Controle do Tabagismo

Luiz Carlos Corrêa da Silva[1]

Para fazer frente à epidemia do tabagismo – a maior que a humanidade protagonizou em toda a história da civilização – só existe uma alternativa: criar uma grande rede para mobilização e ações, envolvendo instituições e lideranças, em que cada um faça sua parte.

Para isso, no nível mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Convenção Quadro, primeiro Tratado Internacional de Saúde Pública para Controle do Tabagismo, e que já congrega mais de 170 nações (1). No Brasil, o Ministério da Saúde delegou ao INCA (Instituto Nacional do Câncer) todas as ações governamentais destinadas ao controle do tabagismo, objetivando atingir os Estados e os Municípios, através do SUS (Sistema Único de Saúde). A AMB, o CFM e as Sociedades de Especialidades participam, nacionalmente, desta grande rede através das suas Comissões de Tabagismo. O Fumo Zero AMRIGS atua no nível estadual (2). Hospitais como a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e Universidades como a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) estão em plena mobilização nas suas respectivas áreas.

A ideia é que cada um atue nos seus locais de trabalho e de influência. Os médicos devem ser líderes dessa mobilização. Com a atuação dos 22.000 médicos gaúchos, poder-se-ão conseguir resultados nunca antes sonhados para o controle do tabagismo no nosso meio. Tudo em prol de uma Saúde melhor e de uma Sociedade que sempre poderá ter nos médicos seus legítimos defensores e representantes na busca de uma vida melhor.

Abriu-se um espaço notável para que os profissionais da saúde, particularmente os médicos, se tornem especialistas em tratamento do tabagismo, uma vez que esta é também uma atividade clínica e não apenas do setor de prevenção da Saúde Pública (3). O médico deve ser líder nas Comissões e Grupos que têm como objetivo o desenvolvimento de Programas de Controle do Tabagismo e Programas de Tratamento do Tabagismo. Devem associar-se pessoas que desejem colaborar com as instituições, formando-se grupos que trabalhem para a organização de programas que tenham três objetivos principais, propostos pela OMS: **proteção** do tabagismo passivo – através da promoção de ambientes sem fumaça de cigarros; **prevenção** – processos educativos com o objetivo de que os jovens não iniciem a fumar; e **cessação** – programas de tratamento para os fumantes.

Pelas circunstâncias do mundo moderno, estimula-se que se direcione o máximo de esforços para que as cidades se mobilizem no sentido de promover ambientes livres de fumaça de tabaco. Para isso, recomenda-se atuar junto às Câmaras de Vereadores para o desenvolvimento de Projetos de Leis Municipais que possibilitem uma fiscalização direta para que não se fume nos ambientes fechados de convívio. Afinal, nas cidades é onde vivem as pessoas!

Também é muito importante formar multiplicadores, agregando pessoas que possam manter as ações necessárias para que os programas sejam permanentes. Nesse mister, o maior desafio é que se relevem questões menores e individuais e todos os esforços sejam dirigidos em prol do conjunto. Atitudes aglutinadoras e de coesão é o que se espera das lideranças.

TRATAMENTO DO TABAGISMO

Fundamentos

1. Parar de fumar é, antes de tudo, uma decisão de vida

A maioria dos fumantes apresenta uma ambivalência comportamental em relação ao tabagismo: se por um lado sabem que cigarros fazem mal e que devem parar de fumar, e a maioria até declara sua disposição para cessação, por outro manifestam dificuldades para a cessação e desejo de continuar fumando.

Decidir parar de fumar significa voltar a valorizar a vida, querer mudar, querer melhorar, querer ter mais saúde, ter um grande objetivo a alcançar, e estar disposto a enfrentar as dificuldades da cessação, particularmente a síndrome da abstinência.

Mais de 80% dos fumantes declaram que desejam parar de fumar. No entanto, ainda é apenas uma minoria que tem tomado esta iniciativa e mantido perenemente a abstinência. A implantação de medidas restritivas ao tabagismo, como, por exemplo, a proibição de fumar em ambientes fechados, tem influenciado fortemente para as pessoas tomarem esta decisão.

2. Por que, para alguns, é tão difícil parar de fumar?

Os fumantes estruturam sua vida em torno do fumar e da sua necessidade de nicotina. Têm graus variáveis de dependência química e psicológica, e, frequentemente, é difícil

[1] Coordenador do "Fumo Zero" AMRIGS. Professor Universitário (UFCSPA, UFRGS, UPF). Chefe do Serviço de Pneumologia – Santa Casa de Porto Alegre.

23-controle_do_tabsessão_fumo_zero.pmd 110 31/3/2010, 10:54

estabelecer-se a proporção de um e outro componente. Muitos fumantes desenvolvem a percepção de que não podem viver sem cigarros, pois para eles tudo gira em torno do fumar. Antecipam que, ao tentarem parar, terão muitas dificuldades, constituindo-se esse um grande motivo para lidarem mal com a ideia da cessação. Seu grau de ansiedade ou depressão aumenta simplesmente pela antecipação de que poderão ter dificuldades e de que poderão sentir-se muito mal após parar de fumar.

Quem tem grande dependência à nicotina, por ocasião da cessação, se nenhum tratamento for feito, poderá ter sensações desagradáveis devido à síndrome de abstinência, sendo esta a principal causa da recaída (4).

Sensação de insegurança devido a algum transtorno comportamental não controlado e ansiedade por antecipação de dificuldades pós-cessação poderão ter forte impacto negativo para essa tomada de decisão.

3. Para ter sucesso na cessação, o que é mais importante?

Mudar o comportamento – Para parar de fumar é necessário mudar o comportamento, o que pode ser muito difícil se não houver um conjunto de condições para sustentação dessa mudança. Estas condições podem ser construídas por um programa de tratamento cuja base sejam a relação médico-paciente e o processo cognitivo-comportamental. Prochaska e DiClemente desenvolveram um modelo para o melhor entendimento dos estágios comportamentais dos fumantes e as mudanças necessárias para conseguir êxito na cessação do tabagismo, fazendo-se necessário que os fumantes, se necessário, migrem de fase para conseguir a cessação e evitar a recaída (5, 6, 7):

pré-contemplação → contemplação → preparação → ação → manutenção

Obs.: na fase de pré-contemplação o fumante sequer admite parar de fumar, na de contemplação admite mas ainda não toma iniciativa, na de preparação está na iminência de parar.

Ter um grande objetivo – Quem tem um grande objetivo tem uma grande motivação e pode tornar-se suficientemente forte e capaz de vencer as dificuldades para atingir a cessação. Este é um dos grandes segredos para parar de fumar! Mesmo quem não tem inicialmente uma grande motivação, pode vir a consegui-la se houver estímulo, persistência e todo um processo de mudança. Por vezes, o fumante precisa incorporar uma grande convicção de que tem mais motivos para parar de fumar do que para continuar fumando.

4. Motivação para a cessação do tabagismo

Ter uma grande motivação é a principal condição para o sucesso da cessação. Existem diversos tipos de motivação para a tomada dessa decisão e cada pessoa poderá relatar peculiaridades em muito relacionadas com suas próprias condições, questões, percepções e fantasias. As principais motivações costumam ser:

Saúde – Para muitos, a principal motivação é a autopreservação, isto é, a própria saúde. O acompanhamento da tragédia protagonizada por familiar com câncer ou enfisema pulmonar pode ter forte influência na tomada de decisão.

Afeto – A relação afetiva de um fumante para com as pessoas (por exemplo, os netos, os filhos, o cônjuge) pode ser tão forte que sustente o, para alguns, penoso processo da mudança e possibilite uma decisão que, em circunstâncias habituais, parecia estar próximo do impossível. Este é um bom caminho para ter motivação.

Trabalho – As empresas, cientes dos diversos problemas gerados pelo tabagismo – redução da produtividade, riscos de incidentes, má higiene, preferência dos seus clientes não fumantes em ser atendidos por não fumantes – dão total preferência aos não fumantes quando da seleção de novos funcionários.

Sociabilidade – a regra para convívio é, cada vez mais, não se aceitar que as pessoas fumem nos ambientes fechados, e nem nos locais abertos onde haja maior proximidade física.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2003.
2. Corrêa da Silva LC. A epidemia do tabagismo (Sessão Fumo Zero AMRIGS). Revista da AMRIGS out.-dez. 2009; 53(4):436-437.
3. Hughes JR. Tobacco Treatment Specialist: A New Profession. J Smoking Cessation 2007; 2:2 Suppl; 2-7.
4. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav 1978; 3 (3-4): 235-41.
5. Prochaska JO, DiClemente C: Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult in Psychol 1983; 51:390-5.
6. Prochaska JJ, Delucchi K, Hall SM. A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. J Consult Clin Psychol 2004; 72: 1144-56.
7. DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. Addict Behav 1982; 7(2): 133-42.
8. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, Santos SRRA. Diretrizes para Cessação do Tabagismo da SBPT (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia) – 2008. J Bras Pneumol 2008; 34(10): 845-880. (referência recomendada)

✉ Endereço para correspondência:
Fumo Zero – AMRIGS
Av. Ipiranga 5311 – Bairro Partenon
90610-001 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3014-2015 – Fax (51) 3014-2039
fumozero@amrigs.org.br
www.amrigs.org.br

23-controle_do_tabsessão_fumo_zero.pmd 111 31/3/2010, 10:54