treatment of tobacco dependence. In : Orleans CT, Slade J (ed.). *Nicotine addiction. Principles and management*. New York: Oxford University Press, 1993.

24. Orleans CT. Treating nicotine dependence in medical settings: a stepped-care model. In: Orleans CT, Slade J, editors. *Nicotine Addiction: Principles and Management*. New York: oxford University Press, 1993: 145-61.
25. Lando HA, Formal quit smoking treatments. In Orleans CT, Slade J. editors. *Nicotine addiction. Principles and mangement*. New York: Oxford University Press, 1993.
26. Severson HH, Hatsukami D. Smokeless tobacco cessation. *Primary Care: Clinics in Office Prattice*. 1999. 26(3): 529-551.
27. Fargerstrom KO, Tejding R, Westin A, Lunell E. Aiding reduction of smoking whith nicotine replacement mediations: hope for the recalcitrant smoker? **Tobacco Control** 1997. 6(4): 311-16.
28. Hatsumaki D, Jensen j, Allen S, Grillo M, Bliss R Effects of behavioral and pharmacological treatment on smokeless tobaco users. **Journal of Consulting & Clinical Psychology**. 1996 64 (1): 152-61.
29. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Manual de Orientações do dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de Agosto) de 2002 - "Arte Sem Cigarro é um Show"**. Rio de Janeiro, 2002.
30. Tiller JWG. Cognitive behaviour terapy in medical practice. **Autralian Prescriber**. 2001. 24 (2): 33-7.
31. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General Técnica. **Ayude a su paciente a dejar de fumar**. Madrid. 1988.
32. Glynn TJ, Manley MW. How to help your patients stop smoking: A National Cancer Institute Manual for Physicians. U.S Departament of Helth and Human Services. Public Health Services. National Institutes of Health. NIH publication N° 89-3064. 1998.
33. Fiore MC, et al. Smoking Cesation. Clin. Pract. Guideline. N° 18. Rockville, MD: April 1996. AHCPR Publ. N° 96-0692.
34. Benowitz NL. Nicotine replacement therapy: What has been accomplished-can we better?.**Drugs**. 1993. 45: 157-170.
35. West R. The nicotine replacement paradox in smoking cessation: how does nicotine gum really work? **Br J Addict** 1992. 87: 165-67.
36. Lucchesi BR, Schuster CR, Emley GS. The role of nicotine as a determinant of cigarette smoking frequency in man with observations of certain cardiovascular effects associated with the tobacco alkaloid. **Clinical Pharmacology and Therapeutics**. 1967. 8 (6): 789-96.
37. Rosemberg J. Nicotina. Monografia patrocinada pelos Laboratórios Biosintética Ltda. 1996.
38. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.

39. Stapleton JA, Russel MAH, Feyerabend C, Wiseman SM, Gustavsson G, Sawe U, Wiseman D. Dose effects and predictors of outcome in a randomized trial of transdermal nicotine patches in general practice. **Addiction** 1995; 90(1): 31-42.
40. Benowitz NL. Nicotine safety and toxicity. **New York: Oxford University Press**, 1998.
41. Hughes JR, Goldstein MG, Hurt RD, Shiffman S. Recent advances in the pharmacotherapy of smoking. **JAMA** 1999; 281(1):72-6.
42. Fargstrom KO. Combined use of nicotine replacement products. **Health Values** 1994;18(3): 15-20.
43. Danis PG, Seaton TL. Helping your patients to quit smoking. **American Family Physician**.1997; 55(4):1207-1214.
44. Lapate V. Hora Zero: **A independência das drogas: antes que os problemas cheguem**. São Paulo: Scortecci Editora;. 2001.
45. Palmer KJ, Buckley MM, Fauds D. Transdermal nicotine: a review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic efficacy as an aid to smoking cessation. **Drugs** 1992; 44 (3): 498-529.
46. Fargstrom KO. Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatments for tobacco withdrawal symptoms. **Psychopharmacology** 1993; 111:271-277.
47. U.S Department of Health and Human Services. Reducing Tobacco use: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000.
48. Sachs DPL, Sawe U, Leischow SJ. Effectiveness of a 16-hour transdermal nicotine in a medical practice setting, without intensive group counseling. *Archives of Internal Medicine* 1993; 153(16): 1881-90.
49. Hjalmarson AM. Effects of nicotine chewing gum in smoking cessation. A randomized placebo controlled, double-blind study. **JAMA** 1984; 252: 28-35.
50. Goldstein MG. Bupropion sustained release and smoking cessation. **Journal of Clinical Psychiatry** 1998; 59(4): 66-72.
51. Deagle EA, Berigan TR. Adding behavioral therapy to medication for smoking cessation. **JAMA** 1999; 281(21):1983-85.
52. Shiffman S, et al. The effect of bupropion on nicotine craving and withdrawal. **Psychopharmacology** 2000;148(1): 33-40.
53. Patten CA, Rummans TA, Croghan IT, Hays JT. Development of depression during placebo controlled trials of bupropion for smoking cessation: case reports. **Journal of Clinical Psychiatry** 1999; 60 (7): 436-41.

54. Ahluwalia JS. Efeitos neuroquímicos da nicotina. In: Gigliotti A. organizadora. **Tratamento do tabagismo: Registro das conferências do III Simpósio Internacional sobre Tratamento do Tabagismo**. Rio de Janeiro: Vitrô Comunicação & Editora; 2000. p 48-63.
55. Holm KJ, Spencer CM. Bupropion: a review of its use in the management of smoking cessation. **Drugs** 2000; 59: 1007-24.
56. Dale LC, et al. Bupropion for smoking cessation: Predictors of successful outcome. **Chest** 2001; 119(5): 1357-64.
57. Jorenby DE, et al. A controlled trial of sustained: release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation, **The New England Journal of Medicine** 1999; 340 (9): 685-91.
58. Prochazka AV. New developments in smoking cessation. **Chest** 2000; 117:169-175.
59. Prochazka AV, et al, A randomized trial of nortriptyline for smoking cessation. **Archives of Internal Medicine** 1988; 158(18): 2035-39.
60. Gourlay SG, Benowitz NL. Is clonidine an effective smoking cessation therapy? **Drugs** 1995; 50:197-207.
61. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE. Smoking, Smoking cessation, and major depression. **JAMA** 1990;246(12):1546-49.

Prof. Dr. Marco Antonio de Moraes
Especialista em Tabagismo
Mestre e Doutor em Saúde Pública
Enfermeiro Sanitarista da SES/SP