# *Tratamento do tabagismo*

Luiz Carlos Corrêa da Silva[1]

## O TABAGISMO É UMA DOENÇA QUE PODE SER TRATADA

O tabagismo é uma doença crônica de dependência à nicotina, com períodos de remissão e exacerbação (1). Com o desenvolvimento das intervenções terapêuticas e sua validação por ensaios clínicos, dispõe-se de recursos eficazes para tratar o tabagismo: *a dependência química*, pela terapia de reposição da nicotina (TRN) ou por bloqueador de receptores nicotínicos, e inibidores da recaptação de mediadores bioquímicos, e *a dependência psicológica*, pelo tratamento cognitivo-comportamental (TCC) (2). Transtornos comportamentais podem ser controlados por medicamentos psicoativos. Terapêutica combinada possibilita resultados superiores aos observados nos ensaios clínicos em que se testa isoladamente um fármaco contra placebo ou outro fármaco de eficácia já estabelecida.

Coletivamente, através das políticas de controle e da educação da população, aumenta sua conscientização para: proteção do tabagismo passivo, prevenção da iniciação pelos jovens e cessação. Os fumantes estão sendo, cada vez mais, incentivados a tomar sua decisão de parar de fumar (3, 4, 5).

## O TRATAMENTO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO É UMA ÓTIMA OPORTUNIDADE PROFISSIONAL

O grande impacto dos mecanismos de comunicação e o desenvolvimento de políticas para controle do tabagismo, nos próximos anos, ampliará enormemente este mercado de trabalho (6). Os profissionais da saúde, particularmente médicos, que tiverem qualificação e visão profissional, terão ótimas oportunidades para prestação de serviços nos consultórios, clínicas e hospitais. Principalmente os pneumologistas têm atuado neste setor como uma extensão da especialidade, mas já existe oportunidade de atuação exclusiva no tratamento do tabagismo, pois 20% dos adultos são fumantes e, embora 80% deles deseje parar de fumar, a maioria não consegue sem apoio e tratamento por médico especialista (7).

## ABORDAGEM DO FUMANTE

Na *abordagem individual*, é fundamental considerar os seguintes princípios (8):

– Cada fumante é único e sempre deve ser abordado individualmente, pelo menos no primeiro contato.

– Mostrar como é bom não fumar! Oportunamente, comunicar os malefícios do fumo, através de fôlderes, livretos, palestras, cursos e outras maneiras que façam entender o que é o tabagismo e quais suas consequências para a saúde e para a vida.

– Se apresentar sintomas e/ou anormalidades na espirometria, usar este argumento para convencê-lo a parar de fumar.

– Enfatizar que ele é quem deve decidir parar de fumar, pois o melhor é que a decisão seja "de dentro para fora".

– A melhor maneira de parar de fumar é pela parada abrupta, ou tudo ou nada, numa data que será o dia D.

– Se o paciente desejar, a cessação poderá ser por redução progressiva do número de cigarros fumados diariamente, o que ocorrerá paralelamente ao controle dos fatores-gatilho indutores da necessidade de fumar.

– Avaliar o suporte familiar – se o cônjuge ou outro coabitante domiciliar é fumante, deve aderir ao programa, ou, pelo menos, não deve fumar na presença do paciente.

– Com recursos e objetivos definidos, o médico e o paciente estabelecem um programa individualizado para cessação.

## ABORDAGEM BREVE SISTEMÁTICA

Considerando que o tabagismo é uma doença crônica de dependência à nicotina e que, para a maioria dos pacientes, poderão ser necessárias diversas tentativas de cessação para que a abstinência seja persistente, entende-se que a abordagem breve é uma medida indispensável e que deve ser aplicada sempre que houver oportunidade. Como a cada ano a maioria dos fumantes busca assistência médica, a consulta oferece uma excelente oportunidade para essa abordagem.

A abordagem breve ("PAAPA") pode ser realizada na consulta de rotina, durante 3 a 5 minutos:

– **P**erguntar a todo paciente se é fumante (se a reposta for positiva, prosseguir).

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



22-fumo_zero_tratamento_do_tabagismo.pmd 232 28/06/2010, 19:05

– Aconselhar a parar de fumar.
– Avaliar seu grau de dependência física e de motivação.
– Preparar para que fume progressivamente menos.
– Acompanhar para não recair.

## Condições que aumentam a eficácia da abordagem breve sistemática

**– Ambiente assistencial (consultório, clínica, ambulatório, hospital) deve ser 100% livre de tabaco.**

É extremamente desagradável e desmotivador quando no cenário do estabelecimento de saúde encontram-se pessoas fumando nas portas, acessos, corredores, pátios e pracinhas próximas. Para evitar esse problema, é muito importante que se estabeleçam políticas para que estes "ambientes sejam 100% livres de fumaça de tabaco".

A intervenção breve inicia no ambiente de acolhimento, continua na sala de espera, onde se podem disponibilizar materiais educativos, e vai continuar durante a entrevista com o profissional de saúde.

– Definir em que ***fase comportamental*** o paciente se encontra, ou seja, como é seu desejo de parar de fumar. Para quem está na *fase de pré-contemplação*, enfatizar a relevância da cessação, os riscos de continuar fumando, e os principais problemas que poderão ocorrer. Salientar as recompensas que serão obtidas. Para os *contemplativos*, sugerir um basta para o tabagismo. A redução do número de cigarros por dia já é um início do processo de mudança ("se posso reduzir, quem sabe posso parar"). Para os que já estão *preparados*, prontos para a ação, marcar o dia D. Para os que *já pararam de fumar*, prevenir a *recaída*.

– Se o fumante ainda não estiver pronto para a cessação, verificar a melhor maneira de ajudá-lo: oferecer material impresso, livretos, livros, e, se possível, encaminhá-lo para um programa estruturado que lhe seja acessível.

– A abordagem breve deve ser, acima de tudo, motivacional: através do reconhecimento ou estabelecimento de um grande objetivo, despertar um grande desejo de parar de fumar!

– Esta abordagem não precisa ser feita na primeira consulta, podendo ser postergada para outra ocasião mais conveniente. Não deve interferir na sequência do atendimento ao problema que levou o paciente à assistência médica.

– Quando há óbvias dificuldades para cessação, como, por exemplo, grande dependência à nicotina, transtornos comportamentais ou doença psiquiátrica, além da intervenção breve, encaminhar o paciente para um programa para cessação do tabagismo estruturado, individual ou de grupo, e, se possível, multidisciplinar.

## PRINCIPAIS PASSOS PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO (9, 10, 11)

Algumas prioridades devem ser consideradas para as mudanças que acontecerão na vida do fumante que decide parar de fumar, sendo muito importante que o médico as considere conforme o perfil individual.

### 1) Querer do fumante. Motivação para a cessação. Autoeficácia. Autoestima. Expectativas (12, 13)

No primeiro contato avalia-se o grau de motivação para a cessação. Quando, inicialmente, a motivação for baixa, devem-se usar estratégias direcionadas a mudar essa condição, sempre considerando circunstâncias individuais. Pouca motivação costuma associar-se a grandes dificuldades para cessação. É fundamental que o fumante queira parar de fumar, e que tenha um grande objetivo para essa decisão. A determinação do seu estágio comportamental auxilia no planejamento do programa (Quadro 1). "Estabelecer em que fase comportamental se encontra o fumante sempre é o primeiro e decisivo item a considerar, pois sem o desejo de parar dificilmente será conseguido esse objetivo" (13).

A motivação para parar de fumar e os objetivos que o fumante espera alcançar é que sustentarão (ou não) sua decisão quando surgirem as adversidades que poderão sabotar sua iniciativa.

Avaliar quanto acredita na sua capacidade para parar de fumar – *autoeficácia.* Se não acreditar, este poderá ser um grande problema para o processo da cessação. Pessoas com baixa *autoestima* têm maior dificuldade para cessação, o que exigirá estratégias específicas. Alguns têm vergonha de reconhecer a necessidade de tratamento por ser isso percebido como fraqueza e pouca força de vontade. Outros têm expectativa de "milagre", cura rápida e sem sofrimento para parar de fumar. A reconstrução da identidade pessoal – ver-se como um não fumante – e da autoestima ajudam enormemente a parar de fumar.

### 2) Síndrome de abstinência (SA)

O paciente deve ser informado sobre a SA, devendo ser preparado preventivamente para usar técnicas de confronto e, se necessário, usar medicamentos. Deve entender que a SA não persiste por muito tempo. Os sintomas da abstinência de nicotina podem ser classificados em dois tipos:

– transitórios: que caracterizam a verdadeira SA, que duram algumas semanas – depressão, diminuição da concentração, irritabilidade, ansiedade, inquietação, etc.;

– compensatórios: os da doença primária, mascarada pela nicotina – estes sintomas podem superpor-se aos da SA verdadeira e torná-la mais intensa e mais prolongada. Sua presença aumenta muito o risco da recaída.

### 3) Aumento de peso após a cessação

É um dos grandes temores dos fumantes, particularmente mulheres, e faz sentido, pois como a nicotina exerce efeito



22-fumo_zero_tratamento_do_tabagismo.pmd 233 28/06/2010, 19:05

**QUADRO 1** – Estágios comportamentais do fumante – sua caracterização e as atitudes que poderão favorecer a cessação do tabagismo (segundo Prochaska e DiClemente, 1983)

| Estágio | Caracterização | Atitudes pró-cessação |
|---|---|---|
| Pré-contemplação | Não pensa em parar de fumar | Estimular a mudar de fase, sem censura<br>Mostrar problemas clínicos presentes e sua relação com o cigarro<br>Salientar benefícios de parar de fumar<br>Analisar motivos que levam a fumar<br>Fornecer material de autoajuda |
| Contemplação | Reconhece que precisa parar de fumar | Idem acima, com maior objetividade |
| Pronto para a ação | Considera seriamente parar de fumar | Pronto para a ação:<br>1. realizar plano de ação<br>2. aconselhamento: ingerir bastante água, evitar cafezinho, higiene oral<br>3. sugerir hábitos saudáveis<br>4. marcar data para cessação<br>5. trabalhar ambiente familiar<br>6. material de autoajuda |
| Ação | Pronto para parar de fumar | Formas de parada:<br>abrupta<br>gradual:<br>redução: reduzir o número total de cigarros de cada dia<br>adiamento: cada dia iniciar o primeiro cigarro mais tarde |
| Manutenção | Sem fumar | Prevenir a recaída |
| Recaída | Voltou a fumar | Procurar entender o ocorrido e tentar reiniciar o processo da cessação |

catabólico, após a cessação é comum o aumento de 1 a 3 quilogramas. Algumas medidas podem evitar ganho de peso:

– controle alimentar por conta própria ou orientado por endocrinologista, nutrólogo, ou nutricionista;

– exercícios físicos por conta própria ou orientado por especialista (médico, educador físico, fisioterapeuta);

– quando indicado, medicação para controle do apetite.

## 4) Avaliar se existe doença tabaco-associada ou outra

Uma avaliação clínica é importante, se isso não ocorreu nos últimos 6 meses. É comum que o fumante apresente outros problemas clínicos ou, pelo menos, tenha outros fatores de risco para sua saúde, como obesidade, sedentarismo, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, diabetes, hipertensão arterial, etc. Faz-se radiografia do tórax, espirometria, eletrocardiograma e exames bioquímicos. Se houver doença crônica, seu tratamento deve ser mantido, adaptado ou iniciado.

Doença psiquiátrica costuma dificultar a cessação, sendo necessário seu controle e estabilização antes do tratamento do tabagismo. Depressão, ansiedade e dependência de outras drogas são muito frequentes em fumantes, exigindo cuidadosa atenção, uma vez que podem agravar-se na ocasião da cessação (14).

## 5) Avaliação do tabagismo como doença, particularmente do grau de dependência (teste de Fagerström) (15)

Início, duração e padrão de uso. Tentativas anteriores de cessação: fatores de sucesso, métodos utilizados, motivos das recaídas. Valor do tabagismo para a vida do paciente. Avaliar grau de dependência pelo teste de Fagerström (Quadro 2).

## 6) Identificação e controle dos gatilhos (fatores que levam a fumar)

Pede-se que o paciente faça um diário (24 h), descrevendo o que aconteceu nos momentos em que fumou e a que circunstâncias atribuiu o fato de ter fumado cada cigarro. Pedir que descreva seus sentimentos no momento de cada cigarro.

O controle dos gatilhos costuma ser de grande importância para a cessação. Exemplos do que deverá ser evitado:

– se costuma fumar após as refeições: não permanecer na mesa, escovar os dentes e ocupar-se logo após a refeição;

– se costuma beber e fumar: manter-se afastado do consumo de bebidas;

– se fuma quando fala ao telefone: ter junto uma caneta e papel para ocupar-se com anotações;

– se fuma em situações de espera: ocupar-se com leitura, etc.;



22-fumo_zero_tratamento_do_tabagismo.pmd 234 28/06/2010, 19:05

**QUADRO 2** – Teste de Fagerström – para avaliação do grau de dependência (15)

| | |
|---|---|
| 1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?<br>( ) até 5 minutos *(3 pontos)* ( ) 6 – 30 min *(2 pontos)*<br>( ) 31 – 60 min *(1 ponto)* ( ) mais de 60 min *(0 ponto)* | 4. Quantos cigarros aproximadamente você fuma por dia?<br>( ) até 10 cigarros *(0 ponto)* ( ) 11-20 cig. *(1 ponto)*<br>( ) 21-30 cig. (2 pontos) ( ) mais de 30 cigarros *(3 pontos)* |
| 2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos (igreja, hospital, cinema, etc.)?<br>( ) sim *(1 ponto)* ( ) não *(0 ponto)* | 5. Fuma mais frequentemente pela manhã?<br>( ) sim *(1 ponto)* ( ) não *(0 ponto)* |
| 3. Qual o cigarro que mais o satisfaz?<br>( ) primeiro da manhã *(1 ponto)* ( ) outros *(0 ponto)* | 6. Fuma mesmo doente, quando precisa ficar na cama?<br>( ) sim *(1 ponto)* ( ) não *(0 ponto)* |

Após responder todas as questões, somando os pontos obtém-se o grau de dependência do tabagismo, conforme a escala abaixo:
0-2 pontos: dependência muito baixa 3-4 pontos: dependência baixa 5 pontos: dependência média
6-7 pontos: dependência elevada 8–10 pontos: dependência muito elevada

– se associa fumar com café: mudar para outra bebida, como chá ou suco.

## 7) Ambiente social, familiar e profissional

Como é o ambiente familiar, no trabalho e social? Convive muito com outros fumantes? Existe muita pressão para largar o cigarro? Há regras que restringem fumar nos locais do seu convívio? Há apoio para parar de fumar?

## 8) Trabalhar com os sentimentos do paciente relacionados à intenção de parar de fumar

O sentimento de ambivalência, querer e não querer, ao mesmo tempo, é muito comum entre os fumantes durante o processo da cessação. Enfatizar que isso não é sinal de fracasso e que pode ser trabalhado através do reforço da motivação para a cessação. No período de preparação para a cessação, pode desenvolver-se uma sensação de perda que, às vezes, chega a uma tal intensidade que pode até ser comparada com a morte de um ser amado. É essencial trabalhar com outras perdas do passado e revisar como o paciente lidou e como lida hoje com esse tipo de problema. Alguns constroem sua imagem de fumante com tal intensidade que toda sua identidade pessoal e sua autoimagem fica atrelada ao tabagismo. Buscar nas relações do paciente pessoas que pararam de fumar e estão bem.

## 9) Desenvolver habilidades para lidar com o estresse e com a consequente vontade de fumar

Muitos fumantes usam o cigarro para reduzir o estresse e relaxar. É importante identificar os fatores estressantes para procurar eliminá-los ou aprender a lidar com eles. Técnicas de relaxamento podem ajudar a controlar o estresse.

## 10) Estabelecimento do acordo (compromisso) entre médico e paciente

Este pode ser um ponto crucial, pois uma vez que o fumante e o médico definam sua atuação no processo e se comprometam, o programa será reforçado e seu percurso será menos árduo. O entusiasmo e a afetividade tanto do paciente quanto do médico serão decisivos, pois fortalecerão a percepção e o sentimento do fumante de estar fazendo a coisa certa.

O terapeuta do tabagismo deve ser ativo e presente durante todo o programa para cessação. Deve-se evitar troca de médico durante o tratamento, salvo se for desejo do paciente ou se houver essa necessidade por parte da equipe. O paciente precisa saber que pode contar com o terapeuta em momento de maior dificuldade, como na vigência de síndrome de abstinência ou de fissura. Um contato telefônico pode ser muito útil para evitar uma recaída.

## TRATAMENTO EM GRUPO

Proporciona troca de experiências e uma rede de apoio social de extrema importância para o processo da cessação. Alguns aspectos devem ser considerados:

– pessoas com convívio social intenso ou com relações familiares ou hierárquicas, preferencialmente, não devem ficar no mesmo grupo, pois pode haver excesso de exposição e/ou situações litigantes de origem externa ao grupo;

– idade: para paciente muito jovem (adolescente) é melhor um grupo específico ou tratamento individual;

– cuidar para que uma grande distância sociocultural não obstaculize o processo de identificação entre os membros;

– os pacientes, preferencialmente, devem estar no mesmo estágio motivacional; se não pode haver forte influência negativa.



22-fumo_zero_tratamento_do_tabagismo.pmd 235 28/06/2010, 19:05

## ESCOLHA DO ESQUEMA TERAPÊUTICO (16)

Para todos os pacientes se utiliza o tratamento cognitivo-comportamental (TCC), com a adequação necessária ao perfil individual. Para a escolha de medicamentos, diversos itens devem ser considerados: desejo do paciente de parar de fumar, avaliação da dependência pelo teste de Fagerström (TF), presença e intensidade de transtorno comportamental e doença psiquiátrica, de modo que se possa escolher o melhor esquema.

Com tratamentos avaliados por ensaios clínicos em que se utilizou um fármaco isoladamente, seja nicotina de reposição, bupropiona ou bloqueador de receptor nicotínico, obtém-se entre 20 e 30% de abstinência após 12 meses. Um programa de tratamento com base cognitivo-comportamental, complementado pela associação de medicamentos indicados conforme aspectos individuais do paciente, possibilitará resultados superiores aos encontrados nesses ensaios clínicos.

O TCC combina intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, visando à cessação e à prevenção de recaídas com o objetivo de detectar situações de risco para fumar e desenvolver estratégias de enfrentamento (2). O fumante deve viver situações rotineiras em que normalmente fumaria e passar a resistir à tentação pelo aprendizado do TCC, sendo estimulado e preparado para tornar-se agente de mudança do seu próprio comportamento.

Para o TCC é fundamental entender/aprender:

– o que significa a dependência à nicotina e o que é a abstinência (conceitos básicos de tabagismo);

– a lidar com frustrações;

– o que é lapso e recaída e como evitá-los (técnicas de enfrentamento);

– o que é a complexa dependência psicossocial do tabagismo e seus significados para o fumante (entender por que fuma!)

– a mudar hábitos;

– a afastar gatilhos (situações que levam a fumar);

– os mecanismos do automatismo e usar esse conhecimento para controle (condicionamentos);

– a fortificar a decisão de parar de fumar (técnicas de reforço);

– a reforçar os mecanismos de gratificação (autopremiação);

– a reforçar a ideia de estar fazendo a coisa certa (autoconfiança);

– a enfatizar os benefícios de parar de fumar (qualidade de vida).

Citem-se situações exemplares e as possíveis escolhas terapêuticas:

**Situação I – grande desejo de parar de fumar, sem transtorno significativo**

=> TCC baseado nas características individuais pode ser suficiente, sem medicações;

=> TRN ou vareniclina se a dependência à nicotina for elevada (TF > 5).

**Situação II – pouca vontade de parar de fumar, sem transtorno significativo**

=> TCC deve ser muito reforçado (precisa mudar de fase comportamental);

=> TRN ou vareniclina se a dependência à nicotina for elevada (TF > 6).

**Situação III – pouca vontade de parar de fumar, com transtorno psiquiátrico significativo**

=> TCC deve ser muito reforçado (precisa mudar de fase comportamental);

=> TRN ou vareniclina se a dependência à nicotina for elevada (TF > 6);

=> tratamento psiquiátrico indispensável.

**Situação IV – baixa dependência à nicotina (teste de Fagerström < 5 / boa tolerância à abstinência da nicotina)**

=> TCC;

=> geralmente não precisa de TRN e nem de vareniclina.

**Situação V – elevada dependência à nicotina (TF ≥ 6 / má tolerância à abstinência da nicotina)**

=> TCC;

=> TRN ou bloqueador de receptor nicotínico.

**Situação VI – transtorno de depressão/ansiedade**

=> TCC

– transtorno de intensidade leve/moderada => considerar antidepressivo / ansiolítico;

– transtorno de intensidade grave => encaminhar para avaliação / acompanhamento psiquiátrico.

**Situação VII – doença psiquiátrica (bipolaridade, esquizofrenia, etc.)**

=> TCC;

=> tratamento psiquiátrico;

=> demais itens, conforme necessidades individuais.

**Não existe um tratamento-padrão que sirva para todos os pacientes, devendo a abordagem ser individualizada, considerando-se fatores ambientais, psicológicos, comportamentais e socioculturais de cada um.**

## INDICAÇÃO DE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E ESCOLHA DAS MEDICAÇÕES

Diversos estudos evidenciaram que o uso de medicações pode duplicar ou até triplicar o resultado do tratamento para cessação do tabagismo, em comparação com placebo (8, 17). Genericamente, há dois tipos de terapias farmaco-



22-fumo_zero_tratamento_do_tabagismo.pmd 236 28/06/2010, 19:05

lógicas para tratamento do tabagismo: TRN (tratamento de reposição de nicotina) e medicações sem nicotina.

Seu principal objetivo é reduzir os sintomas de abstinência e facilitar a abordagem cognitivo-comportamental.

## Nicotina para tratamento de reposição (TRN)

O TRN é uma intervenção efetiva para a cessação do tabagismo. Dispõe-se de goma de mascar, pastilhas mastigáveis e adesivo. *Spray* nasal e inalador de nicotina (com formato de cigarro) ainda são indisponíveis no país. Devido aos efeitos adversos da goma de mascar e das pastilhas, o adesivo cutâneo tornou-se o recurso mais utilizado. Seu uso durante 8 semanas confere resultados que não são superados pelo seu prolongamento.

Indica-se o TRN quando houver alta dependência à nicotina. Por exemplo: quando o teste de Fagerström tiver escore acima de 5 (TF>5) ou quando houver história de síndrome de abstinência em situações de privação da substância. Durante as primeiras 8 a 12 semanas de cessação, usar adesivo de 21mg, uma vez ao dia. Para dependência muito elevada (TF>7), aumentar a dose diária para 2 ou até 3 adesivos, usados simultaneamente. Reduzir a dose a cada quatro semanas para 14 e 7 mg ao dia, conforme tolerância à SA. Se mesmo usando adesivo de nicotina, houver manifestações de abstinência ou fissura, pode-se recomendar a combinação com goma de mascar (chiclete) de 2 ou 4 mg para os momentos de piora dos sintomas, podendo usar até 20 gomas ao dia.

***Adesivo transdérmico*** – Apresentação: 21, 14 e 7 mg. Efeitos adversos: raramente justificam suspensão (irritação local, eritema infiltrativo).

***Goma de mascar*** – Apresentação: tabletes de 2 mg e 4 mg. Efeitos adversos: náuseas, ulceração nas gengivas.

***Pastilhas mastigáveis*** – Apresentação: 2 e 4 mg. Posologia e efeitos adversos: semelhantes à goma.

## Vareniclina

Usa-se preferencialmente quando houver alta dependência à nicotina ou tentativas prévias com diversas recaídas. Atua diretamente nos receptores nicotínicos ($\alpha 4\beta 2$) e tem efeitos agonista (reduz fissura e sintomas de abstinência, e antagonista parcial (reduz a satisfação de fumar). É o único medicamento que tem esse efeito, o que favorece sua indicação não apenas pela eficácia terapêutica, mas, também, por provocar maior motivação do paciente para a cessação.

O primeiro ensaio clínico publicado por Jorenby (18) mostrou ser a vareniclina (V) mais eficaz que bupropiona (B) e placebo (P): abstinência em 3 meses (V=44%, B=30%, P=18%), em 12 meses (V=22%, B=15%, P=10%).

– Esquema terapêutico: (1) primeiros 3 dias: 1 comprimido de 0,5 mg/dia, uma vez ao dia; (2) próximos 4 dias: 1 compr. de 0,5 mg, duas vezes ao dia (isto cobre a primeira semana); (3) nas próximas 11 semanas: 1 compr. de 1,0 mg, duas vezes/dia.

– Efeitos adversos (EA): em menos de 5% dos casos podem ocorrer náuseas, cefaleia, insônia, tonturas. Geralmente estes EAs não exigem suspensão do medicamento, ocorrendo adaptação do organismo.

– Apresentação: comprimidos de 0,5 e 1,0 mg.

A vareniclina tem demonstrado segurança e tolerabilidade tanto em fumantes jovens quanto em idosos com função renal normal. Não se recomenda o uso simultâneo de nicotina e vareniclina.

## Bupropiona

Originalmente usado como antidepressivo, constitui-se no único medicamento psicoativo extensamente testado e validado pelo FDA (Federal Drugs Administration) (19, 20).

– Efeitos farmacológicos: antidepressivo, dopaminérgico (aumenta dopamina no *nucleus acumbens* por inibição da recaptação*)* e noradrenérgico (afeta neurônios no *locus ceruleus*), reduz síndrome de abstinência, pois simula a ação da nicotina. Reduz o ganho de peso associado à abstinência pela metade (3,0kg x 1,5kg) (19).

– Apresentação: comprimidos de 150 mg.

– Posologia: 1 compr. pela manhã nos primeiros 3 dias; a partir do quarto dia: 1 comp. 2x/dia, durante 12 semanas.

– Efeitos adversos: insônia, boca seca, convulsão, cefaleia.

– Contraindicações e precauções: convulsões, epilepsia, anorexia nervosa, bulimia, etilismo pesado, problemas do SNC (acidente vascular encefálico, traumatismo cranioencefálico, neoplasia); gravidez e amamentação são contraindicações absolutas; inibidores da MAO (parar 14 dias antes); antidepressivos, antipsicóticos, teofilina, esteroides sistêmicos; diabéticos tratados com hipoglicemiantes orais e insulina; reduzir doses: na vigência de insuficiência renal ou hepática.

Recomenda-se parar de fumar no 8º dia de tratamento. Conforme necessidades individuais do paciente, podem-se prescrever outros fármacos psicoativos que não bupropiona.

## OUTROS TIPOS DE INTERVENÇÃO (MEDICAMENTOS E PROGRAMAS)

Recomenda-se cautela com relação a outros métodos e medicamentos que visem a ajudar o fumante a parar de fumar, pois devem ser validados por ensaio clínico particularmente quanto à sua eficácia e segurança.

## PREPARAÇÃO PARA O DIA DA PARADA

Algumas recomendações podem ser de grande auxílio para preparar o dia D:



22-fumo_zero_tratamento_do_tabagismo.pmd 237 28/06/2010, 19:05

– O paciente deve dizer às pessoas próximas que vai parar de fumar.

– Na véspera, deve guardar cinzeiros e livrar-se de cigarros (principalmente se costuma manter estoque).

– Trocar roupas de cama para livrar-se do cheiro desagradável.

– Desfazer todas as situações que levam a fumar.

– Não ficar ocioso. Desenvolver atividades prazerosas.

– Tirar dúvidas sobre a medicação.

– Combinar uma consulta para logo após este dia, ou, pelo menos, um contato telefônico.

## ACOMPANHAMENTO MÉDICO DURANTE A CESSAÇÃO (FASE DE MANUTENÇÃO)

Este período visa, fundamentalmente, a prevenir a recaída e costuma durar 12 meses. Recomenda-se estabelecer um cronograma com o paciente de modo que ele saiba que vai fazer um tratamento durante, pelo menos, 12 meses, e que será orientado e acompanhado pelo médico. Em princípio, os agendamentos terão a seguinte previsão:

– Consultas: 1º mês: semanalmente; 2º e 3º mês: quinzenalmente; 4º a 12º mês: mensalmente.

– Sempre que necessário, haverá contato telefônico por iniciativa do paciente ou do médico/equipe.

– Durante as consultas/contatos, discutir os progressos e as dificuldades.

## ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A VONTADE DE FUMAR (PREVENÇÃO DO LAPSO E DA RECAÍDA)

1) É muito importante esclarecer ao paciente e familiares que a vontade de fumar pode ser controlada com os recursos do programa de tratamento. A sensação de *fissura* – vontade incontida de fumar – inicia e desaparece em poucos minutos. Deve ficar bem claro que "o desconforto e as más sensações vão passar logo, não são eternas".

2) Para fumantes com alta dependência à nicotina, recomenda-se usar TRN para controlar as desagradáveis manifestações da síndrome de abstinência. Manter o adesivo e acrescentar doses extras na forma de goma de mascar, sempre que necessário.

3) Buscar apoio social – embora o próprio paciente é quem deve dar os principais passos, isto não significa que deva fazer isso sozinho. Pode ter um "apoiador" em cada ambiente: um em casa e outro no trabalho. Se estiver em tratamento de grupo, trocar telefones e criar uma rede de apoio. Deve pedir ajuda, como sempre fez com o cigarro. Ter cuidado com os "sabotadores"; eles geralmente são fumantes e não aceitam bem a ideia de que o amigo/colega/cônjuge vai se livrar dos cigarros. São pessoas que duvidam dessa atitude, que desafiam esse tipo de decisão, às vezes, porque elas próprias não o conseguem. Um sabotador exige ou seu afastamento ou estratégias de convívio, senão pode pôr tudo a perder.

4) Como lidar com a presença de outros fumantes no ambiente social, particularmente no mesmo domicílio? Criar regras de convívio, pelo menos durante o período inicial: não oferecer cigarros, não deixá-los à vista, não fumar no ambiente do paciente.

5) Promover distrações e atividades prazerosas: atividades de lazer, beber bastante água, comer algo prazeroso, telefonar para alguém de interesse, assistir a um filme, reunir-se com pessoas que estão com o mesmo propósito de parar de fumar.

6) Praticar exercícios: desde a simples caminhada até atividades esportivas que estejam ao seu alcance.

7) Evitar situações de risco: p. ex. festa onde fumantes não respeitam a proibição de fumar em ambientes fechados.

8) Escapar de situações em que surge a fissura: sair do local, buscar ajuda, aumentar a dose de nicotina (TRN).

9) Adiar: "não vou fumar agora, vou esperar mais um pouco"; manter a calma ajuda a não ter lapso nem recaída.

10) Sempre que tiver vontade de fumar, lembrar das motivações e dos objetivos da cessação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Bolliger CT, Fagerström KO. The Tobacco Epidemic. Progress in Respiratory Research (Ed. Bolliger), Vol. 28 Karger, Basel, 1997, 265 pgs.
2. Sardinha A, Oliva AD, D'Augustin J, Ribeiro F, Falcone EMO. Intervenção Cognitivo-Comportamental com grupos para o abandono do cigarro. Rev Bras Ter Cogn 2005; 1(1): 83-90.
3. WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2003.
4. Corrêa da Silva LC. A epidemia do tabagismo (Sessão Fumo Zero AMRIGS). *Revista da AMRIGS* out.-dez. 2009; 53(4):436-437.
5. Corrêa da Silva LC. Controle do Tabagismo (Sessão Fumo Zero AMRIGS). *Revista da AMRIGS* jan-mar 2010; 54(1):110-111.
6. Hughes JR. Tobacco Treatment Specialist: A New Profession. *J Smoking Cessation* 2007; 2:2 Suppl; 2-7
7. Viegas CAA. Tabagismo: do Diagnóstico à Saúde Pública. Atheneu, São Paulo, 2007, 339 pgs.
8. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et. al. Treating Tobacco Use and Dependence, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2000.
9. West R and Shiffman S. Smoking Cessation (Fast Facts). Health Press, 2nd ed, Oxford, 2007, 82 pgs.
10. 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.
11. Ranney L, Melvin C, Lux L, McClain E, Lohr KN. Systematic Review: Smoking Cessation Intervention Strategies for Adults and Adults in Special Populations. An Intern Med 2006; 145(11): 845-856).
12. 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.




22-fumo_zero_tratamento_do_tabagismo.pmd 238 28/06/2010, 19:05

13. 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.
14. Rosen-Chase C, Dyson V. Treatment of nicotine dependence in the chronic mentally ill. J Subst Abuse Treat 1999; 16:315-20.
15. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 1978; 3 (3-4): 235-41.
16. Gigliotti AP, Presman S. Atualização no Tratamento do Tabagismo. Rio de Janeiro. ABP Saúde, 2006, 197 pgs.
17. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation. Cochrane Database Syst Rev 2002; (4); CD000146.
18. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA et al. Efficacy of Varenicline and α4β2 Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Placebo or Sustained-Release Bupropion for Smoking Cessation (A Randomized Controlled Trial). JAMA 2006; 296:56-63.
19. Hurt RD, Sachs DP, Glover ED, Offord KP, Johnston JA, Dale LC et al. A Comparison of Sustained-Release Bupropion and Placebo for Smoking Cessation. N Engl J Med 1997; 337(17): 1195-1202.
20. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Engl J Med 1999; 340: 685-691.

✉ 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

***Informe Especial:***

*O **XXI Congresso da Associação Latino-Americana para o Estudo do Fígado** será realizado de 12 a 14 de agosto de 2010, no Centro de Eventos São José do Plaza São Rafael Hotel, Porto Alegre – RS.*

*A Hepatologia da América Latina convida todos para um Congresso memorável. Para tanto, teremos o prazer do convívio fraterno dos principais hepatologistas de nosso Continente, sempre prontos a uma rica troca de experiências. Para abrilhantar mais este evento, poderemos também compartilhar com o saber de renomados pesquisadores dos Estados Unidos e da Europa.*

*Acreditamos ser esta uma oportunidade ímpar para todos os apaixonados pelo estudo das doenças do fígado. No entanto, todo o nosso entusiasmo e alegria só serão plenos se pudermos ter o privilégio de sua presença. Compareça. Venha tornar este momento completo.*

***Junta Diretiva***



22-fumo_zero_tratamento_do_tabagismo.pmd 239 28/06/2010, 19:05