

# Unidade 2

## Entendendo o tabagista

Autor: Gilberto Ramos Sandin

# Entendendo o Tabagista

---

## Apresentação

A presente unidade abordará os princípios envolvidos no desenvolvimento de dependência à nicotina. Apresentaremos também alguns instrumentos de avaliação do grau desta dependência e trataremos de forma introdutória dos principais tipos de abordagem possíveis ao fumante.

Ao finalizar esta unidade você terá uma noção da intrincada e complexa rede de eventos envolvidos na dependência à nicotina. Você também será capaz de avaliar individualmente o nível de dependência da nicotina e saberá qual tipo de abordagem é mais indicada para o caso.

## 2.1 Entendendo o Tabagismo como dependência

O uso do tabaco acompanha o ser humano há pelo menos 3.000 anos. Os dados mais antigos coletados mostram o uso pelos índios da região da América central, em rituais religiosos. A Europa tomou conhecimento do tabaco através da tripulação de Cristóvão Colombo, ao chegarem às Américas, por volta de 1492.

O embaixador francês Jean Nicot foi o primeiro a plantar tabaco na Europa. Naquela época se utilizava a planta para tratar enxaqueca em Catarina de Médici e seu filho, o Rei Carlos IX, em Paris. O nome cigarro é originário da palavra maia sikar, que significa fumaça.

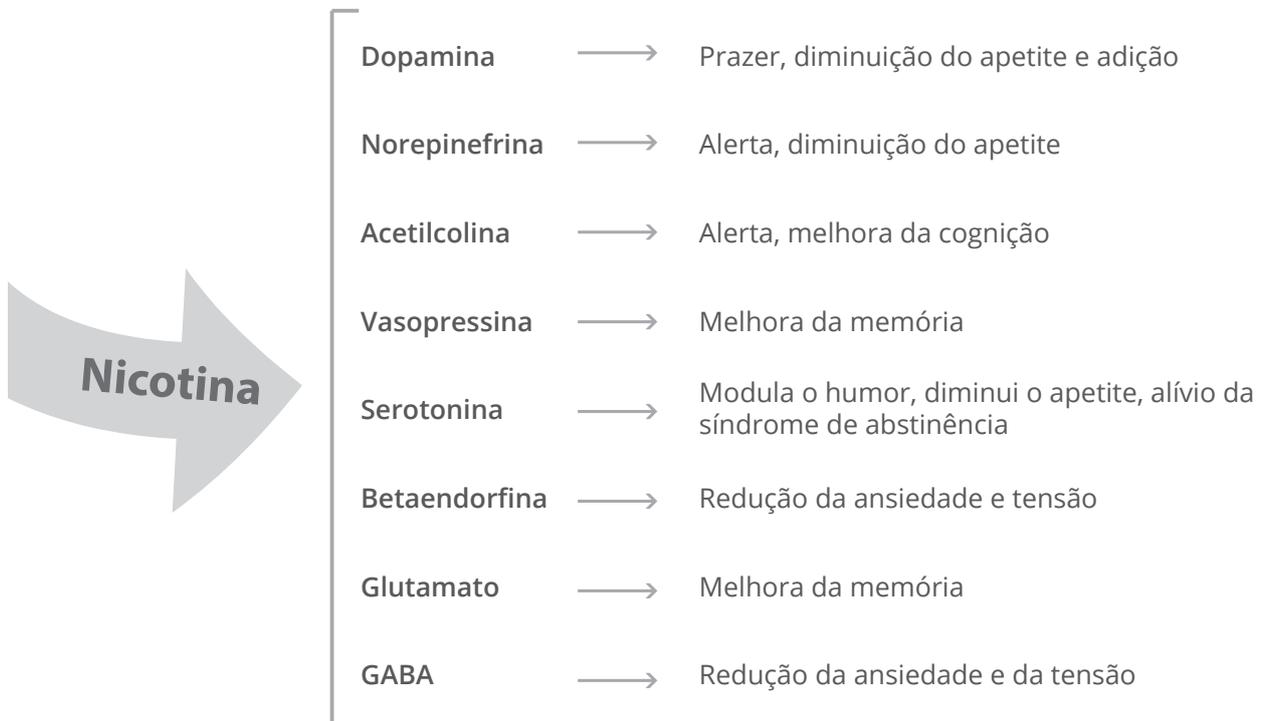
No Brasil, segundo dados do VIGITEL, de 2014, houve uma queda de 30,7% nos últimos nove anos entre os brasileiros que fumam. Desta forma, cerca de 10,8% dos brasileiros fumam atualmente. Dentre as capitais com maior percentual de fumantes, destacam-se as da região Sul. Porto Alegre lidera o ranking, com cerca de 17,9% de fumantes entre os homens e 15,1% entre as mulheres (BRASIL, 2015).

A dependência à nicotina pode ser definida como uma má adaptação ao seu uso, levando a prejuízos ou sofrimentos intensos ao indivíduo, que se tornam evidentes pela ocorrência de: (i) **Tolerabilidade ao uso da nicotina**, com necessidades crescentes da substância para alcançar o efeito desejado; (ii) **Síndrome de abstinência**, que aparece quando ocorre a retirada da nicotina, ou em períodos curtos após seu uso; (iii) **Desejo persistente de usar a substância** (ou esforço mal sucedido para interromper o seu uso) (REICHERT et al., 2008).

Esta dependência é mediada por vários fatores, entre eles o fator genético, responsável por até 60% do risco de início e até 70% do risco de manter a dependência, além da ação direta da nicotina no sistema nervoso central, liberando uma enorme quantidade de neurotransmissores, desencadeando a sensação de prazer, a melhora cognitiva e da memória, a diminuição do apetite, maior estabilidade emocional, dentre outros, conforme exibido na figura 4 abaixo.

**Figura 4:** Ação da nicotina no sistema nervoso central

### Neurotransmissores liberados no SNC por ação da nicotina



Kellar KJ, 1998

**Fonte:** Adaptado de Kirchenchtejn e Chatkin (2004).



Ao identificar um indivíduo com acentuada dependência à nicotina, que iniciará seu processo de cessação do vício, você deverá alertá-lo para as mudanças que ocorrerão no processo de cessação ao uso da droga: perda momentânea da sensação de prazer e dos “benefícios” da ação da nicotina no sistema nervoso central, além da ocorrência de sinais e sintomas decorrentes da síndrome de abstinência, tais como: estado depressivo ou **humor disfórico**, insônia, irritabilidade, ansiedade, dificuldade de concentração, queda da frequência cardíaca, aumento do apetite e/ou do peso. Estes sintomas serão mais intensos logo após a cessação e durante o primeiro mês de abstinência, diminuindo progressivamente.

**Humor disfórico:** alteração do humor acompanhada de uma tonalidade afetiva desagradável, irritação, amargura, desgosto ou agressividade (DALGARRONDO, 2008).

## Unidade 2

Na prática diária podemos utilizar uma escala de avaliação do grau de dependência à nicotina, chamado Teste de Fagerström, conforme o Quadro 1 abaixo. Cabe notar que das seis perguntas, metade está relacionada com o primeiro cigarro da manhã, além disso, a maior pontuação individual é para o fumante que inicia seu primeiro cigarro do dia nos primeiros cinco minutos após acordar. O peso do primeiro cigarro da manhã está relacionado com a **nicotínia matinal** do fumante, que passou seu período de sono sem fumar, e o aparecimento dos primeiros sintomas da abstinência.

**Nicotínia matinal** é a concentração sérica da nicotina medida no sangue.

### Quadro 1: Teste de Fagerström para dependência da nicotina.

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?
  - (3) nos primeiros 5 minutos
  - (2) de 6 a 30 minutos
  - (1) de 31 a 60 minutos
  - (0) mais de 60 minutos
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?
  - (1) sim
  - (0) não
3. Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?
  - (1) o 1º da manhã
  - (0) os outros
4. Quantos cigarros você fuma por dia?
  - (0) menos de 10
  - (1) 11-20
  - (2) 21-30
  - (3) mais de 31
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?
  - (1) sim
  - (0) não
6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado na maior parte do tempo?
  - (1) sim
  - (0) não

Total: 0-2 = muito baixa; 3-4 = baixa; 5 = média; 6-7=elevada;  
8-10 = muito elevada

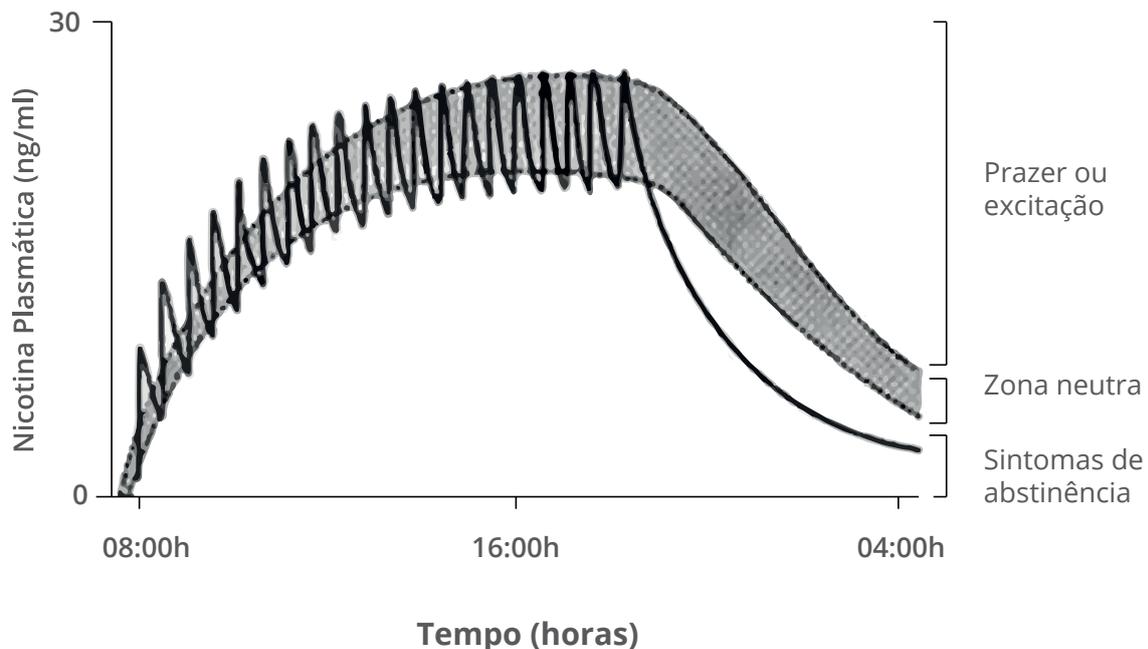
**Fonte:** Reichert et al., 2008.

Uma soma acima de seis pontos geralmente indica que o paciente sentirá desconforto ao iniciar seu processo de cessação do tabagismo.

## Unidade 2

A ocorrência dos sintomas relacionados com a abstinência pode ser melhor compreendida ao visualizarmos a Figura 5, abaixo, que relaciona a sensação de bem estar, de neutralidade ou do aparecimento de sintomas da abstinência em um indivíduo que fumou 20 cigarros durante o dia, com sua nicotemia.

**Figura 5:** O ciclo de dependência da nicotina.



**Fonte:** SCHWARTZ; BENOWITZ, 2010.

Ao acordar pela manhã, o nível de nicotina plasmática está abaixo do nível de neutralidade, significando que este indivíduo acordará com sintomas de abstinência e procurará fumar mais precocemente pela manhã. Isso explica também porque alguns tabagistas de alto grau de dependência nicotínica acordam durante a noite para fumar. O desconforto neurobiológico da baixa concentração de nicotina desencadeia reações mesmo com o paciente dormindo. Em outras palavras: o cérebro sentindo a abstinência “acorda” o paciente para fumar um cigarro.

Além do Teste de Fagerström, citado acima, existem outros meios para identificar e quantificar a dependência à nicotina, dentre eles podemos citar: (i) a medida da cotinina plasmática, o principal metabólito da nicotina; (ii) a medição do monóxido de carbono no ar expirado (COex). Apesar de serem testes com maior sensibilidade e especificidade quando comparados ao Teste de Fagerström, o custo ainda torna proibitiva sua utilização fora de centros especializados de pesquisa sobre tabagismo.

### 2.2 Estratégias para a abordagem ao tabagista e dificuldades para a cessação

Durante o contato com a equipe de saúde, qualquer paciente deve ser questionado sobre tabagismo. Em caso de resposta positiva outras características devem ser coletadas, tais como: a “**carga tabágica**”, idade de início do tabagismo, presença de comorbidades (principalmente doenças respiratórias e cardiovasculares), se pensa em parar de fumar algum dia, se tem conhecimento dos malefícios e do risco da manutenção do hábito de fumar, se alguma vez já tentou ficar mais de 24 horas sem fumar (em caso positivo é importante questionar sobre o motivo do retorno ao hábito) e, por fim, se pretende parar de fumar nos próximos seis meses.

**Carga tabágica:** Número médio de cigarros fumados por dia multiplicado pelo tempo em anos.

Torna-se de fundamental importância a formação de um vínculo de confiança, alimentado por uma atitude empática, gerando expectativas positivas, ambas fundamentadas na capacidade de ouvir atentamente as necessidades do fumante.

Com base nas respostas acima, poderemos classificar os pacientes em diferentes graus de motivação. Tal classificação auxilia o profissional da saúde a entender a dinâmica que cerca a tomada da decisão de cessar o fumo. O modelo de avaliação do grau de motivação proposto é o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente, que divide o espectro motivacional em 5 etapas (DICLEMENTE et al., 1991):

- 1) Fase de pré contemplação:** Não há intenção de parar de fumar. Nem mesmo existe uma crítica a respeito do conflito envolvendo este comportamento;
- 2) Fase contemplativa:** Há conscientização de que fumar é um problema, no entanto, há uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança;
- 3) Preparação para a ação:** Prepara-se para parar de fumar (quando o paciente aceita escolher uma estratégia para realizar a mudança de comportamento);
- 4) Ação:** O paciente para de fumar (o paciente toma a atitude que o leva a concretizar a mudança de comportamento). Aqui os ex-fumantes terão de lidar com os sintomas da abstinência;
- 5) Fase de manutenção:** O paciente deve aprender estratégias para prevenir a recaída e consolidar os ganhos obtidos durante a fase de ação. Neste estágio pode ocorrer a finalização do processo de mudança ou a recaída.

### SAIBA MAIS

Saiba mais sobre o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente lendo o artigo: “The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change”, disponível em:

[https://www.researchgate.net/profile/Mary\\_Velasquez/publication/232478210\\_The\\_process\\_of\\_smoking\\_cessation\\_An\\_analysis\\_of\\_precontemplation\\_contemplation\\_and\\_preparation\\_stages\\_of\\_change/links/0fcfd50b5f8c5742b5000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Mary_Velasquez/publication/232478210_The_process_of_smoking_cessation_An_analysis_of_precontemplation_contemplation_and_preparation_stages_of_change/links/0fcfd50b5f8c5742b5000000.pdf)

Baseado na fase em que o indivíduo se encontra, sua abordagem motivacional terá um foco diferente. Veja o quadro abaixo:

## Fases e abordagem motivacional



### Fases pré-contemplativa e contemplativa

Pacientes nestas fases serão estimulados a largar o tabagismo, informados sobre os malefícios do hábito e os benefícios da cessação.

### Fase de preparação para a ação

Os que estão nesta fase na devem ser estimulados a marcar uma data para parar de fumar, a fazer exercícios físicos, adquirir posturas que diminuam o estresse, dentre outros.

Neste ponto, o foco deve ser a escolha da melhor estratégia que se adapte ao paciente. Aqui também, toda informação sobre os hábitos ou condicionamentos do paciente (também chamados de gatilhos), que levam ao ato de fumar, devem ser evitados. O paciente precisa ser preparado para os sintomas da abstinência, bem como os momentos agudos da fissura. Devem ser escolhidas técnicas para lidar com estas dificuldades. As mulheres principalmente devem ser alertadas para um eventual ganho de peso nesta primeira etapa da cessação, que será recuperado mais à frente.





### Fase de ação

Nesta fase o paciente encara a fissura e os demais sintomas da abstinência. O profissional de saúde precisa focar nas dificuldades encontradas, tentando estimular, explicar e discutir opções que impeçam o retorno ao vício. Nesta etapa, a participação do profissional de saúde envolvido ou do grupo de cessação do tabagismo se faz primordial.

### Fase de manutenção

Por fim, nesta fase o paciente deverá ser parabenizado pelo sucesso (mesmo que momentâneo) na cessação do tabagismo, consolidando os ganhos obtidos durante a fase de ação. Estratégias devem ser montadas em cima das dificuldades encontradas, prevenindo recaídas (quando o tabagista retorna ao hábito diário) ou lapsos (quando o paciente fumou, mas não retornou ao uso diário). Novamente, nesta fase, o empenho do profissional de saúde ou do grupo de cessação do tabagismo fará toda a diferença em relação à eficácia no tempo de abstinência.



Lembre-se que grande parte dos tabagistas necessita de cinco a sete tentativas, em média, para vencer a dependência à nicotina. O fato de ter ocorrido um lapso ou até mesmo uma recaída não devem causar desânimo e sim reflexão sobre o ocorrido. Mesmo sob abordagem intensiva, cerca de 78% dos pacientes voltará a fumar dentro do grupo de acompanhamento após um ano da intervenção. Portanto, não pense na cessação do tabagismo como uma atividade de resultados imediatos. Mantenha a motivação e o foco em cada fase do processo, discutindo as estratégias com os envolvidos. O resultado virá no seu devido tempo.



- Você já teve a oportunidade de acompanhar um usuário durante as fases acima descritas? Como foi realizada a abordagem inicial? O que você mudaria em sua prática a partir das reflexões realizadas até aqui?

# CONCLUSÃO

---

Existem várias maneiras de realizar um tratamento para a dependência da nicotina. Tanto tratamentos não medicamentosos, embasados na abordagem cognitivo-comportamental, quanto o tratamento medicamentoso, realizado através do uso da vareniclina, da bupropiona e das terapias de reposição da nicotina, por exemplo. Nas próximas unidades veremos separadamente as principais características de cada tipo de terapia, privilegiando a abordagem cognitivo-comportamental e associando a terapia medicamentosa, quando indicada.

A dependência da nicotina é o principal fator causador da manutenção do tabagismo. Tratar esta dependência é possível e deve ser estimulado em todo fumante ativo. Conhecer o grau de dependência à nicotina e o estado motivacional do paciente nos permite estabelecer estratégias possíveis de ação, sempre debatidas com o paciente. O vínculo de confiança entre o profissional de saúde e o paciente é crucial no sucesso da terapia, seja ela realizada apenas através da abordagem cognitivo-comportamental ou associada a medicamentos.

“Ao parar de fumar, talvez você se sinta menos feliz a curto prazo, mas será mais feliz a longo prazo, quando colher os benefícios de saúde e felicidade por ter tomado essa decisão”.

## SAIBA MAIS

DOLAN, P. **Felicidade Construída**: como encontrar prazer e felicidade no dia a dia. 1ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.

HINKS T., KATSORIS A.; Smoking ban life satisfaction: Evidence from the UK. **Economic Issues**, v. 17, pp. 23-48, 2012.



# Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIGITEL Brasil 2014: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 151 p.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 438 p.

DICLEMENTE, C. C. et al. The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 59, n. 2, p. 295-304, 1991.

KIRCHENCHTEJN, C.; CHATKIN, J. M. Dependência à Nicotina. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, Supl. 2, n. 30, p. 11-18, ago. 2004.

MIRRA, A. P. et al. **Diretrizes Clínicas na Saúde Complementar: Tabagismo**. 2011. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2016.

REICHERT, J. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 34, n. 10, p. 845-880, 2008.

SCHWARTZ, R. S.; BENOWITZ, N. L. Nicotine Addiction. **New England Journal Of Medicine**, v. 362, n. 24, p. 2295-2303, 17 jun. 2010.