44 ESTRATÉGIAS DE COMBATE AO TABAGISMO: A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL ESCOLA

Roberto A. Franken
Professor Titular da Disciplina de Cardiologia e Diretor do Departamento de Medicina da Faculdade Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
Monica Andreis
Psicóloga Responsável pela Liga de Apoio ao Abandono do Cigarro da FCMSCSP
Roberto Stirbulov
Chefe da Disciplina e do Serviço de Pneumologia da Faculdade Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Se não agirmos hoje com determinação daqui há 100 anos nossos netos e seus filhos olharão para trás e questionarão de modo crítico como podiam pessoas, reivindicando estarem compromissadas com a saúde pública e justiça social , permitirem que a epidemia do tabagismo estendesse sem controle. (Dr. Gro Harlem Brundtland – Diretor da OMS - 14 Nov. 1999)

FUMO E SAÚDE PÚBLICA

O tabagismo constitui-se em praga universal e é classicamente considerado como a primeira causa de doenças passível de prevenção. A idéia de que apenas o fumante corre risco de doenças está superada com inúmeros trabalhos que demonstram a poluição ambiental gerada pela fumaça do cigarro e introduz o conceito do fumante passivo, na família, no trabalho e mesmo em ambientes de lazer.

O tabaco foi levado para a Europa nos anos 1500 por Colombo , que recebeu a folha de tabaco dos indígenas nativos na América. Na Europa, a folha de tabaco, através de diferentes meios de aplicação (inalação, emplastro, ungüento), tinha inicialmente finalidade terapêutica e profilática sendo posteriormente usada, como o é até hoje, através da inalação de sua fumaça, como uma atividade prazerosa. O hábito de fumar passou então a ser transmitido para o mundo , tornando-se a principal droga adição dos tempos atuais.

No Brasil os indígenas, quando da chegada dos descobridores, usavam a folha do tabaco em rituais mágico religiosos. Em 1890 já havia produção em escala suficiente para amplo consumo interno e alguma exportação para Europa. Em 1903 teve início, no Rio de Janeiro, a produção industrial do cigarro e em 1918 organizou-se o sistema produtivo brasileiro de tabaco.

Campanhas antitabágicas sempre existiram. Nos anos 1600 o fumante corria risco de decapitação na China, Pérsia e Turquia. O Rei James I da Inglaterra descrevia o tabagismo da seguinte forma: "Um costume repugnante para os olhos, odioso para o nariz, daninho para o cérebro, perigoso para os pulmões e o mau cheiro de seu vapor negro lembra de perto as horríveis fumaças do abismo infernal". Em 1857 a conceituada revista Lancet entra na campanha contra o tabagismo indicando o hábito como prejudicial ao povo inglês, causando atraso ao pais, arruinando os jovens, depauperando os trabalhadores e submetendo a população aos cuidados médicos. (1)

O número de fumantes no mundo é estimado em 1,1 bilhões de pessoas, dos quais 300 milhões em

países desenvolvidos e 800 milhões em países em desenvolvimento. Um terço da população mundial adulta é de fumantes. Houve nas últimas décadas queda no consumo de cigarros nos países desenvolvidos e aumento nos subdesenvolvidos e mais populosos especialmente na China e Índia. (2)

Curiosamente em todo mundo, e em especial em nosso pais, os governos têm atuação ambivalente em relação ao problema. Por um lado atua através, do ministério da saúde em campanhas antitabágicas, restringindo até mesmo a propaganda do cigarro e seus derivados. Por outro lado a atividade relacionada com o tabagismo é apreciada pela receita econômica gerada, pelos empregos oferecidos desde a plantação do tabaco até a comercialização do cigarro e pelos recursos auferidos na exportação do tabaco e seus produtos.

No Brasil a indústria e produção do tabaco tem importante participação social. O setor fumageiro gerou em 1999, 5,5 bilhões de dólares em impostos e aproximadamente 1 bilhão de dólares em exportação (2,5% do total de exportações). A agricultura emprega 650.000 pessoas e a indústria 30.000 operários. No total, desde o plantio até a comercialização, estão envolvidos 2,2 milhões de indivíduos. As fazendas produtoras de tabaco, são geralmente propriedades familiares que recebem apoio tecnológico da indústria que ainda lhes garante a compra da safra. (3)

O Brasil é o 5º pais mais populoso do mundo, o 6º consumidor de cigarro, o quarta maior produtor de fumo (tabela I) e o maior exportador da folha de tabaco do mundo. A produção no sul (Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina) é usada na produção de cigarros e no nordeste (Alagoas, Bahia) na produção de charutos e fumo para cachimbo.

O consumo de cigarro no Brasil tem sido errático, sofrendo interferência do poder aquisitivo da população e das campanhas antitabágicas. A exportação do fumo e seus manufaturados tem apresentado aumento progressivo sendo que o número de cigarros exportados elevou-se de 0,460 bilhões de unidades em 1980 para 73,000 bilhões em 1998. (tabela II)

Dependência nicotínica é considerada como uma doença comportamental, na classificação da OMS

Tabela I - MAIORES PRODUTORES MUNDIAIS DE FUMO

Posição	País	Toneladas	%
1	China	2.380.000	37,5
2	Índia	648.600	10,2
3	Estados Unidos	635.030	10,0
4	**Brasil**	**590.100**	**9,3**
5	Turquia	238.600	3,8
6	Indonésia	210.000	3,3
7	Zimbabwe	192.020	3,0
8	Itália	132.500	2,1
9	Grécia	130.500	2,1
10	Malavi	127.150	2,0
93	Outros	1.056.930	16,7
TOTAL		**6.341,430**	**100**

Fonte : Abifumo / Afubra (http : // afubra.com.br)

Tabela II - EXPORTAÇÃO DE FUMO E MANUFATURAS

ANO	FUMO MIL/US$	CIGARROS BILHÕES/UN	MIL/US$	TOTAL MIL/US$
1977	189.510			189.510
80	284.260	0,460	11.050	295.310
85	449.700	1,250	9.630	459.330
90	565.520	9,890	57.630	623.150
95	768.570	54,980	406.390	1.174.960
96	1.028.520	63,310	486.870	1.515.390
97	1.091.290	72,000	566.060	1.657.350
98	939.700	73,000	619.100	1.558.800

Fonte : Abifumo/Afubra (http://www.afubra.com.br)

(ICD 10). A dependência é causada pela nicotina contida em todos os produtos derivados do tabaco. Portanto, deve ser considerado como uma droga e seu consumo uma forma de droga adição. A partir deste conceito , a OMS considera o tabagismo um problema de saúde pública , estimulando governos e organizações não governamentais na luta antitabágica. Resoluções da assembléia mundial de saúde de 1970 e 1971 (WHA23.32 e WHA 24.48) do conselho executivo da OMS , estabeleceram as bases para o programa da OMS "Tabaco e Saúde" reconfirmada e ampliada em 1976 (WHA 29,55).

As estratégias antitabágicas deveriam ter poder de lei, controlando os locais permitidos para o fumo, legislando sobre a taxação do cigarro e produtos derivados, restringindo todas as formas de publicidade e estimulando os agricultores para substituírem a produção de tabaco por outros produtos agrícolas. Em 1986 a OMS lançou a campanha visando proteger os não fumantes dos malefícios da fumaça do cigarro e promover estratégias para que se evite a dependência dos jovens (WHA 40.38). A prevenção entre os jovens deverá ser feita através da proibição da venda de cigarros a menores, da venda através em máquinas automáticas, e da venda e consumo em escolas e locais freqüentados por jovens. Sugere-se ainda a interdição da distribuição de amostras gratuitas ou a venda unitária e, finalmente, restrição a publicidade dirigida aos jovens.(4)

No Brasil a publicidade é restringida e a colocação de advertência aos riscos do hábito de fumar nos pacotes e nas propagandas de cigarros, esta obrigada por força de lei. .No Rio Grande do Sul é restringida a venda de cigarros em prédios públicos estaduais e é proibido o fumo nos locais de trabalho. Em vários estados é restrito o fumo em lugares públicos. Em todo o pais são proibidos o fumo em aeronaves, a venda aos menores de idade, assim como em escolas e locais freqüentados preferencialmente por jovens.

Na Santa Casa de São Paulo encontra-se em atividade a Liga de Apoio ao Abandono do Cigarro contribuindo para este trabalho universal. Trata-se de um programa interdisciplinar , envolvendo alunos e profissionais como médicos, psicólogos e nutricionistas. (5 , 6)

Um em cada dois fumantes regulares morreram de causas relacionados ao hábito de fumar; metade deles em idade avançada, acima dos 70 anos e outra metade na meia idade, no momento de maior produtividade. Estima-se em 20 anos o número médio

de anos de vida perdidos. O número de mortes anuais relacionados ao uso de cigarros é de 4.000.000 de pessoas, uma morte cada 8 segundos. A Organização Mundial de saúde estima que este número será de 10.000.000 em 2020, uma morte cada 3 segundos. O tabagismo se tornará a maior causa de óbito entre todas as doenças (7). O objetivo da OMS assim como dos governos é, através de campanhas organizadas, diminuir a morbidade e mortalidade das doenças tabaco dependentes.

O tabagismo é relacionado como a causa principal em mais de 25 doenças (8-9). No aparelho respiratório, câncer de pulmão, bronquite crônica e enfisema pulmonar. Entre as cardiopatias, a aterosclerose coronária tem sua etiologia tabágica conhecida desde 1940, através de relato da clínica Mayo (10). Arritmias cardíacas e cor pulmonale estão também, definitivamente correlacionadas ao tabagismo. Doenças vasculares periféricas e cerebrais como claudicação intermitente e acidentes vasculares cerebrais, câncer de bexiga, rim, boca faringe, laringe, pâncreas, esôfago e colo uterino estão associados ao consumo de cigarros (11).

O tabagismo entre as mulheres gestantes está relacionado com abortamento, natimortalidade, prematuridade, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, morte súbita do recém nato e retardo do desenvolvimento intelectual das crianças geradas (12). Mulheres fumantes em uso de anticoncepcionais orais têm risco aumentado de doença tromboembólicas e finalmente mulheres fumantes têm maior risco de infertilidade, câncer de mama e osteoporose na menopausa (13) O hábito de fumar é responsável ainda por maior absenteísmo ao trabalho assim como maior número anual de visitas ao médico. (14) Finalmente, como conseqüência social , o hábito de fumar é a principal causa de morte por incêndios nos Estados Unidos . (15)

O cessar de fumar traz benefícios indiscutíveis. Um ano após a interrupção, o risco de doença coronária cai 50% ; em 15 anos este risco se aproxima ao da população geral. A queda do risco de Câncer de Pulmão e Enfisema é mais lento, em torno de 15 anos. O benefício do abandonar o hábito se estende a todas as idades, mesmo nas mais adiantadas.

Em relação aos jovens, observa-se que o início do tabagismo tem sido cada vez mais precoce. Admite-se que jovens na faixa dos 13 anos são iniciados nas escolas, clubes ou outros grupos sociais. A propaganda sugerindo a relação de sucesso com o hábito de fumar, é um forte atrativo para a juventude. A advertência do risco de doença para o jovem, parece distante devido à idéia de imortalidade da juventude, constituindo-se, portanto, num aviso inócuo (16). Quando mais velhos e cientes dos riscos, a dependência já se instalou . (17)

A prevalência do hábito de fumar nos Estados Unidos entre jovens aumentou de 28% em 1991, para 37% em 1997. Na Argentina estes números já atingem 40% nos jovens entre 13 e 18 anos de idade , em algumas regiões do país. Admite-se que jovens que não iniciaram o hábito antes dos 20 anos provavelmente não se tornarão adultos fumantes. O Dr. David Kessler do FDA afirma: “A droga adição da nicotina se inicia em geral quando o usuário é adolescente, devendo ser considerada o que realmente é: uma doença pediátrica”. Crianças fumam quando a propaganda é intensa, quando familiares fumam (especialmente pais, irmãos ou figuras exemplos como professores) e finalmente quando o acesso ao cigarro é facilitado pela venda livre e preço baixo.

O tabagismo passivo enfatizado pela OMS, é hoje considerado como causa de doenças cardíacas e respiratórias naqueles que convivem com fumantes ou estão expostos no trabalho ou lazer à poluição tabágica. O tabagismo passivo é considerado a terceira causa passível de prevenção de óbito, precedido pelo tabagismo ativo e hábitos alimentares e seguido em quarto lugar pelo alcoolismo. Os componentes da fumaça exalada pelo fumante ou originada pela queima do cigarro é a mesma que aqueles inalados pelo fumante.

Crianças expostas à fumaça do cigarro são mais acometidas de resfriados comuns, tosse crônica, e infecções respiratórias baixas como bronquiolite, bronquite e pneumonia. Estas crianças desenvolvem mais freqüentemente asma e se já forem asmáticas, tem as crises agravadas. As infecções otológicas são também mais freqüentes neste grupo de crianças. A relação da exposição à fumaça do cigarro e cardiopatia está descrita em vários estudos e revisões (18). Deve também ser salientada a relação da inalação passiva da fumaça do cigarro e câncer de pulmão. (19)

Pelo exposto compreende-se o esforço realizado pela OMS na erradicação do hábito de fumar em todo o mundo. O ato de fumar tem profundas implicações no cotidiano individual, comunitário e nacional, sendo necessário a intervenção de organismos supra nacionais para tentar contê-lo em todo o mundo (20 . Neste sentido a 11ª conferência Mundial sobre tabaco e saúde no ano 2000 teve como tema central "promovendo o futuro sem tabaco". (21)

Ação Interdisciplinar no Combate ao Tabagismo

O tabagismo é um fenômeno complexo e compreendê-lo exige, necessariamente , a consideração de inúmeros aspectos interligados em sua determinação. Envolve o estudo de fatores psicológicos, sociais, antropológicos e biológicos, tanto no que se refere à sua instalação, como em sua manutenção ou abandono.

Assim, a interdisciplinaridade nesta área mostra-se fundamental, através da integração de conhecimentos e de ações que favoreçam o combate ao tabagismo, desafio que hoje mundialmente se assume em prol da saúde da população.

Serão portanto abordados a seguir os aspectos psicossociais ligados à iniciação ao hábito de fumar, à dependência após uso contínuo do tabaco e à decisão de interromper o tabagismo. Será também brevemente descrita a proposta da Liga de Apoio ao Abandono do Cigarro da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, que através de atividades assistenciais e científicas vem tentando contribuir na compreensão, manejo e controle do tabagismo em nosso meio.

A iniciação ao tabagismo ocorre em geral durante a adolescência, antes dos 20 anos de idade(23); segundo dados da Organização Mundial de Saúde(OMS), estima-se que mais de 90% dos jovens que experimentam cigarros tornam-se fumantes regulares.

Inúmeros fatores devem ser considerados para se compreender o porquê desta precoce iniciação ao vício tabágico. Historicamente a adolescência é considerada como a fase de maior suscetibilidade ao consumo de drogas, não apenas de cigarros. Nesta faixa etária o jovem vivencia mudanças significativas e sofre influências diversas no processo de constituição de sua identidade. Assim, fumar pode ser visto como uma forma de integrar-se ao grupo, de inserir-se no mundo adulto, de se auto-afirmar, de controlar a ansiedade, mascarar a insegurança, entre tantos outros motivos.

Carvalho (24) destaca a importância do meio social e familiar nesta etapa, uma vez que o adolescente está submetido a pressões sociais intensas e suas experiências no seio familiar podem contribuir na maneira de reagir a elas. Seriam particularmente importantes na experimentação do cigarro, e aspectos farmacológicos e psicológicos determinariam a manutenção do tabagismo. Estes dados foram também observados em pesquisa realizada em nosso serviço, onde 33% dos pacientes relataram ter experimentado o cigarro por curiosidade ou brincadeira e 28% por influência de amigos; como justificativa para manter o hábito, 31% apontou a necessidade ou vício, e 21% o alívio de tensões através do cigarro (17).

Em campanha nacional de comunicação sobre os males do cigarro, lançada no ano 2000 pelo Ministério da Saúde (Brasil), divulgou-se que o mesmo foi explicitamente referido já em 1969 por Philip Morris, membro da indústria do cigarro: "Para o principiante, fumar um cigarro é um ato simbólico. Eu não sou mais o filhinho da mamãe, eu sou durão, sou um aventureiro, não sou quadrado... à medida que o simbolismo psicológico perde a força, o efeito farmacológico assume o comando para manter o hábito..."

A atitude familiar diante do tabagismo também pode influenciar o comportamento do adolescente: crianças que convivem com fumantes adquirem mais precocemente o hábito de fumar (23,24).

Kalina (apud Leite e cols) (5), refere-se em seus estudos sobre drogadição que não haveria um transtorno de personalidade ou condição psicopatológica comum entre os dependentes de droga, mas sugere a existência de uma "constelação pré-aditiva", dada essencialmente por modelos familiares. Neste sentido ressalta-se o papel da identificação com figuras significativas, como os pais, avós, professores, ídolos, etc., não sendo comprovada até o momento a hipótese de que fatores hereditários predisporiam o indivíduo ao tabagismo (24).

Certamente a questão é complexa e outros elementos devem ser também considerados, como as características individuais, as circunstâncias específi-

cas da iniciação ao tabagismo, a poderosa influência das propagandas da indústria do tabaco, a facilidade de acesso ao cigarro, aliada ao fato de que até recentemente ainda não eram difundidas a extensão e gravidade dos males provocados pelo tabagismo. São todos aspectos que merecem atenção e implicam na realização de novas pesquisas, de ações preventivas e interventivas para o controle da chamada pandemia tabágica e suas conseqüências para a saúde pública.

Gradativamente tem ocorrido maior conscientização sobre os efeitos danosos à saúde causados pelo fumo, sendo adotadas também medidas sócio-políticas para a contenção do tabagismo (25). No entanto, mesmo informados e muitas vezes desejosos de abandonar o vício, grande parte dos fumantes encontra dificuldades em fazê-lo em função da dependência física e psicológica que se instala após anos de uso contínuo do tabaco.

Estima-se que cerca de 70% dos tabagistas querem parar de fumar, mas apenas 5% conseguem sozinhos, segundo dados da OMS. A orientação médica durante as consultas é de grande valia, porém, às vezes são necessárias ações especializadas dada a complexidade da relação que o indivíduo estabelece com a droga (26).

Apesar do consumo de nicotina ser difundido no mundo todo e há muito tempo, apenas nos anos 80 esta passou a figurar entre as drogas causadoras de dependência, de acordo com o critério internacional de diagnóstico de doenças (27). Claro está que aqui também devemos considerar a interligação entre aspectos farmacológicos, psicológicos e sociais: os efeitos psicoativos da droga induzem à continuidade de seu uso, e determinantes psicossociais podem propiciar um terreno fértil para instalação da dependência. Soma-se a isto a freqüente ocorrência de sintomas de abstinência com a tentativa de interrupção do tabagismo, e o indivíduo vê-se então aprisionado em sua condição de dependente.

Entre os efeitos ocasionados pelo uso da nicotina, encontram-se a sensação de prazer, alívio da ansiedade, redução do peso, aumento da vigilância, entre outros (28); para o indivíduo, com o tempo o fumo passa a atuar como um atenuante de sentimentos desagradáveis, como angústia e frustração (26), daí a associação direta apontada pelo tabagista quanto a elevação do consumo em situações de tensão. É também freqüente a referência ao cigarro como agente de "consolo", o "companheiro de todas as horas", sendo atribuído intenso significado afetivo ao hábito de fumar. Comumente mantido por longo período, sua interrupção requer muitas vezes reflexão e um novo aprendizado quanto a maneira de lidar com a realidade.

Entre os sintomas de abstinência a ser tolerados ou amenizados através de apoio especializado após a cessação do tabagismo, estão a irritabilidade, ansiedade, distúrbios do sono, dificuldade de concentração, tontura, "fissura" ou desejo/necessidade de nicotina, entre outros (28).

Em nosso serviço de apoio ao abandono do cigarro, verificamos que em média os tabagistas nos procuram após 30 anos de vício, a maior parte deles com tentativas anteriores de largar o cigarro. O principal motivo apontado para a decisão de parar de fumar deve-se à preocupação com a saúde, muitas vezes já prejudicada devido a doenças tabaco-relacionadas (17).

Tendo em vista a natureza multifatorial do tabagismo, em nossa proposta de assistência ao fumante que deseja ou necessita parar de fumar, o atendimento é feito por equipe interdisciplinar, composta por psicólogos, médicos, estudantes de medicina e nutricionistas.

O projeto de criação de um Programa de Supressão de Tabagismo surgiu a partir da experiência clínica, em que se evidenciavam não apenas as dificuldades dos pacientes em abandonar o hábito de fumar, mas também, dificuldades da equipe em prover auxílio efetivo a estes indivíduos (3). Assim, em iniciativa inovadora e com apoio de diversos segmentos do âmbito hospitalar (Unidade de Pulmão e Coração, Setor de Psicologia e Serviço de Nutrição e Dietética, todos da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo), em 1993 deu-se início à atividade assistencial específica voltada ao manejo e controle do tabagismo.

Em continuidade a este trabalho, em 1998 foi criada a Liga de Apoio ao Abandono do Cigarro da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, tendo as atividades sido ampliadas e passando a contar também, com a participação de graduandos do Curso de Medicina. Além da proposta assistencial, foram incluídas ações voltadas à prevenção do tabagismo e atividades científicas. Será feita a seguir des-

crição sucinta do projeto desenvolvido desde então.

A partir de encaminhamento por profissionais de saúde ou procura espontânea, o fumante que inscreve-se no programa é chamado para uma reunião informativa onde a equipe apresenta a proposta de acompanhamento, e fornece esclarecimentos gerais sobre o tabagismo.

É então formado um grupo (12 participantes), que durante 07 semanas consecutivas comparecerá semanalmente às consultas com os diferentes profissionais da equipe. Propõe-se uma abordagem não-farmacológica, ou seja, não são utilizados medicamentos ou reposição nicotínica para a interrupção do tabagismo. O uso de fármacos restringe-se ao controle dos sintomas de abstinência, com raras exceções.

Das 07 semanas de intervenção, 04 destinam-se à preparação para a interrupção do tabagismo, marca-se uma data para o abandono do cigarro e as 03 restantes destinam-se à manutenção; um retorno após 01 mês e posteriores retornos trimestrais são feitos até completar-se o período de 01 ano, em etapa de prevenção de recaídas.

Durante as 04 semanas de preparo, cada paciente passará por uma consulta médica (individual), duas consultas com nutricionista (em grupo) e quatro consultas com psicólogo (em grupo). Após a data da parada, nas 03 consultas de manutenção, cada paciente passará por três consultas médicas (individuais), duas consultas com nutricionista (em grupo) e três consultas com psicólogo (em grupo).
A Tabela III ilustra esta distribuição de consultas ao longo do período inicial de intervenção e de prevenção de recaídas.

Ao médico cabe realizar avaliação da saúde do paciente, através de exame clínico e laboratorial, fornecer orientação individualizada sobre os benefícios do abandono do cigarro e acompanhar a fase de abstinência, com intervenção farmacológica quando necessário. Entre os exames regularmente solicitados, estão o Hemograma Completo, Ácido Úrico, Colesterol Total e Frações, Triglicérides, Glicemia, Uréia, Fibrinogênio, TGO, TGP, TP, Raio X de Tórax e Provas de Função Pulmonar. Caso seja detectada alguma alteração específica, o paciente é orientado quanto ao tratamento ou eventualmente encaminhado.

Em nossa experiência, queixas freqüentes no período pós-parada são: ansiedade, irritabilidade, insônia, cefaléia, tonturas, diminuição da concentração e aumento de apetite. Quando necessário prescreve-se o uso de ansiolítico ou outra medicação para alívio dos sintomas de abstinência.

A indicação eventual da Terapia de Reposição Nicotínica ou de fármaco que auxilie na interrupção do tabagismo (como a Bupropiona) é feita somente por volta da 6ª semana de acompanhamento, após avaliação da tentativa inicial de abandono através, do apoio interdisciplinar. Segue critérios específicos, como grau de dependência física ao cigarro, adesão ao tratamento, ausência de contra-indicativos e acesso à terapêutica sugerida.

Tal associação de recursos no processo de interrupção do tabagismo parece promissora, porém fatores como o alto custo no mercado atual, dificuldades de adaptação, efeitos colaterais e restrita efetividade limitam sua utilização em larga escala.

Em nossa proposta de ação interdisciplinar, ao

Tabela III. Distribuição de consultas ao longo do tratamento

	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Mês 1	Mês 3	Mês 6	Mês 9	Mês 12
Médico	sim 3 *	sim 3 *	sim 3 *	sim 3 *	sim 12*	sim 12*	sim 12*	não	sim 12*	sim 12*	sim 12*	sim 12*
Psicólogo	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Nutricionista	*sim*	*não*	*sim*	*não*	*sim*	*não*	*sim*	*não*	*não*	*sim*	*não*	*sim*

* Número de pacientes.

psicólogo cabe a avaliação quanto ao hábito de fumar e o acompanhamento psicoterápico grupal abordando aspectos psicológicos da dependência e do processo de abandono do cigarro. Baseia-se nas contribuições do modelo de estágios de mudança e da psicoterapia breve psicanalítica (26).

A concepção de que o indivíduo passa por diferentes níveis de motivação antes de mudar seu comportamento possibilita que se compreenda a importância de um período de preparo, em que se possa não apenas discriminar o estágio de prontidão para a mudança, mas também buscar favorecê-lo por meio de ações específicas. Fatores intrínsecos e extrínsecos podem interferir neste processo, e portanto são valiosas as reflexões feitas pelo sujeito, a dinâmica grupal e o manejo terapêutico pelo psicólogo.

Propiciar ao fumante a conscientização em relação ao significado atribuído ao cigarro em sua vida é também parte fundamental nesta etapa, a partir do que pode ser revista a relação estabelecida com a droga.

Além do debate em grupo, que permite a troca de experiências e o apoio interpessoal, são utilizados recursos complementares como por exemplo o preenchimento de formulários em casa (fornecem dados sobre cada um dos participantes e favorecem atitudes de auto-observação em relação ao hábito de fumar) e a realização de exercícios de relaxamento (auxiliam no enfrentamento das dificuldades da mudança).

Salienta-se que neste processo não se utiliza uma "receita única", ou recomendações específicas em relação a como enfrentar o dia-a-dia sem o cigarro (como não tomar café, afastar-se de fumantes, etc.), haja visto que cada indivíduo é levado a refletir sobre o método mais adequado de acordo com suas características e condições particulares. Alternativas certamente são discutidas, mas com flexibilidade suficiente para que seja viável ao fumante concretizá-las.

Após a data marcada para o abandono do cigarro, discute-se os resultados desta experiência, as dificuldades, conquistas e perspectivas. Descata-se que mesmo contando com apoio interdisciplinar e estando determinado a mudar, certo grau de tolerância neste período (em relação aos possíveis sintomas após a parada, em geral transitórios mas incômodos, além da capacidade de lidar com sentimentos como angústia e frustração sem recorrer ao fumo) pode ser decisivo para o alcance estável de abstinência ao cigarro.

Cada sessão de atendimento em grupo tem a duração de uma hora e alguns temas para discussão são previstos (análise quanto ao hábito de fumar, motivação para a mudança, situações de risco e formas de enfrentamento, sintomas de abstinência, entre outros), mas trabalhados de forma a também considerar as possibilidades e dinâmica de cada grupo.

Atendimento psicológico individualizado é somente indicado mediante condições específicas e após o encerramento do período inicial de intervenção em grupo (07 semanas).

Como membro da equipe, a nutricionista tem o papel de realizar avaliação e orientação sobre dieta alimentar e possíveis alterações de peso em decorrência da interrupção do tabagismo. Sabe-se que é freqüente (e esperado) o ganho de peso com a abstinência, mas este limita-se em geral a no máximo 10% do peso em até cinco anos do início do tratamento (29). Fatores como aumento da ansiedade, substituição do cigarro por alimentos muito calóricos e até aumento do apetite dado melhora no olfato e paladar podem contribuir para o ganho excessivo de peso. Uma vez que este é um dos fatores determinantes de recaídas, ressalta-se a importância de manter uma dieta equilibrada, realizar atividades físicas, para com isto auxiliar na manutenção do peso e no sucesso do tratamento.

Até o momento 36 grupos foram constituídos em nosso serviço, com em média 09 participantes cada um. No último levantamento realizado(17), contávamos com 28 grupos de atendimento, sendo que 258 pacientes haviam ingressado no programa. Dos 67% que completaram a fase inicial de tratamento (07 semanas), 46% estavam abstinentes ao término dela; 24% diminuíram significativamente o consumo; 23% não modificaram o hábito e 7% tinham registros incompletos. Ao longo de 01 ano, o índice de abstinência plena (sem recaídas ou lapsos) decresce em torno de 20%, mas registros acurados deste follow-up foram apenas recentemente implantados.

Observa-se que a intervenção em grupo propicia

uma rede de apoio interpessoal e potencializa a conscientização e determinação para a mudança, fatores importantes no processo de recuperação (26). Alcançar a abstinência e mantê-la de forma estável é ainda um grande desafio, mas justificam-se os esforços terapêuticos dado os extensos malefícios à saúde ocasionados pelo tabagismo.

Medidas de prevenção são também indiscutivelmente necessárias. Neste sentido passaram a ser ministradas, por membros da Liga, palestras informativas em escolas da comunidade, basicamente dirigidas a alunos do ensino fundamental e médio. Outras atividades de ensino (como o curso anual sobre tabagismo, para interessados em ingressar na Liga e profissionais atuantes no setor) e de pesquisa vêm sendo regularmente desenvolvidas em nosso serviço. Em fase de implantação encontra-se um projeto de assistência específico a gestantes tabagistas, a ser realizado em associação com a equipe da Ginecologia e Obstetrícia da Santa Casa de São Paulo.

Constata-se que as possibilidades de atuação nesta área são amplas e variadas. Haja visto que são recentes e ainda restritas as iniciativas, muito ainda pode e deve ser desenvolvido no sentido de melhor compreendermos o complexo fenômeno do tabagismo e com isto melhor nos capacitarmos para contribuir em seu manejo e controle.

Referência bibliográfica

1.Bechara , M.J. ; Szego ,T ; Rodrigus- Gama , J. – Histórico do tabagismo em Fumo ou Saúde , cap. 3 : 27-34 . Ed. Do Bradepa . São Paulo . 1985.

2.http://www.who.int/

3.http://www.afubra.com.br

4.Roemer,R.- Acion legislativa contra la epidemia mundial de tabaquismo . Organizacion mundial de la salud . Genebra . 1995.

5.Leite , J.C.T. ; Arenales , N.B. ; Nitrini , G.; Santos , R.ª ; Franken , R.A. ; Chiattone ,H.B.C. – Supressão do tabagismo – Apresentação de um programa ambulatorial com abordagem multiprofissional . Soc. Cardiol. Est. São Paulo . vol . 5 (2) supl. A : 1-7 . 1995.

6.Andreis , M. ; Franken,R. A ; Pelcerman , A . – Uma proposta de intervenção : A experiência da Santa Casa de São Paulo em programa interdisciplinar de supressão do tabagismo . anais do 3º Congresso Brasileiro sobre tabagismo . 2000.

7.Making a difference : Word Health Report Geneva . Switzerland : World Health Organization – 1999.

8.Centers for disease control and prevention . Smoking attrbutable mortality and yers of potencial life lost USA . 1990 . Morbidity and mortality weekly report . 42(33) : 645-648 . 1993 .

9.Baker , F. ; Ainsworth , S.R. ; Dye,J.T. – Health risks assicieted with cigar smoking. JAMA 284: 735-740 . 2000.

10.English,J.P. ; Willius , F.ª ; Berkson , J .- Tobacco and coronary disease – JAMA . 115 : 1327-1329 . 1940.

11.Bartecchi , C.E. ; MacKenzie , T.D. ; Schrier , R.W. – The human cost of tobacco use . New Eng . J. Med . 330 : 907-912 . 1994.

12.McIntosh , I.D. – Smoking and prevalency : attributable risks and public health implications. Can. J. Public . 75 : 141-148 .1984

13.Hussey , H.H. – Osteoporosis among women who smoke cigarettes. JAMA 235: 1367-1368. 1976 .

14.Lesmes,G.R.–Corporate healthcare costs and smo-ke-free environments. AmJ.Med 93(48S-54S). 1992.

15.McGuire ,A. – Cigarettes and fire death . N.Y State J. Med . 83 : 1296-1298 . 1983.

16.http :// www. Cdc . gov / nccdphp/osh/sgr4kids/

17.Sales , C.M.B. ; Andreis ,M. ; Franken , R.A ., Leite, JCT, Pelcerman, A. – Da iniciação no tabagismo à decisão de parar de fumar : Um longo caminho percorrido – Reflexões a partir do trabalho de psicoterapia de grupo no tratamento da dependência de nicotina . Anais do 3º Congresso Brasileiro sobre o tabagismo . 2000.

18.Glantz , S.ª ; Parmley , W.W. – Tabagismo passivo e cardiopatia . JAMA:2613-2626 . 1995 .

19.Respiratory Health effects of passive smoking : Lung cancer and other disorders Washington : US environmental protection agency 1992 . USEPA document EPA? 600/6-90/006F.

20.Franken,R.A. ; Nitrini , G. ; Franken,M. ; Fonseca , ªJ. ; Leite , J.C.T. – Nicotina: ações e interações . Arq.Bras.Cardiol. 66:371-373.1996.

21.BrundtlandG.H. – Achiving Worldwide Tobacco Control . JAMA 284:750-751.2000.

22.Houston,T ; Kaufman , N.J. – Tobacco Control in the 21ºcentury searching for answer in a sea change . JAMA . 284:752-753 . 2000.

23..Rosemberg,J, Tabagismo - sério problema de saúde pública, Almed Ed., 2ª ed., São Paulo, 1987.

24.Carvalho,JT, O tabagismo visto sob vários aspectos, Medsi Ed., Rio de Janeiro, 2000.

25..Brown,L, O mundo se livra do vício do fumo, Rev. Mind, Ano IV, n.27, Ago/Set/Out, 2000.

26.Leite,JCT, Franken,RA, Psicoterapia de grupo no tratamento da dependência de nicotina: experiência da Santa Casa de São Paulo, Rev.Soc.Cardiol.Estado de São Paulo, Vol.9, n.6(supl.A), Nov/Dez, 1999.

27.Labbadia, EM, Ismael,SMC, Fernandes,ND, Beretta,MA,

David,RJ, Schuman,C, Pavanello,R, Cury Jr,AJ, Atendimento multiprofissional ao tabagista: uma opção terapêutica, Rev.Soc.Cardiol.Estado de São Paulo, Vol.5, n.5(supl.A), Set/Out, 1995.
28.Benowitz,NL, Tabagismo e dependência de nicotina, in: Fiore,MC, Clínicas Médicas da América do Norte, Vol.2: Tabagismo, Interlivros, Rio de Janeiro, 1992.
29.US Departament of Health and Human Services, The health consequences of smoking: nicotine addiction. A report of the Surgeon General. Public Health Service, Office on Smoking and Health, Rockville, 1988.