

# Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo

Non-pharmacological treatments for smoking

SABRINA PRESMAN<sup>1</sup>  
ELIZABETH CARNEIRO<sup>2</sup>  
ANALICE GIGLIOTTI<sup>3</sup>

---

## Resumo

O tabagismo é uma doença complexa e o seu controle requer a integração de abordagens diversas: farmacológicas, psicológicas, de comunicação de massa, econômicas, entre outras. Este artigo revê os princípios e a efetividade das técnicas não-farmacológicas para o tratamento do tabagismo e comenta o seu uso em situações clínicas usuais e em populações especiais.

Palavras-chave: Dependência do tabaco, tabagismo, terapia comportamental.

---

## Abstract

Smoking is a complex disease and its control requires the combination of different approaches. Pharmacological, psychological, mass communication and economic measures are all needed. This article reviews the principles and effectiveness of non-pharmacological techniques for the treatment of smoking. It also comments on its use in the usual clinical setting and in some special populations.

Keywords: Tobacco dependence, smoking, behavioral therapy.

---

## Introdução

O tabagismo é uma doença complexa e sua abordagem requer a integração de diversos componentes que integram e se potencializam para dar conta desta complexidade. Não há dúvida de que medidas psicossociais, não-medicamentosas, são essenciais no tratamento do fumante, podendo ser comparadas ao tratamento farmacológico em termos de importância e impacto (Sutherland *et al.*, 2003).

Apenas para citar um exemplo, Shiffman *et al.* (1993) relatam que a maioria das recaídas após um

período de abstinência de cigarros está relacionada a situações de estresse psicossocial; muitas estão relacionadas também à presença de outros fumantes no ambiente. Lidar com o dependente do tabaco requer a adoção de uma perspectiva genuinamente integrada que inclua o biológico, o psicológico e o social, sem distinção de prioridade.

Durante muito tempo, profissionais da área de saúde tinham dificuldade de decidir qual o melhor tratamento para um paciente fumante. Muitos orientavam seu trabalho a partir de crenças pessoais que se baseavam em suas próprias observações, exercendo

---

Recebido: 23/10/2003 - Aceito: 15/10/2005

1 Psicóloga, coordenadora do Programa de Tabagismo da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

2 Psicóloga, supervisora do Programa de Tabagismo da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

3 Psiquiatra, chefe do Setor de Dependência Química da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

Endereço para correspondência: Analice Gigliotti. Rua Sorocaba, 464, sala 209, Botafogo - 22271-110 - Rio de Janeiro - RJ

uma prática clínica empírica sem testagem rigorosa de seus pressupostos e resultados. Tampouco era possível estabelecer um bom controle de qualidade dos serviços por falta de comprovação científica de sua prática. Esta situação está mudando. O avanço da ciência clínica tem permitido uma prática clínica cada vez mais baseada em informações fundamentadas em evidências.

## Objetivos

Este artigo pretende realizar uma revisão das técnicas psicossociais utilizadas na abordagem dos dependentes de tabaco. Pretende-se dar destaque àqueles procedimentos que tenham se mostrado eficazes em testes empíricos, mas também serão abordadas algumas técnicas que não se revelaram eficientes em testes adequados e para as quais não parece haver fundamentação científica. Também serão revisadas abordagens que, apesar de se revelarem promissoras, ainda necessitam de mais estudos para sua validação.

## Método

Este artigo partiu do estabelecido em estudos de metanálise e revisões sistemáticas existentes sobre tratamentos não-farmacológicos do tabagismo, uma vez que este tipo de estudo combina o resultado de várias pesquisas da área. Foram utilizadas revisões sistemáticas da Biblioteca Cochrane e também consensos de cessação de tabagismo de referência como o da Agência para Cuidados da Saúde e Pesquisa de Qualidade (AHRQ), da Associação Psiquiátrica Americana (APA), do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Departamento de Medicina Geral e Cuidados Primários do Reino Unido entre outros.

A grande vantagem da metanálise é que sistematiza as evidências obtidas em diferentes estudos, aumentando o poder estatístico do teste de hipóteses. Porém, acaba por excluir estudos recentes que ainda não foram incluídos nestas revisões, além de não permitir conclusões acerca de assuntos que ainda não foram sistematicamente estudados.

A decisão de centrar a revisão nos textos da Biblioteca Cochrane está relacionada principalmente aos fatores: (1) As revisões são sistematicamente atualizadas; (2) Os estudos revisados, em geral, comparam grupos que recebem determinada intervenção com o grupo controle, sendo as evidências baseadas na comparação destes grupos e não na comparação de diferentes estudos. A comparação de diferentes estudos poderia gerar vieses amostrais, diminuindo a validade da comparação; (3) As revisões da Cochrane Library são exigentes, adotando como critério de sucesso a abstinência pelo período mínimo de seis meses.

A seguir, abordaremos as características fundamentais e a efetividade dos tratamentos não-farmacológicos do tabagismo de acordo com pesquisas

controladas. Pretendemos, também, comentar sobre questões que permanecem sem respostas, no que tange ao tratamento não-farmacológico da dependência de nicotina. É importante ressaltar que não temos como meta a descrição das técnicas e sua aplicação clínica, mas apenas abordar a questão da efetividade e das evidências que a suportam ou não.

## Aconselhamento médico

Há ampla evidência de que parar de fumar é uma mudança de estilo de vida que traz benefícios à saúde e boa parte dos pacientes parece desejar receber mais informação de seus médicos a respeito do assunto. Entre as dificuldades para que o tabagismo seja abordado de forma mais freqüente nas consultas médicas de rotina estão a escassez de tempo e a percepção, por parte dos profissionais, de que o tratamento do tabagismo não é eficiente. Mesmo assim, médicos costumam aconselhar os seus pacientes a parar de fumar em prol da saúde e da qualidade de vida.

Uma dificuldade encontrada nos estudos para avaliação da efetividade do aconselhamento breve é que, muitas vezes, este não é padronizado e depende muito do estilo do médico que faz a intervenção. Isto pode causar vieses na avaliação, uma vez que podem existir variáveis não controladas, tais como a empatia. A possibilidade de vieses pode ser diminuída pela comparação de diversos estudos, envolvendo grande número de sujeitos e realizados com casuísticas variadas.

Em uma revisão sistemática da efetividade do aconselhamento ministrado durante consultas médicas de rotina de produzir mudanças do estilo de vida, Ashenden *et al.*, (1997) realizaram uma metanálise que incluiu 23 estudos que abordaram a questão do tabagismo. Evidências, a partir de 16.385 sujeitos, comprovaram que o aconselhamento aumenta significativamente as taxas de abstinência quando comparado a nenhuma intervenção: O.R.: 1,32; i.c.: 1,18 – 1,48. Esta conclusão se manteve mesmo quando considerados apenas os estudos que tratavam de aconselhamento breve – que pode durar tão pouco quanto três minutos!

Mais recentemente, Silagy e Stead (2003) identificaram 37 estudos que avaliaram a efetividade do aconselhamento médico na promoção da abstinência de tabaco. A casuística abrangeu mais de 27.000 pacientes, a maior parte de populações não selecionadas tratadas em ambulatórios de cuidados primários à saúde. A metanálise de 16 estudos controlados constatou que o aconselhamento breve produziu um pequeno, mas significativo aumento nas taxas de cessação, quando comparado com nenhum aconselhamento ou com o “tratamento habitual” (O.R.: 1,69; i.c.95%: 1,45 – 1,98). Um aconselhamento mais intensivo produziu resultados ligeiramente melhores (O.R.: 1,44; i.c.95%: 1,23 – 1,68).

Uma forma de aconselhamento freqüentemente citada como modelo para o que deve ser realizado por

um médico é o dos 4 A's (argüir, aconselhar, assistir e acompanhar). Este modelo propõe que se procure (a) Perguntar sistematicamente a todos os pacientes se eles fumam; (b) Aconselhar a todos os fumantes que parem; (c) Auxiliar os motivados com a elaboração de um plano claro; (d) Acompanhar todos os pacientes. O aconselhamento breve, baseado neste, resulta em que um a três fumantes, de cada 100 aconselhados, venham a deixar o cigarro por pelo menos seis meses, já excluídos os fumantes que provavelmente deixariam de fumar sem nenhuma intervenção (Silagy e Staed, 2003). Estima-se que, embora pequeno em termos individuais, o impacto deste tipo de intervenção possa ser muito significativo em termos populacionais, se ela for consistentemente implementada.

Em um estudo para avaliar o mecanismo pelo qual o aconselhamento médico age sobre três comportamentos relacionados à saúde (fumar, diminuir a ingestão de gorduras e exercitar-se), Kreuter *et al.* (2000) constataram que 49% dos fumantes, que foram aconselhados a parar, fizeram alguma tentativa neste sentido. No grupo controle, que não recebeu este aconselhamento, apenas 24% tentaram parar de fumar (O.R.: 1,54; i.c. 95%: 0,95 – 2,51). Neste estudo, a taxa de abstinência, por pelo menos 24 horas, foi maior entre os fumantes que receberam aconselhamento do que entre os do grupo controle (35% *versus* 13%; O.R.: 1,85; i.c. 95%: 1,02 – 3,34). No entanto, a taxa de abstinência por sete dias não foi maior entre o grupo aconselhado (4% *versus* 9%).

Russell *et al.* (1979) propõem que este tipo de aconselhamento age, principalmente, por aumentar a probabilidade de que o fumante faça uma tentativa de parar, não implicando necessariamente em aumento das taxas de abstinência em longo prazo. Além disso, o efeito do aconselhamento médico breve isolado, sem a associação de tratamento farmacológico apropriado, é relativamente pequeno e, em geral, mais apropriado para os fumantes leves, que fumem menos de dez cigarros por dia (Silagy e Staed, 2003).

Outro ponto negativo a considerar é que não existe, no sistema de saúde, uma rotina efetiva de investigação do consumo de tabaco em todos os pacientes. Embora 70% dos fumantes visitem um profissional de saúde a cada ano, um estudo mostrou que apenas 15% destes, que visitaram seu médico no último ano, foram aconselhados a parar, e apenas 3% realizaram contatos de seguimento (Bauman *et al.*, 2000).

Sabe-se, contudo, que adotar um sistema onde exista no prontuário do paciente o registro que ele seja fumante, triplica a possibilidade do médico de abordar a questão do tabaco (Fiore *et al.*, 2000). Muitos médicos relatam a falta de tempo e a dificuldade de abordar o assunto, como as principais barreiras para o aconselhamento; alguns profissionais têm especial preocupação com possíveis danos na relação médico-paciente. Embora não haja evidência de que o aconselhamento cause quaisquer prejuízos à relação terapêutica, McEwen e

West (2001) refletem que “encontrar tempo para levantar uma questão que não foi o que levou o paciente à consulta e desenvolver a habilidade de fazê-lo de um modo que não interfira com a relação médico-paciente, ainda é um grande desafio”.

A partir de um estudo que investigou as características dos pacientes com quem médicos gerais escolhiam falar sobre tabagismo, Coleman e Wilson (1999) constataram que os médicos são mais propensos a aconselhar os pacientes com doenças percebidas como relacionadas ao tabaco e mais motivados a parar de fumar. Embora não haja nenhuma evidência de que este tipo de paciente responda mais do que os outros (Senore, *et al.* 1998), alguns estudos sugerem que os pacientes estão mais receptivos ao aconselhamento quando o médico faz alguma ligação com o motivo da consulta, mesmo que esta não tenha sido relacionada ao uso do tabaco (Stott e Pill, 1987; Butler *et al.*, 1998).

Em relação à frequência do aconselhamento, até pouco tempo, a diretriz habitual era de que cada médico aconselhasse seus pacientes fumantes em todas as visitas. Porém, pesquisas mais recentes indicam que não existe evidência de que a repetição do aconselhamento, com curtos intervalos, para fumantes não motivados a largar o cigarro, gere resultados positivos. Contrariando o esperado, estudos recentes sugerem que a repetição de conselho para pacientes assintomáticos é contra-producente e enfraquece a credibilidade do conselho médico (Senore *et al.*, 1998).

Os diferentes tipos de profissionais de saúde parecem ser igualmente eficientes na administração de tratamentos para o tabagismo. Fiore *et al.* (2000) compararam a efetividade de intervenções administradas por diferentes tipos de profissionais clínicos com intervenções em que não havia a participação de profissionais (nenhuma intervenção ou apenas material de auto-ajuda). Nenhum dos estudos analisados incluiu tratamento farmacológico, mas envolviam intervenções psicossociais de diferentes intensidades. Os resultados foram homogêneos entre diferentes tipos de profissionais (por exemplo, médicos, psicólogos, enfermeiros, dentistas), sem evidência de maior efetividade da parte de nenhum deles.

## Materiais de auto-ajuda

O objetivo principal dos materiais de auto-ajuda é aumentar a motivação e dar informação sobre como deixar de fumar. Materiais escritos são os mais comuns, embora recentemente tenham sido desenvolvidos materiais de áudio e vídeo, além de programas para computador (Curry, 1993; Gould e Clum, 1993).

Materiais escritos de auto-ajuda empregados isoladamente como método único de aconselhamento mostram-se pouco eficazes para aumentar as taxas de abstinência, quando comparados à não intervenção. Aproximadamente um em cada 100 fumantes que

tiverem acesso somente a materiais de auto-ajuda deixaria de fumar por pelo menos seis meses (Lancaster e Stead, 2003). Além disso, parecem ser mais eficazes para pacientes com dependência de nicotina leve (COMMIT, 1995; Strecher *et al.*, 1994) e motivados a parar (Curry, 1993).

Materiais de auto-ajuda personalizados para características específicas do público-alvo, como, por exemplo, gestantes, adolescentes etc., mostraram-se mais eficazes em alguns estudos (Prochaska *et al.*, 1993, Strecher *et al.*, 1994). Revisando o assunto, Fiore *et al.* (2000) concluem que esta é uma abordagem promissora. Na mesma linha, Lancaster e Stead (2003) assinalam que materiais individualizados de auto-ajuda têm-se mostrado mais eficientes do que materiais de auto-ajuda mais genéricos.

Uma questão importante a ser considerada é que materiais de auto-ajuda são maciçamente distribuídos para a população geral, por diversos órgãos e associações de diferentes áreas, além de serem amplamente divulgados pela indústria farmacêutica. Dessa forma, é muito difícil avaliar com precisão o alcance destes materiais, sendo quase impossível a utilização de um grupo controle, que nunca tenha sido exposto a esse tipo de intervenção. Muitos fumantes que relatam terem parado de fumar sozinhos, sem o auxílio de tratamentos, podem, de alguma forma, ter sofrido influência desta abordagem.

Ainda não existem estudos suficientes que avaliam a eficácia de materiais de auto-ajuda de áudio, vídeo e programas para computador.

### Aconselhamento telefônico

O uso de serviços telefônicos para dar informações e suporte ao fumante pode ser oferecido de duas maneiras: (1) Proativo: nesta forma os fumantes recebem ligação do profissional, de acordo com uma combinação prévia; (2) Reativo: o fumante liga para um número telefônico procurando ajuda e aconselhamento. Este formato é muito usado em linhas de ajuda.

Esta abordagem tem como grande vantagem a diminuição de barreiras, como a distância do local de tratamento ou a falta de tempo do paciente.

Existem evidências limitadas acerca da eficácia do aconselhamento telefônico na cessação do tabagismo, porém, as evidências existentes sugerem algum efeito positivo (Lichtenstein *et al.*, 1996; Zhu *et al.*, 1996).

Analisando diversos tipos de intervenções telefônicas, Lichtenstein *et al.* (1996) assinalam que intervenções reativas atraem apenas uma pequena porcentagem da população-alvo, mas este alcance pode ser aumentado por meio de campanhas. Intervenções reativas podem ser úteis para a abordagem de grandes populações.

Por outro lado, os mesmos autores constataram que intervenções proativas mostraram-se mais eficientes, aumentando as taxas de abstinência de curto prazo

em 34%, em comparação com intervenções controle. No longo prazo, o aumento verificado foi de 20%.

Intervenções bem-sucedidas geralmente envolvem múltiplos contatos próximos à tentativa de parar. Analisando o impacto do número de sessões de intervenção telefônica, Zhu *et al.* (1996) alocaram 3.030 fumantes para receber, ao acaso, um *kit* de auto-ajuda (grupo controle), o *kit* e uma única sessão telefônica ou o *kit* e seis sessões por telefone. Após 12 meses, as taxas de abstinência foram, respectivamente, 5,4%, 7,5% e 9,9%. Ambos os grupos que receberam aconselhamento foram significativamente mais bem-sucedidos do que o controle e o grupo que recebeu aconselhamento mais intenso teve melhor resultado do que o grupo com apenas uma sessão de aconselhamento.

A realização de ensaios randomizados com o uso de telefonemas reativos é uma tarefa difícil e poucos estudos sobre o tema foram realizados utilizando uma metodologia científica adequada. Estudos nessa área devem ser urgentemente desenvolvidos.

### Terapia comportamental

Uma grande parte dos tratamentos para tabagismo emprega algum tipo de técnica cognitivo-comportamental. A terapia comportamental procura auxiliar o fumante a identificar os gatilhos relacionados ao desejo e ao ato de fumar e utiliza técnicas cognitivas e de modificação do comportamento para interromper a associação entre a situação gatilho, a fissura de fumar e ao comportamento de consumo. Frequentemente, utilizam-se estratégias para lidar com estresse e afetos positivos e negativos, solução de problemas, além do manejo dos sintomas de síndrome de abstinência. Uma vez que o fumante pare de fumar, são utilizadas técnicas de prevenção de recaída (APA, 1996).

Existem diversos estudos que avaliam a eficácia da terapia comportamental no tratamento do tabagismo. Na maioria das revisões sistemáticas e metanálises que estudam terapias comportamentais, a taxa de abstinência após seis meses varia de 15% a 25% (Fiore *et al.*, 2000; Sutherland, *et al.*, 2003; May e West, 2000; Ussher *et al.*, 2000). O tratamento comportamental utiliza diversas técnicas no tratamento do tabagismo. Intervenções que associam múltiplos componentes estão bem-validadas, mas poucas pesquisas foram realizadas para a avaliação de cada uma das técnicas em separado (APA, 1996). No entanto, existem evidências de que as seguintes características tornam o tratamento mais eficaz (Fiore *et al.*, 2000): (1) Treinamento de habilidades e solução de problemas; (2) Apoio social como parte do tratamento; (3) Ajudar os fumantes a obter apoio social fora do tratamento.

As pesquisas avaliando, especificamente, os resultados encontrados na prevenção de recaída são heterogêneas (Mermelstein *et al.*, 1992, Curry e McBride, 1994). Porém, estudos mais recentes de metanálise con-

cluíram que tanto treinamento de habilidades/solução de problemas, quanto prevenção da recaída aumentam as taxas de abstinência e são recomendados como importantes componentes do tratamento (USDHHS, 1996; Fiore *et al.*, 2000).

O aconselhamento para a cessação do tabagismo pode ser realizado individualmente ou em grupo e deve ser conduzido por profissional treinado. A eficácia dessa abordagem é diretamente proporcional ao tempo de permanência com o paciente, quanto maior o tempo de tratamento mais eficaz este se mostra (Fiore *et al.*, 2000).

O tratamento em grupo emprega essencialmente as mesmas técnicas que o individual, mas acredita-se que possa proporcionar algumas vantagens específicas, como maior suporte social e maior facilitação da discussão de situações de risco e meios de lidar com as mesmas. Especula-se se a facilitação da discussão de problemas, propiciada pelo grupo, contribua de modo específico para a efetividade dos tratamentos (May e West, 2000). Por outro lado, o tratamento individual permite maior atenção e adaptação às características específicas de cada paciente. Deve ser levada em consideração a preferência do paciente, bem como a disponibilidade do tratamento.

Stead e Lancaster (2000) não encontraram evidências suficientes para afirmar que uma das modalidades de aconselhamento – em grupo ou individual – é mais eficaz ou se ambas são equivalentes. Assinalam que, embora estudos nessa área venham sendo realizados, ainda há falhas metodológicas importantes que prejudicam a comparação adequada das abordagens.

Fiore *et al.* (2000) estimaram taxas de abstinência de 13,9% (i.c. 95%: 11,6 – 16,1) para o aconselhamento em grupo e de 16,8% (i.c. 95%: 14,7 – 19,1) para o aconselhamento individual, uma pequena diferença não-significativa. Mais importante, constataram que programas de cessação administrados em múltiplos formatos aumentam as taxas de abstinência e sugeriram que deveriam ser encorajados.

O controle de estímulos busca identificar os estímulos associados ao desencadeamento do ato de fumar e treinar o paciente a lidar com eles. Frequentemente inclui um período de automonitoração anterior à tentativa de parar de fumar, com vistas a facilitar a identificação de tais estímulos. Visando diminuir a ocorrência de impulsos para fumar, costuma estimular a evitação de situações que funcionem como gatilhos, o que inclui o encorajamento à retirada de cigarros, isqueiros, fósforos e o conselho de evitar fumantes ou situações associadas. O controle de estímulos é recomendado por Hughes *et al.* (APA, 1996) como importante componente comportamental de muitos tratamentos para o tabagismo, apesar de os resultados serem divergentes a respeito de sua eficácia como método isolado de tratamento (USDHHS, 1996).

A existência de apoio social é considerada um fator importante para obtenção e manutenção da abstinência (Carmody, 1997). Usualmente a maioria dos programas de cessação de tabagismo inclui algum tipo de suporte social, variando desde “avise os seus familiares e amigos”, até intervenções em grupos que promovem a criação de vínculos com outros fumantes tentando parar (Fiore *et al.*, 1996; Raw *et al.*, 1998).

Embora muitos estudos considerem o apoio social um preditor para o sucesso do tratamento, tentativas de utilizar o apoio social como forma de tratamento isolado fracassaram (Sutherland, 2003). Ensaio clínico baseado em eleger um apoiador, aumentar a coesão do grupo ou ensinar a esposa a reforçar o comportamento da abstinência, não conseguiram demonstrar aumento significativo das taxas de sucesso (Fiore *et al.*, 2000).

Por outro lado, mesmo não se tendo demonstrado a eficácia de tratamentos baseados *exclusivamente* na provisão de suporte social, este tipo de intervenção continua sendo recomendada como *parte* importante do tratamento de fumantes (Fiore *et al.*, 2000). May e West (2000) ressaltam que a metodologia inadequada, da maioria dos estudos sobre o assunto, limita o alcance das conclusões, mas acreditam que haja alguma evidência de que grupos de apoio possam ser úteis no contexto de clínicas especializadas. Por outro lado, ressaltam que não há evidências de que esta estratégia funcione para intervenções na comunidade.

O uso de contratos de contingência, que procuram reforçar abstinência de cigarros com um presente ou outro prêmio, ou então punir o consumo pela aplicação de alguma formação de multa ou pela retirada de algum incentivo, não apresentou evidências de eficácia (APA, 1996).

A dessensibilização sistemática consiste em expor o paciente, repetidamente, a situações reais ou imaginárias que suscitem a urgência de fumar, sem que haja o consumo de cigarros. Com isto, espera-se que ocorra a extinção da associação entre a situação e o comportamento de fumar. Alguns estudos sobre o assunto foram publicados, mas não existem evidências suficientes de sua eficácia (APA, 1996; Sutherland, 2003).

O relaxamento é usualmente ensinado para lidar com situações associadas ao aumento de ansiedade, porém, estudos não comprovam o aumento das taxas de abstinência quando o relaxamento é o único tratamento utilizado (Sutherland, 2003).

Outra técnica bastante utilizada no aconselhamento de fumantes é a mensuração da taxa de monóxido de carbono no ar expirado. Isto visa proporcionar um *feedback* concreto e imediato ao paciente, mostrando a diminuição das taxas de monóxido de carbono com objetivo de reforçar a abstinência. Estudos controlados apresentaram resultados heterogêneos. Hughes *et al.* assinalam que uma metanálise não foi capaz de demonstrar a efetividade da técnica e concluem que

faltam evidências científicas para recomendar esse procedimento (APA, 1996).

## Outras abordagens

Embora bastante populares, tratamentos utilizando acupuntura e hipnose não demonstraram, nas pesquisas, taxas de abstinência melhores do que as taxas com uso de placebo, não existindo, assim, evidências de sua eficácia (Fiore *et al.*, 2000; Abbot *et al.*, 1999).

Tratamentos personalizados baseados no modelo de estágios de motivação apresentam alguns resultados empíricos, porém as taxas de abstinência em longo prazo não representam resultado efetivo, o que indica ser uma boa técnica para motivar a mudança, mas ainda necessitando de mais estudos nessa área para se mostrar efetividade na manutenção da abstinência.

Os tratamentos baseados no modelo de 12 passos dos Alcoólicos Anônimos foram adaptados para o tabagismo, porém, não existem pesquisas específicas avaliando sua eficácia na cessação do tabagismo.

Os estudos sobre a prática de exercício físico apresentaram resultados heterogêneos. Existem algumas evidências que ele pode auxiliar principalmente mulheres a parar de fumar. Não se recomenda que o exercício físico seja empregado como forma isolada de abordagem do tabagismo, mas como um elemento a mais do tratamento. São necessários novos estudos, com amostragem maior e com medidas de avaliação da aderência aos programas de exercício (Ussher *et al.*, 2003).

*Biofeedback*, terapia de família e terapia psicodinâmica são abordagens freqüentemente utilizadas no tratamento de outras dependências (APA, 1995), porém não existem estudos suficientes adaptando estas abordagens para o tratamento do tabagismo, conseqüentemente, pode-se afirmar que nenhum desses tratamentos apresenta evidências de eficácia consistentes para que sejam recomendados (APA, 1996; Fiore *et al.*, 2000).

## Considerações importantes

### A importância de estabelecer uma aliança terapêutica

A dependência de nicotina é uma doença crônica e a recaída pode fazer parte do processo. Sabe-se, por exemplo, que muitos fumantes tentam deixar o cigarro de cinco a sete vezes antes de obter o sucesso. (USDHHS, 1990). Muitas vezes os pacientes precisam ser motivados novamente para considerarem uma nova tentativa. Além disso, é essencial o estabelecimento de uma relação sem julgamento e empatia para que o paciente sintam-se confortável para falar de seu desejo de fumar, seus medos e até de seus lapsos e recaídas (Prochaska e Goldstein, 1991). Não existem estudos que comprovem a eficácia de estilos confrontativos no tratamento do tabagismo, como utilizados no tratamento de outras drogas.

## O setting terapêutico

Deve-se considerar *settings* livres de cigarro, uma vez que esses ambientes encorajem a cessação do tabagismo (Hurt *et al.*, 1993).

## Parada abrupta e gradual

Em geral, os profissionais recomendam a parada abrupta ao invés da gradual. Contudo, a maioria dos dados existentes não mostra uma diferença de eficácia entre estas formas de parada (USDHHS, 1990; Hughes, 1995; Law, 1995). Além disso, é fundamental que a escolha do paciente seja respeitada.

## Populações especiais

### Adolescentes

Existem diversos estudos sendo realizados sobre o tema, mas nenhuma evidência consistente sobre qual a abordagem mais eficaz (Donovan, 2000; Backinger, Leischow *et al.*, 2000). Recentes estudos envolvendo famílias (Bauman, *et al.*, 2000) não demonstraram eficácia.

### Gestantes

Existem fortes evidências que tratamento comportamental intensivo aumenta as taxas de abstinência em mulheres grávidas (West, 2002). A maior barreira para tratar gestantes tabagistas está no fato de muitas não procurarem tratamento e muitas vezes não relatam aos médicos o seu hábito de fumar, o que dificulta o engajamento no tratamento (West *et al.*, 2003).

Tentativas de criação de programas para cessação de tabagismo, especificamente para gestantes, não obtiveram sucesso e uma opção a ser estudada é o treinamento de parteiras para a realização de aconselhamento breve. É importante ressaltar que ainda não existem evidências para recomendar este tipo de abordagem e mais estudos são necessários (Hajek, 2001).

### Pacientes hospitalizados

Pacientes que normalmente não procurariam ajuda para problemas relacionados à droga, podem estar mais abertos a uma intervenção, uma vez que existe a presença de uma doença clínica (Munafi *et al.*, 2001). Dessa forma, o momento da internação configura-se particularmente interessante para rastreamento e abordagem de tabagistas. Evidências sugerem que o tratamento comportamental, em conjunto com o tratamento farmacológico, é eficaz para essa população (Munafi *et al.*, 2001). Porém, há indícios de que apenas aconselhamento breve de rotina não produz efeitos duradouros (Bolman *et al.*, 2002; Hajek *et al.*, 2002; West, 2002). Na prática, existem algumas dificuldades encontradas na intervenção em pacientes hospitalizados, como o difícil acesso ao paciente, seja porquê este

esteja dormindo, fazendo exames, em atendimento clínico ou muito doente. Além disso, muitos pacientes ficam internados durante um período muito curto (West *et al.*, 2003).

### Pacientes psiquiátricos

As poucas evidências existentes sobre o assunto sugerem que tratamentos comportamental e far-

macológico são eficazes para pacientes motivados (El-Guebaly *et al.*, 2002). É fundamental que o tratamento seja personalizado para as necessidades individuais desta população específica (McChargue *et al.*, 2002; Patten *et al.*, 2002). Para esse tipo de paciente é essencial a integração da equipe de atenção primária com o psiquiatra, para dar maior suporte ao fumante (Watt *et al.*, 2001).

---

## Referências bibliográficas

- ABBOT, N.; STEAD, L.; WHITE, A.B.J.; ERNST, E. - Hypnotherapy for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Library. 1999; Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. *Am J Psychiatry* 152 (Nov suppl):1-59 [G], 1995.
- APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - Practice Guideline for the Treatment of Patients with Nicotine Dependence. *Am J Psychiatry* 153 (10S): 1-31, 1996. Disponível online pelo endereço: [http://www.psych.org/clin\\_res/pg\\_nicotine.cfm](http://www.psych.org/clin_res/pg_nicotine.cfm).
- ASHENDEN, R.; SILAGY, C.; WELLER, D. - A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Fam Pract* 14:160-17, 1997.
- AVEYARD, S.; SHERRATT, E.; ALMOND, J. LAWRENCE, T., LANCASHIRE, R., GRIFFIN, C. - The change-in-stage and updated smoking status results from a cluster-randomized trial of smoking prevention and cessation using transtheoretical model among British adolescent. *Preventive Medicine* 33(4),313-24, 2001.
- BAUMAN, K.E.; ENNETT, S.T.; FOSHEE V.A.; PEMBERTON, M.; KING, T.S.; KOCH, G.G. - Influence of family-directed program on adolescent cigarette and alcohol cessation. *Preventive Science* 1(4):227-37, 2000.
- BAILLIE, A.; MATTICK, R.P.; HALL, W.; WEBSTER, P. - Meta-analytic review of the efficacy of smoking cessation interventions. *Drug and Alcohol Rev* 13:157-70[E], 1994.
- BOLMAN, C.; DE VRIES, H.; VAN BREUKELLEN, G. - A minimal-contact intervention for cardiac inpatients: a long term effects on smoking cessation. *Preventive Medicine* 35(2):181-92, 2002.
- BACKINGER, C.L.; LEISCHOW, S.L. - Advancing the science of adolescent tobacco use cessation. *Am J Health Behavior* 25(3):183-90, 2001.
- BUTLER, C.C.; PILL, R.; STOTT, N.C. - Qualitative study of patients' perceptions of doctors' advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion. *BMJ* 316:1878-81, 1998.
- COMMIT RESEARCH GROUP - Community intervention trial for smoking cessation (COMMIT), II: changes in adult cigarette smoking prevalence. *Am J Public Health* 85:193-200, 1995.
- CARMODY, T.P. - Health related behaviors: common factors. In: Baum, A.; Newman, S.; Weinman, J. *et al.* (eds.). *Cambridge handbook of psychology health and medicine*. Cambridge University Press, Cambridge, pp.117-121, 1997.
- COLEMAN, T.; WILSON, A. - Factors associated with the provision of anti-smoking advice by general practitioners. *Br J Gen Pract* 49: 557-8, 1999.
- CURRY, S.; MCBRIDE, C. - Relapse prevention for smoking cessation: review and evaluation of concepts and interventions. *Annu Rev Public Health* 15:345-66, 1994.
- CURRY, S.J. - Self-help interventions for smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 61:790-803, 1993.
- DONOVAN, K.A. - Smoking cessation programs for adolescents. *Journal of School Nursing* 16(4):36-43, 2000.
- EL-GUEBALY, N.; CAATHCART, J.J.; CURIE, S.; BROWN, D.; GLOSTER, S. - Smoking cessation approaches for persons with mental illness or addictive disorders. *Psychiatric Services* 53(9):1166-70, 2002.
- FIORE, M.C.; BAILEY, W.C.; COHEN, S.J. *et al.* - *Smoking cessation*. Clinical Practice Guideline No 18. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, April, 1996.
- FIORE, M.C.; BAILEY, W.C.; COHEN, S.J. *et al.* - *Treating Tobacco Use and Dependence*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.

- GOULD, R.A.; CLUM, G.A. - A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clin Psychol Rev* 13:169-86, 1993.
- HAJEK, P.; TAYLOR, T.Z.; MILLS, P. - Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and by pass surgery: a randomized controlled trial. *British Med J* 324 (7329):87-89, 2002.
- HAJEK, P.; WEST, R.; LEE, A.; FOULDS, J.; OWEN, L.; EISER, J.R. et al. - Randomized controlled trial of midwife delivered brief smoking cessation intervention in pregnancy. *Addiction* 96 (3):485-94, 2001.
- HAJEK, P. - Helping smokers to overcome tobacco withdrawal: background and practice of withdrawal orientated therapy. In: Richmond R. (ed.) *Interventions for smokers an international perspective*. Williams & Wilkins, Baltimore, pp.29-46, 1994.
- HUGHES, J.R. - Treatment of nicotine dependence: is more better? *JAMA* 274:1390-1, 1995.
- HURT, R.D.; EBERMAN, K.M.; SLADE, J.D.; KARAN, L. - Treating nicotine addiction in patients with other addictive disorders. In: Orleans CT, Slade JD (eds.) *Nicotine Addiction: Principles and Management*. Oxford University Press, New York, pp. 310-26, 1993.
- LANCASTER, T.; STEAD, L.F. - Individual behavioral counseling for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Oxford: Update Software.
- LANCASTER, T.; STEAD, L.F. - Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Methodology Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2003
- LAW, M.; TANG, J.L. - An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 155:1933-41, 1995.
- LICHTENSTEIN, E.; GLASGOW, R.E.; LANDO, H.A. et al. - Telephone counseling for smoking cessation: rationales and meta-analytic review of evidence. *Health Educ Res* 11:243-57, 1996.
- KREUTER, M.W.; CHHEDA, S.G.; BULL, F.C. - How does physician advice influence patient behavior? Evidence for a priming effect. *Arch Fam Med* 9:426-33, 2000.
- MAY, S.; WEST, R. - Do social support interventions ("buddy systems") aid smoking cessation? A review. *Tobacco Control* 9(4):415-22, 2000.
- MCCHARGUE, D.E.; GULLIVER, S.B.; HITSMAN, B. - Would smokers with schizophrenia benefit from a more flexible approach to smoking cessation treatment? *Addiction* 97(7):785-93; discussion 795-800, 2002.
- MCEWEN, A.; WEST, R. - Smoking cessation activities by GPs and practice nurses. *Tobacco Control* 10(1):27-32, 2001.
- SHIFFMAN, S.; READ, L.; MALTESE, J. et al. - Prevenção de Recaída em Ex-Fumantes: Uma Abordagem de Automanejo. In: Marlatt G. A., Gordon J. R., - *Prevenção de Recaída - Estratégia e Manutenção no Tratamento de Comportamentos Adictivos*. Artmed, Porto Alegre, 1993.
- MERMELSTEIN, R.J.; KARNATZ, T.; REICHMANN, S. - Smoking. In: Wilson, P.H. (ed.) *Principles and Practice of Relapse Prevention*. Guilford, New York, pp.43-68, 1992.
- MUNANFI, M.; RIGOTTI, N.; LANCASTER, T.; STEAD, L.; MURPHY, M. - Interventions for smoking cessation in hospitalized patients: a systematic review. *Thorax* 56: 656-63, 2001.
- PATTEN, C.A.; DREWS, A.A.; MYERS, M.G.; MARTIN, J.E.; WOLTER, T.D. - Effect of depressive symptoms on smoking abstinence and treatment adherence among smokers with history of alcohol dependence. *Psychology Addictive Behavior* 16 (2):135-42, 2002.
- PROCHASKA, J.O.; GOLDSTEIN, M.G. - Process of smoking cessation: implications for clinicians. *Clin Chest Med* 12:727-35, 1991.
- PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C.; VELICER, W.F.; ROSSI, J.S. - Standardized, individualized, interactive and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychol* 12:399-405, 1993.
- RAW, M.; McNEILL, A.; WEST, R. - Smoking cessation guidelines for health professionals: a guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 53(Suppl 5):S1-19, 1998.
- RIGOTTI, N.A.; MUNAFO, M.R.; MURPHY, M.F.G.; STEAD, L.F. - Interventions for smoking cessation in hospitalized patients (Cochrane Methodology Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2003.
- RUSSELL, M.A.; WILSON, C.; TAYLOR, C. et al. - Effect of general practitioners' advice against smoking. *BMJ* 2:231-5, 1979.
- SCHAFFER, D. - Clearing the Air: Brief Strategies for Smoking Cessation. 2002. Top Adv Pract Nursing J 2(1), 2002 Medscape Portals, Inc.
- SEMORE, C.; BATTISTA, R.N.; SHAPIRO, S.H. et al. - Predictors of smoking cessation following physicians' counseling. *Prev Med* 27:412-21, 1998.
- SILAGY, C.; STEAD, L.F. - Physician advice for smoking cessation (Cochrane Methodology Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- STEAD, L.F.; LANCASTER, T. - Group behavior therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Methodology Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- STEAD, L.F.; LANCASTER, T.; PERERA, R. - Telephone counseling for smoking cessation (Cochrane Methodology Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- STOTT, N.C.; PILL, R.M. - Health promotion and the human response to loss: clinical implications of a decade of primary health care research. *Fam Pract* 4:278-86, 1987.
- STRECHER, V.J.; KREUTER, M.; DEN BOER, D.J.; KOBRIN, S.; HOSPERS, H.J.; SKINNER, C.S. - The effects of computer-tailored smoking cessation messages in family practice settings. *J Fam Pract* 39: 262-70, 1994.
- SUTHERLAND, G. - Smoking: can we really make a difference? *Heart* 89(Suppl II):1125-7, 2003.
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - National trends in smoking cessation, in *The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*. Washington, DC, US Government Printing Office, 1990, pp 580-616.
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - Clinical Practice Guideline #18 Smoking Cessation. Washington, DC, US Government Printing Office, 1996 [E]ento. Lando HA: Formal quit smoking treatments. *Ibid*, pp 221-44.

- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - *Treating tobacco use and dependence*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research Quality, 2000.
- USSHER, M.H.; WEST, R.; TAYLOR, A.H.; McEWEN, A. - Exercise interventions for smoking cessation (Cochrane Methodology Review). *In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- VELICER, W.; PROCHASKA, J.O. - An expert system intervention for smoking cessation. *Patient Educ Counsel* 36:119-29, 1999.
- WATT, J., FRIEDLI, L.; BATES, - Smoking and Mental Health. Smoke free London/Mentality/Action on Smoking and Health, London, 2001.
- WEST, R. - Helping patients in hospital to quit smoking. Dedicated counseling services are effective- others are not. *British Med J* 324(7329):64, 2002.
- WEST, R.; McNEILL, A.; RAW, M. - Meeting Department of Health smoking cessation targets : Recommendations for service providers. *Health Development Agency, 2003*.
- WHITE, A.R.; RAMPES, H.; ERNST, E. - Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Methodology Review). *In: The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2003.
- ZHU, S.H.; STRETCH, V.; BALABANIS, M. *et al.* - Telephone counseling for smoking cessation: effects of single-session and multiple-session interventions. *J Consult Clin Psychol* 64:202-211, 1996.