

Campanhas antifumo: a experiência internacional

Murilo César Soares¹
FAAC-UNESP

O tabagismo é a mais grave doença pandêmica global de nossos dias: a cada 24 horas, mais de 13.500 pessoas morrem devido ao tabaco, especialmente por fumar cigarros. É mais do que o número de mortes por HIV/AIDS, tuberculose ou malária e o futuro parece mais desolador ainda, com as estimativas da Organização Mundial de Saúde que prevêem o aumento do número de fumantes, do atual 1,3 bilhão para 1,6 bilhão em 2030. Com isso, o número de mortes devidas ao fumo deve dobrar dos atuais 5 milhões por ano para 10 milhões dentro de 15 anos, tornando-se a principal causa de morte nos países subdesenvolvidos, como já é nos países desenvolvidos. (WARNER e MACKAY, 2006). Em suma, o cigarro é, sem sombra de dúvidas, o maior causador de mortes evitáveis da história, o que fez com que, desde 1992, a OMS classifique o tabagismo como doença:

“Tobacco is not spread by a virus, but it does have a vector. Unlike malaria, the vector is not an arthropod but rather an avaricious industry that employs sophisticated, aggressive Western marketing techniques to spread the disease to the most vulnerable corners of the globe.(...) Unlike victims of TB, newly addicted smokers intentionally try to recruit their friends to their ranks.”(WARNER; MACKAY, 2006).

Cerca de um quarto dos fumantes experimenta o primeiro cigarro antes de dez anos de idade, mas a maioria se torna fumante aos dezoito anos. Os autores estimam que 49% das crianças entre 13 e 15 anos estejam expostas à fumaça de cigarro em casa e 61% expostas à fumaça em ambientes públicos. Além das crianças, milhões de fetos são expostos anualmente às substâncias químicas do cigarro ainda no útero, por mães fumantes ou que habitam ambientes contaminados pela fumaça do tabaco.

A Organização Mundial de Saúde estima que metade dos fumantes atuais, cerca de 650 milhões de pessoas, morrerá em decorrência do tabaco, sendo metade durante a meia-idade (35-69 anos). Cálculos de Peto e Lopez (2001) estimam que os fumantes sacrifiquem entre seis e oito anos de expectativa de vida, o que corresponde a cerca de 7 minutos para cada cigarro que fumam. Cerca de 100 milhões de pessoas morreram no século 20 em decorrência do fumo, mas a escalada do hábito de fumar leva os autores a estimarem que no século atual cerca de um bilhão de pessoas morrerá em decorrência do tabaco.

Nos países em desenvolvimento, ABDULLAH e HUSTEN (2004) estimam que, por volta de 2030, haverá sete milhões de mortes anuais devido ao uso do tabaco. No Brasil, o cigarro provoca 80 mil mortes por ano: quase o dobro da incidência de homicídios. Para os autores, embora recursos para parar de fumar estejam disponíveis nos países desenvolvidos, não está clara sua aplicabilidade nos países “em desenvolvimento”. Segundo os autores, é nos países em desenvolvimento que se

¹ Esta revisão é parte de uma pesquisa mais ampla, realizada com o apoio da FAPESP, sobre o uso da internet em apoio a fumantes que querem deixar o cigarro.

concentra, hoje, o maior consumo per capita de cigarros (Fig 1), o que exige iniciativas dessas sociedades para conter esse hábito e reverter a tendência ao crescimento. Algumas políticas como impostos altos para produtos de tabaco, políticas de ambientes livres de tabaco, proibições de publicidade, rótulos com advertências fortes e repressão ao contrabando poderiam ser adotadas na maioria dos países. No entanto, outras intervenções, tais como linhas de telefone para interessados em deixar de fumar, campanhas de comunicação de massa e fornecimento de medicação, são mais caras e sua aplicação pode ser difícil para muitos países. Da mesma forma, intervenções via sistemas de saúde podem ser limitadas pelas altas taxas de fumantes, prioridades de saúde mais imediatas e falta de consciência sobre os custos econômicos e de saúde trazidos pelo cigarro. Os autores defendem, por isso, que qualquer que seja o modelo de programa, deve ser testado localmente para verificar-se sua aplicabilidade, aceitação e efetividade. Eles destacam a importância do uso dos meios de comunicação eletrônica mais apreciados, com a participação de artistas e, no caso da Índia, do cinema nacional, que tem larga disseminação na sociedade. Os autores avaliam que poucas diretrizes para o tratamento do fumo foram criadas até agora nos países em desenvolvimento, sendo importante incluir no processo diferentes setores, como profissionais de saúde, administradores de sistemas de saúde públicos e privados.

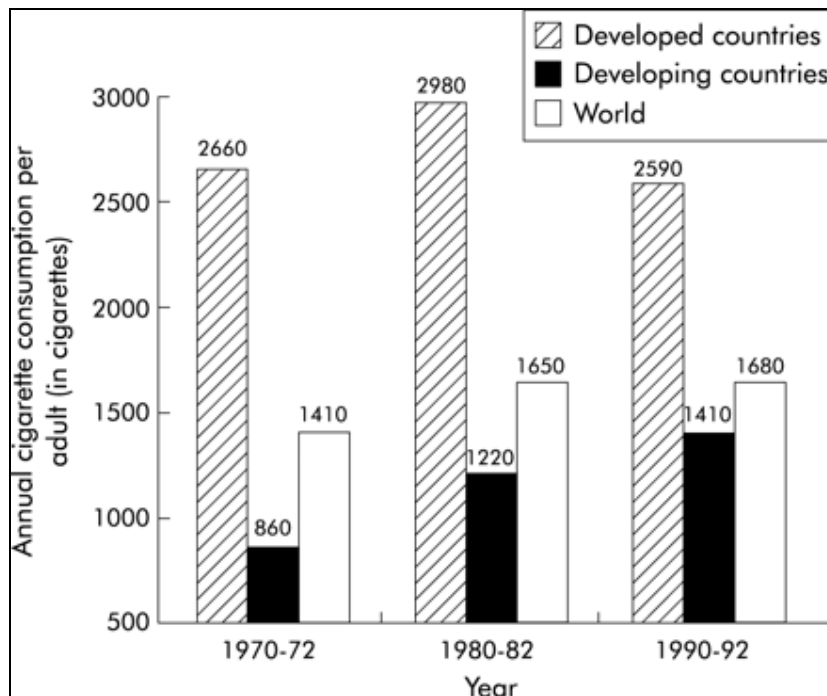


FIGURA 1- Médias de consumo de cigarros por adultos – em número de cigarros, nos países desenvolvidos, em desenvolvimento e no mundo, em três décadas. Fonte: *Tobacco Control* 2002;11:361-367

Expectativas para a intervenção

Para RAW e LARANJEIRA (2001), a experiência de muitos países mostra que se o governo enfrenta a indústria do tabaco pode reverter o ônus de doenças e mortes relacionadas à dependência da nicotina. A proibição da publicidade de cigarros no

Brasil pode ter sido o início de uma série de medidas para reduzir a prevalência da dependência de nicotina e a mortalidade decorrente do hábito de fumar. Mas outras medidas são necessárias, insistem os autores, como impostos mais elevados e programas educativos para a população, maiores restrições ao uso do cigarro em locais públicos, regulamentação mais restrita de produtos do tabaco, dos níveis de alcatrão e nicotina e dos rótulos, a provisão de mais assistência e tratamento para milhões de pessoas que querem parar de fumar, mas não conseguem fazê-lo por conta própria. Os autores lamentam que o Brasil não possua levantamentos estatísticos confiáveis e regulares sobre o número de fumantes e sua mortalidade, pois “enquanto esses dados não forem coletados de forma regular, não será possível medir o desempenho de programas de controle da dependência da nicotina, inclusive o sucesso da iniciativa corajosa e inovadora de proibir a publicidade.”

FISHER *et al* (1993) consideram que dependência química, processos de condicionamento, modelagem social, publicidade, política e economia do comércio internacional são fatores que, aliados, tornam o hábito de fumar muito resistente à mudança. Em contraste com essa gama de causas do hábito de fumar, as intervenções para encorajar os fumantes a pararem de fumar vão desde a simples informação e sugestões, aulas, reposição de nicotina e campanhas nacionais. Apesar do fato de que nenhum desses métodos é altamente bem sucedido por si mesmo, em conjunto foram responsáveis pelo fato de 50% dos americanos terem deixado o cigarro, o que é um resultado impressionante.

DAVIS *et al* 1991, pesquisadores do CDC, observaram que o esforço antitabagista apresentou grande progresso nos Estados Unidos desde que, em 1964, o relatório oficial do Ministério da Saúde divulgou os riscos do cigarro. As tendências aparentes antes daquele ano foram revertidas em comparação com os níveis atuais, em decorrência da campanha nacional para parar de fumar. Em razão da campanha, 35 milhões de prováveis fumantes norte-americanos eram não-fumantes em 1985 e em relação ao ano de 2000, a campanha adiou mais de dois milhões de mortes. Portanto, a redução da prevalência do hábito de fumar em adultos de 40% em 1964 para 29% em 1987 pode ser considerada uma tremenda vitória da saúde pública.

BURNS (2002) afirma que metade daqueles que já fumaram nos Estados Unidos são atualmente ex-fumantes, como resultado de quarenta anos de esforço para educar e informar fumantes sobre os riscos que correm. Nos estados em que há grandes programas de controle liderados pelos meios de comunicação, há taxas mais elevadas de cessação do hábito, o que sugere que essas abordagens podem efetivamente alterar o comportamento dos fumantes. Ele apresenta evidências de efetividade de medidas como restrições a locais onde se pode fumar, disponibilidade de conselhos médicos em combinação com assistência à cessação, apoio farmacológico e linhas telefônicas de apoio. Para o autor, aumentar a efetividade dessas intervenções e ligar múltiplas intervenções para gerar sinergia traria maiores oportunidades de melhorar as taxas de cessação do hábito.

Preditores do Tabagismo e do abandono

BRITON (2001) diz que estudos sobre atitudes de fumantes têm revelado que a maioria – cerca de 70% - pretende parar de fumar, sendo que 50% afirmam desejar parar no próximo ano, 30% nos próximos seis meses e 10% no próximo mês.

Considera-se que a relação das pessoas com o fumo é um sinal importante em termos de saúde, devendo constituir um componente rotineiro de qualquer consulta médica. Os clínicos devem perguntar sobre o cigarro nas consultas, aconselhar os fumantes a parar e encaminhar todos os fumantes que estiverem motivados a tentar a um apoio adequado de cessação do hábito.

KENFORD e seus colegas (1994) não encontraram relação consistente entre o sucesso em parar de fumar e as variáveis número de cigarros fumados por dia, tolerância ao tabaco, anos fumados, nível de monóxido de carbono expirado ou nível de nicotina no sangue. Da mesma forma, durante o tratamento, alguns marcadores como a severidade das crises de abstinência e níveis de reposição de nicotina não tiveram relação consistente com a predição do sucesso da cessação. No entanto, o fato de não fumar nenhuma vez durante a segunda semana de tratamento mostrou-se um preditor consistente e forte do sucesso no final do tratamento e após seis meses. Entre os pacientes que usaram e os que não usaram adesivos de reposição de nicotina e que ficaram totalmente abstinentes durante duas semanas, em dois estudos, 46% e 41%, respectivamente, continuavam abstinentes na revisão após seis meses. Os autores concluem que o status do fumante na segunda semana é decisivo para o sucesso do tratamento.

Com base em um estudo europeu, MONSÓ e colaboradores (2001) afirmam que as melhores taxas de sucesso podem ser previstas em homens e indivíduos mais velhos com melhores condições de moradia. A manutenção da abstinência era mais difícil para sujeitos que tinham consumido mais tabaco e tinham desenvolvido doença cardiorrespiratória, sendo que essas doenças provavelmente podem ser consideradas, em certo sentido, marcadores de dependência. Indivíduos com baixa dependência de nicotina frequentemente deixam o cigarro rapidamente, não permitindo a progressão da doença crônica.

Um programa norte-americano aplicada com a ajuda de conselheiros leigos e visando ser culturalmente apropriado para os “latinos”, resultou em uma taxa significativamente alta de abstinência (WOODRUFF, TALAVERA e ELDER, 2002). Variáveis sociodemográficas encontradas em outros estudos apareceram como preditores do sucesso no abandono, como idade mais alta, sexo masculino, nível educacional mais alto, conhecimento sobre os efeitos do cigarro.

Numa análise multivariada conduzida na Dinamarca, sexo, idade, a quantidade de cigarros fumados e a duração do hábito estiveram fortemente associadas com o sucesso no abandono do hábito de fumar (OSLER e PRESCOTT, 1998), independente da motivação inicial para parar e devem ser considerados na montagem de programas de abandono. As variáveis que se relacionavam com o abandono foram idade mais elevada, status social alto, companheiro (a) não fumante, motivação para parar e baixo consumo anterior de cigarros. Fumantes a partir de 60 anos têm taxas de abandono mais altas comparadas com os grupos jovens porque já experimentam problemas de saúde, apresentando, por exemplo, hospitalização recente e desenvolvimento de doença coronária. Em sentido contrário, desemprego recente implicou em taxas de sucesso mais baixas.

GILMAN, ABRAMS e BUKA (2003) descobriram que indivíduos com status sócio-econômico (SSE) mais baixo têm maior probabilidade de começar a fumar, de se

tornarem fumantes habituais e menor probabilidade de parar. Esses resultados sublinham a importância de intervenções voltadas a jovens com desvantagens bem como a necessidade de melhorar o acesso a programas de abandono do cigarro a adultos mais pobres. Ter pais com baixo status sócio-econômico durante os primeiros anos de vida aumenta o risco do início de uso do cigarro. Em seguida, a mesma condição mais o baixo status da própria pessoa aumentam significativamente a probabilidade de uso regular do tabaco. Fumantes de origem socioeconômica mais baixa e aqueles de baixo SSE tiveram menor probabilidade de abandonar o vício. Os autores concluem que a combinação dos efeitos de infância e idade adulta em situação de baixo SSE e o uso diário de cigarros sugere que o risco de hábito de fumar persistente é aumentado ao longo da desigualdade socioeconômica. Os autores observam que entre adultos, o baixo status sócio-econômico está relacionado à diminuição da probabilidade de cessação. Para os autores, esses achados têm implicações em termos de políticas sociais e econômicas, as quais devem focalizar desigualdades socioeconômicas como forma de prevenir o hábito de fumar, sendo importantes para reduzir a prevalência do cigarro na população.

Eficácia das estratégias

LARANJEIRA e GIGLIOTTI (s/d) classificam os métodos para parar de fumar em diretos e indiretos. Os métodos diretos são aplicados por um profissional de saúde, utilizam fármacos e psicoterapia ou aconselhamento. Os métodos indiretos são aqueles que procuram influenciar o fumante a deixar de fumar sem um contato direto com ele, deslocando a ênfase do tratamento clínico para a saúde pública. Incluem-se neste caso as campanhas educacionais, normas proibindo o fumo em restaurantes, teatros e cinemas, aplicação de impostos elevados ao cigarro. Segundo os autores, essas intervenções focalizam a comunidade, são mais econômicas, embora alcancem percentuais mais baixos de abstinência. Por outro lado, como atingem um número maior de fumantes, conseguem um nível absoluto de abandono mais alto e têm impacto maior sobre a morbidade e mortalidade. Os autores observam que a maioria dos fumantes prefere tentar parar de fumar sozinha, de modo que os métodos diretos são usados apenas por aqueles que não conseguiram parar por si mesmos.

Revisão realizada por LANCASTER e colaboradores (2001) procurou responder à pergunta “As intervenções para o abandono do cigarro são efetivas?”. Uma das revisões, realizada sobre 31 pesquisas, com 26.000 participantes, examinou o conselho simples dado por médicos durante o atendimento de rotina mostrando que isso foi o suficiente para aumentar as taxas de abandono. Outra revisão de aconselhamento individual realizado por enfermeiras também mostrou taxas mais altas de paradas. Da mesma forma, intervenções comportamentais – sob a forma de aconselhamento individual e terapia de grupo mostraram que elevam as taxas de abandono. A terapia de grupo foi mais efetiva do que materiais de auto-ajuda. Todas as formas de terapia de reposição de nicotina foram efetivas, da mesma forma que o uso dos antidepressivos. Os autores concluem que o aconselhamento por médicos e enfermeiras, terapias comportamentais (aconselhamento individual e terapia de grupo), reposição de nicotina e intervenções farmacológicas aumentam a taxa de sucesso no abandono do cigarro.

O Guia para Tomada de Decisões Informadas (CDC, s/d) diz que métodos de auto-ajuda com materiais não interativos não são prováveis de levar à cessação do hábito se implementados sozinhos e que, por isso, devem ser usados em conjunto com outra intervenção (aconselhamento por telefone, na clínica, programas grupais).

Quanto à auto-ajuda com apoio interativo de computador, é usada para avaliar o comportamento do fumante e sua motivação para parar de fumar. A intervenção, em seguida, usará estratégias de mudança de comportamento que promovam a cessação, mas de modo a adaptar o aconselhamento. Segundo o guia, no entanto, a utilidade dessas abordagens sobre a cessação de fumar é desconhecida e, quando avaliada sobre fumantes adultos, teve resultado inexpressivo.

VISWESVARAN e SCHMIDT, da Universidade de Iowa, conduziram metanálise de 633 estudos, envolvendo 71.806 pessoas, procurando comparar a eficácia dos métodos para parar de fumar. O resultado sugere que os métodos de auto-ajuda não parecem ser tão efetivos como os de intervenção formal. O acumulado de taxas de abandono de todos os grupos de controle disponíveis indicou que na média, 6,4% dos fumantes abandonam o cigarro sem qualquer intervenção. No entanto, alguns estudos contradizem esses resultados. Para HUGHES (1999), certas crenças sobre tabagismo são prejudiciais porque afastam os fumantes do tratamento (clínico), a saber: que a maioria dos fumantes quer parar de fumar; que a maioria pára de fumar por seus próprios meios; que as taxas de sucesso no tratamento são baixas; que a medicação só funciona com terapia psicossocial.

Na Espanha, trabalho desenvolvido por GONZÁLEZ-ENRÍQUEZ e colaboradores (2001), visando estimar as mortes evitáveis e economia de gastos sanitários como resultado de um plano combate ao tabagismo calcula que seja de 7,2% a eficácia global média da intervenção proposta, em termos de abandono do hábito. Considerando-se apenas o esforço pessoal, os autores avaliam que a taxa é de 1% e a obtida com o uso do antidepressivo Brupopion é de 30%. Para os autores, apesar do baixo percentual de fumantes que abandonam o hábito na Espanha, bem como a limitada eficácia global da intervenção proposta por eles, o impacto é muito grande sobre a morbidade e mortalidade da população. Eles consideram que a disponibilidade de novas formas de intervenção, com o uso de fármacos poderá contribuir de maneira importante para a redução da mortalidade e da morbidade e dos custos sanitários associados ao tabagismo na Espanha.

Trabalhos clínicos

ANDERSON e colaboradores (2002) recomendam que a dependência do tabaco seja considerada uma condição crônica que frequentemente requer intervenção repetida, mas que tratamentos efetivos existem e podem produzir abstinência permanente. Para eles, na perspectiva dos clínicos, pacientes que querem experimentar deixar o tabaco devem receber tratamentos e aqueles que não querem parar de fumar devem receber uma intervenção breve para aumentar sua motivação para deixar o cigarro.

Estratégias para deixar de fumar têm sido objeto de estudos na área da psicologia clínica. GUIMARÃES et al (2001) dizem que o termo “força de vontade” comumente associado ao sucesso do abandono do cigarro é vago, de modo que os profissionais de Terapia Cognitivo-Comportamental o têm substituído por conceitos tais como recursos, habilidades, condutas ou estratégias. Estudos realizados confirmaram a eficácia dessas estratégias no abandono do hábito de fumar, que preparam o sujeito para adequadamente enfrentar ou manejar as situações de risco. As habilidades de enfrentamento podem ser cognitivas como, por exemplo, avaliar as consequências positivas por ter abandonado o cigarro ou comportamentais, como distrair-se. Segundo

os autores, para desenvolver um recurso de enfrentamento o sujeito precisa identificar as situações em sente maior necessidade de fumar. É muito importante verificar para cada pessoa se a estratégia mostra-se eficaz, pois, em caso negativo, a orientação do tratamento é no sentido de mudar a estratégia. É importante desenvolver e treinar o desenvolvimento dessas estratégias de enfrentamentos das situações de risco para suportar a ansiedade pelo cigarro.

Ainda no campo da Psicologia clínica, MARINHO e colaboradores (2005) dizem que no máximo quarenta por cento dos fumantes conseguem abandonar o cigarro, mesmo tendo ajuda de vários profissionais. Por outro lado, manter a abstinência constitui a tarefa mais difícil, porque o fumante desconhece os fatores de risco que o levam a crises de recaída. O hábito de fumar parece ser uma forma de o fumante buscar a redução de emoções negativas (raiva, tristeza e ansiedade). Partindo dessas constatações, os autores implementaram um modelo de atendimento psicológico em grupo para o abandono do cigarro, visando à prevenção de recaída e por meio do desenvolvimento de habilidades para manejar a abstinência, as recaídas, as emoções e pensamentos automáticos negativos. A intervenção divide-se em duas etapas: a primeira tem como objetivo levar à parada do hábito de fumar; a segunda visa manter os ex-fumantes nessa condição, focalizando principalmente as recaídas durante esse período. Nessa primeira etapa de intervenção, os pacientes são auxiliados a identificar as situações que provocam a ansiedade, anotando o consumo diário dos cigarros, identificando as situações nas quais eles fumam e qual a natureza das emoções a elas vinculadas. Em seguida, os membros do grupo são orientados a enfrentar essas situações desenvolvendo habilidades específicas de manejo das emoções negativas (ansiedade, tristeza e raiva), sem ter que acender um cigarro. Isso é feito através de técnicas cognitivas e de relaxamento, com o objetivo de levar a uma quebra de hábitos automáticos relacionados ao fumar e induzir uma mudança de vida, necessária à manutenção do abandono. São focalizados os sucessos, com reconhecimento das estratégias bem sucedidas e os insucessos, sendo que o foco na etapa de manutenção é avaliar e reestruturar os pensamentos automáticos negativos que interferem na manutenção da abstinência.

Além da psicoterapia, os tratamentos mais recentes têm-se utilizado largamente da terapia de reposição de nicotina, especialmente na área clínica, com resultados muito animadores. Num trabalho realizado por ISSA *et al* (1998) foram avaliados, consecutivamente, 100 pacientes (50 homens e 50 mulheres), incluindo consulta médica, aplicação de escore para definição do grau de dependência à nicotina, determinação da concentração de monóxido de carbono expirado e peso corpóreo. Usaram-se adesivos entre oito e 12 semanas, com redução progressiva da concentração do teor de nicotina - 21, 14 e 7mg - até a suspensão. A taxa de abstinência um ano após o início do tratamento foi de 41%, confirmada pela concentração do monóxido de carbono. Os autores defendem a intervenção sobre o tabagismo em rotina de atendimento cardiológico, indicando que adesivos de nicotina são seguros, bem tolerados, devendo ser utilizados, mais freqüentemente, no auxílio aos fumantes, para deixarem de fumar.

LANDO e GRITZ (1996) consideram uma importante responsabilidade dos profissionais de saúde em geral advertir os fumantes a pararem de fumar, o que significa que eles devem estar a par de programas e métodos de cessação. Os programas assistidos mais efetivos empregam múltipla intervenção, primeiramente

comportamental, mas também farmacológica, sob a forma de reposição de nicotina, que provaram serem efetivos.

Comunicação de massa/ Auto-ajuda

Entre junho de 1998 e maio de 1999, o Departamento de Pesquisa em Tabagismo e pelo Instituto Nacional de Enfermidades Respiratórias do México realizou um projeto para verificar os efeitos de uma campanha de comunicação de massa antifumo e estratégias alternativas, comparando estratégias usando adesivo de nicotina. Estimou-se que 1853 fumantes tentaram deixar o cigarro e que 96 por dia tiveram sucesso. Como conclusão, avaliou-se que os meios de comunicação de massa têm um efeito poderoso nas práticas de cessação (SANSORES et al, 2002).

Baseados na bibliografia, ETTER (2001) observa que livretos e panfletos de auto-ajuda para deixar de fumar não são muito efetivos. Por outro lado, ele acredita que a combinação de computadores e teoria psicológica pode produzir materiais e disseminá-los de forma individualizada, levando em conta as características de cada participante, de modo que os participantes se interessem mais em ler esses materiais do que informações genéricas, tendo, assim, maior probabilidade de aplicar os conselhos, os quais seriam, portanto, mais efetivos. Os participantes dessa pesquisa eram visitantes do Stop-tabac.ch, um site que oferece informação, conselhos e apoio a fumantes e ex-fumantes. Diversos serviços são disponibilizados no site, como informações, livretos, respostas a perguntas frequentes e histórias pessoais, fóruns de discussão e salas de bate-papo e dois programas para parar de fumar. O programa original foi baseado no Modelo Transteórico de Mudança, segundo a qual situação de cada fumante foi classificada em etapas, seguinte forma:

- Pré-contemplação: Nenhuma intenção de deixar de fumar nos próximos seis meses.
- Contemplação: Seramente considerando deixar de fumar nos próximos seis meses;
- Preparação: Decidiu deixar de fumar nos próximos 30 dias.
- Ação: Deixou de fumar por seis meses ou menos.
- Manutenção: Deixou de fumar por mais de seis meses.

Respondido um questionário *on-line*, os participantes receberam uma carta adaptada às suas características. A taxa de abstenção por sete dias foi de 14,6%, mais alta em comparação a uma versão modificada, que usou um questionário mais curto, uma carta com mais informação sobre o produto e sobre dependência de nicotina e menos informação sobre riscos de saúde e estratégias de enfrentamento.

SCHWARTZ (1992) diz que a maioria dos fumantes que conseguem deixar o hábito o fazem por conta própria, mas muitos usam programas de cessação em algum ponto de sua história de fumante. Alguns são ajudados por livros, fita ou algum produto, enquanto outros recebem ajuda de campanhas pelos meios de comunicação de massa. Para o autor, a estratégia mais custo-efetiva para parar de fumar é auto-cuidado, que inclui deixar por conta própria e pode também incluir uma ajuda como um guia para deixar de fumar. Fumantes mais dependentes da adição procuram mais frequentemente programas formais depois de tentar parar diversas vezes. As taxas de abandono podem

ser melhoradas se clínicos oferecerem mais ajuda, como aconselhamento, apoio, do que simples advertência

KORHONEN et al (1998), relatam o impacto da comunicação nas tentativas de parar de fumar no Projeto da Karelia do Norte, na Finlândia, revelando que a exposição a mensagens de saúde pelos meios de comunicação de massa foi significativamente associada com as tentativas de parar de homens. Por outro lado, as comunicações interpessoais ou influência social constituíram uma determinante significativa de tentativas de parar de ambos os sexos. A exposição aos meios combinada com a comunicação interpessoal sobre saúde teve um impacto ainda maior sobre as tentativas de parar de fumar, o que levou os pesquisadores a considerar a comunicação interpessoal como um catalisador importante dos programas comunitários, que deve ser enfatizado para obter um impacto maior nos projetos comunitários.

Na mesma direção da valorização dos canais interpessoais apontam os resultados de uma revisão analítica de literatura desenvolvida por McDONALD (1991), buscando identificar as variáveis que melhoram o recrutamento em programas comunitários de cessação do cigarro. Estudos usando canais interativos como telefone e comunicação interpessoal foram 66,5 vezes mais efetivos do que aqueles que usaram comunicação de massa ou mala direta. O autor conclui que maior atenção deve ser dada a métodos de recrutamento, pois os canais interpessoais têm sido subutilizados e aparecem como muito promissores em programas para fumantes que queiram parar.

Estudo realizado por ALTMAN et al (1987) analisou a relação de custo-efetividade e distribuição de custos por estágio de três programas de cessação: uma aula de cessação; um concurso de deixar de fumar baseado em incentivo e um conjunto de auto-ajuda para parar de fumar. O programa de auto-ajuda teve o menor custo total, a menor taxa percentual de abandono, o menor requerimento de tempo dos participantes e foi o mais custo-efetivo. O programa mais efetivo foi a aula de cessação, mas também o que requereu mais tempo dos participantes, teve o mais alto custo total e foi o menos custo-efetivo. O concurso ficou entre os outros dois programas em custos totais, taxa percentual de abandono do cigarro e custo-efetividade e requereu menos tempo de compromisso dos participantes que o programa de auto-ajuda. Essas descobertas são interpretadas no contexto de intervenção baseada na comunidade, na qual se argumenta que custo-efetividade deva ser o único entre diversos fatores a determinar a seleção de programas para parar de fumar.

Metanálise realizada por LANCASTER e STEAD (2002) com 51 pesquisas, sendo 32 comparando materiais de auto-ajuda a nenhuma intervenção ou a materiais testados usados em apoio a aconselhamento. Em 11 testes nos quais a auto-ajuda foi comparada a nenhuma intervenção houve um efeito em conjunto que alcançou significância estatística. Quatorze avaliações usando materiais adaptados às características de fumantes individuais trouxeram evidência de que esses materiais personalizados foram mais efetivos do que materiais padronizados. Os autores concluem que materiais de auto-ajuda podem aumentar as taxas de abandono do cigarro em comparação a nenhuma intervenção, mas o efeito é provavelmente pequeno. Por outro lado, há evidência de que materiais modelados para fumantes individuais são mais efetivos.

Em uma revisão de tratamentos do uso do tabaco, BRANDON (2001) diz que os tratamentos comportamentais futuros deverão provavelmente enfatizar intervenções mínimas, via Internet, materiais escritos e telefone, planejados para amplo impacto em termos de saúde pública. Isso deverá ocorrer em razão da realidade do acesso limitado dos pacientes às abordagens tradicionais, mas para que essas intervenções mínimas tenham sucesso precisarão ser baseadas em boa teoria e pesquisa empírica sobre aprendizagem, comunicação e mudança de comportamento. Intervenções intensivas só serão feitas visando subgrupos específicos de fumantes com necessidade e motivação para fazer uso delas, como os dependentes pesados de nicotina, mulheres grávidas, inclinados à depressão e pacientes médicos. Para o autor, deverá haver também um apagamento das distinções muito rígidas entre intervenções comportamentais, farmacoterapia e abordagens comunitárias, à medida que se desenvolvam estratégias multidimensionais de cessação.

Considerações sobre a revisão

A revisão põe em evidência a importância dos programas de cessação do hábito de fumar, bem como sua efetividade variável. No que diz respeito à comunicação em saúde, que dissemina métodos de auto-ajuda, estes são os de primeira escolha para atendimento de massa, apesar de serem menos efetivos em comparação com métodos diretos ou de terapias individualizadas, que, no entanto, são utilizados por uma minoria. Os métodos de auto-ajuda provavelmente têm o impacto demográfico mais importante no conjunto da sociedade, porque a maioria dos ex-fumantes pára por iniciativa própria, eventualmente, com a ajuda de algum método popular ou guia de sugestões.

Outro ponto bem destacado com relação à auto-ajuda é que os computadores, na medida em que podem adequar as instruções do programa segundo o perfil dos usuários, são capazes de alcançar resultados melhores em termos de abandono do hábito de fumar que os impressos.

Igualmente, todos os estudos que utilizaram terapia de reposição de nicotina apresentaram resultados superiores, sugerindo que esse método deva ser combinado com as diversas abordagens, uma vez que aumenta a taxa de sucesso.

O estudo da variável status sócio-econômico sugere os jovens das camadas mais pobres precisam de maior atenção das iniciativas de prevenção e das campanhas para abandonar o cigarro, por serem mais vulneráveis ao hábito de fumar.

Um problema complexo para as abordagens de cessação do hábito de fumar é manter os ex-fumantes abstinidos, pois as recaídas são freqüentes. Por isso, programas complementares, de acompanhamento e apoio são necessários, embora tratem com uma situação mais complicada do que, simplesmente, parar de fumar, que pode ser visualizada como a suspensão do cigarro em uma data estabelecida, quando o fumante está motivado a deixar o hábito.

Apesar da complexidade do problema de parar de fumar, é preciso lembrar que uma parte considerável dos fumantes vai deixar o hábito definitivamente, em algum momento da vida. O papel dos programas de apoio parece apresentar, portanto, as seguintes tarefas:

1 – Estimular os fumantes a anteciparem a decisão de parar, preferencialmente antes de apresentarem problemas de saúde, enfatizando a importância dessa decisão para o bem-estar individual e social.

2 – Oferecer aos fumantes sugestões e estímulos durante o processo de parar de fumar, como métodos para parar e estratégias de enfrentamento da ansiedade pelo cigarro.

3 – Estimular o fumante a retornar as tentativas, em caso de recaída no consumo de cigarros, enfatizando, por exemplo, que a recaída é parte do processo de parar de fumar, não significando um fracasso moral.

No caso da comunicação em saúde, essas tarefas têm de ser realizadas exclusivamente mediante uma abordagem cognitiva – ou seja, por meio de informações e sugestões de estratégias bem-sucedidas com outros fumantes. Esta é uma limitação dos programas, que pode ser contornada por meio de iniciativas em conjunto com profissionais da rede de saúde, como psicólogos, enfermeiros, aconselhadores e médicos ou em parceria com iniciativas comunitárias. Nos dois casos, os materiais (impressos, páginas de Internet, por exemplo) poderiam ser produzidos centralizadamente pelos responsáveis pelo programa e aplicados pelos organizadores locais, em abordagens interpessoais.

Bibliografia

ABDULLAH, A.S.M.; HUNSTEN, C.G. Promotion of smoking cessation in developing countries: a framework for urgent public health interventions. *Thorax* 2004;59:623-630.

ALTMAN, D.G; FLORA, J.A.; FORTMANN, S.P.; FARQUHAR, J.W. The cost-effectiveness of three smoking cessation programs. *American Journal of Public Health*, Vol 77, Issue 2 162-165.

ANDERSON, J.E.; JORENBY, D.E.; SCOTT, W.J.; FIORE, M.C. Treating Tobacco Use and Dependence. An Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Tobacco Cessation. *Chest*. 2002;121:932-941.

BRANDON, T.H. Behavioral Tobacco Cessation Treatments: Yesterday's News or Tomorrow's Headlines? *Journal of Clinical Oncology*, Vol 19, Issue 90001 (September),2001:64s-68s.

BRITTON, J. Smoking cessation services: use them or lose them. *Thorax* 2004;59:548-549.

BURNS, D.M. Reducing tobacco use: what works in the population? *Journal of Dental Education*, 2002 Vol 66, Issue 9, 1051-1060.

CDC Youth Tobacco Cessation: *A Guide for Making Informed Decisions* National Center For Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Disponível em: http://www.cdc.gov/tobacco/educational_materials/cessation/youth_cess/index.htm
Acesso em 14/04/05.

DAVIS, R.M.; MONACO, K.; ROMANO, R.M. National programs for smoking cessation. *Clin Chest Med.* 1991 Dec;12(4):819-33.

ETTER, J.F. Comparing the Efficacy of Two Internet-Based, Computer-Tailored Smoking Cessation Programs: A Randomized Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 2005 Mar 8;7(1):e2. Disponível em: <http://www.jmir.org/2005/1/e2/>

ETTER, J.F.; PERNEGER, T.V. Effectiveness of a computer-tailored smoking cessation program: a randomized trial. *Arch Intern Med.* 2001 Nov 26;161(21):2596-601.

FISHER, E.B.; LICHTENSTEIN, E.; HAIRE-JOSHU, D.; MORGAN, G.D.; REHBERG, H.R. Methods, successes, and failures of smoking cessation programs. *Annu Rev Med.* 1993;44:481-513.

GILMAN, S.E.; ABRAMS, D.B.; BUKA, S.L. Socioeconomic status over the life course and stages of cigarette use: initiation, regular use, and cessation. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003;57:802-808.

GONZÁLEZ-ENRÍQUEZ; SALVADOR-LIVINA, T.; LÓPEZ-NICOLÁS, A.; ANTÓN DE LAS HERAS, E. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. *Gac Sanit* vol.16 no.4 Barcelona July/Aug. 2002.

GUIMARÃES, A.D.; OLIVA, A.D.; FALCONE, E.; MACHADO, R.S.; MARINHO, V.R. *Aplicações da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos psicológicos.* Disponível em: http://www.sbt.org.br/1a_mostra_tcc_mesa_redonda.doc Acesso em 24/10/2005.

HUGHES, J.R. Four beliefs that may impede progress in the treatment of smoking. *Tob Control* 1999;8:323-326 (Autumn).

ISSA, J.S.; FORTI, N.; GIANNINI, S.D.; DIAMENT, J. Intervenção sobre Tabagismo Realizada por Cardiologista em Rotina Ambulatorial. *Arq. Bras. Cardiol.* vol.70 n.4 São Paulo Apr. 1998.

KENFORD, S.L.; FIORE, M.C.; JORENBY, D.E.; SMITH, S.S.; WETTER, D.; BAKER, B. Predicting smoking cessation. Who will quit with and without the nicotine patch. *JAMA*, Vol. 271, n. 8, fev, 1994.

KORHONEN, T.; UUTELA, A.; KORHONEN, H.J.; PUSKA, P. Impact of mass media and interpersonal health communication on smoking cessation attempts: a study in North Karelia, 1989-1996. *J Health Commun.* 1998 Apr-Jun;3(2):105-18.

LANCASTER, T.; STEAD, L.; SILAGY, C. et al. Review: various interventions increase smoking cessation rates. *Evidence-Based Medicine* 2001; 6:43.

LANCASTER, T.; STEAD, L.F. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(3):CD001118.

LANDO, H.A.; GRITZ, E.R. Smoking cessation techniques. *J Am Med Womens Assoc.* 1996Jan-Apr; 51(1-2):31-4,47.

LARANJEIRA, R.; GIGLIOTTI, A. Tratamento da dependência da nicotina. Disponível em http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1_02.htm. Acesso em 8/09/05.

MARINHO, V.R.; FALCONE, E.M.O.; OLIVA, A.D.; GUIMARÃES, A.D.; MACHADO, R.S. *Um programa cognitivo-comportamental para o abandono do cigarro.* Disponível em http://www.sbtc.org.br/1a_mostra_tcc_mesa_redonda.doc Acesso em 24/10/2005.

MCDONALD, P. W. *Population-Based Recruitment for Quit-Smoking Programs: An Analytic Review of Communication Variables.* Available on line 2002.

MONSÓ, E.; CAMPBELL, J.; TØNNESEN, P.; GUSTAVSSON, G.; MORERA, J. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tob Control* 2001;10:165-169 (Summer).

OSLER, M.; PRESCOTT, E. Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults. *Tob Control* 1998;7:262-267(Autumn)

RAW, M.; LARANJEIRA, R. Prevenção da dependência da nicotina: uma prioridade de saúde pública. *Rev. Bras. Psiquiatr.* Vol. 23 no.1 São Paulo Mar 2001.

SANSORES, R.H.; GIRALDO-BUITRAGO, F.; VALDELAMAR-VAZQUES, F.; RAMÍREZ-VENEGAS, A.; SANDOVAL, R.A. Impact of mass communication media on an anti-smoking campaign. *Salud Publica.* Mex. 2002;44 Suppl 1:S101-8.

SCHWARTZ, J.L. Methods of smoking cessation. *Med Clin North Am.* 1992 Mar;76(2):451-76.

VISWESVARAN, C.; SCHMIDT, F.L. A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. *J Appl Psychol.* 1992 Aug;77(4):554-61.

WARNER, K.E.; MACKAY, J. The global tobacco disease pandemic: nature, causes and cures. *Global Public Health*; 1(1):65-86, 2006.

WOODRUFF, S.I.; TALAVERA, G.A.; ELDER, J.P. Evaluation of a culturally appropriate smoking cessation intervention for Latinos. *Tobacco Control.* 2002;11:361-367