

ÁLCOOL, TABACO, MACONHA E CIGARROS ELETRÔNICOS

Organização
João Paulo Becker Lotufo

DROGAS PEDIÁTRICAS

2ª Edição

Designer Editorial Luís Otávio Ferreira
Preparação e Revisão Maria Eduarda Paixão Alves

Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida, sejam quais
forem os meios, sem a permissão, por escrito, dos autores.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecária Juliana da Silva Mauro – CRB6/3684

A354 Álcool, tabaco, maconha e cigarros eletrônicos : drogas pediátricas
/ Alberto José de Araújo ... [et al.] ; organizado por João Paulo
Becker Lotufo. - Belo Horizonte : Design Ultra Simples, 2024.
228 p. : il. ; 23 cm..

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-83153-02-9

1. Álcool. 2. Tabaco. 3. Maconha. 4. Cigarros eletrônicos. 5. Drogas pediátricas.
I. Araújo, Alberto José de. II. Lotufo, João Paulo Becker. III. Título.

CDU: 615.85

CDD: 615.7

Índices para catálogo sistemático:

1. Substâncias psicoativas 615.85
2. Substâncias psicoativas 615.7

Agradecimentos

A toda a equipe do grupo antitabágico do HU USP, por todos que já passaram por lá, e aos remanescentes que ainda insistem em manter o ambulatório de pé.

À **Sociedade Brasileira de Pediatria**, por todo o apoio nestes anos de combate ao uso precoce de drogas na infância e adolescência.

A todos os colegas que vestiram a camisa dessa frente de prevenção de drogas

Homenagens



DR. JOSÉ ROSEMBERG

Quando o convidei para palestrar na primeira mesa sobre tabagismo no congresso de Pneumologia Pediátrica em Natal, há mais de 20 anos, havia 4 médicos na sala. Ele me disse: Não ligue para isso. Não desanime. Quando eu comecei também eram 4 clínicos. Foi o primeiro incentivador do meu trabalho. Hoje, o assunto chama atenção de 300 a 400 pediatras em cada congresso. *In memoriam.*



DR. SÉRGIO LEBEIS NASCIMENTO

O maior poço de conhecimento na área médica que eu conheci. Não tinha títulos acadêmicos, mas foi quem mais me ensinou pediatria. Era um "rato de biblioteca" como dizia. Responsável pela pediatria do HU USP por anos. *In memoriam.*



DR. ALBERTO JOSÉ DE ARAUJO

Parceiro de luta. Foi quem me introduziu na Comissão de Drogas Lícitas e Ilícitas do CFM. Grande conhecedor da história do tabagismo, fizemos muito advocacy no Congresso Nacional, conversando com vários deputados e senadores. Saudoso parceirão. Terminava seus WhatsApp's com "ABRAÇO FORTE". Repito isto até hoje. *In memoriam.*



DRª LUIZEMIR LAGO

Responsável pela instalação e cobrança da lei ambiente livre do cigarro em São Paulo, 2009. Chefiou a CEPALT (Comissão Estadual Pró Ambiente Livre do Tabaco), que assessorou o governador José Serra na época. Gostava de citar o meu primeiro livro "Tabagismo, uma doença pediátrica". *In memoriam*.



DR. JOSÉ DIRCEU RIBEIRO

Amigo, incentivador, grande professor e "paizão de todos". Quem me introduziu na Sociedade Brasileira de Pediatria. Enviou residentes da UNICAMP ao ambulatório de tabagismo do HU USP para replicarem o programa em Campinas.

- II **PRÓLOGO**
Clóvis Francisco Constantino
- 13 **APRESENTAÇÃO**
José Dirceu Ribeiro
- 15 **INTRODUÇÃO**
João Paulo Becker Lotufo
- 18 **SITUAÇÃO DAS DROGAS ENTRE MENORES DE 18 ANOS:
ENSINO FUNDAMENTAL E ENSINO MÉDIO**
João Paulo Becker Lotufo
- 31 **TABAGISMO, SUA HISTÓRIA ATÉ OS DIAS ATUAIS**
Alberto José de Araújo
- 64 **COMO TORNAMOS O BRASIL LIVRE DE FUMO —
HISTÓRICO DE APROVAÇÃO DA LEI ANTIFUMO**
Mônica Andreis
Paula Johns
- 75 **TABAGISMO E DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA TÊM TRATAMENTO?**
Dr. Frederico Leon Arrabal Fernandes
Guilherme Ward Leite
- 90 **"CAUSOS DO DR BARTÔ"**

- 91 **CIGARRO ELETRÔNICO E NARGUILÉ – O QUE PRECISAMOS SABER?**
Stella Regina Martins
- 105 **"CAUSOS DO DR BARTÔ"**

- 108 **O QUE PRECISAMOS SABER SOBRE A MACONHA**
João Paulo Becker Lotufo
- 116 **"CAUSOS DO DR BARTÔ"**

- 117 **O USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIA DE ABUSO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA – UMA DOENÇA PEDIÁTRICA**
Ana Cecilia Petta Roselli Marques
- 136 **SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL**
Edna Maria de Albuquerque Diniz
- 144 **DR. BARTÔ E OS DOUTORES DA SAÚDE: INTERVENÇÃO NAS ESCOLAS – PROJETO PILOTO**
João Paulo Becker Lotufo
João Paulo Becker Lotufo Jr.
- 157 **"CAUSOS DO DR BARTÔ" NAS ESCOLAS**

- 159 **COMO A ODONTOLOGIA PODE AJUDAR NA LUTA CONTRA O ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**
Cláudio Mendes Pannuti
Thaís Emilia da Silva
Milena Quesada Passos
Carlos Yuji Ramos Okoshi
Isabella Souza Ferri
- 168 **"CAUSOS DO DR BARTÔ"**

- 169 **ACONSELHAMENTO BREVE OU INTERVENÇÃO BREVE NA PREVENÇÃO DE DROGAS E GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA**
João Paulo Becker Lotufo
Rafael Yanes Rodrigues da Silva

- 177 **COMO UTILIZAR O SITE WWW.DRBARTO.COM.BR
PARA O ACONSELHAMENTO BREVE**
- 182 **"CAUSOS DO DR BARTÔ"**

- 183 **RELIGIÃO, ESPIRITUALIDADE E OS PROBLEMAS
COM ÁLCOOL E DROGAS**
Francisco Lotufo Neto
Zenon Lotufo Jr.
- 192 **"CAUSOS DO DR BARTÔ"**

- 193 **FATORES IMPORTANTES NA PREVENÇÃO DO CONSUMO
DE TABACO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**
Edinalva Cruz
- 206 **ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA INICIAÇÃO ÀS DROGAS
E PREVENÇÃO COM JOVENS E FAMÍLIA**
Sílvia Maria de Carvalho
- 215 **COMO FORMAR UM SERVIÇO TERAPÊUTICO
PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO**
Ana Lúcia Mendes Lopes
Lislaine Aparecida Fracolli
Selma Maria Mena Romeiro Nishimura
Lázara Maria Marques Ravaglio
Nívia Giacomini Fontoura Faria
- 227 **EXPERIÊNCIAS DO AMBULATÓRIO ANTITABÁGICO DO HU USP**

Prólogo

Prezados colegas pediatras,
Mais uma vez, todos estaremos diante de obra literária de grande importância para a segurança de nossas crianças e adolescentes.

O professor João Paulo Becker Lotufo, um especialista nas questões de drogas entre menores de 18 anos atualizou, nas folhas a seguir, essenciais conceitos e orientações.

Nesta atualização, foi incluído um importante acréscimo que são os cigarros eletrônicos.

Por incrível que pareça, depois de tanto progresso com a redução do uso do tabaco em cigarros tradicionais e os respectivos benefícios decorrentes e já constatados, há franca regressão com a chegada e a disseminação dos *vapers*, iludindo jovens incautos que fantasiam que tal hábito é inofensivo do ponto de vista de prejuízo à saúde. A DPOC (Doença pulmonar Obstrutiva Crônica) e a EVALI (*Eletronic or Vaping Acute Lung Injury*) são muito mais precoces em manifestações clínicas.

E o narguilé? Também está debatido aqui.

Como tornar o Brasil livre de fumo?

Tabagismo tem tratamento?

O que precisamos saber sobre maconha?

Uso de álcool, tabagismo e outras drogas psicotrópicas perfazem uma doença pediátrica: a especialidade Pediatria e sua Área de Atuação Medicina do Adolescente conhecem as implicações clínicas e sociais dessa entidade nosológica.

Não faltaria numa obra da envergadura desta, a nós reconduzida pelo professor Lotufo, a SAF (Síndrome Alcoólica Fetal) como discussão de grande importância para obstetras, médicos de família, generalistas, pediatras e cidadãos: é necessária a prevenção.

A sensibilidade do autor discute, em capítulo específico, a “religião, espiritualidade e os problemas com álcool e drogas”.

Colegas pediatras brasileiros, convido-os(as) à atualização científica.

Com meus melhores cumprimentos e os muitos parabéns, prezado Prof. João Paulo Becker Lotufo.

CLÓVIS FRANCISCO CONSTANTINO

Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP.

Apresentação

O livro “Álcool, tabaco, maconha e cigarro eletrônico são drogas pediátricas”, é um desfecho robusto, oriundo das qualidades de dedicação, altruísmo, perseverança, resiliência e entusiasmo nas humanidades e na luta antitabagista e humanidades do Professor Dr. João Paulo Becker Lotufo.

Álcool, drogas e tabaco, utilizados como hábito, compulsão, vício e dependência, podem causar doenças, diversos sofrimentos e mortes em um número expressivo de seres humanos. Uma das nossas armas na luta contra às drogas e ao tabagismo é ser a favor da vida, é a profilaxia utilizando conhecimento científico. É o que o Dr. João Paulo tem realizado há mais de 30 anos!

Tive o privilégio e a honra de acompanhar a carreira acadêmica e o trabalho robusto, incansável e constante do Dr. João Paulo desde o final da década dos anos 80, época em que trabalhamos juntos, nos Departamentos de Pneumologia Pediátrica (DPP). Primeiro, fomos colegas na Sociedade Paulista de Pediatria e, posteriormente, em duas gestões no DPP da Sociedade Brasileira de Pediatria. Também tive a satisfação de participar das bancas examinadoras do mestrado (1995) e do doutorado (2014) do Prof. João Paulo, ambos realizados na USP.

Nas atividades acadêmicas, ele sempre colocava o assunto em discussão e mostrava a todos a importância de entender, divulgar e propagar a ideia de que o tabagismo se inicia, na maioria dos indivíduos, na adolescência. Em alguns casos, na infância.

Dr. Lotufo fez viagens à Índia e a numerosos outros países, onde a luta contra o tabagismo acontecia em congressos e reuniões científicas, realizadas por entidades de saúde.

Sempre foi com muita admiração e respeito que tive e tenho a oportunidade de acompanhar a luta do João Paulo nestes últimos 30 anos. Podemos acessar o saber e o sabor científicos, ao ler sobre malefícios do álcool, tabaco, maconha e cigarro eletrônico, compilados na obra do Prof^o Lotufo. Essa leitura é uma oportunidade para maximizarmos a luta em favor da vida. É o que ele tem feito. E, por isso, lembrei de Bertold Brecht, que escreveu que:

“Há homens que lutam um dia, e são bons;

Há outros que lutam um ano, e são melhores;

Há aqueles que lutam muitos anos, e são muito bons;

Porém há os que lutam toda a vida”.

Estes são os imprescindíveis. O Prof. Lotufo é um destes.

JOSÉ DIRCEU RIBEIRO

MD-PhD.

Full Professor of Pediatrics.

Pediatric Pulmonology Area

State University of Campinas Medical School - UNICAMP

Center for Research in Pediatrics (CIPED)

Laboratory of Pulmonary Physiology -LAFIP

Fapesp and CNPQ Researcher

Introdução

■ niciei minhas atividades antitabágicas criando um ambulatório para cessação do tabaco para os pais fumantes de minhas crianças asmáticas. Desenvolvi este tema dentro da pediatria através de aulas e palestras sobre tabagismo passivo e ativo. Organizamos o primeiro livro “Tabagismo, uma doença pediátrica”.

No entanto, passei a atender também no consultório adolescentes com problemas com o álcool. Receber 6 casos de coma alcoólico de adolescentes de 14 anos no período de um ano é extremamente preocupante para um pediatra. Não estamos falando de receber “glicose” no pronto socorro, mas sim de coma alcoólico com risco de morte em adolescentes.

Nessa esteira terrível de acontecimentos, atendi mães preocupadas com seus filhos de 13 a 15 anos iniciados na bebida pelos seus maridos. O que deveriam fazer? O grande problema é que o pai do tipo “amigão” fornece bebida alcoólica aos filhos e se esquece de que eles vão tomar vodka com energético junto com os amigos. O problema é que, nessas situações, a quantidade será outra. As meninas querem bebida alcoólica em suas festas de 15 anos, pois os meninos ameaçam boicotar o evento. O que fazer? Perguntam as mães ao pediatra.

Na mesma época, recebi mães em dúvida sobre como deveriam se portar diante do uso de maconha por seus filhos de 13 ou 14 anos. Os relatos mostravam que os baseados eram encontrados frequentemente nas mochilas das suas “crianças”. Concomitantemente, atendi em um ano 4 casos de surto psicótico desencadeados por uso de maconha.

Dois destes adolescentes estão saudáveis, mas outros dois estão com sequelas graves: esquizofrenia e lesões cerebrais definitivas. Os problemas com as drogas já atingem a faixa etária atendida pelo pediatra, e

nem os pais e nem o próprio especialista estão habituados ou preparados para este tema.

Em questionário feito em 2007, num congresso de pediatras e pneumologistas pediátricos, notamos que havia 100% de desconhecimento dos médicos sobre os problemas e sobre o tratamento do tabagismo. O mesmo aconteceu em 2009. O nível de conhecimento do médico é igual ao do leigo nessa questão. O médico diz ao seu paciente: “não beba” ou “não fume”. Mas esta orientação é insuficiente. Precisamos orientar adequadamente a família de nossos pacientes e também tratar dos pais fumantes, explicando sobre o alcoolismo e sobre o uso de drogas.

Hoje, o cigarro eletrônico ocupa o mesmo espaço que o cigarro tradicional ocupou para nossos avós. Sabe-se de que é prejudicial à saúde, mas o consumo vem aumentando, principalmente em jovens. Está se criando um exército de jovens que serão dependentes da nicotina por muitos anos ou décadas. Lucro para as empresas e retrocesso na luta antitabágica no Brasil e no mundo.

Perder uma criança com 15 dias de vida por alta concentração de cocaína na urina, fruto de amamentação de uma dependente de crack nos leva a pensar o quão próximo de nós pediatras e médicos está a questão das drogas. Foi assim que criamos o ambulatório antitabágico do Hospital Universitário da USP, tratando os pais fumantes dos pacientes asmáticos. Recebemos diversos profissionais, como aprendizes enfermeiros, pediatras, pneumopediatras, dentistas, fisioterapeutas, assistentes sociais e psicólogas, a fim de que todos compartilhassem conhecimento na criação de serviços adequados em seus locais de trabalho. Estagiaram conosco enfermeiras do ICESP (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo), residentes da Prefeitura de São Paulo e da UNICAMP, além de outras pessoas interessadas no tema.

Costumo comparar a experimentação da droga nos jovens à epidemia de dengue. A cada 300 casos de dengue em 100 mil habitantes, consideramos a dengue uma epidemia. Em 100 mil jovens de 17 anos, poderemos ter 25 mil jovens que já experimentaram o tabaco, 60 mil em contato com o álcool, 20 mil utilizando maconha e 5 mil experimentando o crack. Estes são dados sobre experimentação de drogas nas escolas públicas no entorno da USP. E isto não é epidêmico?

Nossa luta na Sociedade Brasileira de Pediatria e na Sociedade de Pediatria de São Paulo tem sido de divulgar o assunto drogas para os pediatras. A primeira mesa foi no Congresso de Pneumologia Pediátrica em Natal, quando levei o Dr. Rosemberg, uma das maiores autoridades no assunto,

já com mais de 85 anos, e tivemos uma frequência de 4 pediatras nesta mesa. Ele me disse: “Lotufo, não se preocupe. Quando eu comecei a falar de tabagismo com os clínicos, também eram 4 que estavam me assistindo”. Já no Congresso Brasileiro de Pediatria em 2015 e, desde então, em todo congresso pediátrico que apresenta a questão das drogas em suas programações, tivemos audiência de até 400 pessoas em uma aula sobre cigarro eletrônico. Precisamos realçar a importância do tema das drogas para os médicos em geral. Estamos no caminho certo para que isso aconteça.

Atualmente, treinamos professores e profissionais da área médica de municípios numa carga horária de 8 a 16h, para que a própria equipe local trabalhe a questão da prevenção em relação às drogas. Nossa ênfase é no Aconselhamento Breve (AB).

Gostaríamos de que todas as Sociedades Médicas e Hospitais, além da área educacional assumissem esta luta, incluindo em suas consultas ou em aulas alguns minutos para transmitir noções sobre o problema das drogas, pois qualquer uma delas, iniciada antes do cérebro estar totalmente formado (21 anos), pode resultar em maior dependência, o que agrava as sequelas do usuário.

Assim surgiu este livro, para aumentar o conhecimento dos pais, professores e pediatras sobre o problema das drogas. A colaboração de vários especialistas foi imprescindível no aprimoramento das pesquisas realizadas sobre o uso do tabaco, do álcool e da maconha, e agora, também, do cigarro eletrônico, pois a experimentação está cada vez mais precoce, a partir de até antes dos 10 anos de idade.

Agradeço de coração a todos que participaram desta nova edição: “Álcool, Tabaco, Maconha e Cigarro Eletrônico - Drogas Pediátricas. (2024)

JOÃO PAULO BECKER LOTUFO

SITUAÇÃO DAS DROGAS ENTRE MENORES DE 18 ANOS: ENSINO FUNDAMENTAL E ENSINO MÉDIO

João Paulo Becker Lotufo

Doutor em Pediatria pela Universidade de São Paulo. Representante da Sociedade Brasileira de Pediatria nas ações de combate ao álcool, ao tabaco e às drogas. Responsável pelo Núcleo de Combate ao uso de Drogas por Crianças e Adolescentes na Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Membro da Comissão de Combate ao Tabagismo da Associação Médica Brasileira (AMB). Diretor Clínico do Hospital Universitário da USP. Responsável pelo Projeto Antitábagico do Hospital Universitário da USP. Responsável pelo Projeto Dr. Bartô e os Doutores da Saúde - Projeto de Prevenção de Drogas no Ensino Fundamental e Médio

■ niciei meus trabalhos antitabágicos após conhecer uma ONG em um Congresso Europeu que tornava os hospitais da Europa ambientes livres do tabaco, em 2001. Após 4 anos de trabalho, tornei o Hospital Universitário da USP Ambiente Livre do Tabaco (2005), 4 anos antes da implantação da Lei Ambiente Fechado Livre do Tabaco no estado de São Paulo. Junto com Dra Luizemir Lago, a quem aqui homenageio, e vários outros colegas, trabalhei na Comissão Estadual Pró-Ambiente Livre do Tabaco (CEPALT) que assessorou o governador José Serra nessa legislação. Meu primeiro livro, “Tabagismo, uma doença Pediátrica”.

Na mesma época atendi 6 pacientes, em um ano, com coma alcoólico aos 14 anos de idade, nas fatídicas festas de 15 anos. O fornecimento de bebida alcoólica aos menores de idade acontecia dentro de casa e sob os “cuidados” dos pais e pediatras. Logo em seguida presenciei 4 casos de surto psicótico desencadeados por maconha em adolescentes de 18 a 20 anos, sendo a questão do uso recreacional da maconha discutida com vários pacientes.

Entrevistei 250 pediatras, pneumopediatras e a população leiga no Congresso de Pneumologia Pediátrica do Rio de Janeiro e constatei que o conhecimento sobre tabagismo era nulo tanto por parte dos médicos quanto pela comunidade não médica do congresso.

Como pediatra, trabalhei em programas de prevenção. O governo só investia na Cracolândia e obtinha pouco êxito com seus programas, nada fazendo para corrigir essa falha. Assim, montei como piloto, um programa de prevenção de drogas para o ensino fundamental e médio em 10 escolas da zona oeste de São Paulo patrocinado pela Pró-reitoria de Cultura e Extensão da USP. Neste projeto relatado no último capítulo deste livro, obtivemos dados sobre a experimentação de drogas lícitas e ilícitas que relato a seguir.

Em trabalho já publicado em 2005, eu e colaboradores comprovamos a presença de cotinina urinária (derivado da nicotina) em 23,8% das crianças de 0 a 5 anos que frequentaram o pronto socorro de Pediatria do HU USP, apesar de cinquenta e um por cento das crianças serem fumantes passivas antes da Lei Ambiente Fechado Livre do Tabaco (2009). Os filhos de mães fumantes apresentaram maiores níveis de cotinina urinária, sendo esses níveis ainda mais elevados nos filhos de casais cujos pais eram fumantes.

O Brasil diminuiu nas duas últimas décadas o número de fumantes. “De acordo com a mais recente pesquisa Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco

e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), inquérito promovido pelo Ministério da Saúde anualmente, a parcela da população brasileira fumante acima de 18 anos caiu 28 % nos últimos oito anos. O Vigitel 2013 registrou que 11,3% da população brasileira era fumante, enquanto em 2006 o índice era de 15,7%. A frequência permanece maior entre os homens (14,4%) do que em mulheres (8,6%). A frequência das pessoas que fumam 20 ou mais cigarros também caiu – de 4,6% em 2006 para 3,4% em 2013. O percentual de fumantes passivos no domicílio passou de 12,7% em 2009 para 10,2% em 2013, e no local de trabalho passou de 12,1% para 9,8%.” Quem parou de fumar com as mudanças de legislação e ações televisivas foram preferencialmente os fracos dependentes de nicotina.

Consequente a isto, os fracos dependentes quase desapareceram dos centros de tratamento, onde atualmente predominam pacientes com média e forte dependência. Tal fato dificulta nosso trabalho, pois é mais difícil fazê-los parar de fumar.

O tabagismo é considerado doença (CID 10 F17.2) pela Organização Mundial da Saúde, desde 1992. Encará-lo desta maneira permitiu a implementação de programas de tratamento da dependência da nicotina no mundo. Dentro deste enfoque, a prevenção do tabaco é de extrema importância para a saúde das crianças. Estatísticas globais demonstram que 80 a 100 mil crianças no mundo iniciam todos os dias o vício no tabaco.

O grande problema é que o mundo acordou para essa questão, mas o álcool e a maconha ainda passam despercebidos como prejudiciais à saúde. Problemas sociais como o espancamento de mulheres, criança vitimizada geralmente por pais ou padrastos alcoolizados, tiros, facadas, brigas, atropelamentos, afogamentos, acidentes automobilísticos e até parte do desemprego são na sua maioria desencadeados pelo alcoolismo. A propaganda do cigarro foi retirada da televisão e rádio, mas a bebida alcoólica ocupa e sustenta a mídia esportiva assistida na televisão por crianças e jovens. O acesso ao jogo fácil também está ocupando espaço neste contexto.

O tabagismo, o álcool e a maconha são reconhecidos, atualmente, como os maiores problemas de saúde em todo o mundo. Ainda assim o consumo global do cigarro eletrônico e maconha está em ascensão, devido, especialmente, ao seu aumento em populações com condições socioeconômicas desfavoráveis. Além do seu impacto sobre a mortalidade, o consumo das drogas afeta financeiramente a família do usuário e encarece os serviços de saúde. O tabagismo já é considerado uma Doença Pediátrica. Hoje consideramos também álcool e maconha como doenças pediátricas, pois o seu

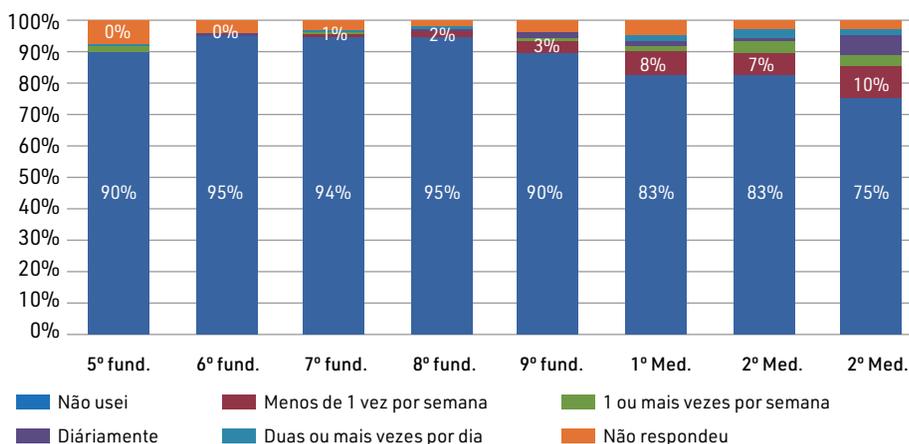
consumo começa muito cedo, quando os adolescentes ainda estão sob os cuidados dos pais e dos pediatras.

Foram entrevistados 3500 alunos de escolas públicas do ensino fundamental e médio de 10 escolas públicas no entorno do Hospital Universitário da USP, zona oeste da cidade de São Paulo:

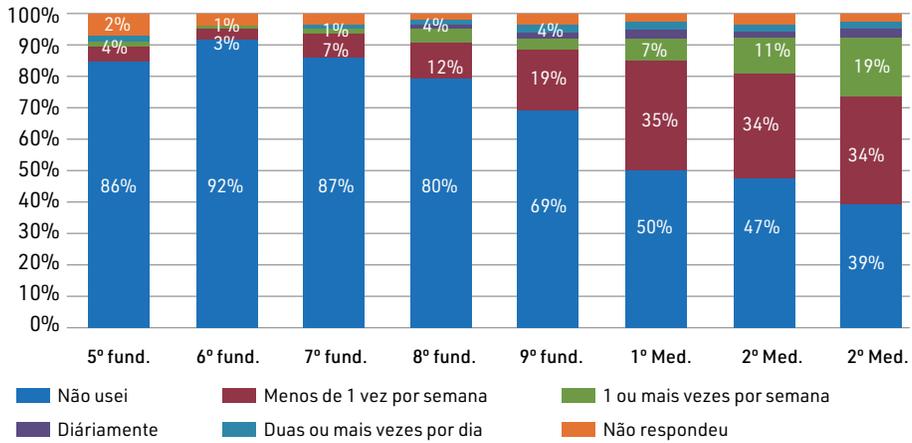
- × Escola de Aplicação da USP
- × EMEF Gen. Álvaro Silva Braga
- × Escola Estadual Alberto Torres
- × Escola Estadual José Liberatti (Osasco)
- × EMEF Luiz Eduardo Matarazzo
- × Escola Municipal Deputado João Hornos Filho
- × EMEF Teófilo Benedito Ottoni
- × Associação Cristão de Moços – ACM central
- × Escola Estadual Esmeralda Becker Freire Carvalho
- × Escola Municipal Deputado João Hornos Filho (noturno)

O quinto ano do ensino fundamental corresponde a crianças de 10 anos e o último ano do ensino médio a jovens de 17 anos. As faixas coloridas correspondem à porcentagem de jovens que já experimentaram a droga com exceção da cor laranja que corresponde à porcentagem de jovens que não responderam à pergunta sobre experimentação das drogas. A cor roxa e azul clara já mostra os dependentes, pois são usuários diários das drogas. A cor azul mais forte corresponde aos não usuários. Os resultados foram:

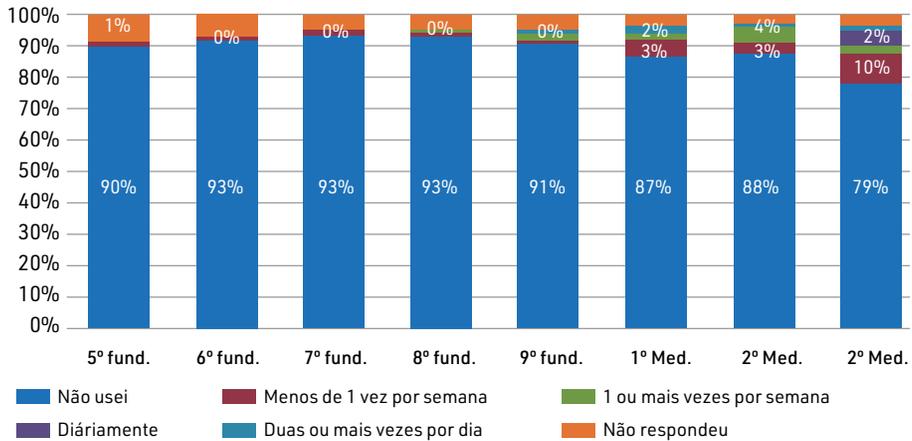
Frequência do uso de cigarro no ano / Ano escolar



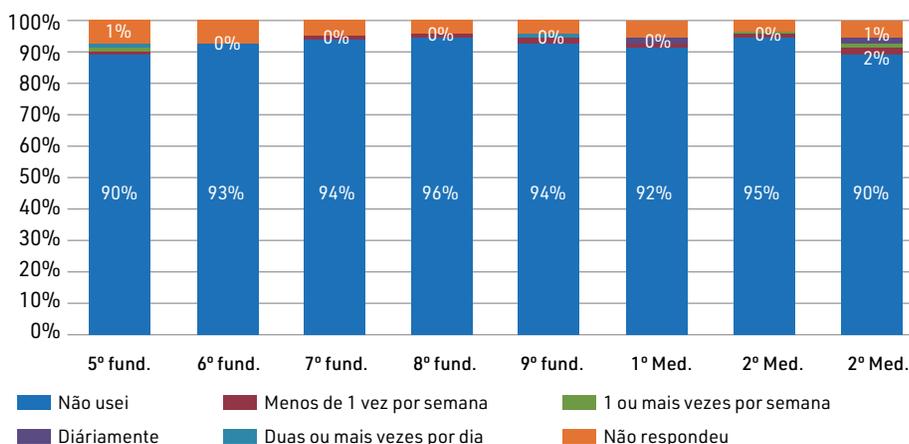
Frequência do uso de álcool no ano / Ano escolar



Frequência do uso de maconha ou haxixe no ano / Ano escolar



Frequência do uso de crack no ano / Ano escolar



Das 3500 entrevistas que fizemos por questionários com os adolescentes, dados de suas situações pessoais nos preocuparam, pois demonstraram uma situação frágil familiar:

- × 38% dos jovens têm pais separados
- × 4% são filhos de pai ou mãe falecidos
- × 93% dos alunos não têm nenhuma atividade cultural fora do período escolar
- × 91% não consideram ter espiritualidade

O início do uso de drogas é bastante precoce. Aos 10 anos de idade (quinto ano do ensino fundamental), já se verifica o início de uso de todas as drogas lícitas e o de algumas ilícitas. Aos 14/15 anos, temos uma diferença progressiva no início do uso de drogas e, ao final do ensino médio, 25% experimentaram cigarro, 59% ingeriram álcool, 20% já experimentaram maconha e 6% crack. Chamou atenção o fato de que o álcool é a droga mais utilizada entre todas as faixas etárias a partir dos 10 anos de idade. Em relação ao tabaco, 25% dos jovens de 17 anos já haviam experimentado a substância, algo superior ao índice de fumantes na população maior de 18 anos, segundo as últimas pesquisas nacionais.

Entre os jovens, o uso de narguilê, maconha e álcool não são encarados como nocivos à saúde. Sobre o narguilê, tais indivíduos dizem utilizar apenas a essência, desconhecendo o fato de que a substância é colocada junto ao tabaco para facilitar o vício e a dependência, mascarando o gosto ruim das primeiras tragadas, o que aumenta o consumo. O álcool é consumido por metade da população, mas 20% são “binge drinking”, ou seja, bebem

em excesso. Temos visto o alto número de mortes de adolescentes por abuso de álcool.

Sobre a maconha, a descriminalização da droga que ronda os EUA, o Uruguai e se inicia na Argentina, diminui o medo da droga e aumenta o seu uso. Indagados sobre qual droga dentre as 4 pesquisadas faria menos mal à saúde, as respostas em todas as escolas foram idênticas: maconha e álcool. O problema é que o álcool é a que mais mata a juventude com acidentes automobilísticos, afogamentos e comas alcoólicos. O governo paulista investe no tratamento das drogas ilícitas, principalmente o crack, mas o consumo de tabaco, álcool e maconha aumentou nesta população.

Próximo as metade dos brasileiros não ingeriu bebida alcoólica no último ano. O problema principal, entretanto, são os 20% (ou seja, 10% da população total) que bebem excessivamente. A luta contra a venda de álcool para menores de 18 anos avança pouco. A indústria da bebida é contra o álcool para menores de idade, mas não retira espontaneamente a propaganda de cerveja em horários de crianças assistirem televisão.

A maconha já está ocupando o espaço deixado pelo tabaco e o álcool é livremente utilizado por menores de idade, apesar de sua venda ser proibida até os 18 anos aqui no Brasil e até 21 anos nos EUA.

Consideram-se que os itens importantes para se evitar a droga nas famílias são a espiritualidade, a unidade familiar e o limite dentro de casa, as atividades culturais, as atividades sociais e as amizades.

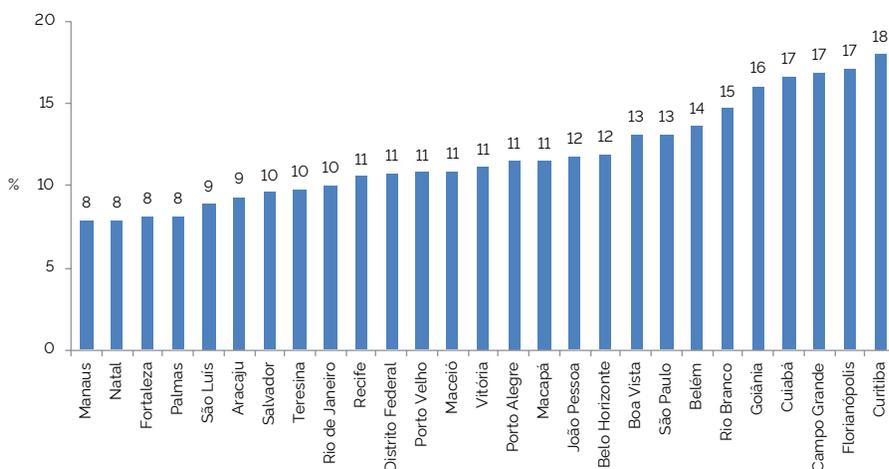
O índice de ingestão excessiva de álcool aos 17 anos traduz a omissão da sociedade em relação à venda de álcool ao menor de idade no Brasil. Frequentemente, aborda-se em consultórios a questão controversa de pais que ensinam seus filhos de 13-14 anos a beber. É necessário ressaltar a ilegalidade e o risco dessa prática. Este pai que goza do status “de amigão”, esquece-se de que estimulando seu filho a beber, transmite-lhe a mensagem de que a bebida não é problemática, isso porque seu filho provavelmente não tem maturidade psicológica para discernir entre doses “mais ou menos toleráveis” aos 13 ou 14 anos de idade. Esse adolescente beberá com os amigos e aí a quantidade e os riscos serão maiores.

Outro ponto que preocupa é a propaganda de álcool na mídia em qualquer horário, permitindo a ampla divulgação da cerveja, pois ela é classificada “como refrigerante” na legislação brasileira. Em pesquisa feita no bairro de Vila Madalena, utilizamos o bafômetro em 50 adultos em 2 bares. Não houve diferença entre o grupo que dirigiria e o que não dirigiria, após saída do bar. O nível do bafômetro entre eles não variou, assim como a média de 4 chopes, variando de zero a 10 unidades nos 2 grupos. O problema

maior é que aqueles que não dirigiriam iriam embora com os que iriam dirigir, não importando o quanto o motorista havia bebido.

Muitos jovens de 14 anos já usuários de drogas têm se iniciado diretamente na maconha, pulando o tradicional estágio do cigarro. Esquecem-se de que a maconha, apesar de ser utilizada em menor quantidade do que as unidades de tabaco fumadas por dia, apresenta 50% mais substâncias cancerígenas e 4 vezes mais alcatrão do que o tabaco, não utiliza filtro e provoca prejuízos ao pulmão tanto quanto o tabaco. O grande problema é a lesão cerebral da maconha, inicialmente imperceptível, mas duradoura e irreversível. É o famoso “noia”. Poucos jovens sabem o que é esquizofrenia, mas todos conhecem um “noia”.

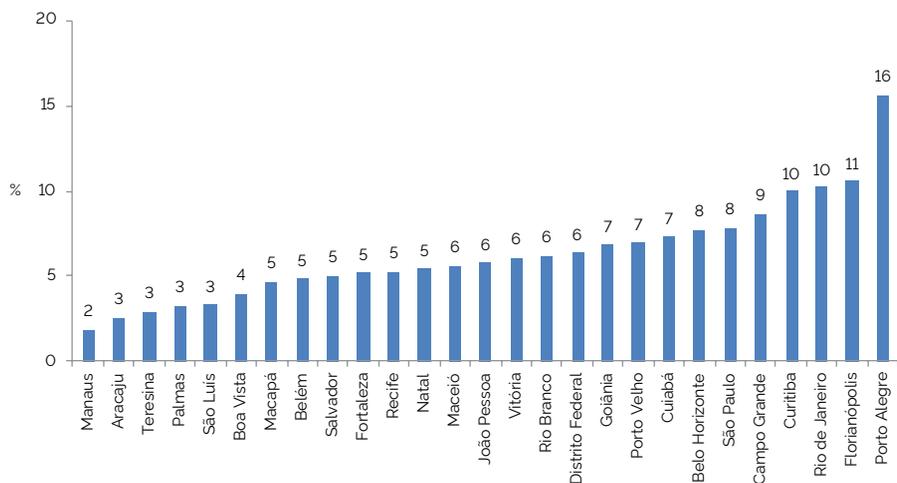
Fig. 1 – Percentual de homens (≥18 anos) fumantes, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal



VIGITEL – 2023 – TABAGISMO ATIVO

Observação: a figura contém uma ou mais estimativas com baixa precisão. Para identificá-las verifique a Tabela 1

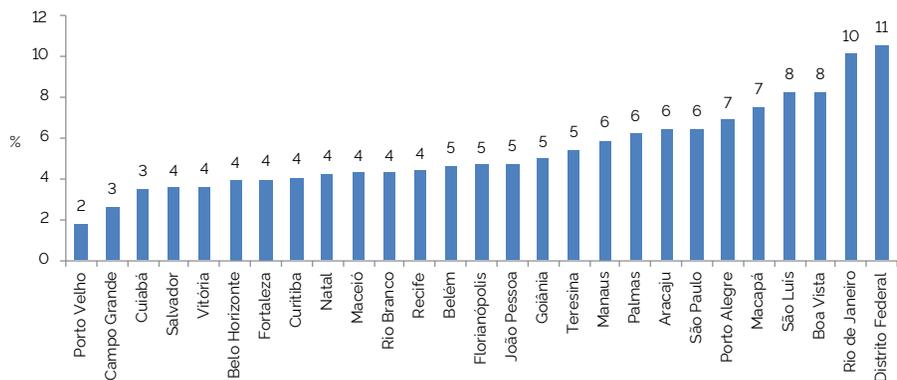
Fig. 2 – Percentual de mulheres (≥ 18 anos) fumantes, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal



VIGITEL – 2023 – TABAGISMO ATIVO

Observação: a figura contém uma ou mais estimativas com baixa precisão. Para identificá-las verifique a Tabela 1.

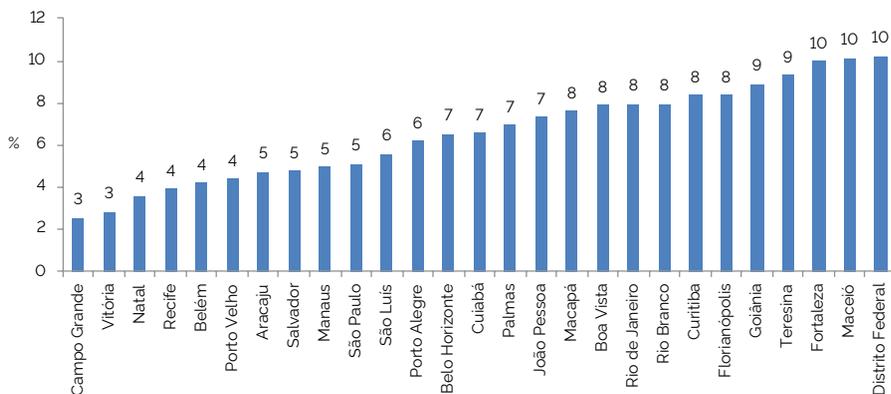
Fig. 3 – Percentual de homens (> 18 anos) fumantes passivos no domicílio, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal



VIGITEL – 2023 – TABAGISMO ATIVO

Observação: a figura contém uma ou mais estimativas com baixa precisão. Para identificá-las verifique a Tabela 3.

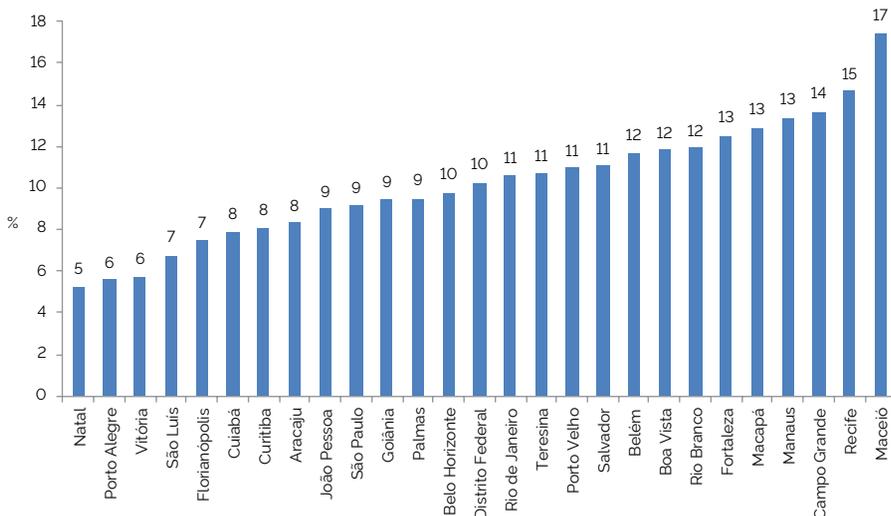
Fig. 4 – Percentual de mulheres (> 18 anos) fumantes passivas no domicílio, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal



VIGITEL – 2023 – TABAGISMO ATIVO

Observação: a figura contém uma ou mais estimativas com baixa precisão. Para identificá-las verifique a Tabela 3.

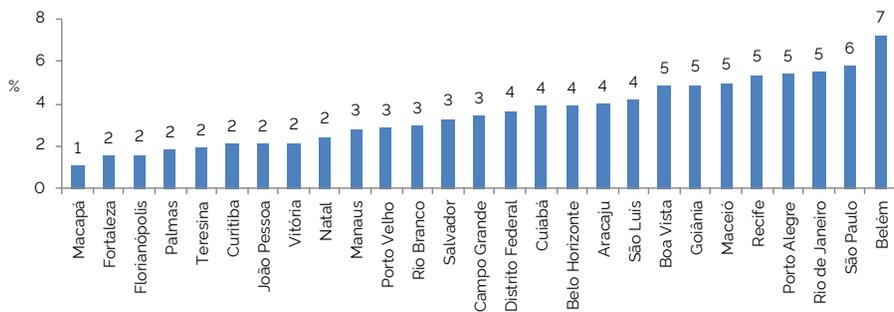
Fig. 5 – Percentual de homens (≥ 18 anos) fumantes passivos no local de trabalho, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal



VIGITEL – 2023 – TABAGISMO ATIVO

Observação: a figura contém uma ou mais estimativas com baixa precisão. Para identificá-las verifique a Tabela 5.

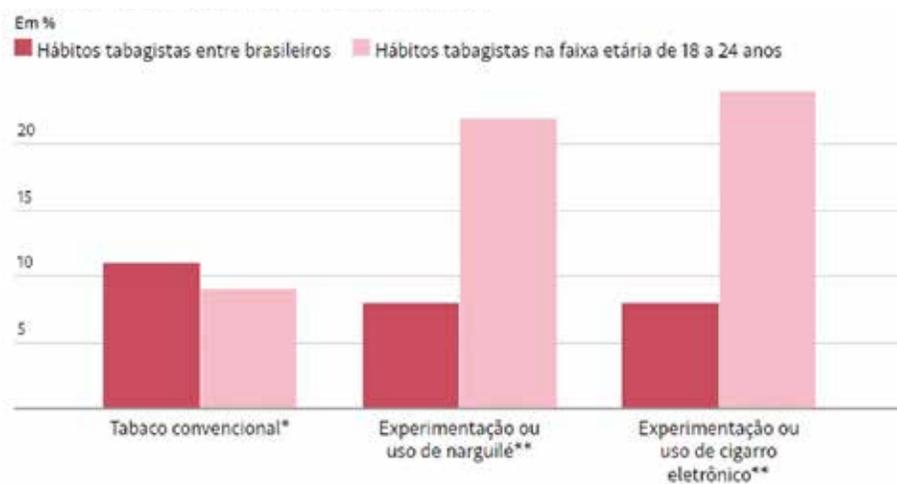
Fig. 6 – Percentual de mulheres (≥ 18 anos) fumantes passivas no local de trabalho, segundo



VIGITEL – 2023 – TABAGISMO ATIVO

Observação: a figura contém uma ou mais estimativas com baixa precisão. Para identificá-las verifique a Tabela 5.

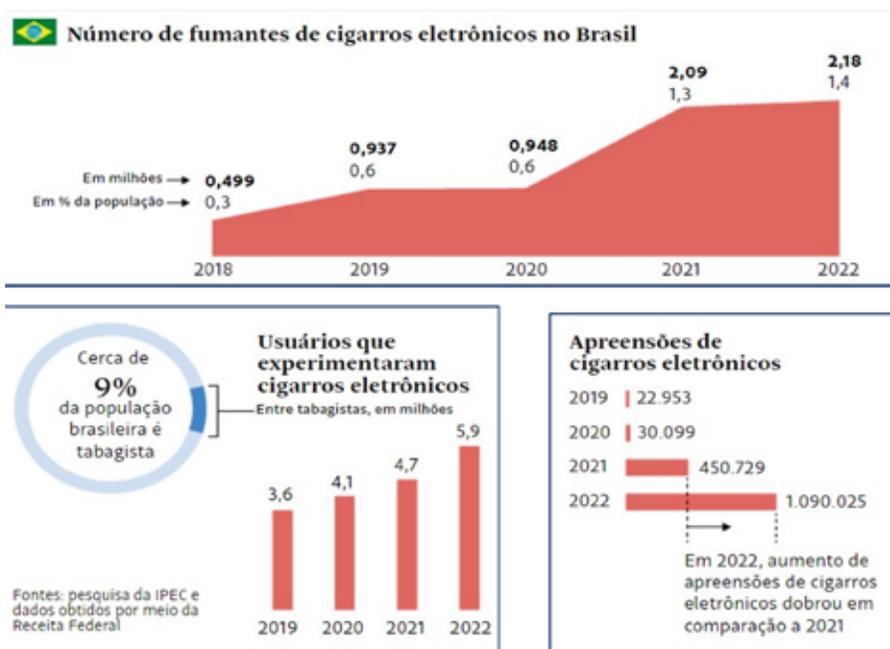
Cigarro eletrônico cresce entre mais jovens



* Considera cigarro industrializado, de palha, de papel, cachimbo ou charuto em qualquer quantidade

** Usou pelo menos uma vez na vida e parou ou continua utilizando

Brasil registra aumento de usuários de cigarro eletrônico; apreensões crescem



As autoridades governamentais têm trabalhado no pico da pirâmide das drogas, ou seja, com o crack. A internação do usuário da “Cracolândia” custava R\$ 2.700,00 (2013) por mês às clínicas especializadas.

Metade era paga pelo estado e metade pela comunidade terapêutica. Mas o índice de eficácia do tratamento é baixo. Fizemos um projeto de prevenção de drogas a um custo de R\$ 2,50 (2013) por aluno por mês que será apresentado em outro capítulo, o qual não foi tratado com interesse pelo estado.

Ao meu ver, investir em prevenção é fundamental. Essa ação parte de dentro de casa com a postura dos pais, das escolas e do consultório pediátrico. O programa de aconselhamento breve sobre drogas nas consultas pediátricas realizadas no Hospital Universitário da USP, implantado em São João da Boa Vista, Pompéia, Erechim (RGSul), iniciado recentemente em Santarém, Pará, e em algumas escolas são o início da intervenção do pediatra e da comunidade escolar neste tema.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Lotufo JPB. O conhecimento dos pediatras e pneumopediatras sobre tabagismo (carta ao editor). *Pediatria (São Paulo)* 2007;29(1):75-6.
2. Yuchuan H, Jie Z, Dongliang L, Ya D, Changguo W, Kouyan M, et al. Circulating biomarkers of hazard effects from cigarette smoking. *Toxicol Ind Health* 2011;27(6):531-5.
3. Araújo AJ. Relação de causalidade entre tabaco e doença. In: Araújo AJ. (org.) *Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo*. São Paulo: Guanabara Koogan - Grupo GEN; 2012, p.26-8.
4. Instituto nacional do Câncer (BR): *Tabagismo, Dados e Números*; Rio de Janeiro; (cited 2014 August 26). Acessível: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.html>.
5. Lotufo JPB. *Tabagismo, uma doença pediátrica*. In: Lotufo JPB. (Org.) *Tabagismo, uma doença pediátrica*. São Paulo: Editora Sarvier, 2007, p. 17-9.
6. Lotufo JPB. Porque tornar o seu local de trabalho ou sua casa livre do cigarro. In: Joao Paulo B Lotufo. (Org.) *Tabagismo: uma doença pediátrica*. São Paulo: Editora Sarvier, 2007, p. 31-5.
7. Araújo AJ. *Medicina Baseada em evidências científicas e tabagismo*. In: Araújo AJ. (org.) *Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo*. São Paulo: Guanabara Koogan - Grupo GEN; 2012, p.23-5.
8. Araújo AJ. Quais são os mecanismos de dependência da nicotina? In: Araújo AJ. (org.) *Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo*. São Paulo: Guanabara Koogan - Grupo GEN; 2012, p.10-2.
9. Lotufo JPB, Delfim CIG, Espósito A, Krakauer AM, Machado BM, Gruli JM, et al. Fumantes passivos: a cotinina urinária em crianças internadas. *Pediatria (São Paulo)* 2005; 27(1):19-24.
10. Araújo AJ. Quais são as evidências de doenças atribuíveis ao tabagismo nas crianças e adolescentes. In: Araújo AJ. (org.) *Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo*. São Paulo: Guanabara Koogan - Grupo GEN; 2012, p.78-81.
11. Stocks J, Dezateux C. The effect of parental smoking on lung function and development during infancy. *Respirology*. 2003;8(3):266-85.
12. Rosemberg J, Rosemberg AMA, Moraes MA. Nicotina: droga universal. São Paulo; São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica; 2003. 178 p.
13. Bar-Sela G, Avisar A, Batash R, Schaffer M. Is the clinical use of cannabis by oncology patients advisable? *Curr Med Chem*. 2014 Jun;21(17):1923-30.
14. Owen KP, Cross CE. Marijuana: respiratory tract effects. *Clin Rev João Paulo Becker Lotufo. Immunol*. 2014 Feb;46(1):65-81.
15. Callaghan RC, Allebeck P, Sidorchuk A. Marijuana use and risk of lung cancer: a 40-year cohort. *Cancer Causes Control*. 2013 Oct;24(1): 181-20.
16. Sanchez ZVM, Oliveira LG, Nappo SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciênc.Saúde Coletiva* [online]. 2004. Vol.9, n.1.
17. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med* 2013; 368(4): 341-50.
18. Slomka J, Kyriotakis G, Atkinson J, Diamond PM, Williams ML, Vidrine DJ, et al. Factors associated with past research participation among low-income persons living with HIV. *AIDS Patient Care STDS*. 2012; 26(8):496-505.
19. Polanska K, Hanke W, Konieczko K. Hospitality workers' exposure to environmental tobacco smoke before and after implementation of smoking ban in public places: a review of epidemiological studies. *Med Pr* 2011; 62(2):211-24.
20. Population-Based Disease Odds for E-Cigarettes and Dual Use versus Cigarettes; February 27, 2024 – NEJM Evid 2024;3(3) — VOL. 3 NO. 3
21. Mj M, Hi H, P B, P V, Ki S, Le W. Electronic Nicotine Delivery Systems and Cardiovascular/Cardiometabolic Health. Circulation research [Internet] 2023 [cited 2023 Sep 25];132(9).
22. Mukerjee R, Hirschtick JL, Arciniega LZ, Xie Y, Barnes GD, Arenberg DA, et al. ENDS, Cigarettes, and Respiratory Illness: Longitudinal Associations Among U.S. Youth. *Am J Prev Med* 2023.
23. Kotoulas SG, Katsaounou P, Riha R, Grigoriou I, Papakosta D, Spyrtatos D, et al. Electronic Cigarettes and Asthma: What Do We Know So Far? *J Pers Med* 2021;11(8):723.
24. Jb B, et al. Cigarette–E-cigarette Transitions and Respiratory Symptom Development. *American journal of preventive medicine* [Internet] 2023 [cited 2023 Sep 25];64(4).
25. Goldberg Scott S et al. Demographic, Clinical, and Behavioral Factors Associated With Electronic Nicotine Delivery Systems Use in a Large Cohort in the United States. *Tob Use Insights* 2023;16.
26. Martins SR, Araújo AJ, Wehrmeister FC, Freitas BM, Basso RG, Santana ANC, et al. Prevalence and associated factors of experimentation with and current use of water pipes and electronic cigarettes among medical students: a multicentric study in Brazil. *J Bras Pneumol* 2023;49(1):e20210467
27. Martins SR, Araújo AJ, Wehrmeister FC, Freitas BM, Basso RG, Santana ANC, et al. Prevalence and associated factors of experimentation with and current use of water pipes and electronic cigarettes among medical students: a multicentric study in Brazil. *J Bras Pneumol* 2023;49(1):e20210467
28. Shivani Marthur Gaiha et al. Association Between Youth Smoking, Electronic Cigarette Use, and Coronavirus Disease 2019. Division of Adolescent Medicine, Department of Pediatrics, Stanford University, Palo Alto, California. Division of Oral Epidemiology and Dental Public Health, University of California, San Francisco, California. Accepted July 1, 2020.

TABAGISMO, SUA HISTÓRIA ATÉ OS DIAS ATUAIS

Alberto José de Araújo

In memoriam

Núcleo de Estudos e Tratamento do
Tabagismo – Instituto de Doenças do
Tórax – HUCFF/UFRJ. Mestre e Doutor em Ciências.
Pneumologista, Certificação em Tabagismo -
Escola Médica de Pós-Graduação da PUC-Rio.

INTRODUÇÃO

A história do consumo do tabaco no Ocidente tem como marco a descoberta do Novo Mundo, a América, pelos grandes navegadores. O ciclo das navegações, além de aproximar os povos nativos e seus hábitos, crenças, culturas, também gerou intenso intercâmbio de produtos típicos, tais como as especiarias da Índia e da China, introduzindo novos costumes, dos fenícios aos vikings, de Marco Polo a Vasco da Gama.

Quando Cristóvão Colombo aportou na América, em 1492, decerto não imaginava que aquele ritual de recepção dos nativos com lanças feitas de madeira e com a oferta de frutas tropicais e “folhas secas que exalavam um perfume peculiar”, abriria as portas do mundo ocidental para a nova e mortal especiaria do mundo contemporâneo – o fumo do tabaco.



(sacerdote maia fumando em um totem de madeira)

O PRIMEIRO FUMANTE OCIDENTAL USOU CHARUTO...

Em princípio, os marujos da frota colombina apreciaram o tabaco, mas descartaram as folhas secas. Algumas semanas depois, um dos marujos que desembarcou em Cuba deu algumas tragadas nas folhas de tabaco enroladas pelos nativos e logo se tornou um fumante, provavelmente sendo o primeiro europeu a experimentar aquilo que se tornaria mais tarde o tradicional “charuto cubano”.

O tabaco também foi experimentado como “cachimbo” por outros exploradores, e em pouco tempo havia grande número de fumantes durante as expedições à América nas décadas seguintes. Cortez – da expedição de Colombo – relatou ter visto índios astecas usando fumo aromatizado com cana em formato de “cigarros” e que os nativos de Cuba enrolavam as folhas na forma similar aos “charutos”.

MAS DE ONDE VEM ESTA PLANTA DO TABACO?

A planta *nicotiana tabacum* é nativa do continente americano. Ela se tornou conhecida para o resto do mundo a partir dos séculos XV e XVI quando os exploradores europeus observaram que era usada como “remédio e alucinógeno” pelos índios americanos. Ao retornarem de suas missões, levaram a planta para a Europa e rapidamente o uso do tabaco foi adotado pelas cortes e, posteriormente, pela plebe como a droga da moda.



(Planta do Tabaco)

O TABACO CHEGOU A SER BANIDO, MAS ACABOU SE DISSEMINANDO...

Apesar de ao tabaco terem sido atribuídos poderes de cura, inicialmente o seu consumo não foi tão bem aceito e foi banido por reis e pelo Papa Urbano VII. Contudo, os efeitos econômicos favoráveis e a ampla popularidade ocasionaram a aceitação do produto em todas as culturas.

Ele rapidamente se espalhou por todo o mundo e tornou-se base sólida para o crescimento de economias emergentes, como a americana, e de países que alavancavam a Revolução Industrial na Europa, como o Reino Unido, a França e a Espanha.

A produção do tabaco ao longo dos séculos seguintes deixou de ser uma produção artesanal para uso ritualístico para se tornar uma das culturas mais promissoras do mundo, que caminhava a passos largos do feudalismo para a revolução industrial.

Neste capítulo exporemos, de forma cronológica e sintética, os principais fatos documentados, dos mais remotos aos atuais, sobre o papel das grandes corporações do tabaco.

A indústria do tabaco se tornou uma das mais poderosas do planeta. Lançando mão de agressivas estratégias publicitárias, consagrou o tabaco como primeiro produto globalizado da era moderna, antes mesmo que este termo

fosse de uso corrente. Conhecer o ciclo produtivo do tabaco e suas raízes histórico-político-sociais é fundamental para que se compreenda toda a dimensão do alcance das políticas de controle do tabaco recomendadas pela Organização Mundial da Saúde no tratado de saúde pública, denominado “Convenção Quadro para o Controle do Tabaco”.

A CRONOLOGIA DO TABACO: DA PRÉ-HISTÓRIA À DESCOBERTA DA AMÉRICA

OS PRIMÓRDIOS DO USO DO TABACO...

A *nicotiana tabacum* e a *nicotiana rustica* são as formas mais conhecidas de cerca de trinta espécies da planta nicotiana. A origem do nome é atribuída aos índios Arawak que usavam um tubo em forma de Y para aspirar a fumaça de uma erva através das narinas, além do fato de enrolarem as folhas na forma de cilindros, o que corresponde aos charutos dos tempos modernos.

MAS, DE ONDE VEM O TERMO TABACO?

O termo tabaco, ao que parece, teve origem na Ásia, no século IX, já que a palavra árabe *tabbâq* designava plantas fumadas em cachimbos com o formato de tubos de bambus. O seu uso entre chineses e persas pode ter sido anterior à descoberta da América. O fumo de tabaco tem sido comum na China e em outros países do Oriente desde tempos imemoriais. É possível especular que os poderosos impérios da Assíria e da Pérsia tenham sucumbido ao hábito.

As diferentes espécies de plantas do tabaco conferiram características distintas associadas ao tabagismo (combustão lenta, rápida, suave ou forte), tornando-se populares em diferentes partes do mundo. O princípio ativo do tabaco é o alcaloide nicotina, responsável pela sua ação narcótica e relaxante.

OS POVOS MAIAS, ASTECAS E INCAS JÁ USAVAM EM RITUAIS...

As informações sobre os primeiros usos do tabaco por nativos americanos antes da chegada dos europeus, em 1492, são restritas ao testemunho dos exploradores. Contudo, observam-se esculturas e desenhos das culturas maias e incas que demonstram o uso do tabaco em cerimônias, ainda que pouco se saiba sobre o real significado desses rituais.



(macaco-aranha representando uma divindade fumando - vaso Maia)

O termo tabaco denominou todos os produtos derivados das folhas da nicotiana utilizados na forma de charutos, rapé, cachimbo, tabaco para mascar, narguilé e os cigarros industrializados. Mais recentemente, as pastas para os cigarros e charutos eletrônicos também foram aceitas como tabaco.

Quando os exploradores europeus chegaram à América, as diversas culturas nativas já tinham longa tradição de mascar ou aspirar tabaco, algumas vezes associados a outras plantas psicotrópicas. Com o uso regular em contextos rituais e sociais, o tabaco e os seus homólogos foram apreciados justamente por seus efeitos fisiológicos e por alterarem o nível de consciência, o que permitia aos índios entrarem em estado propício às buscas espirituais, em suas práticas religiosas, do mesmo modo como utilizavam para se prepararem para as lutas intertribais.

A linha do tempo do tabaco do período pré-histórico até o século XV é apresentada no quadro 1, na fase de uso do tabaco em escala não comercial. Os eventos sucessivos à descoberta do Novo Mundo até a sua disseminação nos diversos continentes e países serão tratados em tópicos específicos a seguir, buscando caracterizar cada período histórico.

Quadro I – Linha do Tempo do Tabaco – Pré-História a 1500

Período	Cronologia dos Fatos da História do Tabaco
Pleistoceno: 2,5 milhões de anos	Bloco fossilizado de tabaco é encontrado por paleontologistas no rio Marañon, no Peru (2010).
10.000 a.C. – 5.000 a.C.	Nicotina é encontrada em plantas do mundo antigo, incluindo beladona e nicotiana africana.
	Metabólitos da nicotina são encontrados em fósseis humanos e artefatos similares aos cachimbos no Oriente Médio e África.
6.000 a.C.	A planta do tabaco começa a crescer nas Américas.
1 d.C.	Uso do tabaco em quase toda a América.
	Uso mascado e por enemas alucinógenos pelos <i>Aguaruna</i> no Peru.
470-630	Maias e Astecas usam tabaco para rituais religiosos e políticos.
600-1000	1º Registro: cerâmica mostra maia fumando um rolo de folhas amarradas com uma corda.
1492	Expedição de Colombo descobre as folhas de tabaco, recebido como presente dos índios Arawak e jogadas fora.
	Rodrigo Jerez e Luís Torres observam os nativos fumando em Cuba. Jerez retorna à Espanha e torna-se o 1º fumante fora das Américas.
1493	Ramon Pane relata o uso de rapé e a inalação de fumaça, em tubo em Y, pelos nativos. Pane foi o primeiro homem a introduzir o tabaco na Europa.
1497	Robert Pane escreve o 1º relato de uso de tabaco nativo a aparecer na Europa: “De Insularim Ribitus”.
1499	Américo Vespúcio observou que os índios americanos preparavam um tabaco para mascar.
1500	Pedro Álvares Cabral descobre o Brasil e toma contato com a planta tabaco.

O USO MEDICINAL DO TABACO

Entre os maias, o tabaco era oferecido aos deuses na forma de incenso para a queima nos altares e como fumo para os adoradores.

Entre os astecas, fazia parte do ritual da cerimônia de sacrifício de prisioneiros ofertados ao Deus *Tezcatlipoca*. Os curandeiros de uma tribo primitiva no Brasil sopravam os cachimbos nos rostos dos nativos com o propósito de transmitir-lhes as virtudes heróicas. O uso do tabaco em cerimônias públicas e religiosas consagrou-se em todas as tribos americanas.

Os exploradores europeus reportaram que o tabaco, em suas diversas formas, era usado na cura de quase todas as doenças conhecidas pelos nativos. A *nicotiana attenuata* foi utilizada para uso medicinal entre as tribos do deserto na forma de cataplasmas no tratamento de dores de dente, reumatismo, edemas, eczema e infecções da pele. As folhas mastigadas eram aplicadas em cortes, como no local da mordida de cascavel, após o veneno ser sugado.



(Macaco-aranha representando uma divindade fumando - vaso Maia)

Assim, o tabaco parecia uma verdadeira droga milagrosa, relaxando os jovens antes das batalhas, além de adiar a fome e tratar quase todos os tipos de doenças.

Os exploradores europeus aceitaram as argumentações dos nativo-americanos quanto aos benefícios do tabaco para a saúde e foram mais longe, estendendo essas alegações, uma vez que acreditaram que o tabaco curaria até mesmo a devastadora peste bubônica.



(registro mais antigo de um europeu fumando cachimbo ~ 1594)

AS PRIMEIRAS TENTATIVAS DE CONTROLE DO TABACO

As primeiras tentativas de restrição do consumo do tabaco resultaram em penas severas para os fumantes. O sultão Murad Amurath IV proibiu sua importação na Turquia, e condenava os transgressores à pena capital. O grão-duque de Moscou proibiu a entrada em seus domínios e decretou a pena de chicotadas para a primeira transgressão e morte para as reincidências. Em outras partes da Rússia, quando era denunciado o consumo de tabaco, os fumantes tinham seus narizes ceifados.

O Xá da Pérsia Abbas I proibiu o uso do tabaco sob pena de morte e perda da propriedade. Os médicos persas e os “ulemás” condenaram o tabaco por ser viciante e venenoso. O Papa Urbano VII decretou a primeira proibição pública para fumar, em 1590, ameaçando excomungar quem usasse tabaco, nas formas de rapé, mascado ou em cachimbo, no pórtico ou no interior das igrejas.



(sultão Amurath IV e a mesa de jantar)



(Papa Urbano VII foi a primeira autoridade a decretar a proibição do fumo em ambientes fechados)

Em 1604, na Inglaterra, o Rei James I – um dos opositores mais ferrenhos do tabaco – escreveu um livro em que afirmava: “fumar é repugnante à visão, ao nariz, prejudicial para o cérebro e danoso para os pulmões” e, em função disso, decretou aumento de 4.000% nos impostos sobre o tabaco. O monarca relatou que, após a dissecação, encontrou-se uma substância similar à fuligem revestindo os pulmões de fumantes contumazes, constatação, contudo, insuficiente para evitar com que os seus súditos se mantivessem fieis ao vício.



(Rei James I da Inglaterra retratado por Daniel Mytens - 1621)

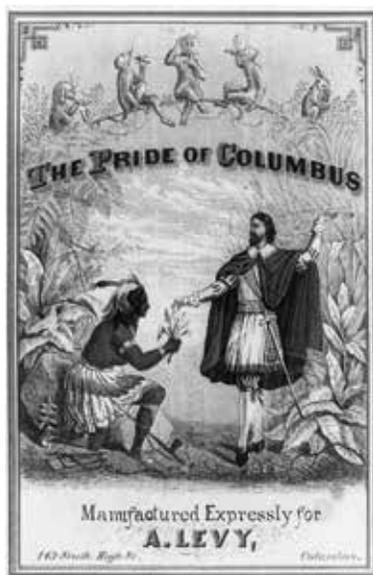
Contrapondo-se à argumentação do rei, alguns cientistas da época consideraram o tabaco como capaz de prevenir problemas de saúde, protegendo o corpo dos temidos miasmas. Durante a grande praga de peste bubônica (1665-1666), fumar tornou-se uma medida obrigatória em algumas cidades. Em contrapartida, a cruzada contra o tabaco envolveu diversos povoados da Europa, como nos Cantões Suíços em 1654 e, mais adiante, no século XVIII, alcançando também a Baviera e Berlim.

HISTÓRIA DO TABACO A PARTIR DO PERÍODO RENASCENTISTA

Os colonos portugueses cultivaram o tabaco usado pelos nativos e em 1548 já exportavam as folhas à Europa para abastecer o consumo da corte portuguesa. No período colonial, a lavoura de tabaco ocupava o segundo lugar em importância econômica, logo depois do açúcar. Levado para a África, o fumo em rolo era trocado por escravos negros. O próprio brasão da república ostenta um ramo com frutos de café e outro ramo florido de tabaco.

Na Espanha, em 1501, Rodrigo de Jerez foi perseguido pela Inquisição por fumar. Ainda assim, Fernando Cortez trouxe o tabaco para as terras espanholas em 1518 por iniciativa do Monge Ramon Pane. O tabaco enrolado, precursor do charuto, tornou-se rapidamente popular nas classes mais pobres.

Jean Nicot, embaixador francês em Portugal, escreveu sobre as propriedades medicinais do tabaco, descrevendo-o como uma panaceia. Ele levou a planta rústica para a corte francesa, onde foi usada como medicamento para a terrível enxaqueca de Catarina de Médici, a rainha-mãe. A eficácia do tratamento fez com que a popularidade do rapé de tabaco crescesse entre a aristocracia. Na verdade, as pessoas ficaram tão entusiasmadas com os seus poderes que o tabaco se tornou conhecido como “*Herba Medicea*” ou “*Herba Catherinea*”.



(Rodrigo de Jerez recebe as folhas de tabaco de um nativo)



(Jean Nicot leva o tabaco para as cortes europeias)

O tabaco na forma de cachimbo foi introduzido na Inglaterra pelo almirante Sir John Hawkins, em 1565, como passatempo para os marinheiros nas longas viagens. Em 1586, Sir Walter Raleigh traz o tabaco da Virgínia para a Inglaterra.

Há o relato sobre um servo que, vendo pela primeira vez Sir Walter Raleigh fumando cachimbo, jogou água sobre ele, temendo que ele fosse ficar em chamas. Ao longo do século XVII, a demanda pelas folhas oriundas da América cresceu tanto que se tornou moeda de troca, pois “era tão bom quanto o ouro”.



(servo joga água sobre Sir Walter Raleigh)

Em 1571, o médico alemão Michael B. Valentini descreve diversos tipos de clisteres, ou enemas com tabaco que ele acreditava serem bons no tratamento de cólicas, nefrite, histeria, hérnia e disenteria. No mesmo ano, o Dr. Nicholas Monartes escreve “De Hierba Panacea”, o primeiro livro sobre o tabaco da história, em que apresenta as maravilhas da planta do tabaco, à qual atribuía a cura de 36 males. Na época, os médicos espanhóis estavam fascinados com os poderes do tabaco. No final do século XVI o tabaco é introduzido na Polônia, na Turquia, no Japão e na Coreia. Em 1595 é publicado o primeiro livro em língua inglesa sobre o tabaco.



(livro ilustra os dispositivos para o enema com tabaco - 1776)

A ÉPOCA DE OURO DO CACHIMBO: SÉC. XVII

O século XVII é considerado como a “a idade de ouro do cachimbo”. A produção de tabaco expande nas colônias inglesas e portuguesas. Começa a saga de Jamestown, no estado da Virgínia, que se tornaria o maior produtor mundial de folha de tabaco, por iniciativa do pioneiro John Rolfe que levou sementes do tabaco para a colônia americana em 1612.



(Europeu fuma tabaco)

Sir Francis Bacon escreve em 1610, mostrando a qualidade aditiva fumo: “... há um aumento crescente no consumo de tabaco, que é um hábito difícil para se deixar”,. Em 1617, o Dr. William Vaughan poetisa:

“Que estranha é essa erva-daninha tabaco Ela atravessa o cérebro, ela estraga a mente Ela embota a espírito, ela escurece a visão Ela priva a mulher do seu juízo.”



(degustação de cachimbo em tabacaria na Inglaterra georgiana)

Sir Francis Drake apresenta o tabaco para Sir Walter Raleigh, o qual é reconhecido como responsável pela popularização do cachimbo na Corte Inglesa. O tabaco é utilizado como moeda em 1619 e seis anos mais tarde a coroa britânica estabelece o monopólio real do tabaco.

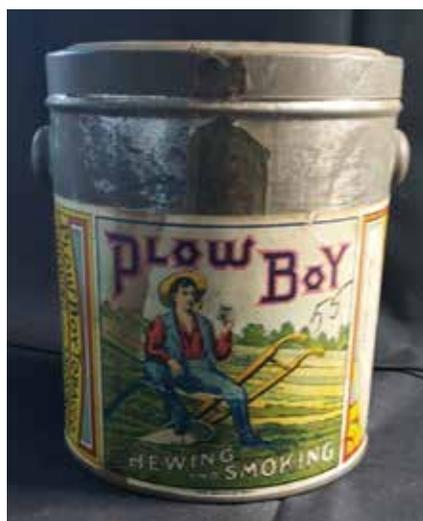
Em 1632, Massachusetts torna-se a primeira cidade a proibir o fumo em locais públicos. Em Connecticut o juiz decreta: “O fumo é proibido aos menores de 21 anos que não podem fumar, exceto por prescrição médica”. Em 1693, o fumo é banido da câmara dos comuns inglesa.



(“Jacobean Tobacco House,”
por Richard Brathwait)

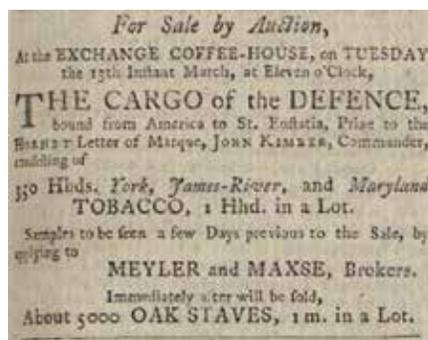
A ÉPOCA DE OURO DO RAPÉ E DO TABACO MASCADO: SÉC. XVIII

O papa Bento XIII aprende a fumar e usar rapé e revoga as bulas papais contra o tabagismo clerical em 1724. O Butão aprova a proibição de fumar em público e proíbe também o fumo em prédios do governo, em 1727. Em 1730, surgem as primeiras fábricas produtoras de tabaco em rapé.



(recipiente em lata com tabaco
para mascar - século XIX)

O botânico sueco Carolus Linnaeus nomeia, em 1753, o gênero da planta do tabaco como *nicotiana* e descreve duas espécies: *nicotiana rustica* e *nicotiana tabacum*. Em 1760, Peter Lorillard se estabelece em Nova Iorque e fabrica charutos e rapé, sendo o responsável pela primeira campanha publicitária de tabaco nos EUA, através do envio de classificados nos jornais e cartazes pelos correios. O impacto negativo para a saúde era desconhecido naquela época.



(anúncio para venda de tabaco no formato "classificados" - 1781)

No final do século XVII, surgem os primeiros relatos de câncer associado ao tabaco:

- × John Hill relata os primeiros casos de câncer por uso de rapé nasal;
- × Samuel T. von Soemmering relata cânceres de lábio em fumantes de cachimbo.
- × Dr. Benjamin Rush descreve os riscos à saúde advindos do uso do tabaco e associa o uso de tabaco de mascar ao consumo abusivo do álcool.

Em 1800, as "Lorettes" – prostitutas que trabalhavam próximas à Catedral de Notre Dame de Loretts – se tornaram as primeiras mulheres a fumarem publicamente, hábito que naquela época era reservado somente aos homens.



(cortesãs jogando bilhar e fumando. Litografia de Bettennier Freres - 1840).

A ÉPOCA DE OURO DO CHARUTO: SÉC. XIX

DA PRODUÇÃO ARTESANAL À MÁQUINA DE ENROLAR CIGARROS



O novo impulso na expansão dos negócios do tabaco teve início com a Revolução Industrial no século XVIII na Inglaterra, a partir da progressiva substituição do sistema manual pela mecanização na produção. Enquanto na Idade Média o artesanato era a forma de produção mais utilizada, na Idade Moderna, tudo mudou, à exceção da produção de charutos, que manteve a tradição artesanal.

(litogravura da caixa de charutos cubanos "La Reina Imperial"-1891)

A burguesia industrial, ávida por maiores lucros, menores custos e produção acelerada, buscou alternativas para melhorar a produção. O aumento populacional nas cidades trouxe maior demanda de produtos e mercadorias. O desenvolvimento industrial trouxe maior ritmo de produção, barateamento dos produtos e estímulo ao consumo. Por outro lado, a mecanização trouxe graves problemas nas cidades industriais, como o desemprego e exclusão social dos menos qualificados.



(litogravura de plantação de tabaco e escravidão na Virgínia - 1714)

O êxodo rural para as cidades, com o fim do feudalismo e da escravatura – por exigência de mão de obra para as fábricas, acalentou sonhos de vários trabalhadores, mas trouxe também os problemas sociais, como baixa remuneração, falta de infraestrutura, precária legislação de proteção ao trabalho e de amparo social e problemas de saúde relacionados ao trabalho, como a tuberculose e o uso de drogas.



(plantação de tabaco e trabalho escravo na Florida - 1830)

Se por um lado houve inegáveis transformações nas condições de vida das populações, por outro lado, houve substancial aumento nos riscos de adoecimento por acidentes e doenças ocupacionais e pela poluição industrial, configurando o “paradoxo do progresso”.

Além disso, a oferta de produtos para “aliviar a carga de estresse” e os sintomas depressivos incorporou o tabaco ao álcool, disseminando-se rapidamente junto às classes operárias como “válvula de escape”.

Em relação à produção e disseminação do tabaco, o consumo migrou da nobreza europeia aos trabalhadores. Para tanto, além do formato do tabaco em rapé, mascado, cachimbo ou charuto, houve a gradativa incorporação dos cigarros.

A incorporação de crianças na fumicultura é uma herança perversa desta lavoura, o trabalho infantil, que persiste no ciclo produtivo do tabaco nas famílias de fumicultores no Brasil e em outras regiões da Ásia, África e América Latina.

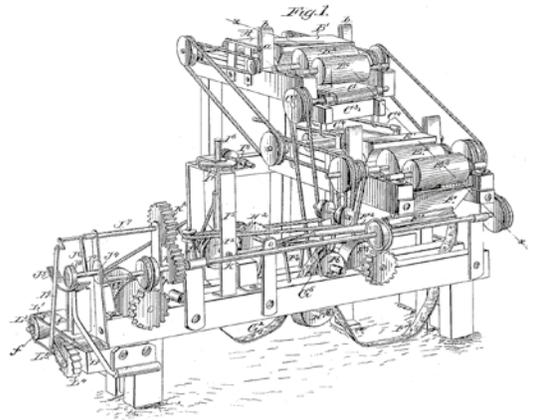


(trabalho de jovens na fumicultura nos EUA, séc. 19, e Índia, séc. 20)

No século XIX, os mendigos de Sevilha picavam as pontas de charutos jogados na rua e enrolavam em um papel para fumar, ao que denominaram como ‘cigarro de pobre’. Portanto, o cigarro nasceu de uma improvisação dos mais pobres para fumar. A invenção do papel para enrolar os cigarros é atribuída aos egípcios durante o combate contra os turcos, em 1832.

Os cigarros ficaram populares na Europa. A França detinha o monopólio na manufatura dos cigarros baratos - os “cigarros de pobres” - a partir dos descartes de folhas dos charutos das famosas fábricas de Sevilha. Enquanto isso, os soldados ingleses que voltavam da guerra da Criméia disseminaram o gosto por cigarros turcos e, em pouco tempo, a moda estava em voga em Londres.

A invenção da máquina de processar cigarros em 1880, por James Bonsack, revolucionou a oferta de tabaco, elevando a produção, exportação e o consumo em todo o mundo. Na mesma época, a propaganda do tabaco ganha o reforço dos cartões com exibição de imagens e as agências publicitárias surgem como flores silvestres, tornando o tabaco mais anunciado do que os elixires para a “cura do câncer”. Em 1889, é lançada a marca “Lucky Strike” que se tornou uma das marcas mais consumidas de cigarros no mundo.



(protótipo da máquina de enrolar cigarros de Bonsack -1880)

O TABACO ERA MOTIVO DE POESIA...

A nicotina é isolada por Cerioli (1807) e definida como “essência do tabaco” ou “óleo essencial”. Charles Lamb escreve o famoso poema “A Farewell to Tobacco”, em 1811, do qual extraímos as primeiras estrofes:

Ode de despedida ao tabaco:

“Pode ser uma maldição babilônica, / tão estreita que confunde o verso em minha gagueira, / se eu puder ver uma passagem / nesta palavra-perplexidade, / ou uma expressão possa encontrar, / ou uma linguagem para minha mente, (Ainda a frase será longa ou pouca). Para me despedir de ti, oh grande planta! / Ou que possa relacionar em quaisquer vocábulos / metade do meu amor, ou a metade do meu ódio: / Por que eu te odeio, ainda que por amor, tê-la, / qualquer que coisa que eu lhe demonstre, / a pura verdade parece que vai ser / uma constrangida hipérbole, / E uma paixão para continuar / por seres mais uma amante do que uma erva daninha...”

Em 1890, Sir James Matthew Barrie, escritor e dramaturgo britânico, lançou o livro “Lady Nicotine”. Ele tornou-se mundialmente conhecido escrever as histórias de Peter Pan e Wendy.

O TABACO TINHA O MESMO PESO DA RAÇÃO E DA BALA...

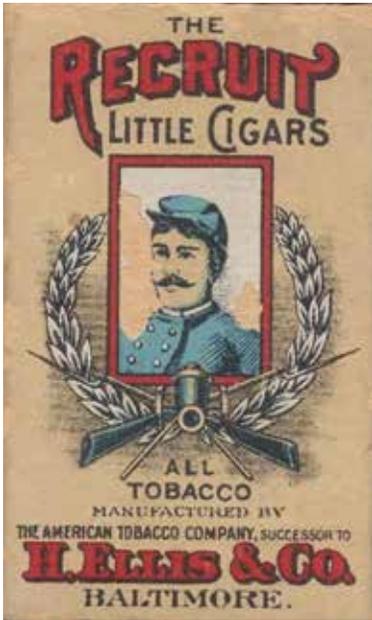
No século XVIII o tabaco foi introduzido na Guerra do México, nas formas de fumo para mascar e charuto, como um dos suprimentos fundamentais nas frentes de batalha. Em outra guerra, a da Crimeia (1853-1856), os soldados britânicos aprenderam a fumar os cigarros enrolados em papel dos aliados turcos e levaram a prática para a Inglaterra. Conta-se que os soldados ingleses foram capturados em um trem russo carregado com provisões que incluíam os cigarros e que o incidente foi uma festa para os prisioneiros.

A multinacional do tabaco Philip Morris lançou-se no mercado do tabaco em 1854 e é até hoje uma das gigantes do ramo.



(mulheres trabalhando em fábrica de cigarros no México - 1903)

Na Guerra Civil Americana (1861-1865), o tabaco foi fornecido aos combatentes junto com as rações, tanto para as tropas nortistas quanto às sulistas. Acredita-se que muitos nortistas conheceram o tabaco desta forma. O tabaco foi importante moeda no financiamento dos esforços bélicos, servindo como caução para os empréstimos tomados junto à França. Em 1863, foram criadas as primeiras caixas com estampas litográficas que originaram os maços de cigarros. Era o começo da arte da caixa de cigarro que se revelou ao longo do tempo como uma das mais fortes peças publicitárias do tabaco.



(embalagens de cigarros usadas durante a Guerra de Secessão - 1861)

A COMUNIDADE CIENTÍFICA DESPERTA PARA OS EFEITOS DO TABACO...

Dr. Friedrich Tiedemann relata em 1854 o primeiro caso de tratamento para deixar de fumar. O “Relatório Anual da Sociedade Antitabaco Nova York”, de 1855, classifica o tabaco como “veneno da moda”, adverte contra os males do vício e atribui ao produto a metade de todas as mortes de fumantes entre 35 e 50 anos de idade.

Na mesma época, a revista médica Lancet debate com seus leitores, levantando argumentos morais e preocupações dos médicos, mas ainda com poucas evidências. Em 1858, a Lancet faz a primeira publicação científica sobre os receios da comunidade médica acerca dos efeitos do tabagismo para a saúde.

O parlamento britânico aprova a lei das ferrovias de 1868, a qual obriga que os vagões sejam livres de fumo para evitar lesões aos não-fumantes. Esta pode ser considerada a primeira lei federal sobre ambientes livres de tabaco no mundo. Em 1871, a Casa Branca adotou a mesma medida.

O câncer de pulmão ainda era doença extremamente rara em 1889. O médico alemão Dr. Karminsk começou a pesquisar a possível relação com o tabaco e chegou a documentar 140 casos em todo o mundo.

A ÉPOCA DE OURO DO CIGARRO: SÉC. XX

CIGARRO: PRIMEIRO PRODUTO GLOBALIZADO

Em 1900, o consumo de tabaco havia alcançado 4,4 bilhões de cigarros vendidos. A despeito do surgimento de movimentos antitabaco em vários estados americanos, as tabageiras cresceram exponencialmente neste período, alavancadas pela máquina de Bonsack e pela intensa publicidade. Em 1901, de cada cinco americanos, 4 fumavam pelo menos um cigarro por dia.

No Brasil, a companhia de cigarros Souza Cruz é criada em 1903, sendo incorporada à British American Tobacco em 1912. O brasão da República incorpora a folha de tabaco.



(brasão: República dos Estados Unidos do Brasil com a folha de tabaco)

Em 1906, a agência sanitária americana (sigla FDA) proibiu a venda de alimentos e medicamentos que informassem os conteúdos nos rótulos das embalagens. Originalmente, a nicotina se encontrava na lista de drogas, porém, com os esforços dos lobistas das tabageiras, os produtos do tabaco foram removidos da lista, e a Farmacopeia Americana aconselhou a inclusão do tabaco “apenas quando usado para curar, mitigar ou prevenir doenças”.

O congresso americano aprovou, em 1907, o Ato Tillman, proibindo contribuições de empresas para os candidatos a cargos majoritários nacionais. No entanto, não foram impostas restrições sobre os proprietários ou gestores das empresas. Logo, a lei se tornou impraticável e a indústria do tabaco aplaudiu. A propósito desta lei, Theodore Roosevelt escreveu na época:

“Agindo por trás de um governo ostensivo, entroniza-se um governo invisível que não deve nenhuma lealdade e não tem qualquer responsabilidade para com a população. Destruir este governo invisível e impedir esta aliança profana entre os corruptores dos negócios e os políticos corruptos é a primeira tarefa do estadista no mundo de hoje”.

É importante frisar a atualidade dessa citação que, quase 100 anos depois, ilustra a nefasta pulverização de recursos de empresas privadas nas campanhas eleitorais de agentes públicos.

Em 1908, o Canadá foi pioneiro na legislação que proibia a venda de tabaco aos menores de 16 anos, o que nunca foi cumprido. A Inglaterra promulgou o “Ato da Criança”, em 1908, proibindo a venda de álcool e tabaco, argumentando que o consumo do produto atrapalhava o crescimento dos jovens. No mesmo ano, RJ Reynolds introduziu o famoso camelo “Joe” nas peças publicitárias, catapultando as vendas de cigarros.



(Jovens fumando em St. Louis - 1910)

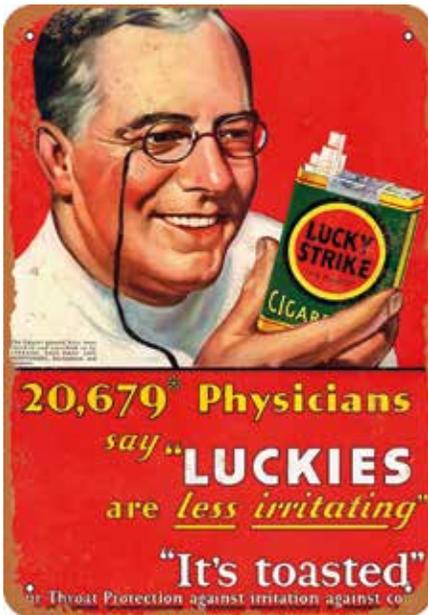
Dr. Isaac Aldler estabeleceu forte ligação entre o câncer de pulmão e o tabagismo, precedendo em 50 anos o artigo de Doll & Hill, que confirmou relação de causalidade entre o fumo e o câncer de pulmão. A partir do advento da I Guerra Mundial (1914-1918), o tabaco foi introduzido, na forma de cigarros, nos campos de batalhas, ao lado da ração em conserva e das balas, tornando-se decerto o primeiro produto comercial globalizado consumido por civis e militares.

É famosa a citação de general norte-americano John Pershing logo após a vitoriosa campanha na primeira grande guerra mundial: “Você me pergunta o que nós precisamos para vencer esta guerra. Eu respondo tabaco, tanto quanto as balas. O tabaco foi tão indispensável quanto a ração diária. Estes foram três motivos para manter o moral da tropa elevado”.



(soldado oferece cigarro a prisioneiro durante a 1ª Guerra Mundial - 1914)

Nem os profissionais de saúde escaparam do assédio das tabageiras na divulgação de seus produtos. A partir dos anos quarenta produziram-se peças publicitárias com médicos e dentistas recomendando o uso de determinadas marcas no combate à “tosse” e ao “mau hálito”, e à “dor de garganta”.



(médico fazendo propaganda de cigarro - 1914)

A indústria do tabaco investiu milhões em campanhas de marketing. A RJ Reynolds gastou oito milhões de dólares para promover a marca Camel em 1921. O retorno foi tão espetacular que dois anos após a marca passou a líder, detendo 45% do mercado americano. O cigarro deixou de ser um hábito masculino e atingiu as mulheres, coincidindo com as primeiras campanhas de conquista do direito ao voto feminino no final dos anos 1920 e com o ingresso delas nas fábricas em substituição dos homens que combatiam nas frentes da Segunda Guerra Mundial.

Em 1928, organizou-se a “marcha da liberdade” de fumar para debutantes e modelos de moda que caminharam pela 5ª Avenida em Nova Iorque durante o desfile de páscoa vestidas como a Estátua da Liberdade e erguendo seus cigarros Lucky Strike como “tochas da liberdade”



(outdoor da marca Camel na famosa Times Square – N. Iorque – 1948)

Em relação direta com este crescimento do mercado consumidor do tabaco, surgiram vários estudos relacionando o produto a problemas de saúde.

Neste período, datam os grandes estudos epidemiológicos populacionais que estabeleceram uma relação causal entre o consumo de tabaco e o aumento da incidência de câncer de pulmão, na Inglaterra e nos Estados Unidos, dentre os quais podemos destacar:

- × Associação de câncer com fumantes pesados, estudo publicado no New England Journal of Medicine pelos médicos Lombard & Doering.
- × Associação de câncer de pulmão e tabagismo passivo, estudo publicado na Alemanha pelo Dr. E. Schnonherr: mulheres não fumantes desenvolveriam câncer pela inalação passiva de seus maridos fumantes, algo confirmado pelo clássico estudo de Hirayama, em 1987.

Dr. Raymond Pearl da Universidade Johns Hopkins publicou artigo na revista Science News Letter, em 1938: “O fumo está associado a um comprometimento definitivo da longevidade, os fumantes vivem menos do que os não fumantes. Esta perda é proporcional à quantidade habitual de uso de tabaco, sendo maior para os fumantes pesados e menor para os fumantes moderados”.

A revista *Time* defendeu indústria do tabaco sugerindo que os resultados do doutor Pearl amedrontariam os fabricantes de tabaco pelos riscos de morte, o que influenciaria os usuários de tabaco. Nos anos 1930, as tabageiras adicionaram mentol ao tabaco e divulgaram os teores de nicotina de suas marcas.

Fritz Lickint, em 1938, publica um compêndio “*Tabak und Organismus*” atribuindo ao tabaco os cânceres da cavidade oral, esôfago, traqueia e pulmões. Ele também associa a exposição à fumaça ambiental como uma séria ameaça a saúde dos não fumantes. Ainda na Alemanha, Franz Muller apresenta, em 1939, o primeiro estudo caso--controle do mundo sobre a associação entre câncer de pulmão e tabaco, e conclui que “o aumento extraordinário do tabagismo é a causa mais importante de câncer de pulmão”. Um resumo de seu trabalho foi publicado no *Journal of the American Medical Association*. Assim como já acontecera na Primeira Guerra Mundial, o tabaco fez parte do esforço de guerra, tendo Roosevelt declarado o cultivo de tabaco protegido. Os cigarros foram incluídos nas rações para as frentes de luta. As vendas elevaram-se em razão da grande procura pela população civil. Em 1940, o consumo per capita foi de 2.558 cigarros, mais do que o dobro do aferido em 1930.



(mulheres fumando em ação na 2ª Guerra Mundial - 1944)

O pesquisador britânico L. M. Johnston realizou experimento em 1942 com sucessivas administrações de nicotina em fumantes. Ele concluiu que “... a satisfação pode ser obtida a partir de tabaco mascado, de rapé inalado e da administração de nicotina”. O experimento foi publicado na *Lancet*.

Na contramão dos estudos científicos, estranhamente as tabageiras exibiram anúncios que mostravam médicos, dentistas e enfermeiras recomendando determinada marca “que seria menos prejudicial à saúde do que outras da concorrência”. As tabageiras criaram o instituto da dúvida entre os consumidores de tabaco.

Com a publicação de vários estudos científicos demonstrando, de forma inequívoca, os males do tabaco, as tabageiras criaram “centros de pesquisa” e convidaram médicos renomados para seus “comitês científicos”. O objetivo foi desqualificar estudos prejudiciais aos seus negócios.

Em 1950, um artigo dos médicos Richard Doll e Bradford Hill abalou os alicerces das tabageiras: “os fumantes pesados têm um risco 50 vezes maior de contrair câncer de pulmão quando comparados aos não fumantes”.

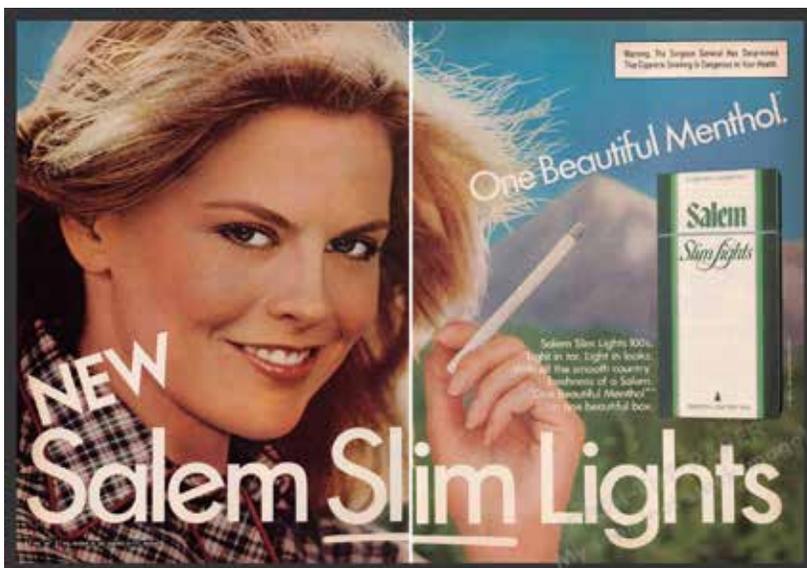
Ainda na década de 50 surgiram os primeiros processos de litigação contra a indústria do tabaco, movidos pelas vítimas ou por seus familiares, em diversas cortes nos Estados Unidos e na Inglaterra.

Em histórico encontro, na década de 60, os presidentes da American Cancer Society; American Heart Association, National Tuberculosis Association, e American Public Health Association enviaram carta conjunta ao presidente Kennedy apontando as fortes evidências dos males do tabagismo para a saúde pública e propondo a criação de uma comissão que foi aceita prontamente pelo presidente americano.

O resultado representou um marco nas políticas de controle do tabaco nos EUA com o surgimento do relatório “Surgeon General – 1964”, que se tornou referência em termos de saúde pública mundial no controle do tabagismo. O texto foi publicado periodicamente desde então. No relatório de 1964 publicaram-se as evidências científicas que associavam o tabaco ao câncer de pulmão.

Neste mesmo ano (1964), Addison Yeaman, conselheiro científico da tabageira Brown & Williamsons, em uma tentativa de minimizar os efeitos devastadores do relatório do Surgeon General para a indústria do tabaco, tentou associar o consumo de nicotina com o aumento da resposta ao estresse e à regulação do peso corporal. Em 1998, quando a justiça americana determinou que se tornassem públicos os documentos secretos da indústria, foi encontrado um memorando deste mesmo conselheiro, datado de 1963 afirmava que a nicotina era viciante e, que portanto, o negócio da indústria do tabaco era a venda de nicotina, uma droga que vicia e que é eficaz na liberação dos mecanismos de estresse.

A partir dos anos sessenta, com a revolução nos costumes e a conquista de mais direitos, as mulheres tornaram-se alvos importantes das tabageiras, que produziram marcas com baixos teores de alcatrão e nicotina, além de sugestivos nomes para ganhar definitivamente o público feminino.



(campanha de marca de cigarros voltada para o público feminino)

Passaram-se poucas décadas para que se sentissem os efeitos que isto representou na morbimortalidade feminina, na elevação das taxas de infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico e câncer de pulmão nas mulheres que, em alguns países chegou, este último, a superar o câncer de mama. Além disso, houve uma inversão na prevalência do tabagismo, com as mulheres superando os homens em muitos países ocidentais.



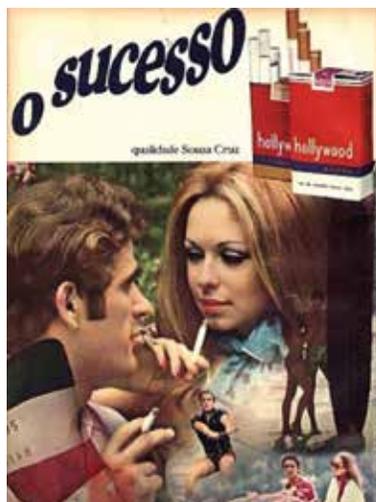
(campanha de prevenção do tabagismo.)

A massificação da TV atraiu a atenção da indústria do tabaco para o patrocínio de eventos esportivos do calendário internacional (como as corridas de fórmula 1, fórmula Indy) os shows musicais e eventos culturais.

O marketing da indústria tornou-se progressivamente mais agressivo e as marcas foram direcionadas para determinados perfis de consumidores, por exemplo, os cigarros com baixos teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono foram introduzidos no mercado buscando o público feminino. Além disso, a indústria realizou diversos estudos por segmentos de mer-

cado para identificar os costumes, crenças e atitudes que poderiam resultar na experimentação desta ou daquela marca, considerando inclusive que há um reconhecido processo de fidelização do fumante a marca do cigarro que consome.

O apelo para imagens com homens e mulheres jovens, no vigor da atividade física, praticando esportes radicais, tendo liberdade e sucesso foi muito explorado nas publicidades da indústria do tabaco.



(campanha de marca de cigarros tendo como tema o "sucesso")

O PAPEL DA INDÚSTRIA DE ENTRETENIMENTO

A partir da invenção do cinema, a indústria do tabaco encontrou uma poderosa aliada – a indústria de entretenimento –, tanto no patrocínio e publicidade de seus anúncios quanto na inserção do fumo nas principais cenas com atores e atrizes que trouxeram glamourização ao tabaco para a sétima arte. A inserção de imagens do tabaco ou de cenas com fumo são uma regra não somente nas produções hollywoodianas, mas também nas produções teatrais e televisivas, a despeito da proibição da publicidade do tabaco prescritas pela Convenção Quadro para o Controle do Tabaco da OMS, em 2003 e já adotada por 179 países que ratificaram a convenção.

A exposição ao fumo nos filmes é o maior fator de promoção do uso de tabaco para a juventude nos Estados Unidos, sendo responsável por 44% de todos os novos fumantes. Este tema é importante para o controle do tabaco, pois escapa às regulamentações nos diversos países.



(James Dean, famoso astro de Hollywood)

O Centro de Controle de Doenças (CDC) e a Universidade de São Francisco, na Califórnia, nos EUA monitora o tabaco nos filmes nas últimas décadas. Em 2013, o número médio de inserções de tabaco em filmes foi tão alto quanto o registrado na média geral de todos os filmes ranqueados.

Os filmes classificados para jovens tiveram 45% de todas as impressões de tabaco em 2013, aumento de 39% em relação a 2010. O número de impressões de tabaco para o público de teatro atingiu o pico em 2005, 30,3 bilhões e, em seguida, reduziu em 50% nos 5 anos seguintes.

Em 2012, o Surgeon General concluiu que há fortes evidências de que a exposição às imagens com fumo em filmes estimula os jovens a fumar. Em função disso, estimou-se que 6,4 milhões de crianças se tornarão fumantes, e 2 milhões destas crianças morrerão prematuramente devido às doenças causadas pelo tabagismo.

O JOVEM, A VÍTIMA PREFERENCIAL DA INDÚSTRIA DO TABACO

É pressuposto pela indústria do tabaco, em documentos acessados por ordem judicial, que os pais e os colegas dos jovens fazem da juventude o principal alvo do mercado para o futuro da indústria, através das atitudes e percepções cotidianas. Nas palavras dos seus próprios dirigentes, comprovamos a afirmação feita, conforme demonstra a citação abaixo.

Segundo um executivo da RJ Reynolds Tobacco, e memorando interno (1975): “Os jovens representam o negócio de cigarros amanhã. À medida que o grupo etário de 14 a 24 anos amadurece, ele se tornará a parte chave do volume total de cigarros, no mínimo pelos próximos 25 anos”.

Cada geração que interrompe o tabagismo ainda em vida ou então pela morte precoce causada por doenças relacionadas ao tabaco (DRT), é imediatamente substituída por cerca de 100 mil jovens que começam a fumar a cada dia segundo dados da OMS. Destes, estima-se que metade continuará a fumar na vida adulta, o que gerará 250 milhões de crianças e jovens que morrerão de alguma DRT na vida adulta.

A entrada dia após dia deste novo contingente de consumidores assegura o lucro do mercado. Deste modo, as tabageiras maximizam seus lucros com propagandas promocionais focadas na juventude.

As imagens publicitárias de cigarros são cuidadosamente elaboradas e controladas por meio de pesquisa combinada em duas frentes: na população alvo e nas reações dos jovens aos esforços promocionais. Isto é tão verdade atualmente quanto há quase 60 anos, conforme concluiu o relatório

de um executivo da Philip Morris (1957): “Atingir os jovens pode ser mais eficiente, ainda que o custo para os atingir seja maior, porque eles desejam experimentar; têm mais influência sobre os pares de sua idade do que terão mais tarde, e porque são muito mais leais à sua primeira marca”.

O NEGÓCIO DA INDÚSTRIA DO TABACO É VENDER UMA DROGA: NICOTINA

A célebre e articulada negativa dos sete anões da indústria do tabaco, em 1994, jurando “acreditar” que a nicotina não causava dependência para se defenderem em processo na corte americana, mostrou o grau de cinismo e de hipocrisia das tabageiras na defesa de seu negócio.



(audiência pública do Congresso Norte-americano para regulação do tabaco com os representantes da indústria do tabaco afirmando que a nicotina não era aditiva)

A partir das ações de familiares das vítimas, as justiças americana e britânica obrigaram a indústria do tabaco a disponibilizar seus documentos secretos - “verdadeira descoberta dos pergaminhos do mar do tabaco”. Isso revelou que as tabageiras não só sabiam do forte poder aditivo da nicotina, como também de doenças que o cigarro causava no organismo humano.

As companhias de tabaco experimentaram lucros estratosféricos, estando entre as dez maiores empresas participantes do PIB brasileiro nas décadas de 70 e 80. O Brasil é o 2º país maior produtor e o 1º país com maior volume de exportação de folha de tabaco. Contudo, a arrecadação com a venda de derivados de tabaco no mercado interno e com a exportação das folhas de tabaco não compensa os elevados custos médico-sociais das doenças relacionadas ao consumo de tabaco.

CONVENÇÃO QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO

Um tratado mundial de saúde pública – Convenção Quadro para o Controle do Tabagismo – foi instituído pela Organização Mundial da Saúde, em maio de 2003, ratificado atualmente por 179 países e em vigor há 10 anos.

A Convenção Quadro (CQCT) representa um marco para a proteção das gerações atuais e futuras dos efeitos danosos à saúde causados pela exposição ativa e passiva às substâncias tóxicas do tabaco. Este tratado mundial de saúde pública foi fruto de um grande esforço que mobilizou diversas organizações científicas, da sociedade civil e de instituições e representou um grande marco na luta contra a epidemia mundial de tabagismo.



(evento comemorativo de 10 anos da Convenção Quadro no Brasil – OPAS, 2015)

A partir da ratificação do tratado pelos países, uma série de recomendações norteia suas ações na redução do consumo do tabaco, na prevenção à iniciação, no oferecimento de tratamento aos fumantes, na advertência sobre os riscos, no aumento dos preços dos derivados e na promoção de ambientes livres do tabaco, entre outras políticas.

A indústria do tabaco vem reagindo fortemente a estas políticas, usando de tráfico de influência para impedir com que os países regulamentem cada artigo da CQCT. A interferência da indústria é tão forte que foi o tema escolhido da Campanha do dia Mundial sem Tabaco para 2012, pois é necessário limitar a interferência da indústria do tabaco nas políticas públicas.

O Brasil, desde o ano 2000, impõe fortes restrições à propaganda comercial, publicidade e patrocínio de eventos de quaisquer naturezas pela indústria do tabaco. Os artigos da CQCT que tratam destes temas são:

- × Artigo 1: define “publicidade e promoção do tabaco”, como qualquer forma de comunicação, recomendação ou ação comercial com o objetivo, efeito ou provável efeito de promover, direta ou indiretamente, um produto do tabaco ou o seu consumo.
- × Artigo 13: determina que o Estado deve proibir toda forma de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco que promova um produto de tabaco por qualquer meio que seja falso, equivocado ou enganoso ou que possa induzir ao erro, a respeito de suas características, efeitos para a saúde, riscos e emissões.

As políticas que obrigaram a colocação de imagem de advertências dos riscos para a saúde na face posterior, laterais e, agora, no caso do Brasil, também em um terço da frente dos maços, a partir de 2016, foram objeto de demandas judiciais por parte das tabageiras que buscaram impedir a difusão das mensagens de alerta sobre o produto consumido pelo público.



(3ª Série de Advertências nos maços de cigarros no Brasil - 2009)

HISTÓRIA DA LUTA CONTRA O TABACO NO BRASIL

Durante o período colonial, os portugueses tiveram no tabaco importante fonte de receitas para exportação, ao lado do café e do açúcar. Desde então, a importância do tabaco no Brasil é tamanha que ele figura até no brasão da República. “O abuso do tabaco como causa de angina de peito” foi o título da primeira comunicação científica brasileira no período do império sobre o tabagismo. O texto é de autoria do Dr. Torres-Homem e foi publicado em 1863 na Gazeta Médica do Rio de Janeiro. Em 1869, o médico Francisco

Werneck de Almeida defendeu a tese de doutorado, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, com o tema: “Do uso do tabaco e de sua influência sobre o organismo”.

Coube ao deputado Ivan Luz, em 1965, apresentar o 1º projeto de lei (PL) sobre tabaco na Câmara Federal: “instituiu a obrigatoriedade de advertência sobre os malefícios do fumo nas embalagens dos maços de cigarros”.

Em 1971, o senador José Lindoso apresentou Projeto de Lei que “Institui a proibição parcial da propaganda do fumo nos meios de radiodifusão e TV e sua regulamentação comercial”; além disso, “reiterava a obrigatoriedade de advertência nos maços de cigarros e a não-permissão da venda para menores”.

A legislação federal contra o fumo começou a sua trajetória com a promulgação das seguintes leis:

- × Lei 7.488/86: institui o Dia Nacional de Combate ao Fumo;
- × Lei 9.294/96: restringe uso e propaganda de tabaco, bebidas com teor alcoólico e medicamentos;
- × Lei 9.782/99: criação da ANVISA: inclui a regulamentação, o controle e a fiscalização dos produtos derivados do tabaco;
- × Lei 10.167/00: amplia a restrição da propaganda na mídia e nos esportes em geral, outdoor e limita a publicidade aos pontos internos de venda,
- × Decreto 5.658/2006: promulga a Convenção Quadro sobre Controle do Tabaco.
- × Lei 12.546/11: cria política de preços mínimos para os cigarros; promove os ambientes livres de tabaco; proíbe propaganda comercial nos pontos de venda e aumenta espaço para advertências em 30% da parte frontal dos maços.
- × Decreto 8.262/14: regulamentou os artigos da Lei 12.546/11, a Lei Antifumo.



(Cartaz alusivo à regulamentação da lei antifumo no Brasil - 2015)

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Borjo G. The tobacco timeline. Tobacco.org – Tobacco news and information, 2015. <http://archive.tobacco.org/History/Tobacco_history.html>
2. Doll R, Peto R. Cigarette smoking and bronchial carcinoma: Dose and time relationships among regular smokers and lifelong non-smokers. *Journal of Epidemiologic Community Health* 32: 303-313, 1978.
3. Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *BMJ* 1981;282(6259):183.
4. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. O contexto histórico do tabagismo no Brasil e no Mundo. In: Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo. Araújo AJ (org). SBPT. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012.
5. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Legislação federal vigente sobre tabaco no Brasil. INCA, 2014. <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/economia/eisfederais.pdf>>
6. National Cancer Institute. The role of the media in promoting and reducing tobacco use. Tobacco Control Monograph 19. Bethesda, MD: US National Cancer Institute; 2008.
7. Polansky JR, Titus K, Lanning N, Glantz SA. Smoking in Top-Grossing U.S. Movies, 2013. University of California, San Francisco, Center for Tobacco Control Research and Education, 2014.
8. Tideswell HH. The Tobacco Habit: Its History and Pathology: A Study in Birth Rates: Smokers Compared With Non-Smokers. Medical Book. London: J. & A. Churchill, 1912.
9. Titus K, Polansky JR, Glantz S. Smoking presentation trends in U.S. movies 1991–2008. San Francisco, California: University of California San Francisco Center for Tobacco Control Research and Education; 2009. <<http://escholarship.org/uc/item/30q9j424>>
10. University of California. San Francisco. Legacy Tobacco Documents Library. <<http://legacy.library.ucsf.edu/>>
11. U.S. Surgeon General's Advisory Committee on Smoking and Health, and United States Public Health Service. Office of the Surgeon General, 1964. <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBMQ.pdf>>
12. WHO. Framework Convention on Tobacco Control. In: Update re-print 2004. Geneva, Switzerland: WHO, 2003.
13. WHO. Smoke-free movies: from evidence to action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009. <http://www.who.int/tobacco/smoke_free_movies/en>
14. WHO. World No Tobacco Day 2012. Theme: Tobacco Industry Interference. Tobacco Free Initiative. World Health Organization, Genève, 2011. <<http://www.who.int/tobacco/wntd/2012/announcement/en/index.html>>
15. Young Jason. The History of Tobacco and Its Growth throughout the World. Stanford Research into the Impact of Tobacco Advertising, 2014.

COMO TORNAMOS O BRASIL LIVRE DE FUMO – HISTÓRICO DE APROVAÇÃO DA LEI ANTIFUMO

Mônica Andreis

Psicóloga e Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Co-fundadora e atual Diretora Geral da ACT Promoção da Saúde, organização não-governamental que atua em defesa de políticas públicas de controle do tabaco e de prevenção e promoção da saúde. Trabalhou como Psicóloga no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e na Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Fellowship on Global Tobacco Control Leadership Program – Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Integra atualmente a Diretoria da Interamerican Heart Foundation (IAHF).

Paula Johns

Socióloga e Mestre em Inglês e Estudos do Desenvolvimento Internacional pela Universidade de Roskilde, Dinamarca. Cofundadora e diretora da ACT Promoção da Saúde, antiga Aliança de Controle do Tabagismo (www.actbr.org.br), uma rede de mais de 1000 organizações e profissionais de várias áreas que tem como missão monitorar e apoiar políticas públicas de promoção da saúde. Palestrante em congressos nacionais e internacionais e autora de artigos e pesquisas sobre controle do tabaco, alimentação saudável, promoção da saúde, determinantes comerciais da saúde, Advocacy e mobilização social. Atualmente compõe o conselho diretor da GAPA – Global Alcohol Policy Alliance. Empreendedora social Ashoka desde 2010.

INTRODUÇÃO

Desde o dia 03 de dezembro de 2014, encontra-se em vigor a Lei Federal 12546/2011, regulamentada pelo Decreto 8262/2014, que proíbe o fumo em ambientes fechados de uso coletivo em todo o país. Uma grande vitória para a saúde pública e um grande passo para garantir a proteção de trabalhadores e público à exposição aos componentes tóxicos da fumaça de cigarros e outros produtos de tabaco.

As evidências quanto aos benefícios diretos desta lei são contundentes. A melhoria da qualidade do ar em ambientes fechados impacta positivamente a saúde de todos.

A fumaça de cigarros e outros produtos de tabaco contém mais de 7000 substâncias, ao menos 69 destas carcinogênicas. A exposição ao fumo passivo, que ocorre quando se inala a fumaça de tabaco presente no ambiente, está associada ao desenvolvimento de graves doenças como o câncer de pulmão, doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral (derrame):

Afeta também a saúde das crianças, podendo causar a síndrome da morte súbita infantil (SIDS) e aumentar o risco para otites de repetição, bronquiolite e asma. A exposição à nicotina durante o desenvolvimento fetal pode ter várias consequências adversas, levando ao parto prematuro, baixo peso ao nascimento ou mesmo afetar o desenvolvimento do cérebro do bebê.

No Brasil, estudo realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), denominado *Mortalidade atribuível ao tabagismo passivo na população urbana do Brasil*, constatou que pelo menos sete pessoas morrem por dia devido ao tabagismo passivo.

Vale lembrar que existem efeitos agudos e crônicos advindos do contato com a poluição tabagística ambiental (PTA). Mesmo um baixo nível de exposição ao fumo passivo pode causar danos à saúde, de modo que se pode afirmar que não há nível seguro de exposição à fumaça de tabaco.

Além disto, os sistemas de ventilação propostos para controlar a PTA não eliminam o risco de contato com micropartículas presentes na fumaça, conseqüentemente não protegem adequadamente as pessoas da exposição involuntária ao tabaco e reforçam a importância da proibição do tabagismo em locais fechados.

Todos estes dados fornecem elementos suficientes para que medidas de proteção efetivas sejam adotadas em larga escala. A magnitude de impacto do tabagismo ativo e passivo na saúde pública motivou a adoção de um tratado internacional exclusivamente sobre o tema, a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) da Organização Mundial da Saúde (OMS). Este tratado contou com adesão maciça e já foi ratificado por 183 países, incluindo o Brasil.

O artigo 8 da CQCT trata especificamente da proteção contra a exposição à fumaça do tabaco, reconhecendo de maneira inequívoca que a exposição à fumaça do tabaco causa morte, doença e incapacidade. Entre os princípios descritos nas diretrizes para a aplicação deste artigo, consta que *todas as pessoas deveriam ser protegidas da exposição à fumaça de tabaco e todos os ambientes de trabalho fechados e locais públicos fechados deveriam ser livres da fumaça de tabaco*.

A forma mais simples e eficaz de se alcançar o objetivo é por meio da proibição do fumo em locais fechados.

Esta medida conta com apoio e compreensão da população, inclusive de fumantes. Pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha, a pedido da Aliança de Controle do Tabagismo, revelou que em 2008, antes da implementação da lei antifumo, 88% das pessoas disseram ser favoráveis a esta proibição, sendo 80% o índice de aprovação entre os fumantes. Após a adoção da Lei Estadual Antifumo de São Paulo, o índice de aprovação da medida pela população chegou a 94%, com 87% de apoio entre os fumantes.

No entanto, apesar de tudo o que foi mencionado acima, não foi fácil alcançar a aprovação e implementação de uma legislação como esta. No delicado equilíbrio de forças que regem as decisões políticas no Brasil, pesava a influência da indústria do tabaco que rotineiramente atua direta ou indiretamente para evitar medidas que venham a impactar em seu negócio.

Não se trata de um pequeno negócio. A indústria do fumo produz anualmente nada menos do que seis trilhões de cigarros. A folha de tabaco é cultivada em pelo menos 124 países, dentre eles o Brasil, que se destaca por ser o segundo maior produtor e o maior exportador do mundo.

São números que impressionam, mas não são menos impressionantes do que os efeitos do tabaco na sociedade e saúde pública. O tabagismo foi responsável por 100 milhões de mortes no século XX, mais que as duas grandes guerras mundiais. É considerado como o principal fator de risco para a morte prematura em homens de meia-idade, o segundo entre as mulheres.

O consumo de tabaco é um importante fator de risco para as quatro principais doenças não transmissíveis: câncer, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e diabetes. Só em 2019, o consumo de tabaco causou mais de 8,67 milhões de mortes em todo o mundo (6,53 milhões em homens adultos, 2,14 milhões em mulheres adultas). A maioria destas mortes (7,37 milhões) foi atribuída ao tabagismo, seguido pelo fumo passivo (1,30 milhões).

Tem sido relacionado a doenças de quase todos os órgãos do corpo humano, e mesmo após mais de 50 anos de estudos, novas patologias têm sido associadas ao uso ou exposição ao tabaco.

No Brasil, estima-se que ocorram cerca de 160 mil mortes ao ano por doenças tabaco-relacionadas. Em estudo que avaliou a carga do tabagismo para o sistema de saúde, revelou-se um gasto da ordem de R\$ 125 bilhões entre custos diretos e indiretos.

Não restam dúvidas de que medidas preventivas e regulatórias são necessárias para reduzir o impacto do tabagismo na saúde pública, entre elas a adoção de ambientes fechados livres de fumo.

Em 2023, a ANVISA publicou nota esclarecendo que os DEFs - dispositivos eletrônicos para fumar (incluindo cigarro eletrônico e tabaco aquecido) - também estão incluídos na lei antifumo nacional (Nota técnica Nº 30/2023/SEI/GGTAB/DIRE3/ANVISA). O uso de tais dispositivos não é criminalizado, ainda que sua comercialização seja proibida no Brasil desde 2009 (RDC46/2009, atualizada em 2024).

Em 2024, após cinco anos de análise, a ANVISA decidiu manter a proibição de comercialização, fabricação e publicidade dos DEFs no Brasil (RDC 855/2024), diante da ausência de evidências científicas favoráveis à sua liberação. A decisão está de acordo com recomendações da própria Organização Mundial de Saúde, que alertou em dezembro de 2023 que “a comercialização de cigarros eletrônicos como produtos de consumo não teve benefícios comprovados para a saúde pública. Em vez disso, evidências alarmantes sobre os efeitos adversos para a saúde da população estão aumentando”.

Vale destacar que em relação à exposição passiva, segundo a OMS “os aerossóis gerados pelos DEFs normalmente aumentam a concentração de material particulado em ambientes internos e contêm nicotina e outras substâncias potencialmente tóxicas. As emissões destes produtos representam riscos potenciais tanto para os usuários como para os não usuários”.

CONTEXTO NACIONAL

Algumas medidas recomendadas pela CQCT já vinham sendo adotadas pelo Brasil, como as mensagens e imagens de advertência sanitária nos maços de cigarros, campanhas informativas à população, restrição à propaganda, acesso ao tratamento, monitoramento da prevalência de tabagismo etc.

No que se refere ao fumo passivo, a Lei Federal 9294, de 1996, restringia o uso do tabaco, mas ainda permitia a existência de áreas designadas para fumar, mesmo em locais fechados, os chamados “fumódromos”. Esta permissão inviabilizava a proteção efetiva à exposição à fumaça de tabaco.

Bialous et al. revelaram que na ocasião os fabricantes de cigarros se organizaram para assegurar um texto que fosse favorável à indústria. Ou seja, defendiam os fumódromos e queriam evitar a aprovação de leis que exigissem espaços 100% livres de fumo, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

Alguns projetos de lei, visando alterar esta condição e extinguir os fumódromos tramitavam em âmbito federal, porém não avançavam. Mais de dez anos haviam passado sem que a alteração necessária fosse aprovada.

Algumas lideranças técnicas em órgãos governamentais como INCA (Instituto Nacional de Câncer) e ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) apoiavam a medida, mas no Legislativo manobras protelatórias impediam sua aprovação.

Ficou claro que seria necessária uma articulação da sociedade civil para pressionar o governo a cumprir com o compromisso adotado ao ratificar a CQCT.

Conforme descrito em publicação da Organização Panamericana da Saúde, “*São Paulo Respira Melhor: adoção de ambientes livres de tabaco no maior estado brasileiro*”. Isso porque, em 2007, foi formado em São Paulo um Comitê Estadual em prol da adoção de ambientes fechados livres do fumo, o CEPALT. Dele participavam representantes da Rede ACT (coalizão nacional coordenada pela Aliança de Controle do Tabagismo, que reúne organizações de diversas áreas como saúde, direito, gênero), sociedades médicas e de profissionais de saúde, universidades, e membros da secretaria estadual da saúde.

A existência deste Comitê foi muito importante no processo de proposição e aprovação da lei antifumo estadual de São Paulo. Como fruto de esforços conjuntos de seus membros, assim como de vontade política por parte do governo do estado (liderado pelo então governador José Serra), a lei que proíbe o fumo em locais fechados vem sendo aplicada com sucesso e amplo apoio popular desde 2009.

A implementação da lei contou com a participação efetiva e coordenada da Secretaria de Justiça (por meio de órgão de defesa do consumidor – PROCON) e da Secretaria da Saúde (por meio do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária), sendo desenvolvida e aplicada a campanha ambientes saudáveis e livres do tabaco, que contempla as ações de vigilância para efetivar a política antifumo no estado de SP.

Interessante destacar que a lei define que são os responsáveis pelos estabelecimentos comerciais que devem garantir o cumprimento e zelar para que não haja infração ao disposto na legislação vigente. Neste sentido, um grande trabalho de orientação foi realizado junto a este público, além das iniciativas dirigidas a toda população.

Estudos revelaram a melhora da qualidade do ar nos ambientes onde anteriormente o fumo era permitido, por meio da avaliação de concentração de monóxido de carbono (CO) nesses locais e medição da nicotina no ar, antes e depois da lei.

A experiência do Estado de São Paulo motivou outros Estados e Municípios a adotarem leis semelhantes, e influenciou decisivamente a elaboração de uma lei federal sobre o assunto. No entanto, a vigilância e a participação ativa da sociedade civil organizada foram mais uma vez fundamentais para garantir que o texto da nova lei fosse adequado e que o decreto que a regulamentava pudesse ser publicado, o que efetivamente ocorreu em dezembro de 2014.

LEI ANTIFUMO FEDERAL

No ano de 2011 cerca de oito estados brasileiros já haviam adotado suas próprias leis de proteção à exposição ao fumo passivo (São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Paraíba, Amazonas, Mato Grosso, Rondônia e Roraima). Crescia a pressão para que a medida fosse adotada nacionalmente e nada justificava a inércia do governo e legisladores neste âmbito, uma vez que se tratava de medida importante para a saúde pública, com amplo apoio da população, além do compromisso internacional assumido pelo país.

E eis que às vésperas do dia mundial sem tabaco de 2011, comemorado anualmente em 31 de maio, o então ministro da saúde, Alexandre Padilha, anunciou que novas medidas para frear o consumo de cigarros no país seriam implementadas, e citou a Medida Provisória (MP) 540/2011.

A MP 540 tratava do Programa Brasil Maior e medidas tributárias. Uma alteração positiva na política de impostos de produtos de tabaco constava da MP, mas foram incluídas emendas que poderiam alterar significativa-

mente outros aspectos da política de controle do tabaco no país, representando um retrocesso e não um avanço para a saúde pública.

Entre os tópicos ali inseridos, constavam por exemplo a permissão para o fumo em locais fechados como casas noturnas, bares e restaurantes, desde que houvesse um aviso na entrada do estabelecimento alertando que era destinado a adultos fumantes, o que contraria recomendações da CQCT e as leis trabalhistas do país.

Ademais, estava sendo proposta uma autorização em texto de lei para a exposição de produtos de tabaco em pontos de venda, a utilização de aditivos (como mentol e cravo, que tornam o cigarro mais palatável e atrativo, especialmente para adolescentes/jovens iniciantes), a liberação explícita do patrocínio institucional de empresas de tabaco e um abrandamento na proposta que vinha sendo discutida em relação às advertências sanitárias nos maços de cigarros.

Em estudo desenvolvido por Almeida, intitulado *A interferência da indústria do tabaco na aprovação de lei federal n. 12.546 de 2011 para Ambientes Livres de Fumo*, é feita uma extensa descrição do desenrolar dos fatos e do cenário político por detrás da negociação da proposição que tornou o Brasil livre de tabaco.

Como diz o autor, “Que as corporações privadas exercem influência na política não é novo, nem incomum, exceto o fato de que agora assumem uma visível presença junto aos formuladores de políticas públicas (...) O sucesso dessa aproximação dos grupos de interesse econômicos com o espaço de gestão pública e formulação de políticas pode ser claramente identificado nessa tentativa de aprovar uma emenda em Medida Provisória enviada pelo Executivo ao Congresso Nacional, que implantaria uma política de ambientes livres de fumo limitada e sem o alcance proposto na CQCT/OMS”.

A agilidade e capacidade de mobilização por parte da sociedade civil, especialmente por meio da Rede ACT, foi decisiva para evitar que as inadequadas emendas fossem aprovadas com a proposição original, que iria alterar negativamente os principais eixos da política de controle do tabaco no país.

Por meio de diversas iniciativas, como a articulação política em contato direto com parlamentares e representantes do Executivo, disseminação de informações técnico/científicas, cartas de mobilização, fomento de parcerias e trabalho em rede, além de constante comunicação com órgãos da imprensa, foi possível reverter o quadro a tempo e aprovar uma lei de ambientes livres do tabaco em sintonia com as melhores práticas em controle do

tabagismo, apesar da permanência de algumas brechas normativas que interessam à indústria. Diante do elevado risco de retrocesso, conquistou-se um bom avanço.

A notícia repercutiu e foi celebrada nacional e internacionalmente. O Brasil passou a ser o maior país do mundo a possuir uma lei de proteção à exposição ao fumo passivo em ambientes fechados de uso coletivo. Mas para ser efetivamente cumprida, a lei precisava ser regulamentada pelo Poder Executivo. E nova batalha ali se iniciava.

REGULAMENTAÇÃO DA LEI FEDERAL

Como já mencionado, a proibição do fumo em locais fechados conta com amplo apoio popular. Mas para uma plena aplicação da lei, era necessário estabelecer parâmetros e responsabilidades para a fiscalização, definir penalidades em caso de violação, o que comumente é feito através de decreto regulamentador. Sem este, o pleno cumprimento da lei pode ficar comprometido, com o risco de uma norma vigente apenas no papel e não na prática.

A publicação do decreto, e novamente a preocupação com o teor do mesmo, passou a ser o foco de atenção e reivindicação das organizações da sociedade civil que trabalham pela prevenção e controle do tabagismo.

Audiências junto ao Ministério da Saúde foram solicitadas e realizadas com a finalidade de debater o tema, contribuir para o texto e cobrar por uma rápida publicação do decreto presidencial.

Diante da demora e aparente falta de vontade política, outras iniciativas foram adotadas, como a realização de campanhas nas redes sociais, manifestações em Brasília, realização de entrevistas e publicação de artigos de opinião na mídia.

A aprovação da lei completou o seu 1º aniversário, e o 2º também, sem que o decreto fosse publicado. Desnecessário dizer que do ponto de vista da saúde nada justificava este atraso. Foi somente após ocorrer uma mudança ministerial que o tema avançou.

O Ministro da Saúde, Arthur Chioro, anunciou em 2014 a publicação do decreto regulamentador de número 8262, que finalmente definia as regras para a vigência e fiscalização da lei antifumo federal. No dia 03 de dezembro do mesmo ano, após três anos da assinatura da lei, o decreto passou a vigorar e a lei de ambientes livres de tabaco finalmente pôde ser implementada em todo o Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Somente após 10 anos da ratificação do tratado internacional, a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco, é que o Brasil adotou nacionalmente a política de ambientes fechados livres de tabaco. Mesmo com a experiência bem-sucedida em São Paulo, ainda esperamos mais cinco anos para a implementação da lei antifumo em âmbito nacional.

Celebramos a conquista que possibilitou a proteção dos brasileiros diante da exposição à fumaça de tabaco em ambientes coletivos fechados, mas o trajeto foi longo do ponto de vista da saúde pública. E termos chegado até aqui também não significa que tudo está resolvido ou garantido em relação ao tema.

É preciso manter as pessoas informadas e garantir a fiscalização da lei na rotina de inspeções realizadas pelos centros de vigilância sanitária e órgãos de defesa do consumidor. É preciso atenção aos novos produtos que chegam ao mercado, como os cigarros eletrônicos, que estão submetidos às mesmas restrições que os demais produtos fumígenos, portanto incluídos na lei antifumo, mas que eventualmente podem confundir proprietários de estabelecimentos e população se informações adequadas não forem veiculadas pelos órgãos competentes.

E diante das muitas medidas preconizadas pela CQCT, ainda temos diversos desafios, como a proibição total de propaganda de produtos de tabaco, adoção de embalagens padronizadas, proibição de aditivos nos cigarros, apoio à diversificação da cultura de tabaco e ampliação das iniciativas relacionadas à cessação e acesso ao tratamento, entre outras.

Mas vimos que a mudança social é possível. As organizações da sociedade civil, incluindo associações médicas e de profissionais de saúde, têm relevante papel a desempenhar na busca de melhores condições de vida e indicadores de saúde.

Promover ambientes saudáveis, disseminar informação e exigir políticas públicas eficazes são elementos fundamentais no enfrentamento do grave problema representado pelo tabagismo.

A experiência adquirida com a política de controle do tabaco no Brasil ao longo destes anos, que culminou numa significativa diminuição da prevalência do tabagismo (redução de 35% desde 2010), com a compreensão dos obstáculos enfrentados, pode ser muito importante para guiar esforços em outras áreas da saúde pública, como obesidade infantil ou consumo abusivo de álcool.

Não podemos apenas responsabilizar o indivíduo sem analisar o contexto social no qual se dão as escolhas individuais. Como um exemplo, a massiva propaganda de produtos nocivos à saúde e muitas vezes dirigida ao público infanto-juvenil deve ser amplamente debatida pela sociedade, tal como ocorreu com os cigarros. Medidas regulatórias que disciplinem a forma em que se promove e comercializa este tipo de produto são determinantes para minimizar o impacto negativo que têm na sociedade.

Estejamos atentos para o papel de cada um de nós, pessoal e institucional, no enfrentamento dos novos desafios no âmbito da saúde pública. As lições aprendidas com o controle do tabaco evidenciam a importância de não culpabilizar ou vitimizar o indivíduo, mas buscar a união de esforços em prol de políticas públicas eficazes e cobrar pelo compromisso das autoridades públicas com a saúde da população que representam.

BIBLIOGRAFIA

1. Lei Federal 12546/2011, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112546.htm, Acesso em 05/02/2016.
2. International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans: tobacco smoke and involuntary smoking. Vol. 83. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2004.
3. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.
4. Mirra AP et al, Evidências Científicas sobre Tabagismo para Subsídio ao Poder Judiciário, Projeto Diretrizes, Associação Médica Brasileira, 2013 – disponível em: <http://www.projeto-diretrizes.org.br/diretrizes/2/tabagismojudiciario.pdf>, acesso em 16/12/2015
5. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General, op cit.
6. INCA e UFRJ / Instituto de Saúde Coletiva - Estudo Mortalidade atribuível ao tabagismo passivo na população urbana do Brasil, 2008. Acesso em 16/12/2015 <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/3b5a1c004eb68a5ea168b3f11fae00ee/Nota+T%C3%A9cnica+Ambientes+Livres.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=3b5a1c004eb68a5ea168b3f11fae00ee>
7. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention (US); National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US); Office on Smoking and Health (US). Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2010.
8. American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers, Inc. (www.ashrae.org) 2005 Controlling Tobacco Smoke Pollution. Disponível em: <http://www.repace.com/pdf/iaqashrae.pdf> Acesso em 16/12/2015.
9. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, Organização Mundial da Saúde, 2005. Disponível em português em: <http://www.actbr.org.br/pdfs/C0aC1.pdf>, Acesso em 17/12/2015
10. Cf. Decreto n. 5.658, em 2 de janeiro de 2006, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5658.htm, Acesso em 05/02/2016.
11. Diretrizes para implementação do Artigo 8º da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco "Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco" Tradução da Secretaria Executiva da CONICQ Março de 2011. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/256_diretrizes_art_8.pdf, Acesso em 17/12/2015
12. Fumo em locais fechados – Brasil, Pesquisa de Opinião Pública, 2008, disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/105_Fumo-em-Locais-Fechados-Datafolha-2008.pdf, acesso em 21/12/2015
13. 94% dos paulistas apóiam lei antifumo, disponível em <http://www.leiantifumo.sp.gov.br/sis/lenoticia.php?id=138>, acesso em 21/12/2015
14. Eriksen, M, Mackay, J, Schluger, N, Islami, F, Drope, J, The tobacco atlas - Fifth edition, American Cancer Society, 2015.
15. Cavalcante, TM, O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios, Rev. psiquiatr. clín. vol.32 no.5, São Paulo, Sept./Oct. 2005
16. WHO, maio de 2023: <https://www.who.int/pt/news-room/feature-stories/detail/tobacco-farmers-switch-to-sustainable-crops-in-brasil>
17. The Tobacco Atlas 2015, op cit
18. The Tobacco Atlas, 2022, disponível em: <https://www.vitalstrategies.org/resources/the-tobacco-atlas-7th-edition/>
19. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General, op cit.
20. A importância de aumentar os impostos do tabaco, disponível em: <https://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/tabaco-brasil.pdf>
21. ANVISA, 2024: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2024/anvisa-atualiza-regulacao-de-cigarro-eletronico-e-mantem-proibicao>

- 22.** WHO: Call to Action E-cigarettes, Dez 2023: <https://www.who.int/publications/m/item/electronic-cigarettes—call-to-action>
- 23.** Tobacco: E-cigarettes, disponível em: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/tobacco-e-cigarettes>, Jan 2024
- 24.** Lei federal 9294, de 1996, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9294.htm, Acesso em 05/02/2016
- 25.** Bialous, S A, et al, A resposta da indústria do tabaco à criação de espaços livres de fumo no Brasil, Rev Panam Salud Publica 27(4), 2010
- 26.** São Paulo respira melhor : adoção de ambientes fechados livres do tabaco no maior estado brasileiro. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/422_ESTUDO_DE_CASO_SP.pdf, Acesso em 04/02/2016.
- 27.** Lei nº 13.541, de 07 de maio de 2009, disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2009/lei-13541-07.05.2009.html>, Acesso em 05/02/2016
- 28.** Vigilância sanitária do tabaco no estado de São Paulo, Informes Técnicos Institucionais, Rev Saúde Pública 2012;46(2):395-7
- 29.** Issa, J, et al, The effect of São Paulo's smoke-free legislation on carbon monoxide concentration in hospitality venues and their workers, Tobacco Control 2011;20:156e162. doi:10.1136/tc.2010.037614
- 30.** Andreis M, Elf J, Johns P, Carvalho A, Jie Y, Apelberg B, Air Quality in Bars of São Paulo/Brazil before and after the Smoke-Free Law in Indoor Places, Revista Brasileira de Cancerologia 2011; 57(3): 315-320
- 31.** Almeida, GEG, A interferência da indústria do tabaco na aprovação de lei federal n. 12.546 de 2011 para Ambientes Livres de Fumo, Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Direito Sanitário do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, 2012 Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/974_733_A_Interferencia_da_industria_do_Tabaco_na_Lei.pdf, Acesso em 01/02/2016
- 32.** <http://revistaepoca.globo.com/Saude-e-bem-estar/noticia/2011/12/brasil-e-o-maior-pais-do-mundo-ter-uma-lei-antifumo-diz-oms.html>, Acesso em 01/02/2016.
- 33.** Decreto n.8262, de 31 de maio de 2014, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8262.htm, Acesso em 01/02/2016.
- 34.** Organização das Nações Unidas - Brasil, 2024, disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/257946-com-queda-de-35-desde-2010-brasil-%C3%A9-um-dos-1%C3%ADderes-mundiais-na-redu%C3%A7%C3%A3o-do-consumo-de-tabaco>

TABAGISMO E DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA TÊM TRATAMENTO?

Dr. Frederico Leon Arrabal Fernandes

Médico Assistente da Disciplina de Pneumologia do InCor – HCFMUSP. Médico Responsável pelo Grupo de Atenção ao Tabagista do ICESP. Doutor em Ciências Médicas pela Disciplina de Pneumologia da Faculdade de Medicina da USP.

Guilherme Ward Leite

Médico Assistente da Pneumologia da Faculdade de Medicina da USP/Incor. Fellow em doenças ocupacionais ambientais e cessação de tabagismo e Função pulmonar pela Faculdade de Medicina da USP. Título de especialista em pneumologia pela SBPT.

INTRODUÇÃO

O tabagismo ainda é um enorme problema de saúde pública. É responsável por grande parcela da mortalidade por problemas cardiovasculares, de doenças pulmonares e de câncer. Em 2019, os dados globais são de que o tabagismo foi responsável por 8,71 milhões de óbitos, 230 milhões de DALYs (um ano de vida saudável perdida) e 1,0 milhão de óbitos por exposição à fumaça ambiental do tabaco. No Brasil, em 2015, foram 156 mil (13%) óbitos pelo tabagismo ativo e 18 mil pela fumaça ambiental do tabaco.

No entanto, graças ao árduo trabalho para redução global do uso do tabaco, a prevalência de fumantes está em declínio. Políticas como o aumento do preço pela taxaço, restrição à publicidade, imagens de advertência nos maços e leis municipais de ambientes livres de tabaco reduziram surpreendentemente o número de fumantes.

De 1990 a 2019, o tabagismo global diminuiu em 27,5% nos homens e em 37,7% nas mulheres com 15 anos ou mais. Segundo dados do Vigitel 2021, o percentual total de fumantes com 18 anos ou mais no Brasil é de 9,1%, sendo 11,8% entre homens e 6,7% entre mulheres. Tal dado representa a redução significativa desde o final da década de 80, quando 34,8% dos adultos fumavam no Brasil.

Ainda assim, o panorama atual preocupa. Grande parte dos indivíduos que fumam tem alta dependência à nicotina e um dos cenários mais preocupantes é a dependência dessa substância no uso de cigarros eletrônicos, que aumentou. Segundo o Vigitel de 2019, em pessoas com idade de igual ou maior de 18 anos, há um aumento de uso de cigarro eletrônico + forma aquecida de 2,07% no sexo feminino e 2,32% no sexo masculino. Os dados podem inferir que o número de aumento não foi significativo, porém devemos considerar que a comercialização do cigarro eletrônico é proibida no Brasil. Além disso, a população avaliada foi de uma faixa etária específica e o número de indivíduos entrevistados não pode ser usado para uma generalização da prevalência do uso dessa forma de nicotina, uma vez que é perceptível o grande o aumento em massa do uso entre os adolescentes e adultos jovens.

Isso gera imensa dificuldade em parar de fumar. Mais da metade dos indivíduos que persistem fumando morre de doenças relacionadas ao tabagismo. Estudo realizado com médicos ingleses informa que fumantes vivem,

em média, 10 anos menos do que os não fumantes. Em levantamento do hospital oncológico de São Paulo, 2 de cada 3 fumantes não consegue parar mesmo após receber o diagnóstico de câncer.

Para que o fumante consiga sucesso em cessar o tabagismo, é necessária uma abordagem especializada com aconselhamento, intervenções comportamentais, motivacionais e, se necessário, o tratamento farmacológico. O primeiro passo do paciente é entender que o tabagismo é uma doença cujo componente principal é a dependência da nicotina.

A DEPENDÊNCIA DA NICOTINA

A nicotina é inalada pela tragada do cigarro convencional e atinge o cérebro em 10 segundos. Ativa receptores do sistema nervoso central e sistema nervoso autônomo, estimulando a liberação de dopamina e outros neurotransmissores responsáveis por diversos efeitos neurológicos, cardiovasculares e respiratórios. O principal efeito neurológico é chamado de “efeito de recompensa” que confere o prazer decorrente do ato de fumar.

Sua inalação e absorção em picos nas tragadas induzem ao aumento do número de receptores cerebrais, levando à tolerância e à dependência física e psíquica. A dependência produz sintomas de abstinência quando da sua falta. “Fissura”, vontade incontrolável de fumar, nervosismo, irritabilidade, ansiedade, alterações do sono, dificuldade de concentração, aumento de apetite e ganho de peso acontecem quando o dependente para de fumar, especialmente sem ajuda especializada ou tratamento.

Por sua vez, os usuários de cigarros eletrônicos que contêm nicotina apresentam também um elevadíssimo risco de se tornarem dependentes. A concentração e a forma de entrega da nicotina interferem na rapidez com que a dependência se instala. Nos jovens, a quantidade de nicotina necessária para estabelecer uma adicção foi estimada em cerca de 5 mg por dia, o que é equivalente a um quarto de um pod de cigarro eletrônico

As apresentações high tech e o vapor “lúdico” emitido pelos cigarros eletrônicos exercem forte atração e convite ao uso, principalmente pelos adolescentes e adultos jovens. Associado a esses fatores, há os sais de nicotina e os atrativos flavorizantes que dão gosto e sensação agradável. Essa associação eleva muito o risco de iniciação, com chance de desenvolver maior dependência à nicotina. Estudo recente mostra que os jovens foram quatro vezes mais propensos a experimentar cigarros e três vezes mais propensos a fumar se eles usarem cigarros eletrônicos previamente.

BENEFÍCIOS DE PARAR DE FUMAR

Parar de fumar traz diversos benefícios, tanto imediatos quanto de longo prazo. O risco de morte de alguém que pare de fumar antes dos 50 anos é reduzido pela metade. O risco de infarto do miocárdio diminui e volta ao risco basal após um ano da interrupção do vício. O risco de desenvolvimento de câncer de pulmão cai pela metade após 10 anos e para um quinto após 15 anos. Um estudo de médicos ingleses constatou que, em comparação àqueles que continuam fumando, os que param de fumar antes dos 35 anos aumentam sua expectativa de vida em 10 anos.

COMO PARAR DE FUMAR

Parar de fumar pode ser difícil para quem tem alto nível de dependência. O questionário de Fagerstrom (FIGURA 1) é uma ferramenta importante na avaliação do grau de dependência de cada fumante. Aqueles com alta/muito alta dependência (maior ou igual a seis pontos no teste) dificilmente conseguem parar sem ajuda.

O método de interrupção do ato de fumar compreende três etapas fundamentais: 1) assumir a decisão de parar, 2) escolher uma data e um plano para cessação e 3) lidar com a abstinência do cigarro.

A decisão de parar de fumar é individual e sem essa decisão e convicção é impossível obter êxito. Fumantes que ainda não tomaram essa decisão devem ser aconselhados com argumentos contundentes, como a exposição dos malefícios do cigarro; os resultados satisfatórios advindos do tratamento a longo prazo e a economia financeira proporcionada pela cessação. Porém, para que surta efeito, o tratamento deve ser condizente com a idade, a escolaridade e o contexto social do fumante.

Os argumentos que levam o idoso com doença cardíaca e/ou doença pulmonar a parar de fumar são diferentes dos que motivam o adolescente. Para o idoso, a possibilidade de contrair ou agravar doenças relacionadas ao tabaco é, geralmente, suficiente para que ele mude seu comportamento. O adolescente, entretanto, costuma responder mais às motivações financeiras e estéticas.

Uma das formas mais eficazes de motivar o fumante a parar é direcionar a consulta para a chamada intervenção mínima. Uma conversa de 2-3 minutos sobre tabagismo informa rapidamente o paciente sobre os riscos e os benefícios da cessação. Além disso, é importante oferecer material escrito sobre o assunto. Segundos diversos estudos, a intervenção mínima dobra o sucesso no tratamento contra o fumo.

Após tomar a decisão de parar, é necessário que o indivíduo busque ajuda, que pode ser por meio de tratamento médico ou do apoio de um “padrinho”. O padrinho pode ser o amigo ou o parente mais próximo, ex-fumante ou não, que auxilie no cumprimento das metas do tratamento. Alguém a quem recorrer tanto nos momentos difíceis, como nas vitórias, ou seja, quando os marcos forem alcançados.

É também muito importante escolher uma data para parar de fumar. Recomenda-se que ela seja próxima, não mais distante que 30 dias. É importante ter tempo para se preparar e seguir um plano, mas o limite de um mês existe para evitar que se mude de ideia. Marcar uma data é um passo importantíssimo e que muitas vezes traz preocupação. É importante que o paciente lembre dos benefícios que a cessação do ato de fumar trará a ele. É necessário grande comprometimento com essa data. Deve-se marcá-la no calendário e tanto a equipe de profissionais quanto o “padrinho da ideia” devem ser informados dela. Até a data escolhida, deve-se seguir o plano ou estratégia escolhidos de acordo com as características individuais do fumante e da equipe de saúde que o acompanha.

Parar abruptamente na data escolhida: é importante que o fumante interrompa a compra de cigarros nos dias anteriores à data e que não se encontre com outros fumantes por um período. Essa estratégia é melhor para aqueles com baixa dependência ou aos que recaíram recentemente.

Diminuir o número de cigarros gradativamente: estabelece-se um número máximo de cigarros por dia ao qual o fumante terá direito até a data escolhida. Reduzir um ou dois cigarros por dia ajuda o organismo a tolerar melhor a falta de nicotina.

Atrasar a hora do primeiro cigarro: atrasar de trinta minutos a uma hora o primeiro cigarro da manhã. Com isso, o cigarro pouco a pouco sai da rotina do fumante.

O plano pode conter ajuda de remédios, como os de reposição de nicotina, os antidepressivos ou a agonista parcial do receptor de nicotina. Padrinho, amigos, colegas e família devem conhecer o plano e prover reforços positivos conforme o paciente atinja as metas correspondentes às etapas diárias. Depois de parar de fumar, ou mesmo durante a redução gradual, é comum que ele manifeste sintomas da abstinência, já que seu organismo, devido à adaptação dos receptores neurais, está acostumado com certas doses de nicotina. Isso é reflexo da dependência! Sem a nicotina, aparecem alguns sintomas físicos e psicológicos. Conhecer os sintomas é a melhor forma de se preparar e de lidar com eles.

O hábito de fumar conecta-se a praticamente todas as atividades do fumante. Logo, associa-se naturalmente à rotina de acordar, tomar café da manhã, assistir televisão, ler o jornal e trabalhar. Essas atividades funcionam como gatilhos que o levam a acender o cigarro. Além disso, o contexto de integração social que o uso do cigarro eletrônico gera mais entre os jovens, é um importante obstáculo em que a atenção e o cuidado especial devem priorizar o não ingresso ou o não reingresso ao vício.

Tais situações acionam dispositivos de vontade de fumar em quem está disposto a parar com o vício. São conhecidos como “fissuras”, isto é, momentos em que o organismo está “pedindo” por doses de nicotina diária.

Nesse momento, aparecem os sintomas de abstinência e torna-se comum, então, “racionalizar”. Em outras palavras, o indivíduo inventa desculpas para justificar sua vontade de fumar.

Os pensamentos abaixo são recorrentes durante o tratamento e devem ser evitados:

- × Vou fumar até passar esse momento ruim.
- × Sem fumar não vou resolver esse problema.
- × Hoje não é um bom dia. Amanhã eu paro.
- × É meu único vício.
- × A vida não tem graça sem fumar.

Essas “racionalizações” podem colocar tudo a perder. É necessário informar o fumante sobre como proceder nos momentos de “fissura”. Aqui estão algumas dicas de como manter o compromisso de ficar sem fumar:

- × Evitar pessoas e lugares que vão lhe tentar a fumar. Com o tempo, lida-se mais facilmente com essas questões.
- × Mudar os hábitos. Ingerir sucos e água gelada ao invés de álcool. Substituir a pausa para o café por caminhadas. Criar dieta baseada em balas sem açúcar ou chicletes para acalmar a vontade de fumar.
- × Atividades: praticar exercício e atividades ao ar livre que diminuam a vontade de fumar. Caminhar ou fazer algum trabalho manual para espalhar, dando tempo até que a “fissura” se dissipe.

Mesmo seguindo todas as recomendações, os sintomas de abstinência, como dificuldade de concentração, nervosismo, tristeza, excesso de apetite e insônia, podem tornar a empreitada difícil. Quem apresenta sintomas de abstinência significativos pode se beneficiar do tratamento farmacológico associado.

O uso de medicação é parte importante do tratamento. Com a introdução dos remédios específicos, os programas de cessação de tabagismo mostraram maior taxa de sucesso e menor recaída. Fumantes em programas de cessação de tabagismo baseados em medicação apresentam sucesso de até 40%, oito vezes mais que a taxa daqueles que tentam parar sem ajuda profissional. Apesar do custo do tratamento aumentar com o uso de medicações, ele é mitigado pela economia que o fumante fará ao parar de fumar. O gasto anual do fumante de 20 cigarros por dia é 4 vezes maior que o tratamento preconizado com adesivo de nicotina. O tratamento com medicações é indicado para os que fumam pelo menos 10 cigarros por dia e apresentam sintomas de abstinência significativos, ou que já tentaram parar, mas sem sucesso.

As drogas de primeira linha são: repositores de nicotina, bupropiona e agonista parcial do receptor de nicotina. São consideradas medicações efetivas, com poucos efeitos colaterais nocivos e benefício estabelecido.

Gestantes, adolescentes e tabagistas leves (menos de 10 cigarros por dia) compõem a população em que o benefício do tratamento farmacológico foi pouco estudado. A medicação nesses casos deve ser feita de forma personalizada. Os riscos devem ser pesados, bem como os benefícios, de acordo com a experiência do profissional de saúde.

TERAPIA COM REPOSIÇÃO DE NICOTINA

A reposição de nicotina é apresentada de várias formas. As mais utilizadas atualmente são os adesivos, a goma de mascar e a pastilha. O adesivo deve ser usado durante todo o dia. As doses de nicotina diminuem progressivamente de acordo com as semanas.

Recomenda-se iniciar com o adesivo de 21mg/dia reduzindo o local de colocação durante 4 a 8 semanas, ou até 30 dias sem o cigarro. Depois o uso de 1 adesivo de 14mg /dia durante 2 a 4 semanas e 1 adesivo de 7 mg / dia durante 2 a 4 semanas. Este tratamento deve ser individualizado.

O principal efeito colateral do adesivo é a irritação da pele, na maioria dos casos leve e suportável. Uma superdosagem pode levar o paciente a apresentar sintomas como diarreia, tonturas, náuseas, vômitos e sensação de cansaço.

A goma de mascar apresenta 2mg. A prescrição é de uma goma a cada 2 horas, até o máximo de 16 por dia durante 2 meses. A redução deve ser progressiva durante 1 mês. A pastilha apresenta a mesma quantidade de miligramagem e pode ser usada caso o tabagista não se adapte a mastigação

da goma. A goma ou pastilha devem ser usadas durante 30 minutos, mantida na boca entre a gengiva e a bochecha. Evitar consumo de soda, café, cerveja, bebidas ácidas em geral 15 minutos antes e durante o uso da goma.

Combinar o adesivo com a goma é uma forma aceitável e bastante eficaz de tratamento, muitas vezes mais eficiente que a de uso isolado. O uso do adesivo deve ser contínuo, e a goma ou pastilha devem ser usadas com um complemento ao adesivo nos momentos de maior “fissura”.

A maior contraindicação da reposição de nicotina é o infarto do miocárdio há menos de 2 semanas do início do uso da medicação.

Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos recentes, arritmias graves e angina instável também são contraindicações. O uso em gestantes é permitido em casos selecionados. Existe o efeito de vasoconstrição placentária. No entanto, esses casos são menos frequentes do que os causados pela manutenção do tabagismo.

A interrupção do tabagismo deve ser programada para 3 a 5 dias após a data de início da aplicação do adesivo ou do uso da goma de mascar como forma de adaptação, ganho de confiança na droga e redução do stress.

TERAPIA COM ANTIDEPRESSIVOS

1. Bupropiona

A bupropiona é uma medicação antidepressiva que estimula a função adrenérgica e dopaminérgica do sistema nervoso central. É a melhor droga antidepressiva na redução da abstinência de nicotina. Foi demonstrado que o uso de bupropiona aumenta em mais de duas vezes a chance do indivíduo em interromper o tabagismo. A apresentação é em comprimidos de 150 mg. É recomendada a dosagem de 1 comprimido por dia durante 3 dias e depois de 1 comprimido duas vezes ao dia, com intervalo nunca inferior a 8 horas.

O paciente deve evitar tomar a segunda dose após as 18h devido à possibilidade de insônia. Outros efeitos colaterais são: boca seca, cefaleia e rush cutâneo. A porcentagem de usuários que tem convulsões é de 0,1%.

A medicação é contraindicada em pacientes com antecedente de distúrbios convulsivos, ou convulsão febril na infância. Antecedente de bulimia ou anorexia nervosa, distúrbio bipolar, uso concomitante de inibidores da monoamina oxidase (IMAO), drogas antipsicóticas como haloperidol e clorpromazina e insuficiência hepática severa também são contraindicadas. Gestantes e mães em período de amamentação devem suspender o uso.

A interrupção do tabagismo deve ser programada após 7 a 10 dias de uso da medicação. A duração do tratamento é avaliada individualmente, de acordo com o grau de dependência, ansiedade, sintomas de abstinência e relação custo-benefício. A duração habitual é de 7 a 12 semanas. Para melhores resultados recomenda-se a duração estendida de tratamento (> 12 semanas), do que a terapia de duração padrão (6–12 semanas) segundo última revisão da ATS de 2020, podendo ser estendido por 1 ano, apresentando maiores taxas de sucesso e menor recorrência durante o período de uso da medicação.

2. Nortriptilina

A nortriptilina é uma medicação antidepressiva utilizada no auxílio à cessação do tabagismo. No entanto, por seu perfil de efeitos colaterais e menor eficácia, é considerada como droga de segunda linha. É um antidepressivo tricíclico. Tem ação superior ao placebo no combate ao tabagismo. Quando combinada com o adesivo, oferece efeito benéfico aditivo. É recomendada a dosagem de 75 a 150 mg por dia do produto, devendo a dose ser iniciada com 25 mg e aumentada progressivamente a cada 3 ou 4 dias. Seu uso deve ser feito preferencialmente à noite. Causa muitos efeitos adversos, sendo frequentes a boca seca, a sonolência, a taquicardia, a obstipação e a tontura. Antes de iniciar o seu uso, deve ser realizado um eletrocardiograma (ECG) para afastar bloqueio átrio-ventricular e síndrome do QT longo (alteração do ECG). Deve-se programar a interrupção do tabagismo 20 dias após iniciado o uso do produto.

3. Agonista parcial do receptor de nicotina (Vareniclina e Citisina)

A vareniclina é um agonista parcial de receptores nicotínicos de acetilcolina nAChR sintetizado a partir da citisina. Age relacionado à sua ligação de alta afinidade e baixa estimulação dos receptores, diminui a sensação de prazer ao fumar e reduz os sintomas de abstinência da nicotina. Dá-se preferência ao uso de vareniclina em vez de bupropiona como terapia principal.

Para adultos dependentes de tabaco em quem o tratamento está sendo iniciado, em última revisão da American Thoracic Society (ATS) de 2020, é recomendado a vareniclina em vez de nicotina em patch, desde que os profissionais responsáveis pelo tratamento dos pacientes estejam preparados para aconselhar sobre a relativa segurança e eficácia da vareniclina em comparação com terapia de reposição de nicotina através de adesivo.

Tem duas apresentações, de 0,5 mg e de 1,0 mg. O recomendado é o aumento progressivo da dose da seguinte forma: 0,5 mg/dia do 1o ao 3o dia, 0,5 mg duas vezes ao dia do 4o ao 7o dia e 1,0 mg duas vezes ao dia do 8o dia ao final do tratamento. Recomenda-se parar de fumar no 8o dia.

Os principais efeitos colaterais são náusea e vômitos, sonhos anormais, tontura, constipação, boca seca e fadiga. Fumantes com insuficiência renal grave e doenças psiquiátricas não devem usar esse tratamento.

No entanto, a vareniclina (Champix da Pfizer, nome comercial) teve sua distribuição mundial suspensa em junho de 2021 devido à contaminação por um composto cancerígeno chamado nitrosamina. No Brasil, não foram detectados níveis preocupantes da substância nos lotes da droga, ao contrário do que ocorreu nos Estados Unidos. Porém, o país sul-americano, enfrenta grande desabastecimento e falta nas farmácias desde então. A distribuição mundial do Champix da Pfizer não tem prazo para ser retomada desde a suspensão e paralisação da comercialização em 2021.

Nitrosaminas são substâncias químicas comumente encontradas em água e alimentos, como carnes curadas e grelhadas e frituras, além do próprio tabaco. Nos medicamentos, elas podem surgir devido aos processos de fabricação ou armazenamento. Em pequenas quantidades, não oferecem risco à saúde. Estudos em laboratório mostraram que, em altos níveis, alguns desses compostos podem ser cancerígenos após exposição à longo prazo, o que levou a uma preocupação das agências regulatórias internacionais. Apesar do aumento do risco, não houve nenhum caso de câncer relatado ao uso da vareniclina.

A falta da vareniclina mostra a contante necessidade do desenvolvimento de novas drogas eficazes para o tabagismo e também abre caminho para o ressurgimento de tratamentos antigos, como a citisina. Em estudos recentes publicados, a citisina foi pelo menos tão eficaz quanto a vareniclina para parar de fumar entre os pacientes que fumavam diariamente e estavam motivados a desistir. Efeitos colaterais autorrelatados ao longo de 6 meses ocorreram com menos frequência no grupo citisina do que no grupo vareniclina, sendo que, à primeira vista, parece que o regime de dosagem mais complexa para a citisina não constitui uma barreira à sua utilização, prometendo ser uma droga promissora para o arsenal terapêutico em relação ao tratamento para cessação do tabagismo, sendo, porém, ainda necessário mais estudos para comprovação de eficácia e terapêutica.

TERAPIA COMBINADA

A terapia farmacológica combinada oferece melhor controle dos sintomas de abstinência. A combinação da bupropiona com o adesivo de nicotina é permitida e bastante eficaz. Apesar de não ter sido demonstrada maior taxa de sucesso que a monoterapia, o ganho de peso foi menor entre os que combinaram o uso das duas drogas. A escolha da terapia adjunta está

indicada para quem tentou a monoterapia sem sucesso, apresenta “fissura” intensa ou dependência elevada. A combinação da bupropiona com a vareniclina não aumentou as chances de sucesso. Além disso, houve aumento dos eventos adversos de ansiedade, sintomas de depressão e flatulência no grupo de terapia combinada.

CIGARRO ELETRÔNICO

Tema muito polêmico e de difícil abordagem. Alguns estudos recentes mostraram que pessoas que usaram cigarro eletrônico para pararem de fumar vs. os que não usaram, tiveram menor prevalência de sintomas de abstinência em seis meses, menor incidência cumulativa de tentativas de parar de fumar em 24 horas e sucesso em redução de tabagismo em pelo menos 50% desde o início, fato que sugeriria que o uso de cigarros eletrônicos pudesse ajudar a auxiliar a cessação do uso do tabaco. Assim dissipa-se a noção de que os efeitos causais colaterais dos cigarros eletrônicos na cessação do tabagismo não superariam o benefício em relação à redução do consumo de tabaco, principalmente para os fumantes que talvez não consigam parar de usar medicamentos farmacológicos para o tratamento do tabagismo. Devemos, no entanto, atentarmos que os estudos focam na retirada do hábito de fumar o tradicional tabaco e não em relação à melhora e cessação na dependência de nicotina e de outras substâncias que potencializam seus efeitos. Aliás, devido à sua maior facilidade no uso e praticidade que o cigarro convencional e a maior potência da nicotina líquida que esses dispositivos contêm, torna-se muito perigoso esse tipo de alternativa levantada como opção para o combate do tabagismo.

O artigo “*Electronic cigarettes for smoking cessation*” (Hartmann-Boyce et al., 2021), publicado pela Cochrane Library, grupo que realiza revisões sistemáticas da literatura médica, causou indignação entre profissionais da saúde ao sugerir que “há evidência moderada de que cigarros eletrônicos com nicotina aumentam as chances de parar de fumar, se comparado aos métodos de reposição de nicotina e aos cigarros eletrônicos sem nicotina”. Há diversos vieses do artigo de Hajek como: 1) Não foi garantido que cada grupo aderisse a apenas um dos métodos; 2) Houve uso duplo (cigarro convencional mais o eletrônico); 3) Os gerenciadores de apoio comportamental sabiam em quais grupos os pacientes foram alocados; 4) A taxa de abstinência no grupo que utilizou Terapia de Reposição de Nicotina foi de 9,9% em um ano, metade das taxas que normalmente são encontradas na literatura.

Em revisão sistemática e meta-análise de *E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis* (Kalkhoran e Glantz, 2016), publicada na revista científica *The Lancet Respiratory Medicine*, pessoas que tentaram parar de fumar cigarro convencional utilizando cigarros eletrônicos tiveram 28% menos chance de sucesso do que os que não utilizaram esses dispositivos eletrônicos para fumar.

Os dados atuais disponíveis também são inconsistentes com as recomendações e afirmações realizadas pela FDA no qual foram autorizadas venda de produtos como Vuse Solo, NJOY, Logic1 e o IQOS aquecido, afirmando que a dupla utilização é menos prejudicial ou, no máximo, não é mais prejudicial do que fumar o tabaco convencional.

Em publicação atual acerca de evidência epidemiológica baseada no uso de cigarros eletrônicos na população em geral, sugere-se que, pelo menos para o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e doenças metabólicas, as chances de ocorrência entre pessoas que usam o cigarro eletrônico e cigarro convencional foram semelhantes.

Para doenças respiratórias como asma e DPOC, embora haja menores evidências, devido a necessidade de estudos mais prolongados com uso dos cigarros eletrônicos, as chances de desenvolvimento de tais comorbidades ainda é substancial. O duplo uso (cigarro convencional e cigarro eletrônico) foi associado a um aumento de 20 a 40% probabilidades no surgimento de doenças pulmonares do que o uso de cigarro convencional isolado, sugerindo um aumento geral para o risco populacional para doenças respiratórias. As descobertas sobre uso duplo são particularmente importantes porque a dupla utilização é uma prática comum no comportamento entre adultos, principalmente mais jovens que usam cigarros eletrônicos.

A European Respiratory Society (ERS) em sua última publicação a respeito do assunto, por sua vez, não recomenda quaisquer produtos prejudiciais aos pulmões e não apoia a redução de danos como estratégia para reduzir o tabagismo e ajudar a parar de fumar. Ainda falta um número suficiente de evidências para apoiar as chamadas alegações de “redução de danos” da indústria do tabaco. Todos os produtos que contém nicotina são considerados altamente viciantes e prejudiciais à saúde. Não devemos, portanto, permitir que a indústria explore estes produtos e prejudicar a implementação de políticas públicas de controle do tabaco. Visar reduzir o consumo e proteger os jovens da dependência desses produtos emergentes deve ser sempre a prioridade.

As descobertas de maiores chances de aparecimento de diversas doenças com o uso de cigarros eletrônicos em comparação com o não uso ilustra o substancial risco potencial para as pessoas, especialmente os jovens e os adultos jovens, que iniciam o uso de nicotina com cigarros eletrônicos e ex-tabagistas de cigarro convencional que reiniciam o uso de nicotina com cigarros eletrônicos.

CONCLUSÕES

O tabagismo e a dependência nicotínica é um problema global com sérias consequências para a saúde. A dependência da nicotina é um obstáculo significativo para conseguir êxito em parar de fumar.

No entanto, existem tratamentos eficazes disponíveis, incluindo aconselhamento, intervenções comportamentais e motivacionais e, se necessário, tratamento farmacológico para sucesso. A conscientização de que os fumantes podem parar de fumar é de extrema importância.

O profissional de saúde ajudará ao intervir minimamente, ou até oferecendo tratamento.

Os momentos das consultas valem como motivação para que o fumante interrompa o vício. Sempre é bom lembrar que os argumentos devem ser apropriados para as características individuais do fumante.

A escolha da medicação empregada deve ser baseada tanto na familiaridade do médico com o fármaco quanto às contraindicações, à preferência do paciente e às características individuais dele. Em pacientes com depressão, a bupropina e a nortriptilina podem ser mais utilizadas. Se o ganho de peso é uma preocupação importante, pode ser recomendado o tratamento com adesivo de nicotina combinado com bupropiona ou nortriptilina, por exemplo.

Reduzir a ansiedade, controlar os sintomas de abstinência e aumentar a confiança do dependente no tratamento são benefícios claramente atribuíveis à escolha apropriada do medicamento. O conhecimento e a experiência na indicação, além do uso da terapia farmacológica auxiliar na cessação do tabagismo, pode ser a diferença entre uma tentativa frustrada e o sucesso.

Considerar o uso de cigarros eletrônicos como alternativa substancialmente menos prejudicial aos cigarros convencionais é extremamente errado, pois além de estar aumentando também o risco de desenvolvimento de doenças cardiocirculatórias e/ou respiratórias, principalmente na população mais jovem, não estamos realizando de fato o combate ao tabagismo e

sim trocando uma forma de dependência nicotina por outra ainda pouco explorada sobre os efeitos a longo prazo.

O sucesso na cessação do tabagismo traz benefícios imediatos e de longo prazo, reduzindo significativamente o risco de doenças relacionadas ao tabaco e melhorando a saúde geral. É importante lembrar que parar de fumar é um processo individual e requer determinação e apoio. Com a ajuda profissional adequada, os indivíduos podem superar a dependência da nicotina e alcançar uma vida livre do cigarro.

Figura 1: Teste de Fagerström para avaliação de Dependência à Nicotina

1. Quanto tempo depois de acordar você fuma o seu primeiro cigarro?
0 - Após 60 minutos
1 - 31-60 minutos
2 - 6-30 minutos
3 - Nos primeiros 5 minutos
2. Você encontra dificuldades para evitar fumar em lugares onde é proibido, como igrejas, local de trabalho, cinemas, shopping etc.?
0 - Não
1 - Sim
3. Qual é o cigarro do dia que lhe traz mais satisfação (aquele que você mais precisa acender para matar a vontade)?
0 - Qualquer um/ em qualquer hora
1 - O primeiro da manhã
4. Quantos cigarros você fuma por dia?
0 - 10 ou menos
1 - 11 a 20
2 - 21 a 30
3 - Mais de 31
5. Você fuma mais frequentemente no período da manhã?
0 - Não
1 - Sim
6. Você fuma mesmo acamado na maior parte do tempo?
0 - Não
1 - Sim

Pontuação: 0 a 4: leve; 5 a 7: média; >7: alta

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Benowitz N, Pharmacological aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. *N Engl J Med.*1988.
2. DiClemente,Carlo C Prochaska,James O,et al.The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation,contemplation, and preparation stages of change.*Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1991
3. Benowitz NL, Henningfield JE. Establishing a nicotine threshold for addiction. The implications for tobacco regulation. *N Engl J Med.* 1994.
4. Richard Doll, et al.*BMJ.* 2004.
5. US Department of Health and Human Services: The health benefits of smoking cessation A report of the Surgeon General.Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ.*2004.
6. Lotufo, João Paulo, Livro - Tabagismo - Uma Doença Pediatrica - 2007.
7. Centers for Disease Control and Prevention (US), National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US), Office on Smoking and Health (US). How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US). 2010 .
8. Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira.Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.Brasília: SENAD.2010.
9. Thun MJ, et al. *N Engl J Med.* 2013.
10. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, et al.T. Physician advice for smoking cessation.*Cochrane Data-base of Systematic oReviews.*2013.
11. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T.Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis.*Cochrane Database of Systematic Reviews.*2013.
12. Surgeon General National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health.The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. U.S. Department Of Health And Human Services Public Health Service.2014.
13. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH,et al. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation.*Cochrane Database of Systematic Reviews.*2016.
14. Jackler RK, Ramamurthi D. Nicotine arms race: JUUL and the high-nicotine product market. *Tobacco Control.* 2019.
15. GBD 2019 Risk Factors Collaborators.*Lancet.*2020.
16. Leone FT, Zhang Y, Evers-Casey S,et al. Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med.*2020.
17. GBD 2019 Tobacco Collaborators.*Lancet.*2021.
18. Walker N, Smith B, Barnes J,et al. Cytisine versus varenicline for smoking cessation in New Zealand indigenous Maori: a randomized controlled trial.*Addiction.*2021.
19. Rigoti NA, et al. *JAMA.* 2022.
20. Matthew J. Carpenter, Amy E. Wahlquist, Jennifer Dahne,et al.Effect of unguided e-cigarette provision on uptake, use,and smoking cessation among adults who smoke in the USA: a naturalistic, randomised, controlled clinical trial. *eClinicalMedicine.*2023.
21. Chen DT-H, Grigg J, Filippidis FT. European Respiratory Society statement on novel nicotine and tobacco products, their role in tobacco control and "harm reduction". *Eur Respiratory Journal.* 2024.
22. Stanton A. Glantz,Nhung Nguyen and Andre Luiz Oliveira da Silva. Affiliations Population-Based Disease Odds for E-Cigarettes and Dual Use versus Cigarettes.*NEJM.* 2024

"CAUSOS DO DR BARTÔ"

EXPERIÊNCIAS DO AMBULATÓRIO
ANTITABÁGICO DO HU USP
A IMPORTÂNCIA DAS ESTRATÉGIAS

Caso 1: Paciente de 40 anos marcou o dia 21 de abril para parar de fumar com resultado imediato. Perguntei-lhe se o dia 21 de abril estaria relacionado ao descobrimento do Brasil ou à Tiradentes que morreu enforcado e esquartejado. Sua resposta era que esse dia era o dia de falecimento de sua sogra, que era terrível. Estratégia vencedora.

Caso 2: Senhora de 50 anos diminuiu de 40 cigarros para 3 com terapia de reposição de nicotina e bupropiona. "Empacou" nos 3 cigarros/dia várias semanas. Explicando sua rotina, comprava 3 cigarros avulsos na padaria onde ia comprar pão e leite. A moça do caixa já pegava os 3 cigarros avulsos que ela sempre comprava e os colocava em cima do balcão. Ela não resistia. A estratégia sugerida foi passar a comprar pão e leite em outro lugar. Passou a comprar pão e leite no supermercado. Deu certo.

Caso 3: Homem de 52 anos não conseguia não comprar o cigarro. Adquiria os maços no posto de gasolina. Quando descia do carro para a cabine com o cobrador, visualizava aquele outdoor com a propaganda do cigarro e não resistia. A estratégia sugerida foi encher o tanque num posto de gasolina que tivesse a maquininha de cobrança que viesse até o carro. Deu certo.

Caso 4: Moça de 20 e poucos anos fumava 8 cigarros por dia. Comentei que ela não tinha uma forte dependência de nicotina. Ela não retornou mais ao ambulatório. Encontrei-a nas ruas do campus e ela gritou do outro lado da rua em alto bom som:

— Dr João Paulo, parei de fumar!

E eu perguntei:

— Como é que você parou?

E ela respondeu:

— Eu pensava que eu era dependente de nicotina. O Senhor falou que eu não era, então eu parei.

CIGARRO ELETRÔNICO E NARGUILÉ – O QUE PRECISAMOS SABER?

Stella Regina Martins

**Divisão Pneumologia do InCor/HCFMUSP.
Especialista em Dependência Química.
*Certificação em Controle do Tabagismo - Johns
Hopkins Bloomberg Scholl of Public Health.***

INTRODUÇÃO

Importantes medidas de saúde pública abrangendo a conscientização sobre os riscos do tabagismo adotadas no Brasil desde a década de 80 foram fundamentais para a queda da prevalência de fumantes. Entre as medidas, podemos citar a inserção nos maços de cigarros de mensagens de advertência sobre as doenças relacionadas ao uso e a exposição à fumaça do tabaco, a proibição da propaganda, do marketing e do patrocínio, o aumento de preços e impostos e a lei nacional de ambientes livres de tabaco.^[1]

Como consequência, observamos no período entre 1990 e 2017 uma redução significativa na prevalência de tabagismo na população ≥ 20 anos de 35,3% para 11,3%, respectivamente.^[2] Contudo, em 2019, os profissionais de saúde perderam a oportunidade de fornecer a cerca de 10 milhões de fumantes aconselhamentos breves para a cessação do tabagismo.^[3] Infelizmente, em 2019, na população ≥ 35 anos, ocorreram 480 mortes por dia, totalizando 174.483 óbitos relacionados ao consumo do tabaco.^[4]

A falta de informação e de conhecimento, junto da falsa percepção de segurança associada ao desejo de novas descobertas, características marcantes entre as crianças, adolescentes e adultos jovens, estão levando ao aumento na experimentação e uso do narguilé e mais recentemente dos cigarros eletrônicos.

Nesse capítulo, abordaremos o que precisamos saber sobre o cigarro eletrônico e o narguilé.

CIGARRO ELETRÔNICO

INTRODUÇÃO

Há algumas décadas observa-se a nível mundial uma importante queda na prevalência do consumo de cigarros tradicionais em decorrência da disseminação de informações sobre os danos causados pelo tabagismo ativo ou passivo, levando muitos fumantes à cessação do tabagismo.

Neste cenário, os cigarros eletrônicos surgem como um importante nicho de diversificação para a indústria do tabaco continuar com seus consideráveis lucros. No final dos anos 2000, as principais empresas transnacionais do tabaco focaram na aquisição de pequenas empresas produtoras de cigarros eletrônicos e no desenvolvimento e comércio dos seus próprios produtos.^[5]

DEFINIÇÃO E COMPOSIÇÃO

Os cigarros eletrônicos são aparelhos mecânico-eletrônicos alimentados por bateria. Seu interior é composto por um atomizador, sensor, bateria de lítio, microprocessador e um refil ou cartucho, conhecido por *e-liquid* ou *e-juice*, contendo um líquido composto por incontáveis aditivos que conferem diversos aromas e sabores, podendo conter ou não nicotina na forma de sal ou sintética. Durante a tragada, a bateria de lítio é acionada, levando ao aquecimento do *e-liquid* formando um aerossol, equivocadamente chamado de vapor. Os cigarros eletrônicos podem ser de sistema fechado (descartável) ou sistema aberto (recarregável). Esses oferecem um risco adicional pela possibilidade de manipulação do seu conteúdo, inclusive com a inserção de cannabis líquida. Atualmente, os cigarros eletrônicos já estão na quarta geração, sendo que esses e os de terceira geração são os mais comercializados. ^[6]

O propilenoglicol (PG) e o glicerol ou glicerina vegetal (GV) são duas substâncias fundamentais na composição do aerossol. Ressaltamos que ambas não estão liberadas para a inalação. Por não produzir fumaça, seus usuários não se intitulam fumantes, mas *vapers*. ^[7]

É fato que os cigarros eletrônicos não produzem combustão e, portanto, são livres dos temíveis carcinógenos, encontrados no alcatrão, e do monóxido de carbono, um poluente relacionado a ocorrência de infarto do miocárdio. ^[6]

Na composição do aerossol, já foram encontradas muitas substâncias habitualmente presentes no cigarro tradicional e outras incomuns em produtos derivados do tabaco.

O PG durante o seu aquecimento dá origem ao formaldeído, uma substância classificada no grupo 1 pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC). A classificação de uma substância nesse grupo significa que a ciência já tem certeza de que não há nível seguro de exposição e que há evidência científica suficiente do nexo de causalidade para câncer em humanos. ^[6]

O óxido de propileno é formado através do processo de aquecimento e aerosolização do PG. A IARC alerta que existem algumas evidências que essa substância tenha potencial ação cancerígena. ^[6]

O glicerol é outro composto não seguro para inalação que está presente no aerossol dos cigarros eletrônicos, sendo relacionado como agente causador de pneumonia lipoide em alguns usuários. ^[8] Seu aquecimento em alta temperatura dá origem ao acetaldeído, um possível carcinógeno para

a IARC, também presente no cigarro tradicional. Quando aquecido em baixas temperaturas se decompõe em acroleína, substância sabidamente causadora de danos pulmonares e cardiovasculares, principalmente entre os fumantes. ^[6]

Metais tóxicos como alumínio e níquel foram encontrados nos cigarros eletrônicos. Ambos levam a fibrose pulmonar, enquanto o níquel tem nexo de causalidade estabelecido pela IARC (grupo 1) para câncer de pulmão e do seio nasal. ^[6]

NICOTINAS MAIS POTENTES E ADITIVAS

A nicotina é uma substância psicoativa do sistema nervoso central. Extraída principalmente das plantas *Nicotiana tabacum* e *Nicotiana glauca*. A nicotina possui formas racêmicas **com dois** estereoisômeros (S-nicotina e R-nicotina), sendo que a **folha do tabaco contém mais que 99% de S-nicotina**, responsável pelo grande impacto cerebral com liberação de substâncias que causam grande sensação de prazer e bem-estar, facilitando a instalação da dependência química.

Na década de 1960, os fabricantes de cigarros descobriram que ao adicionar amônia à nicotina tornavam essa substância ainda mais aditiva. Surge então a nicotina de base livre ou *free base nicotine*, mais facilmente absorvida pela mucosa oral, com maior entrega de nicotina na fumaça do cigarro, mas desagradável para o fumante pela sua aspereza e por causar irritação nas vias respiratórias. Esse problema foi rapidamente minimizado pela indústria do tabaco com a inserção de aditivos com sabores e aromas atrativos. Os fumantes de cigarros tradicionais são dependentes desta forma poderosa de nicotina.

Em 2012, por meio da adição de ácidos, em particular o benzoico e/ou levulínico, a já potente nicotina de base livre surge como outra nicotina muito mais poderosa, conhecida como sal de nicotina ou *nic salt*. O sal de nicotina é menos irritante na faringe, favorece a maior absorção da fumaça ou aerossol pelos pulmões, propiciando que o fabricante utilize concentrações muito elevadas de nicotina sem causar desconforto ao seu usuário. Essa forma de nicotina é encontrada nos cigarros eletrônicos de quarta geração, tipo *pen drive*, também conhecidos por *pods*.

Por volta de 2014, surge mais uma forma de nicotina de origem sintética, totalmente desenvolvida em laboratório, sem a necessidade de nenhuma parte da planta do tabaco. Pode ser encontrada em cigarros eletrônicos. É comercializada como sendo “sem tabaco”, “sem a folha de tabaco”, passando a mensagem de ser menos danosa à saúde. Entretanto, a nicotina sinté-

tica é um grande problema de saúde pública, pois ela é composta de uma mistura racêmica de R-nicotina e S-nicotina, mas há poucos estudos científicos sobre a forma R-nicotina e a mistura da R-nicotina com a S-nicotina. Não sabemos como a nicotina sintética age no sistema nervoso central e no organismo e tampouco sabemos os riscos à saúde que poderá ocasionar.

PORTA DE ENTRADA AO TABAGISMO

Os cigarros eletrônicos, por serem tecnológicos, possuem design sofisticado, serem discretos e de fácil uso, disponibilizados numa infinidade de atrativos aromas e sabores que reduzem os efeitos aversivos, pela intensa propaganda e publicidade principalmente nas mídias sociais, são percebidos, pela falta de informação, como menos ou até não prejudiciais à saúde. Passaram a ser mais populares entre os adolescentes, adultos jovens e até mesmo entre as crianças. Desta forma, gerações que nunca haviam fumado cigarro tradicional iniciam na dependência à nicotina pela experimentação do cigarro eletrônico. Usuários de cigarros eletrônicos tem 4 vezes mais probabilidade de usarem cigarros tradicionais. ^{19]}such as water pipes and snus, instead of cigarettes.\nOBJECTIVE: To assess whether prior water pipe tobacco smoking and snus use among never smokers are risk factors for subsequent cigarette smoking.\nDESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS: We conducted a 2-wave national longitudinal study in the United States among 2541 individuals aged 15 to 23 years old. At baseline (October 25, 2010, through June 11, 2011

RISCOS À SAÚDE

Os cigarros eletrônicos, apesar de serem propagados como de menor risco à saúde, já desencadearam, no pouco espaço de tempo em que estão sendo comercializados, vários danos à saúde.

INTOXICAÇÃO NICOTÍNICA

O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) registrou em 42 meses (setembro de 2010 a fevereiro de 2014) um importante aumento, de 1 para 215 casos, respectivamente, de intoxicação nicotínica com registros de overdose pela ingestão desta substância psicoativa ou pelo contato com a pele, em decorrência da embalagem dos *e-liquid* não possuírem sistema de proteção. Levantamento das ligações feitas para o centro de intoxicação revelou que 51% das ligações envolviam crianças com menos de cinco anos de idade. No período entre 2015-2017, houve uma redução dos quadros

de intoxicação com elevação de 25% (2.320 para 2.901 casos) entre 2017 a 2018, respectivamente, sendo que em 2018, 63,3% das intercorrências ocorreram entre crianças com idade inferior a 5 anos. No período entre 1º de abril de 2022 a 31 de março de 2023, houve 7.043 casos de intoxicação, um aumento de 32% quando comparado ao período abril de 2022 (476 casos) e março de 2023 (630 casos). Crianças com menos de 5 anos de idade foram as mais vulneráveis, sendo responsáveis por 87,8% (6.074 casos) dos quadros de intoxicação. ^[10]

CARDIOVASCULARES

Estudos já observam danos cardiovasculares, como alterações das células cardíacas da capacidade de contração do coração e da função plaquetária predispondo a formação de trombos. ^[11] Usuários de cigarros eletrônicos apresentaram aumento de 42% na chance de infarto agudo do miocárdio, quando ajustados para outros fatores de risco. ^[12] a recent study showed both E-cigarettes and traditional cigarettes cause an increase in oxidative stress and endothelial dysfunction, however this effect is less pronounced with E-cigarettes. Currently, there is a limited study that shows the impact of E-cigarette in the cardiovascular system. Therefore, data from the 2014 National Health Interview Survey (NHIS Outro estudo observou que usuários deste produto, que nunca haviam fumado cigarro tradicional, tinham 2,6 vezes mais chances de ter infarto do miocárdio que não fumantes de cigarro tradicional e de cigarros eletrônicos. ^[13]

PULMONARES

Em 2019, meses antes do início da pandemia da covid-19, milhares de casos de pneumonia inflamatória aguda, em usuários de cigarros eletrônicos, começaram a surgir entre jovens e adultos jovens americanos com idade média de 24 anos. O CDC até a data de 18 de fevereiro de 2020, identificou 2.807 internações e 68 mortes. Evali (e-cigarette, or vaping, product use-associated lung injury) foi o nome dado a esta nova doença que passou a constar da 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) com a codificação RA00.0.

O CDC identificou a presença do acetato de vitamina E nas amostras de fluidos pulmonares de usuários de e-liquidos com Tetrahydrocannabinol (THC) que estavam sendo comercializados. Entre os que apresentaram Evali, 82% relataram usar produtos contendo THC; 33% relataram uso exclusivo de produtos contendo THC. Mas esta doença acometeu também 57%

dos que relataram o uso de cigarro eletrônico contendo nicotina e 14% dos que referiram uso do produto contendo exclusivamente a nicotina. [14]

Pesquisa conduzida com adolescentes americanos com idade entre 12 e 17 anos evidenciou que após ajuste para covariáveis e fatores de confusão relacionados ao tabaco, o uso exclusivo de cigarros eletrônicos e o uso duplo (cigarros eletrônicos e cigarros tradicionais) foram ambos associados a um risco maior de diagnóstico de bronquite, pneumonia ou tosse crônica em relação ao não usuário, com razão da taxa de incidência de 1,49 e de 2,70, respectivamente, sendo o risco mais elevado entre os usuários duplos. [15] Asmáticos que fazem uso de cigarros eletrônicos já apresentam impacto negativo na prova de função pulmonar com apenas cinco minutos de uso deste dispositivo. [16] Trocar o uso de cigarro tradicional para cigarro eletrônico não impactou na alteração de risco para asma (OR=0,87). Entretanto, o risco de asma entre não fumantes que iniciaram o uso de cigarro eletrônico foi de OR=1,62 e o uso dual mais que dobrou o risco (OR=2,62). [17]

Estudo observou que usuários de cigarros eletrônicos apresentaram risco significativamente aumentado, após ajustes para fatores de confusão, para doença pulmonar obstrutiva crônica (OR=2,16). [18]

NEUROLÓGICOS

Usuários de cigarros eletrônicos têm mais chances ajustadas para acidente vascular cerebral (OR=1,71) comparado aos não usuários. [19] Outro estudo observou que, após ajuste para confundimento, os usuários de cigarros eletrônicos apresentaram risco significativamente aumentado para ser atendido na emergência do pronto socorro e óbito (taxa de risco 1,17 e 1,84, respectivamente) e maior chance de desenvolver doença vascular cerebral sem acidente vascular cerebral (OR=1,55). [18]

EFEITOS CARCINOGENÉTICOS

Substâncias carcinogênicas já foram identificadas nos cigarros eletrônicos, sendo um alerta para que os profissionais de saúde fiquem atentos ao risco de surgimento de vários tipos de cânceres entre seus usuários.

Camundongos expostos ao aerossol dos cigarros eletrônicos, que contêm nitrosaminas cancerígenas, foram estudados em relação aos danos causados ao DNA. O desfecho evidenciou maior chance para câncer de pulmão e bexiga na população de expostos. [20]

GESTANTES

Os consensos recomendam que gestantes devam ser aconselhadas, motivadas e tratadas para a cessação do uso de qualquer produto que contenha nicotina. A falsa crença que o cigarro eletrônico é mais seguro para gestantes fumantes já começa a ser contestada pela ocorrência de bebês pequenos para a idade gestacional. ^[21]

EXPOSIÇÃO PASSIVA AO AEROSSOL DO CIGARRO ELETRÔNICO

Estudo observacional com mulher não fumante, mas exposta passivamente ao aerossol emitido pelo cigarro eletrônico durante os meses de gestação, revelou concentrações muito elevadas não somente de nicotina e seus metabólitos (cotinina e 3'OH-cotinina), mas também de metais como o alumínio, cromo, níquel, cobre, zinco, estanho e chumbo, muitos deles cancerígenos e tóxicos para fígado e rins. Após o parto, no leite materno dessa gestante, foram identificadas substâncias como o glicerol sabidamente causador de danos pulmonares e cardiovasculares, além de altas concentrações de cotinina (derivado da nicotina com eliminação urinária), comprovando a exposição passiva desta gestante e risco de contaminação do feto e do recém-nascido. ^[22]

CESSAÇÃO

Há evidência limitada que os cigarros eletrônicos são mais eficazes no tratamento da dependência à nicotina comparado a terapia de reposição de nicotina, nenhuma intervenção ou aos tratamentos preconizados pelos consensos. ^[23] O que se observa é a manutenção da dependência física, comportamental e psicológica pela persistência do uso do cigarro eletrônico ^[24] sendo muito comum o uso dual, de cigarro tradicional associado ao cigarro eletrônico, elevando os riscos para doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e disfunções metabólicas. ^[25]

Cigarros eletrônicos com formas de nicotina cada vez mais aditivas, com danos à saúde ainda desconhecidos, com forte apelo tecnológico e com atrativos aromas e sabores, são uma grande ameaça às Políticas Públicas de Controle do Tabagismo não somente no Brasil, mas à nível mundial.

Estamos observando a disseminação da experimentação e uso entre crianças, adolescentes e adultos jovens que nunca haviam usado qualquer

produto contendo nicotina; um desestímulo à cessação pela crença equivocada de causarem menos danos à saúde e um grande risco para a recaída.

Precisamos refletir sobre quem pagará a conta de tantas doenças, que surgem cada vez mais precocemente, relacionadas ao consumo desses novos produtos; sobre a dimensão do retrocesso nos programas de controle do tabagismo que visam reduzir os danos causados pelo tabaco/nicotina e também sobre quantos problemas de saúde ainda não conhecidos surgirão.

NARGUILE

INTRODUÇÃO

Referências históricas indicam que o narguilé surgiu no Oriente Médio e espalhou-se pelo mundo. No final do século XX, seu uso se popularizou entre os jovens. Popularmente conhecido no Brasil por narguilé, mas os termos cachimbo d'água, *hookah*, *shisha*, *nakla*, *water pipe*, *gaza*, ou *hubble-bubble* também são usados. Os narguilés geralmente são feitos em vidro decorado, mas também é possível serem encontrados em cerâmica, metal, inclusive em prata e em cristal de rocha. Possuem várias peças entre elas a base (vaso ou jarro) com uma ou mais mangueiras, onde a piteira é acoplada, pelo forninho (*rosh*, cabeça ou cerâmica), lugar em que o tabaco com melaço é inserido e pelo cinzeiro ou prato para recolher as cinzas. Esse equipamento pode ser utilizado não somente para fumar o tabaco, mas também a maconha e o ópio. ^[26]

Cada sessão de narguilé requer um preparo prévio com várias etapas, como se fosse um ritual. O tabaco misturado com melaço disponível numa infinidade de aromas e sabores é colocado dentro do forninho, coberto por papel alumínio meticulosamente perfurado com vários furos. O carvão é mantido aceso na boca do fogão ou de uma lareira. Quando incandescente, por segurança, deve ser manipulado com uma pinça, transferido para o forninho e posicionado em cima deste papel alumínio. O vaso geralmente é preenchido com água gelada, mas há relatos de uso de outros líquidos como bebida alcoólica e até leite. A fumaça do tabaco, gerada pelo aquecimento do carvão, passa pela água antes da aspiração pela mangueira. Esse processo, como se fosse uma filtragem, leva os jovens à crença equivocada que as substâncias tóxicas e cancerígenas são filtradas, tornando o narguilé menos danoso à saúde. O que ocorre na verdade é o arrefecimento da fumaça, facilitando a inalação de maiores volumes em cada tragada, com menor intervalo de tempo entre uma e outra, e maior duração de uso do narguilé, ocasionando a absorção de grandes quantidades de substâncias prejudiciais ao usuário. ^[26]

COMPOSIÇÃO

O narguilé, quando comparado ao cigarro tradicional, entrega quantidades significativamente superiores de nicotina, de monóxido de carbono, um importante fator de risco para o infarto agudo do miocárdio, de substâncias cancerígenas como alcatrão, benzeno, nitrosaminas específicas do tabaco e vários metais pesados como arsênico, cromo e chumbo.^[26]

Açúcares, glicerol e aromatizantes constituem aproximadamente 70% das misturas de tabaco para o narguilé. O glicerol não é liberado para uso inalatório por sabidamente causar lesões pulmonares. Entretanto, é usado no tabaco do narguilé conferindo mais prazer ao usuário. Quando aquecido em altas temperaturas, produz o acetaldeído, um possível carcinógeno segundo a *International Agency for Research on Cancer* (IARC), e quando aquecido em baixas temperaturas origina a acroleína um fator de risco para danos pulmonares e cardiovasculares.^[26]

Muitos jovens usuários de narguilé acreditam que ao escolherem as essências herbais, compostas por uma infinidade de agradáveis e atrativos aromas e sabores, em que não há tabaco, portanto, sem a presença da aditiva nicotina, estão mais seguros e com risco reduzido de danos à saúde. Na realidade, estudos evidenciaram que não há forma segura de experimentação ou uso do narguilé, pois mesmo quando a nicotina está ausente, a quantidade de alcatrão, monóxido de carbono, óxido nítrico, benzopireno, formaldeído e acetaldeído estão em concentrações iguais às encontradas nas essências com tabaco, com nicotina.^[26]

PREVALÊNCIA E RAZÕES PARA EXPERIMENTAÇÃO E USO

Embora a prevalência do tabagismo no Brasil apresente uma curva descendente nos últimos anos, o uso do narguilé chama a atenção e causa preocupação. Entre adolescentes brasileiros na faixa etária de 13 a 17 anos de idade, 27% já experimentaram esse produto enquanto que, na população entre 18 a 24 anos de idade, a proporção de usuários de narguilé quadruplicou (0,6% vs 2,4%) no período entre 2013 e 2019, respectivamente.^[27,28]

Estudos multicêntricos conduzidos com estudantes de medicina no Brasil observaram a alta experimentação de narguilé (42,6% e 46,9%)^[29,30] water pipes, and e-cigarettes; beliefs and attitudes toward tobacco products; religiosity; and demographics were collected by means of an online structured questionnaire. We used descriptive statistics and logistic regression to

analyze the association of those factors.\nRESULTS: Our sample comprised 700 individuals from four Brazilian regions. Prevalence of experimentation with and current use of cigarettes, water pipes, and e-cigarettes were, respectively, 39.1% and 7.9%; 42.6% and 11.4%; and 13.1% and 2.3%. Water pipe experimentation was higher among those who had a sibling (adjusted OR = 2.64; 95% CI, 1.24-5.61 que causa preocupação. A despeito do alto conhecimento sobre o tema tabagismo, em que 93% dos estudantes de medicina que participaram da pesquisa relataram aprendizado na faculdade sobre os danos causados à saúde pelo uso de produtos derivados do tabaco, não houve impacto no comportamento frente ao uso desse produto. [29]

A forma mais comum dos adolescentes e jovens iniciarem a experimentação do narguilé é junto com amigos, em reuniões sociais, em festas, em churrascos como um meio de aceitação e inserção social. Entre os estudantes de medicina no Brasil, a experimentação de narguilé foi maior entre aqueles que tinham irmãos ou amigos que fumavam cigarro tradicional. Os principais motivos relatados para uso do narguilé foram curiosidade e a atração pelos agradáveis aromas e sabores desse produto, pelo prazer, para relaxar, para socializar e porque é elegante e moderno. [29,30]water pipes, and e-cigarettes; beliefs and attitudes toward tobacco products; religiosity; and demographics were collected by means of an online structured questionnaire. We used descriptive statistics and logistic regression to analyze the association of those factors.\nRESULTS: Our sample comprised 700 individuals from four Brazilian regions. Prevalence of experimentation with and current use of cigarettes, water pipes, and e-cigarettes were, respectively, 39.1% and 7.9%; 42.6% and 11.4%; and 13.1% and 2.3%. Water pipe experimentation was higher among those who had a sibling (adjusted OR = 2.64; 95% CI, 1.24-5.61

RISCOS À SAÚDE

A exposição à fumaça do narguilé, quer seja de forma ocasional ou frequente, pode ocasionar danos à saúde pela presença de inúmeras substâncias tóxicas. Fumar narguilé aumenta a taxa de risco de mortalidade para todas as doenças em 1,37%. [31]the harmfulness of these is inconsistent. This study aimed to evaluate the impact of waterpipe tobacco (WTP Estudo de corte prospectivo com homens vietnamitas observou uma associação positiva significativa entre o consumo exclusivo de narguilé e risco de câncer de nasofaringe. [32]the most common form of tobacco smoking, there was sparse evidence of waterpipe's carcinogenicity-induced nasopharyngeal cancer (NPC

Usuários de narguilé que costumam usar o produto por longos períodos, expondo-se a altas concentrações de monóxido de carbono, estão predispostos a quadros de intoxicação aguda pela carboxihemoglobina, necessitando de atendimento emergencial geralmente em decorrência do quadro de síncope.^[33]

A cavidade oral desempenha um papel fundamental na degradação de substâncias tóxicas. Quando a fumaça do narguilé é absorvida nesta cavidade, é ocasionado um impacto negativo na homeostase, podendo causar uma disbiose com vários riscos à saúde, entre eles a periodontite. Durante o uso do narguilé, observa-se uma redução importante do oxigênio na cavidade oral, levando ao aumento da colonização por bactérias anaeróbias, sendo um risco para endocardite bacteriana.^[34] there is limited data on the effect of waterpipe smoking on the oral microbiome. This study aims to compare the salivary microbiome between waterpipe smokers and non-smokers.\nMATERIALS AND METHODS: Unstimulated saliva samples were collected from 60 participants, 30 smokers and 30 non-smokers in Kuala Lumpur and Klang Valley, Malaysia. DNA extraction was performed using the Qiagen DNA mini kit, and the 16S rRNA bacterial gene was amplified and sequenced using the Illumina MiSeq platform. Sequencing reads were processed using DADA2, and the alpha and beta diversity of the bacterial community was assessed. Significantly differentiated taxa were identified using LEfSe analysis, while differentially expressed pathways were identified using MaAsLin2.\nRESULTS: A significant compositional change (beta diversity

A exposição prolongada de camundongos à fumaça do narguilé, mesmo que em cenário de uso ocasional, induziu a elevação da pressão arterial sistólica, das enzimas antioxidantes e danos ao DNA do coração. No quadro de exposição regular, houve associação consistente de elevação da pressão arterial sistólica, danos cardíacos, danos ao DNA do coração, disfunção mitocondrial além de inflamação e aumento do estresse oxidativo.^[35]

Estudos de bancada observaram que camundongos expostos à fumaça do narguilé apresentaram lesão renal com intensificação da doença renal crônica^[36]; danos ao sistema reprodutivo^[37]; alterações morfológicas do fígado com aumento das enzimas hepáticas, apoptose e alterações na atividade mitocondrial do fígado^[38], além de inflamação pulmonar, com aumento dos espaços alveolares e dos ductos levando ao comprometimento da função respiratória.^[39] Danos ao DNA e aumento do estresse oxidativo também foram observados no fígado e nos pulmões dos camundongos.^[38,39]

A piteira do narguilé é comumente compartilhada por adolescentes e jovens que se expõem a riscos de contaminação por influenza, tuberculose, hepatite e herpes labial. ^[26]

Cigarros eletrônicos e narguilés são um grande problema de saúde pública. As falsas crenças, entre os adolescentes e adultos jovens, de causarem menos danos à saúde, que geram vasto lucro à indústria da nicotina/tabaco, são um retrocesso nas políticas de controle do tabagismo não somente no Brasil, mas no mundo. O fomento a campanhas educativas, o combate ao comércio ilícito e a venda para menores de idade precisam ser prioridade nas políticas públicas de saúde.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Portes LH, Machado CV, Turci SRB, Figueiredo VC, Cavalcante TM, Silva VL da CE. Tobacco Control Policies in Brazil: a 30-year assessment. *Cien Saude Colet* 2018;23(6):1837–48.
2. Malta DC, Flor LS, Machado ÍE, Felisbino-Mendes MS, Brant LCC, Ribeiro ALP, et al. Trends in prevalence and mortality burden attributable to smoking, Brazil and federated units, 1990 and 2017. *Popul Health Metrics* 2020;18(1):1–15.
3. Szklo AS, Martins SR. Smokers who were seen by a doctor or other healthcare provider for any health concern in Brazil: what a missed opportunity to encourage smoking cessation! *Public Health* 2023;225:176–81.
4. Wanderlei-Flores B, Rey-Brandariz J, Rodrigues Pinto Corrêa PC, Ruano-Ravina A, Guerra-Tort C, Candal-Pedreira C, et al. Smoking-attributable mortality by sex in the 27 Brazilian federal units: 2019. *Public Health* 2024; 229:24–32.
5. Mathers A, Hawkins B, Lee K. Transnational Tobacco Companies and New Nicotine Delivery Systems. *Am J Public Health* 2019;109(2):227–35.
6. Cigarros eletrônicos: o que sabemos? Estudo sobre a composição do vapor e danos à saúde, o papel na redução de danos e no tratamento da dependência de nicotina / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; organização Stella Regina Martins. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.
7. Grana R, Benowitz N, Glantz SA. Background Paper on E-cigarettes (Electronic Nicotine Delivery Systems). 2013 [cited 2024 Feb 26]; Available from: <https://escholarship.org/uc/item/13p2b72n>
8. McCauley L, Markin C, Hosmer D. An unexpected consequence of electronic cigarette use. *Chest* 2012;141(4):1110–3.
9. Soneji S, Sargent JD, Tanski SE, Primack BA. Associations between initial water pipe tobacco smoking and snus use and subsequent cigarette smoking: results from a longitudinal study of US adolescents and young adults. *JAMA Pediatr* 2015;169(2):129–36.
10. Tashakkori NA. Notes from the Field: E-Cigarette—Associated Cases Reported to Poison Centers — United States, April 1, 2022—March 31, 2023. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet] 2023 [cited 2024 Feb 26];72. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/mm7225a5.htm>
11. MJ M, HI H, P B, P V, Ki S, Le W. Electronic Nicotine Delivery Systems and Cardiovascular/Cardiometabolic Health. *Circulation research* [Internet] 2023 [cited 2023 Sep 25];32(9). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37104558/>
12. Temesgen N, Pena I, Tayeb T, Alzahrani T. A cross sectional study reveals an association between electronic cigarette use and myocardial infarction [Internet]. 2017 [cited 2024 Feb 26]. Available from: https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/gw_research_days/2017/SMHS/85
13. Alzahrani T, Pena I, Temesgen N, Glantz SA. Association Between Electronic Cigarette Use and Myocardial Infarction. *Am J Prev Med* 2018;55(4):455–61.
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Smoking and Tobacco Use; Electronic Cigarettes [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention 2021 [cited 2024 Mar 4]; Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html
15. Mukerjee R, Hirschtick JL, Arciniega LZ, Xie Y, Barnes GD, Arenberg DA, et al. ENDS, Cigarettes, and Respiratory Illness: Longitudinal Associations Among U.S. Youth. *Am J Prev Med* 2023;S0749-3797(23)00503-2.
16. Kotoulas SG, Katsaounou P, Riha R, Grigoriou I, Papakosta D, Spyros D, et al. Electronic Cigarettes and Asthma: What Do We Know So Far? *J Pers Med* 2021;11(8):723.
17. Jb B, W X, Af H, Mj B, A B, Ej B, et al. Cigarette – E-cigarette Transitions and Respiratory Symptom Development. *American journal of preventive medicine* [Internet] 2023 [cited 2023 Sep 25];64(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36470837/>
18. Goldberg Scott S, Feigelson HS, Powers JD, Clennin MN, Lyons JA, Gray MT, et al. Demographic, Clinical, and Behavioral Factors Associated With Electronic Nicotine Delivery Systems Use in a Large Cohort in the United States. *Tob Use Insights* 2023; 16:1719173X22134855.
19. Ndunda PM, Muutu TM. Abstract 9: Electronic Cigarette Use is Associated With a Higher Risk of Stroke. *Stroke* [Internet] 2019 [cited 2024 Feb 26]; Available from: https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/str.50.suppl_1.9
20. Lee HW, Park SH, Weng MW, Wang HT, Huang WC, Lepor H, et al. E-cigarette smoke damages DNA and reduces repair activity in mouse lung, heart, and bladder as well as in human lung and bladder cells. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2018;115(7):E1560–9.
21. Cardenas VM, Cen R, Clemens MM, Moody HL, Ekanem US, Policherla A, et al. Use of Electronic Nicotine Delivery Systems (ENDS) by pregnant women I: Risk of small-for-gestational-age birth. *Tob Induc Dis* 2019; 17:44.

- 22.** Ballbè M, Fu M, Masana G, Pérez-Ortuño R, Gual A, Gil F, et al. Passive exposure to electronic cigarette aerosol in pregnancy: A case study of a family. *Environ Res* 2023;216(Pt 1):114490.
- 23.** Banks E, Yazidjoglou A, Brown S, Nguyen M, Martin M, Beckwith K, et al. Electronic cigarettes and health outcomes: systematic review of global evidence [Internet]. Australian National University; 2022 [cited 2023 Jul 26]. Available from: <https://apo.org.au/node/317300>
- 24.** Hanewinkel R, Niederberger K, Pedersen A, Unger JB, Galimov A. E-cigarettes and nicotine abstinence: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur Respir Rev* 2022;31(163):210215.
- 25.** Glantz SA, Nguyen N, Silva ALO da. Population-Based Disease Odds for E-Cigarettes and Dual Use versus Cigarettes. *NEJM Evidence* [Internet] 2024 [cited 2024 Mar 10]; Available from: <https://evidence.nejm.org/doi/full/10.1056/EVIDo2300229>
- 26.** Martins SR, Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Narguilé: o que sabemos? [Internet]. Rio de Janeiro: 2019. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//narguile-o-que-sabemos.pdf>
- 27.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: análise de indicadores comparáveis dos escolares do 9º ano do ensino fundamental. Municípios das Capitais: 2009/2019. IBGE; 2021. [Internet]. Available from: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/07/89d9c48f0102e5e704bc7ebaeca4d44.pdf>
- 28.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. IBGE; 2020. [Internet]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>
- 29.** Martins SR, Araújo AJ de, Wehrmeister FG, Freitas BM, Basso RG, Santana ANG, et al. Prevalence and associated factors of experimentation with and current use of water pipes and electronic cigarettes among medical students: a multicentric study in Brazil. *J Bras Pneumol* 2023;49(1): e20210467.
- 30.** Degani-Costa LH, Bruno FP, Gushken F, Szelej C, Tokeshi AB, Tehrani YF, et al. Vaping and Hookah Use Among Medical Trainees: A Multinational Survey Study. *Am J Prev Med* 2023;65(5):940–9.
- 31.** Le PH, Van Phan C, Truong DTT, Ho NM, Shuyna I, Le NT. Waterpipe tobacco smoking and risk of all-cause mortality: a prospective cohort study. *Int J Epidemiol* 2024;53(1): dyad140.
- 32.** Nguyen TG, Kieu HD, Truong DTT, Ngo KX, Ikeda S, Le NT. Exclusive waterpipe smoking and the risk of nasopharynx cancer in Vietnamese men, a prospective cohort study. *Sci Rep* 2023;13(1):13237.
- 33.** Abdul-Nabi SS, Tamim H, Hitti E. Waterpipe vs non-Waterpipe carbon monoxide poisoning: Comparison of patient characteristics, clinical presentation and outcomes. *Am J Emerg Med* 2024; 79:70–4.
- 34.** Senaratne NLM, Chong CW, Yong LS, Yoke LF, Gopinath D. Impact of waterpipe smoking on the salivary microbiome. *Front Oral Health* 2023; 4:1275717.
- 35.** Hamadi N, Al-Salam S, Beegam S, Zaaba NE, Elzaki O, Nemmar A. Impact of prolonged exposure to occasional and regular waterpipe smoke on cardiac injury, oxidative stress and mitochondrial dysfunction in male mice. *Front Physiol* 2024; 15:1286366.
- 36.** Beegam S, Al-Salam S, Zaaba NE, Elzaki O, Ali BH, Nemmar A. Effects of Waterpipe Smoke Exposure on Experimentally Induced Chronic Kidney Disease in Mice. *Int J Mol Sci* 2024;25(1):585.
- 37.** Ali BH, Al Balushi KA, Ashique M, Shalaby A, Al Kindi MA, Adham SA, et al. Chronic Water-Pipe Smoke Exposure Induces Injurious Effects to Reproductive System in Male Mice. *Front Physiol* 2017; 8:158.
- 38.** Nemmar A, Beegam S, Yuvaraju P, Zaaba NE, Elzaki O, Yasin J, et al. Pathophysiological effects of waterpipe (shisha) smoke inhalation on liver morphology and function in mice. *Life Sci* 2024;336:122058.
- 39.** Nemmar A, Al-Salam S, Yuvaraju P, Beegam S, Yasin J, Ali BH. Chronic Exposure to Water-Pipe Smoke Induces Alveolar Enlargement, DNA Damage and Impairment of Lung Function. *Cellular Physiology and Biochemistry* 2016;38(3):982–92.

"CAUSOS DO DR BARTÔ"

EXPERIÊNCIAS DO AMBULATÓRIO
ANTITABÁGICO DO HU USP
AMBULATÓRIO ANTITABÁGICO DO HU USP
E O CIGARRO ELETRÔNICO (CE)

Senhora de 45 anos, há 5 anos sem fumar, depois de passar por nosso ambulatório, foi a uma festa onde encontrou duas amigas que estavam fumando CE. Deu duas tragadas para experimentar e, no dia seguinte, voltou a fumar a mesma quantia de cigarros comuns que fumava há 5 anos atrás.

O cigarro eletrônico tem sido responsável por recaídas do tabagismo ou nicotínismo.

O QUE TRANSMITIMOS SOBRE O CE
EM NOSSO AMBULATÓRIO
O MODISMO DO CIGARRO ELETRÔNICO

O índice de tabagismo no país caiu de 30% para 9,8%, e este fato impactou a indústria tabaqueira. A ideia de um "cigarro elétrico" é antiga (1960). Nos Estados Unidos, Herbert Gilbert desenvolveu e patenteou o primeiro aparelho eletrônico para fumar. O cigarro eletrônico foi re-inventado em 2003 pelo farmacêutico chinês Hon Link, após a morte do seu pai por câncer de pulmão devido ao uso excessivo do cigarro. O próprio Hon Link era tabagista e tentava parar de fumar com dificuldade, usando os famosos adesivos de nicotina. A abstinência era muito forte. Sonhou que estava se afogando numa névoa de vapor e inventou o CE com sua nevoa de vapor. Patenteou seu invento e através da empresa Golden Dragon Holdings (depois "Ruyan" = fumaça) e iniciou a produção em massa da primeira geração do CE. Hoje se diz que se vaporiza e não fuma mais. (marketing da indústria). Enquanto os cigarros tradicionais queimam por combustão, o vape é recarregável e funciona pela vaporização: dentro do dispositivo há um líquido que, quando aquecido, gera o vapor que será inalado.

O marketing da indústria se repete dirigindo o novo mecanismo para a juventude. A velha ideia de tornar o jovem dependente de nicotina se repete, pois os CE têm mais nicotina do que os cigarros normais, tornan-

do o jovem mais dependente da nicotina (CID 10 F17.8). Houve nos EUA uma intoxicação maciça de nicotina pelos jovens em 2018 / 2019 (mais de 2 milhões de usuários estudantes do ensino médio). A primeira morte ocorreu em agosto de 2019 seguida de 67 mortes por problemas respiratórios e um caso de transplante pulmonar até dezembro de 2019, além de milhares de internações por problemas respiratórios. Então surgiu a covid-19, que também causa uma doença inflamatória aguda no pulmão, perdendo-se um pouco o controle das mortes por quadro agudo inflamatório pulmonar por CE.

Já se sabe que temos 4 gerações de CE, cada uma aperfeiçoando a quantidade de nicotina utilizada para viciar cada vez mais.

O diagnóstico de covid-19 é 5 vezes mais frequente entre usuários de CE e 7 vezes mais provável entre usuários duplos (CE mais Cigarro comum).

O jovem que fuma CE em pouco tempo estará fumando também cigarros tradicionais.

A troca de nicotina de base livre por sal de nicotina acarretou uma concentração de droga mais elevada, uma inalação mais fácil, maior absorção pulmonar e uma dependência mais rápida da nicotina.

A primeira geração de CE tinha até 2 mg/ml de nicotina. Já a última geração (Jull) apresenta até 44,8 mg/ml no líquido que vaporiza a droga nicotina. Este líquido apresenta propilenoglicol que decomposto pode causar câncer, leucemia e linfoma.

A irritação da mucosa respiratória e o risco de asma são maiores.

O glicerol quando aquecido se decompõe em acetaldeído (provável cancerígeno) e a acroleína causa danos pulmonares e cardiovasculares.

Os ditos sabores que poderiam ser ingeridos, quando inalados, podem desencadear pneumonia gordurosa.

A doença causada pelo CE chama-se EVALI (E-cigarette ou Vaping product use Associated Lung Injury -lesão pulmonar causada pelo CE).

A declaração das Sociedades Científicas Pneumológicas Ibero-Latino-Americanas, em abril de 2019, relatou que:

- × O tratamento mais eficaz para ajudar os fumantes a deixar de consumir tabaco é a combinação de aconselhamento psicológico e tratamento de Reposição de Nicotina.
- × O CE não demonstrou eficácia para parar de fumar.
- × É uma porta de entrada para outras drogas.

- × Mantém as dependências química, psicológica e a comportamental (hábito)

Se você usa maconha ou cigarro eletrônico, saiba que eles passaram em algum momento na rota do tráfico. A partir disto, saiba que você é corresponsável pela morte dos 3 colegas ortopedistas assassinados no Rio de Janeiro, porque eles morreram devido a uma disputa de ponto de venda. Não façamos parte disto.



Homenagem aos nossos colegas ortopedistas assassinados no Rio de Janeiro

O QUE PRECISAMOS SABER SOBRE A MACONHA

João Paulo Becker Lotufo

Doutor em Pediatria pela Universidade de São Paulo. Representante da Sociedade Brasileira de Pediatria nas ações de combate ao álcool, ao tabaco e às drogas. Responsável pelo Núcleo de Combate ao uso de Drogas por Crianças e Adolescentes na SPSP. Membro da Comissão de Combate ao Tabagismo da Associação Médica Brasileira (AMB). Diretor Clínico do Hospital Universitário da USP. Responsável pelo Projeto Antitábagico do Hospital Universitário da USP. Responsável pelo Projeto Dr. Bartô e os Doutores da Saúde - Projeto de Prevenção de Drogas no Ensino Fundamental e Médio

Quando converso com meus pacientes em consultas de prevenção de drogas ou aconselhamento breve, comento sobre os índices de experimentação de drogas até os 17 anos (25% dos jovens já experimentaram o tabaco, 20% a maconha, 5% o crack e 59% a bebida alcoólica). Pergunto ao paciente sempre sobre qual droga ele acha que faz menos mal, e a resposta é categórica: primeiro a maconha e depois o álcool.

A bandeira levantada sobre a descriminalização da maconha fez com que se perdesse o medo em relação à droga. Atendi vários pacientes com revistas semanais com notícias de que a maconha não faz mal. Dois destes adolescentes tiveram surto psicótico desencadeado pelo uso de maconha com internação de 4 meses e 1 ano, respectivamente, em hospital psiquiátrico.

A maconha já é considerada uma droga “quase lícita” no Brasil, pois é encontrada em qualquer lugar com grande facilidade. Quando fiz uma palestra na fundação casa, um dos internos de 16 ou 17 anos me perguntou:

— Tio, o que é esse negócio de droga lícita que o senhor vai falar?

Respondi que droga lícita era aquela que se comprava na padaria. E ele cochichou para seu companheiro de infortúnio:

— Não falei que o crack era droga lícita?

Se o crack está assim, imaginem a maconha. Mães com filhos de 13 anos, estudantes de escolas particulares de São Paulo, espantam-se quando encontram baseado nas mochilas dos filhos. Vários adolescentes de 15 anos justificam o uso recreacional da maconha e acabam trazidos para orientação com os pediatras. Nos EUA, vende-se livremente a droga com receitas médicas. Em Amsterdam, é utilizada livremente nos coffee shops. Esse amontoado de informações confunde os nossos jovens.

Há quem justifique o “uso medicinal da maconha”. Precisamos entender melhor o que é a maconha medicinal. Ela apresenta uma substância que se chama canabidiol que pode ter efeitos medicinais como controle de epilepsia refratária a medicações habituais, diminuição da pressão intraocular em casos de glaucomas, diminuição de dor em situações terminais, etc. Usa-se o canabidiol em algumas destas situações, mas não será a utilização direta da maconha que trará benefícios ao tratamento. Precisamos de mais estudos a este respeito e não de pensar apenas em novo comércio para uma nova droga. A morfina, por exemplo, vem da mesma planta de onde vem a heroína. Não conheço ninguém que fale sobre heroína medicinal (ambas vêm da papoula). A morfina é longamente estudada para se conhecer seu real benefício. O mesmo deve acontecer com os carabinóides da “planta maconha”.

Discute-se que os problemas policiais e judiciais diminuiriam com a descriminalização da maconha, mas precisaríamos aumentar o número de leitos hospitalares, pois perder-se-ia o medo da droga e conseqüentemente aumentar-se-ia o consumo e as doenças por ela ocasionadas. Vinte a trinta por cento das pessoas podem ficar dependentes da maconha e 1% de quem a utiliza pode ter surto psicótico, que pode destruir uma família inteira. A maconha parece ser a droga mais inocente, pois 70% a 80% de quem a utiliza poderá fazê-lo de modo recreativo, mas poderá influenciar outras pessoas que potencialmente poderão apresentar problemas. E estas podem ser pessoas próximas a você.

Já atendi adolescente com surto psicótico na Nova Zelândia: famílias enviam seus filhos para intercâmbio, onde, além de aprender inglês, eles conhecem novos costumes, como experimentar maconha. Já presenciei dois surtos psicóticos nas primeiras experimentações da droga. A descriminalização faz o jovem perder o medo da experimentação, o que aumenta o consumo e, conseqüentemente, o número de dependentes, o de pessoas que consumirão outras drogas e o de surtos psicóticos.

O psicólogo neozelandês David Fergusson, um dos maiores estudiosos da maconha no mundo médico atual, acompanhou por anos uma coorte de quase 3 mil nascidos na Nova Zelândia. Fergusson relata em suas pesquisas que adolescentes de 16 anos que nunca haviam usado maconha, 14,1% abandonaram a escola; já os que utilizaram a maconha mais de 100 vezes, 81,8% se evadiram da instituição de ensino. Na sequência, aqueles entre 18 e 21 anos que nunca tinham utilizado a maconha, 39,4% entraram na faculdade; em relação aos que usaram mais de 100 vezes, apenas 11,8% ingressaram no ensino superior. Em universitários de 20 a 25 anos, 38,5% de quem não usou maconha foram muito bem na universidade, contra 8,5% dos que utilizaram a substância mais de 100 vezes. Parece-nos que a maconha, assim como a ingestão maciça de álcool, destrói lentamente os neurônios, o que deve ocorrer também com os jovens binge drink, que bebem em excesso nos fins de semana. Os sintomas são a dificuldade de memória e de aprendizagem, que não são perceptíveis durante os momentos de alegria do uso das drogas. Vejo a dificuldade de alguns jovens, depois de um tempo usando maconha, na coordenação de suas ideias. O irmão de um paciente comentou comigo que seu irmão era muito inteligente, mas não passava em entrevistas no RH de empresas, pois achava que os avaliadores notavam problemas em seu discurso.

Você sabia também que a maconha pode dobrar o risco relativo do desenvolvimento da esquizofrenia e do surto psicótico? Resultados sugerem que o risco de esquizofrenia com a droga implica em diminuição do pro-

cessamento cerebral somatossensorial precoce. O uso de maconha pode preceder o início do episódio psicótico e servir como indicador de vulnerabilidade para o seu desenvolvimento. Jovens com histórico de uso de crack apresentaram maior prevalência de condições psiquiátricas, como transtorno de estresse pós-traumático, bem como aumento do risco de uso do tabaco, álcool, cannabis, cocaína, anfetamina e inalantes. O uso de cocaína foi associado à presença de transtorno de stress, transtorno de personalidade antissocial e risco de suicídio. O consumo de cannabis induz a sintomas psicóticos agudos e aumenta o risco de esquizofrenia. Deficiências no controle e processamento inibitório são conhecidas por ocorrer tanto sob a influência de cannabis como na esquizofrenia. A insuficiência induzida por cannabis no processamento inibidor relaciona-se agudamente com os sintomas psicóticos, mas sua influência não é clara. Investigaram-se os efeitos da administração oral aguda de 10 mg de delta-9-tetrahidrocannabinol (Delta-9-THC), o principal ingrediente psicoativo da cannabis. O exame detectou relação com a indução de sintomas psicóticos. Foram estudados homens saudáveis com o mínimo de exposição prévia à cannabis e outras drogas ilícitas com o uso de ressonância magnética funcional, enquanto eles realizavam tarefa inibitória. Em relação ao placebo, o delta-9-THC causou sintomas psicóticos transitórios, ansiedade, intoxicação, sedação e erros de inibição. Os resultados evidenciaram deficiências nos processos cognitivos e de ação sob o efeito de cannabis, o que pode desencadear o transe psicótico. Ideias suicidas aparecem 2,5 vezes em irmãos gêmeos usuários.

Os cigarros de maconha contêm muitos dos componentes presentes no tabaco comum e o seu uso intenso por longos períodos está associado à diminuição da capacidade pulmonar. Além de conter substâncias psicotrópicas, a maconha tem 50% mais substâncias carcinogênicas e 4 vezes mais alcatrão que o cigarro normal. Além do perigo de câncer de pulmão, o consumo da maconha poderá originar problemas respiratórios como tosse e inflamação da mucosa respiratória, além de enfisema pulmonar. Caso você tenha casos de enfisema na família, tome cuidado, pois as doenças tabaco relacionadas ou cannabis relacionadas têm características genéticas favoráveis ao aparecimento das doenças.

A maconha é precursora de outras drogas. A porcentagem de quem está na Cracolândia que não é dependente somente do crack, mas também de álcool e maconha é de 70%. Inalantes e marijuana foram usados antes de várias outras drogas por pelo menos 12.721 estudantes universitários brasileiros, enquanto o padrão oposto não foi encontrado, principalmente em idades mais precoces durante a experimentação. O uso de álcool e tabaco antecede o uso de drogas ilícitas. Essa relação foi inversamente propor-

cional ao contato próximo e à supervisão dos pais. A influência da família e da escola é expressa de forma particularmente protetora em diferentes registros de supervisão direta.

Estudou-se também o uso de inalantes em 891 adolescentes de escolas públicas e privadas da cidade de Belo Horizonte, Brasil, e sua associação com o uso de maconha, o consumo de álcool e o status socioeconômico. A prevalência do uso de inalantes foi de 7,9%. Nenhuma associação significativa foi encontrada entre o uso de inalantes e status socioeconômico dos jovens. O uso de inalantes entre os adolescentes associou-se ao uso de maconha e ao consumo excessivo de álcool. Em boa parte dos acidentes automobilísticos cujos motoristas não são pegos no bafômetro, a causa do acidente pode ser por outras drogas, como maconha e inalantes.

A gravidez precoce e inadvertida tem relação com o uso abusivo do álcool e maconha. Em meu ambulatório de puericultura para recém-nascidos, a maioria das mães adolescentes engravidou “sem querer querendo” após ingerir boas quantidades de álcool e usar maconha. É a gravidez não planejada. São 378 adolescentes com idades entre 12-21 anos, em três escolas públicas do Rio de Janeiro, que relataram conhecimentos sobre gravidez indesejada, comportamento do aborto, métodos e atitudes em relação a indicações legais específicas para o aborto através de levantamento na internet. Quarenta e cinco por cento sabia que seus pares realizaram aborto. A maioria dos alunos (66,0%) não revelou conhecimentos sobre o método abortivo. No entanto, as meninas que já tinham iniciado sua vida sexual foram as que mais relataram métodos abortivos. A maioria destes métodos (79,3%) relatados eram ineficazes, obsoletos e/ou inseguros. Ervas (chá de maconha, por exemplo), medicamentos, procedimentos cirúrgicos, objetos estranhos e sem corte foram relatados. A maioria (61,4%) apoiou a legislação existente no Brasil que permite o aborto em caso de estupro. Não houve associação entre sexo, idade, início da vida sexual, escolaridade dos pais ou status socioeconômicos.

Provavelmente houve papel de influência dos pares e/ou educadores na formação de pontos de vista sobre a prática do aborto. Prevenção de morbidade e mortalidade entre aborto nos adolescentes requer educação sexual abrangente em saúde reprodutiva e uso de drogas. Repito que as adolescentes que não queriam engravidar, mas já com filhos, e que não querem engravidar novamente, mas que, em contrapartida, têm poucas noções de como evitar novamente a gravidez. E, para agravar o caso, os pediatras ou obstetras que as atendem não as orientam ou encaminham para procedimentos eficazes de prevenção de uma nova gestação. Já cheguei a atender uma jovem de 15 anos com dois filhos com diferença de 1 ano entre eles.

Ela frequentou o consultório obstétrico durante 9 meses e o pediátrico por mais de 1 ano e ninguém perguntou se ela queria engravidar novamente, para orientá-la a não correr riscos.

Entrevistei 200 mães no pronto-socorro de pediatria enquanto amamentavam seus filhos. Também passaram pelo obstetra no pré-natal e na pediatria para puericultura. Dos médicos, 30% falaram para elas não fumarem e 10% para não beberem, mas nenhum as orientou sobre como fazê-lo ou ofereceu alternativas de tratamento adequado. O álcool não é encarado pelo médico como problema, talvez pelo seu alto consumo entre a classe.

Adolescentes com comportamento homossexual, em comparação com os seus pares heterossexuais, relataram maior ingestão de bebida alcoólica (18,7% dos homossexuais e 10,5% dos heterossexuais), maior consumo de cannabis (6,1% e 2,1%, respectivamente), mais pensamentos suicidas (42,5% e 18,7%, respectivamente) e maior chance de violência sexual (11,7% e 1,5%, respectivamente). Adolescentes com comportamento hetero e homossexual relataram que usavam preservativos menos frequentemente (74,2% e 48,6%, respectivamente). Consumidores de cannabis tiveram uso ocasional de preservativos e ficaram alcoolizados com maior frequência. Eram ainda mais propensos a falar sobre suas experiências pessoais e sobre as de relacionamento negativo do que seus pares heterossexuais, e falavam menos sobre religião. É importante lembrar que a espiritualidade é fator protetor importante no consumo de drogas. As ações preventivas devem ser prioridade para adolescentes com comportamento homossexual.

Os dados sobre os comportamentos sexuais de risco em pessoas que vivem com HIV / SIDA ainda é escasso em algumas populações de todo o mundo. Cardoso e Melbergier demonstraram que o envolvimento em relações sexuais desprotegidas era mais comum entre as mulheres HIV positivas, as pessoas com parceiro HIV-positivo e as pessoas usuárias de cannabis antes do sexo.

Na região de Aracaju, realizou-se outro estudo que identificou a prevalência de comportamento violento entre adolescentes. Avaliaram 2207 adolescentes ($16,03 \pm 1,08$ anos) matriculados em escolas de ensino médio da Rede Pública Estadual. O comportamento violento foi identificado a partir de questionário com respostas classificadas como “nunca” e “uma ou mais vezes”. A prevalência foi maior no sexo masculino em relação aos fatores de risco de comportamento violento e conectou-se ao uso das 3 drogas: cigarro (7,3%), álcool (39,1%) e maconha (3,4%)¹. O álcool prepondera como dispositivo de comportamento violento. Lembro, como já citado em outro capítulo, que em Amsterdam é tolerado consumo de maconha nos

coffee-shops, mas não o consumo de álcool. Nos bares (cafés), é tolerado o consumo de álcool, mas não de maconha. A mistura das drogas leva ao aumento de problemas.

O consumo precoce e o abuso de cannabis a longo prazo estão associados ao aumento da gravidade na retirada de cocaína, além de aumento de sintomas e intensidade de desejo durante a desintoxicação.

O abuso de cannabis previu maior número de re-hospitalização devido à cocaína. Estas descobertas ajudam a identificar pacientes que lutam mais severamente no controle à síndrome de abstinência de cocaína durante a abstinência de drogas e indicam que o uso de cannabis antes da retirada da cocaína deve ser considerado um fator adverso.

Estudo com universitários em Curitiba, Brasil, sugeriu que qualquer intervenção é melhor do que nenhuma. Intervenções por computador e web-based são promissoras para fornecer informações sobre comportamento adequadas à prevenção. Para o álcool, o programa mostrou resultado positivo em comparação com o controle. Estes programas são boa alternativa para intervenções, porque são de fácil administração. Os alunos usam com frequência tais tecnologias baseadas em computador. Conteúdos adaptados individualmente podem ser fornecidos mesmo na ausência de orientador.

Outros estudos sugerem que as versões de autorrelato pelos adolescentes são tão aceitáveis quanto às entrevistas direcionadas e que as pontuações nos dois formatos são comparáveis. Contudo, os participantes dos relatos demonstraram mais motivação para a mudança de comportamento e mais preocupação com o uso da substância do que quando eles foram entrevistados.

Nossa experiência trabalhando na prevenção de drogas demonstra que precisamos caminhar rapidamente na divulgação do aconselhamento breve em pediatria e em todas as outras áreas médicas. O ortopedista atende os acidentados, grande parte dos acidentes causados pelo álcool e outras drogas, mas não gasta um minuto fazendo a prevenção ou encaminhando seu paciente para serviço adequado.

O desinteresse das escolas é muito grande nesta área. Difícilmente elas se abrem a um projeto eficaz e contínuo no combate às drogas. Como dito anteriormente, atividades pontuais não são eficazes nesse ramo, e a discussão do assunto tanto nessas instituições de ensino quanto em casa têm que ser constante.

Em resumo, a maconha é uma droga sorrateira que não transparece seus malefícios, vicia 20 a 30% dos usuários, desencadeia surtos psicóticos e suicídios, destrói neurônios e causa inúmeros outros prejuízos ao seu usuário.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Santos Silva, Soares NM, Cabral de Oliveira. Factors associated with violent behavior among adolescents in northeastern Brazil. *Scientific World Journal*. 2014; 2014.
2. Castaldelli-Maia JM, Martins SS, de Oliveira LG, van Laar M, de Andrade AG, Nicastro S. Use transition between illegal drugs among Brazilian university students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014 Mar;49(3):385-94.
3. Fergusson DM, et al. Cannabis and educational achievement. *Addiction* 2003 Dec;98(12):1681-92
4. Bhattacharyya S, Atakan Z, Martin-Santos, Crippa JA, Kambeitz J, Malhi S, Giampietro V, Williams S, Brammer M, Rubia K, Collier DA, McGuire PK. Impairment of inhibitory control processing related to acute psychotomimetic effects of cannabis. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2015 Jan;25(1):26-37.
5. Hagenmuller F, Heekeren K, Theodoridou A, Walitza S, Haker H, Rössler W, Kawohl W. Early somatosensory processing in individuals at risk for developing psychoses. *Front Behav Neurosci*. 2014 Sep 11; 8:308.
6. Silva-Oliveira F, Jorge KO, Ferreira e Ferreira E, Vale MP, Kawachi I, Zarzar PM. The prevalence of inhalant use and associated factors among adolescents in Belo Horizonte, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2014 mar; 19(3):881-90.
7. Assis SG, Gomes R, Pires Tde O. Adolescence, sexual behavior and risk factors to health. *Rev Saude Publica*. 2014 Feb; 48(1):43-51.
8. El Maerrawi I, Carvalho HB. Prevalence and risk factors associated with HIV infection, hepatitis and syphilis in a state prison of São Paulo. *Int J STD AIDS*. 2015 Feb; 26(2):120-7.
9. Horta RL, Horta BL, da Costa AW, do Prado RR, Oliveira-Campos M, Malta DC. Lifetime use of illicit drugs and associated factors among Brazilian schoolchildren, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014; 17 Suppl 1:31-45.
10. Cardoso LD, Malbergier A. Who is not using condoms among HIV-positive patients in treatment in the largest city in Brazil? (5). *AIDS Care*. 2015;27629-36.
11. Viola TW, Tractenberg SG, Wearick-Silva LE, Rosa CS, Pezzi JC, Grassi-Oliveira R. Long-term cannabis abuse and early-onset cannabis use increase the severity of cocaine withdrawal during detoxification and ehospitalization rates due to cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2014 Nov 1; 144:153-9.
12. Narvaez JC, Jansen K, Pinheiro RT, Kapczynski F, Silva RA, Pechansky F, Magalhães PV. Psychiatric and substance-use comorbidities associated with lifetime crack cocaine use in young adults in the general population. *Compr Psychiatry*. 2014 Aug;55(6):1369-76.
13. Cruz M, Bertoni N, Bastos FI, Burnett C, Gooch J, Fischer B. Comparing key characteristics of young adult crack users in and out-of-treatment in Rio de Janeiro, Brazil. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2014 Jan 10; 9:2.
14. Christoff Ade, Boerngen-Lacerda. Reducing substance involvement in college students: a three-arm parallel-group randomized controlled trial of a computer-based intervention. *Addict Behav*. 2015 Jun; 45:164-71.
15. Mitchell EM, Heumann S, Araujo A, Adesse L, Halpern GT. Brazilian adolescents' knowledge and beliefs about abortion methods: a school-based internet inquiry. *BMC Womens Health*. 2014 Feb 13; 14:27.
16. Barreto HA, de Oliveira Christoff A, Boerngen-Lacerda R. Development of a self-report format of ASSIST with university students. *Addict Behav*. 2014 Jul;39(7):1152-8.

"CAUSOS DO DR BARTÔ"

EXPERIÊNCIAS DO AMBULATÓRIO ANTITABÁGICO DO HU USP
DEPOIMENTO DE PACIENTE DO GRUPO
ANTITABÁGICO, MÃE DE USUÁRIO DE DROGAS:

Depoimento de A.M: a Maconha é porta de entrada para outras drogas. - YouTube: https://www.youtube.com/watch?v=l3HWS-NtD_Y

Meu filho é dependente químico. Começou a fumar maconha com 15 para 16 anos, e com 25 anos já estava na pedra. Quando ele foi para a pedra, eu perdi meu filho. Foi internado várias vezes e eu não tenho condições de pagar um lugar para ele ficar. Agora ele está num local gratuito, ele ajuda o padre, mas quando ele sai, ele volta para a pedra.

Enquanto ele fumava maconha e usava cocaína, ele nunca mexeu nas coisas. A gente sabia que ele usava, mas ele não dava trabalho, era uma pessoa normal. Quando ele começou a usar "pedra", aí começou a sumir coisas de casa, ele começou a sumir por 2 ou 3 dias na rua, coisa que ele não fazia. Dessa última vez, ele levou minha aliança de casamento. Tudo isso começou lá para trás, com a maconha, na turma da escola. Começou como uma brincadeira e terminou nisso.

Eu diria para as mães de filhos com 14 a 16 anos que tem que prestar muita atenção. Eu vejo mães falarem que nessa idade é normal eles fumarem maconha. Não deixem eles começarem porque a maconha é o caminho para outras drogas.

DEPOIMENTO DE UM JOVEM QUE SE PERDEU
NAS DROGAS E SE RECUPEROU:
DESVANTAGENS NO USO DAS DROGAS (YOUTUBE.COM)

https://www.youtube.com/watch?v=a_kgRjsKbrk

Com a droga, a primeira coisa que você perde são seus sentimentos, depois você perde a sua alma. Que é quando você se entrega totalmente. Eu cheguei no ponto de perder os sentimentos. Eu não me importava mais com o que as pessoas pensavam. Então eu deixei de me importar com as pessoas ao meu redor. Foi a hora em que eu me distanciei da minha família. Eu não me importava em ficar perto deles ou não. Hoje em dia me dói muito pensar nessa época.

Hoje, vivendo sem a droga eu acordo sorrindo, eu consigo olhar para o próximo, sentir um carinho pelo próximo. Eu era um zero pra baixo."

Vídeos em www.drbarato.com.br / aconselhamento breve/ escolas/

O USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIA DE ABUSO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA – UMA DOENÇA PEDIÁTRICA

**Ana Cecilia Petta
Roselli Marques**

Médica Psiquiatra, Doutora em Ciências pela UNIFESP, especialista em Saúde Pública e Saúde Mental pela UNESP. Supervisora do Programa Periscópio de Tarumã para uma política de drogas.

A prevalência de algum transtorno mental na infância e adolescência no mundo é de aproximadamente 13%, sendo os transtornos de ansiedade os mais prevalentes entre os adolescentes, em torno de 6,5%, seguidos de depressão, 2,6%, TDAH, 3.4% e os disruptivos, 5.7%¹.

O fenômeno do uso de substâncias de abuso (SA) é bastante antigo na história da humanidade e, gradativamente, se tornou um grave problema social, econômico e de saúde pública. O Transtorno por Uso de Substância (TUS) começa mais tarde do que a maioria dos transtornos mentais, e são mais prevalentes em meninos ².

O TUS é um transtorno mental adquirido, fator causal de diversas doenças incapacitantes e responsável por altas taxas de mortalidade precoce em vários países, acometendo, principalmente, as populações mais vulneráveis, como crianças e adolescentes, grupo que esteve por muito tempo longe das drogas, protegido por um ambiente, uma cultura, muito diferentes do observado hoje³⁻⁷.

Todos os relatórios epidemiológicos sobre o consumo de álcool e outras drogas entre os jovens no mundo mostram que é na passagem da infância para a adolescência que a experimentação acontece, uma fase de extrema vulnerabilidade, que o adolescente se afasta da família para testar a possibilidade de ser adulto, de ter poder e controle sobre si mesmo, e adere ao grupo de iguais. Se este grupo estiver experimentando uma Substância de Abuso (SA), como o álcool e o tabaco, ocorre uma pressão para que todos compartilhem a experiência e experimentem também. O encontro entre adolescente e droga é muito mais frequente do que se pensa, de difícil detecção e manejo. Ao entrar em contato com as SA, o indivíduo nessa faixa etária se expõe a muitos riscos ^{8,9}.

Diante de condições desfavoráveis no meio ambiente, de acordo com características individuais, comportamentos de risco na adolescência podem aparecer ou não¹⁰⁻¹³. Identificar e compreender tais fatores, auxiliam no reconhecimento de indivíduos vulneráveis e na aplicação de ações para prevenção mais tarde.

A bebida alcoólica é a SA mais usada no mundo. Aos 11 anos, 18% dos meninos já beberam, e 13% das meninas; aos 13 anos, aumenta para 33% e 57%, e aos 15 para 56% meninos e 59% meninas¹⁴. Em relação ao padrão, 35% dos adolescentes beberam 1 vez na vida; 20 a 25% relataram ter bebido 1 dose nos últimos 30 dias, 18% se intoxicaram pelo menos 1 x na vida e 10% beberam com problemas ¹⁵.

Hoje, 50% começam antes dos 14, e 75% antes dos 18, o que demanda intervenções precoces e diferentes de acordo com o gênero, e essa exposição precoce ao álcool e outras SA estão associadas a resultados negativos na vida¹⁶. Comorbidades são muito frequentes, sendo que a metade dos usuários as tem^{17,18}.

Nos Estados Unidos da América (EUA), há 25 anos atrás, cerca de três milhões de crianças e adolescentes fumavam tabaco, 12% eram fumantes pesados (um maço ou mais ao dia); 15% de bebedores pesados (cinco ou mais doses por dia em três ou mais dias dos últimos 15); 5% fazendo uso regular de maconha (20 ou mais dias no último mês), e 30% que ingerem frequentemente cocaína (três ou mais vezes no último mês). A maconha era usada diariamente por 1 a 5%¹⁹⁻²⁰. O uso variava com o sexo e no caso dos meninos, relacionava-se, frequentemente, à delinquência²¹.

No Brasil, o panorama mudou completamente nas últimas décadas. Até o início da década de 1980, os estudos epidemiológicos não encontravam taxas de consumo alarmantes entre estudantes²². A partir de 1987, os levantamentos realizados em escolas públicas em dez capitais brasileiras pelo Centro Brasileiro de Informações sobre as Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo, o CEBRID, documentou uma tendência ao crescimento do consumo entre estudantes²².

Apesar do aumento do consumo de diferentes substâncias, o álcool e o tabaco ocuparam o primeiro lugar como as drogas mais utilizadas ao longo da vida.²³ O levantamento de 2004 mostrou que o uso experimental acontece cada vez mais cedo na vida, para o álcool, em torno de 12,5 anos, e para o tabaco, em torno de 12,8 anos, ambas drogas lícitas para adultos, mas cuja venda é proibida para menores de 18 anos²⁴.

Segundo o padrão compulsivo de uso (*binge*), que confere a este comportamento um grau de risco muito maior, tal comportamento precoce gera graves danos ao desenvolvimento acadêmico e social do adolescente²⁵.

De todos os estudantes de escolas públicas entrevistados no Brasil, por volta de 15,7 anos, 7,3% já usaram cocaína, crack, cola, loló (acetona com clorofórmio), lança perfume e ecstasy e 0,5% disseram ser consumidores atuais da pedra²⁶. A participação dos meninos é maior (8,3%) do que a das meninas (6,4%), e o índice continua mais elevado entre os estudantes da rede pública (7,5%) do que os da privada (6,5%). Considerando apenas os entrevistados de 15 anos de idade, 2,6% usaram alguma dessas drogas antes dos 13 e esta taxa vem aumentando desde 2009.²⁶

Entre os adolescentes brasileiros que disseram ter usado droga ilícita ao menos uma vez na vida, 34,5% fumaram maconha. É mais do que o dobro

do índice verificado no estudo da Organização Mundial de Saúde, segundo o qual 17% dos jovens de 15 anos entrevistados em 41 países afirmaram ter provado maconha e 6,4%, o crack²⁷.

A cannabis é, frequentemente, associada ao uso de álcool, sendo que 26% dos meninos e 15% das meninas usaram pelo menos 1 a 4 vezes, e 1% são usuários frequentes [25]. Aos 15 anos, 1:10 usou maconha na vida (13% meninos e 11% meninas) e o uso recente 8% x 5%²⁸.

Entre 2018 e 2022, houve um aumento das intoxicações pelo álcool entre meninas mais velhas, e entre os mais novos, não houve aumento. Diminuiu o número de meninos mais velhos fumantes. Se a classe socioeconômica é melhor, o uso também é. A porcentagem de adolescentes que relataram embriaguez pelo menos 2 vezes na vida é de 9%, e 7% nos últimos 30 dias, que aumenta com a idade com a maior diferença entre 13 e 15 anos (5, 16 e 20%) e no intervalo de 2018 a 2020 ²⁹.

Após a epidemia do coronavírus (COVID-19): meninas de 13 anos aumentaram o consumo de substâncias como o álcool, antes de meninos (The Health Behaviour in School-aged Children, HBSC, 2021/2022) ³⁰.

O TABACO

Apesar de todos os estudos publicados, somente no final do século passado, profissionais da saúde pública de países desenvolvidos passaram a adotar medidas para resolver o problema, aceitando que o fumo é responsável por 90% dos cânceres de pulmão, entre outras doenças graves e fatais³¹.

Como a cessação é considerada uma meta difícil de atingir, a iniciação precisa ser evitada. Existem poucos estudos a respeito das características dos iniciantes, o que impede que medidas de prevenção ajustadas sejam desenvolvidas. Sabe-se menos ainda a respeito das características daqueles que na adolescência experimentaram e cessaram, espontaneamente, uma população “órfã” de diagnóstico em relação aos transtornos mentais e de comportamento (TMC)³⁴.

Existem duas hipóteses sobre o uso da nicotina e outras SA na adolescência: aquela que considera a existência de uma vulnerabilidade mental primária, que predispõe ao uso, e que, mais tarde, faz com que o TMC se configure claramente; e a segunda hipótese, segundo a qual a nicotina seria a responsável por modificações estruturais e químicas no cérebro, que por sua vez, desenvolveria outros transtornos mentais ³⁵.

Adolescentes que fumam são 9 vezes mais suscetíveis a receber o diagnóstico de abuso de álcool e dependência, e 13 vezes mais suscetíveis a abusar e continuar usando outras SA, comparados àqueles que não fumam³⁶.

A idade de iniciação é um aspecto muito importante na “carreira do fumante”, pois quanto mais tarde acontece, maior é a chance de não seguir fumando, de fumar menos pesado e de cessar, caso a dependência se instale³⁷. Dependendo da raça, do gênero, da renda, da escolaridade, entre outras variáveis, os adolescentes apresentam diferentes riscos em relação ao comportamento de fumar em geral: a prevalência de fumantes é maior entre os mais pobres, menos educados, e em regiões sem medidas de controle social³⁸⁻³⁹.

No Brasil, os levantamentos apontam para o início precoce do uso de SA entre estudantes, sendo a idade de primeiro consumo para a bebida alcoólica aos 12,5 anos e do cigarro de tabaco 12,8 anos, sem diferença quanto ao gênero⁴⁰.

A progressão para o uso regular ainda na adolescência é observada²⁵. Demonstrou-se uma similaridade entre os gêneros quanto: a prevalência de uso de tabaco; as idades do primeiro problema relacionado ao tabaco e da dependência, ambas ocorrendo, em média, de 1 a 2 anos após a experimentação²⁵.

Levantamento entre estudantes de 13 a 15 anos mostrou que 2 entre 10 estudantes, em 132 países, usam regularmente produtos de tabaco. 8,9% cigarros e 11,2% outras formas de tabaco⁴¹.

A prevalência de uso regular entre meninas é maior que entre meninos, mas meninos apresentam prevalência de dependência maior que as meninas. A meta nos EUA até 2010 era reduzir para 12% a prevalência de fumantes adultos e para 16% entre os jovens, mas continuou tendo aumento em diferentes faixas etárias⁴².

Em 2003, no Brasil, a prevalência era de 23% entre adultos, entre adolescentes era 4,5%, índice por sua vez considerado baixo em comparação aos países desenvolvidos e semelhante ao dos países da América do Sul²⁴.

Até os 10 anos, as crianças não fumam e não têm pretensão de fumar, diferentemente do que acontece com a bebida alcoólica, que parece estar no imaginário de crianças e adolescentes que dizem que “em algum momento na vida irão beber⁴³. A prevalência de fumantes aumenta drasticamente com a idade na adolescência: aos 11 anos, 1% era fumante regular e 22% aos 15 anos⁴⁴. A maioria dos fumantes inicia o uso entre 14 e 25 anos, com pico entre 18 e 24⁴⁵.

Fatores como a proporção de experimentadores e de fumantes no grupo, experiências prévias, além do intervalo de tempo em que estas experiências ocorrem, aumentam em até duas vezes o risco de instalação do transtorno entre adolescentes^{46,47}.

A influência do grupo é muito importante na iniciação do uso do tabaco e os grupos de jovens habilitados podem ser estratégia para a prevenção⁴⁸. A maioria dos adolescentes estava com amigos quando experimentou o primeiro cigarro e, em função disso, desenvolveram-se programas de prevenção na escola, mas sem sucesso^{49,50}.

Novas intervenções veem sendo aplicadas, envolvendo os adolescentes como protagonistas, mas os resultados foram pouco animadores⁵¹. O trabalho na adolescência expõe o indivíduo ao estresse e, conseqüentemente, ao fumo⁵².

A necessidade da criação de políticas para o ambiente de trabalho, assim como aquelas dirigidas à família são observadas. Fumantes e experimentadores apresentaram taxa maior de pais que fumam ou já fumaram e, portanto, não ter pai fumante ou que nunca fumou, diminuiu o risco de fumar. A expectativa do filho em relação às atitudes dos pais tem grande peso na definição de seus próprios comportamentos⁵³. Investir na educação de pais auxilia na prevenção, pois os pais são considerados os fatores de maior impacto no desenvolvimento da criança e do adolescente⁶⁶. Para eles, é recomendado não usar⁵⁴⁻⁵⁵.

No Brasil, 59,9% disseram conviver com quem fuma e 29,8% têm pelo menos um dos responsáveis fumantes, principalmente, de alunos de escolas públicas. Em ambos os casos, as meninas são mais vulneráveis do que os meninos. Normas familiares e sociais também influenciam a iniciação⁵⁵.

Entre os jovens que fumaram nos 12 meses anteriores à pesquisa, a grande maioria (65,4%) já tinha tentado largar o cigarro²⁶. O preço aparece como fator de grande impacto em diversos estudos: para 10% de aumento houve 2 a 5% de redução no consumo per capita para adultos e adolescentes⁵⁶⁻⁵⁷. O grupo de adolescentes brasileiros que mostrou maior risco de fumar concentra-se na faixa etária entre 14 e 15 anos, negro, está no início da escolarização e tem pais fumantes; medidas que intervenham antes desta etapa da vida e incluam os pais podem influenciar tal fenômeno.

A OMS descreve que grande parte dos adultos inicia o consumo na adolescência²⁷. A pesquisa PeNSE realizada em 2012 encontrou que 19,6% dos jovens entrevistados já fumou pelo menos uma vez. O índice é maior entre os estudantes de escolas públicas (20,8%) do que na rede privada (13,8%). Considerando-se somente as capitais, o porcentual sobe para 22,3%, mas

representa pequena redução e relação ao estudo de 2009, quando o registrado foi 24,2%²⁶.

Na comparação com um levantamento internacional feito pela OMS²⁷, o Brasil aparece abaixo da média verificada em 41 países da Europa e América do Norte. A Pesquisa de Comportamento de Saúde em Crianças em Idade Escolar (HBSC, na sigla em inglês), feita também em 2012, mostrou que 24% dos jovens de 15 anos experimentaram cigarro com idade igual ou inferior a 13 anos. No Brasil, esse índice ficou em 15,4%. Já os fumantes considerados habituais representam 5,1% do total de adolescentes (IBGE)²⁶. E esse número pode ser ainda maior se considerados outros derivados do tabaco, como cigarro de palha, charuto e o popular narguilé: 4,8% dos estudantes se dizem consumidores regulares desses produtos.

Conhecer o perfil dos adolescentes que apenas experimentam e dos que nunca fumaram, poderá reorientar medidas preventivas mais eficazes para o tabaco, protegendo os adolescentes brasileiros. Entre os fatores que desencadeiam neles o uso por ordem decrescente, do mais importante para o menos são: as emoções e os sentimentos associados a intenso sofrimento psíquico, como depressão, culpa, ansiedade exagerada e baixa autoestima, seguidos pelo desconforto físico – uma dor sem localização da causa²⁷. A busca de emoções vem em terceiro lugar.

O banimento da propaganda é muito importante para diminuir o consumo. O Brasil seguiu os EUA e proibiu a propaganda em 1996 (lei 9294/96, revisada pela lei 10167/00). A seguir, veio a lei federal que proibiu o uso do tabaco em ambientes públicos e fechados⁵⁸. O preço baixo do produto, apesar da alta taxação, em torno de 75% e a falta de fiscalização quanto à venda para menores e o contrabando tornam o produto ainda muito acessível.

Estratégias da indústria, cujo alvo principal é o jovem e os países em desenvolvimento, têm se sobreposto a todas estas influências⁵⁹. Pesquisas são necessárias e imprescindíveis para definir as melhores ações e o governo tem papel muito relevante nesse processo⁶⁰⁻⁶¹.

Políticas de saúde pública para evitar a iniciação, como a contrapropaganda, a taxação do produto para venda, o aumento do preço, a fiscalização sobre a venda do produto para menores e os programas na escola articulados com a comunidade podem ser efetivas.

CIGARROS ELETRÔNICOS OU VAPES OU DISPOSITIVOS ELETRÔNICOS PARA FUMAR (DEF)

Após a aprovação da Convenção Quadro do Tabaco em 2003 e sua ratificação em 2006 pela maioria dos países no mundo, a indústria lançou novos produtos, entre eles, o cigarro eletrônico, com a promessa de ser utilizado para a cessação tabágica. Os primeiros estudos foram publicados pelos profissionais filiados à indústria e apontavam para resultados positivos, recomendados pelas diretrizes de tratamento do Reino Unido^{62,63,58}.

As estratégias da indústria foram as mesmas do cigarro, como diferentes sabores, formas de apresentação, aqueles com apelos femininos, materiais promocionais nas mídias sociais, que, por mais breve que fosse, levou os jovens a experimentar e ter atitudes positivas em relação a eles. O resultado tem sido publicado e é desastroso⁶⁴.

Entre 2011 e 2018 nos EUA, a taxa de uso entre os jovens foi de 1.5 para 20.8%⁶⁵. Desde 2018, o mercado do cigarro eletrônico vem aumentando muito, mas muito mais nos últimos 5 anos^{66,67}. Mais que 1:6 adolescentes (18%) relataram que já haviam usado *vape* na vida, 10% o fizeram nos últimos 30 dias. O uso aumenta com a idade entre meninos (6%) de 11 anos para 16% aos 13, e 31% aos 15, como para as meninas (4,16,33%). Uso recente também aumentou. É maior entre crianças de 13 a 15 anos do que entre adultos em todas as regiões do mundo⁶⁸.

No Canadá, o uso dobrou entre jovens de 16 a 19 anos entre 2017 e 2022, e no Reino Unido triplicou nos últimos três anos.⁶⁹

Usuários dependentes de nicotina por meio do DEF poderão, em outro momento, buscar o cigarro tradicional, assim como o uso do cigarro tradicional e o uso abusivo de álcool estão associados ao uso de cigarro eletrônico⁷⁰⁻⁷¹.

Os jovens que usam cigarros eletrônicos têm quase três vezes mais probabilidade de fumar cigarros na vida adulta⁷²⁻⁷⁶.

Embora seus efeitos de saúde a longo prazo não sejam totalmente conhecidos, já se sabe que eles liberam substâncias que aumentam o risco de doenças cardíacas, pulmonares e cânceres, além de que afetam o desenvolvimento cerebral impedindo o pleno potencial de aprendizagem em jovens, em qualquer indivíduo exposto, assim como no feto. Portanto, são prejudiciais à saúde e causam dependência⁷⁷⁻⁷⁹.

Pearson, Reed e Villanti⁸⁰ demonstraram que os DEFs são bem conhecidos no grupo de jovens norte-americanos entre 18 e 34 anos, fumantes ou não. No trabalho, foram expostos quatro dispositivos eletrônicos de fumar

e 65 a 90% dos jovens identificaram corretamente os dispositivos, enquanto apenas 4% destes faziam uso frequente ou ocasional.

A taxa de experimentação do cigarro eletrônico é de 2,7% entre a população jovem. A estimativa de uso na população com 15 anos ou mais, em algum momento da vida, vai de 1,63 a 6,7%. Enquanto 0,61 a 2,32% fazem o uso, atualmente, com predomínio de homens^{81,82}.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2009) RDC 46/2009 proíbe a importação, o comércio e a propaganda comercial por meio de resolução da diretoria colegiada da ANVISA

Apesar da queda da prevalência de fumantes adultos, entre jovens permaneceu estável, em torno de 5% (19% meninos e 17% das meninas) experimentaram fumar durante os anos escolares⁸³.

A PeNSE de 2022²⁶, que contou com uma amostra de 159.245 jovens brasileiros de 13 a 17 anos, concluiu que 16,8% já experimentaram o cigarro eletrônico e 22,6% já haviam experimentado o cigarro tradicional⁸⁴.

No Brasil, identificou-se que a região Centro-Oeste possui a mais alta prevalência de usuários de DEFs, mas 50% estão na região sudeste. A faixa etária de usuários de 15 a 24 anos foi a mais prevalente, 40 vezes maior que em pessoas maiores de 40 anos^{85,86}.

O número de usuários atuais de DEF que nunca fumaram o cigarro tradicional antes concentra em cerca de 62%, o que acende um alerta, pois cada vez mais jovens estão fazendo uso experimental e/ou regular de cigarros eletrônicos. Logo, pode-se relacionar isto ao intenso modismo e às propagandas relacionadas aos dispositivos, que trazem um visual *high-tech* e aditivos de sabor e aromatizantes nos *e-líquidos*, com objetivo de promoção e estímulo ao consumo, visando esta população⁸⁵⁻⁸⁷.

O ÁLCOOL

De acordo com a *American Academy of Pediatrics*, haveria seis estágios no envolvimento do adolescente com substâncias de abuso: abstinência, uso experimental/recreacional (em geral limitado ao álcool e, ou tabaco), abuso inicial, abuso, dependência e recuperação. Apesar dos riscos, a maioria dos adolescentes que experimentam uma SA não se tornará usuário regular dela⁸⁸.

Mais de 50% dos adolescentes em diferentes países no mundo usam regularmente o álcool, e pelo menos 1% deles são abusadores/dependentes. O perfil dos usuários é de homens mais velhos, das grandes cidades, que fumam e usam outras drogas, além de serem mais expostos à violência doméstica⁸⁹⁻⁹¹.

Beber cedo na vida aumenta a vulnerabilidade de doença mental ⁹²⁻⁹³. Existem vários fatores de risco que se mostram intensamente relacionados, como a violência doméstica que leva à doença mental e ao uso de drogas na adolescência e no adulto jovem ⁹⁴⁻¹⁰².

Pechansky e Barros mostraram que 71% dos adolescentes já haviam experimentado bebidas alcoólicas na faixa etária de 10 a 18 anos, chegando a quase 100% na idade de 18 anos, com diferenças na forma, local de consumo e volume de etanol ingerido de acordo com a idade dos entrevistados, assim como com relação ao gênero. Os meninos começavam a beber fora de casa e com amigos mais precocemente, ao contrário das meninas, mais conservadoras, mantendo o hábito de consumo em casa por mais tempo¹⁰³. O adolescente brasileiro abusa da bebida alcoólica, independentemente do gênero, muito cedo na vida ²⁴.

Adolescentes que têm amigos usuários de drogas exercem pressão importante para a iniciação. Brook e Brook mostraram que valores comuns, calor humano e performance escolar dos pares podem proteger o adolescente ao uso de drogas ¹⁰⁴. Descrevem o efeito de “loops”: adolescentes que estão usando drogas têm mais chance de estarem associados a pares que usam drogas e essa associação, por sua vez, aumenta a chance de que eles mantenham ou incrementem o seu envolvimento com drogas.

Aspectos da estrutura de vida do adolescente desencadeiam um papel fundamental na gênese da dependência de drogas. De Micheli e Formigoni, estudando adolescentes brasileiros classificados em três grupos de intensidade crescente de abuso/dependência, identificaram que a classe social média-baixa aumentava em 3,5 vezes a probabilidade destes indivíduos se tornarem dependentes de drogas e que a defasagem escolar de no mínimo um ano aumentava em 4,4 vezes a chance de desenvolver dependência grave. Quanto à situação familiar, a presença somente da mãe no domicílio do adolescente estava associada ao aumento de 22 vezes na chance deste ser dependente de drogas quando comparado com adolescentes que viviam com ambos os pais.¹⁰⁵

Estavam associados ao grupo de adolescentes com maior taxa de dependência os seguintes fatores de risco: trauma familiar, separação, brigas e agressões. O papel dos pais e do ambiente familiar é marcante no desenvolvimento do adolescente porque influi na relação deste com álcool e outras drogas. Falta de suporte parental, uso de drogas pelos próprios pais, atitudes permissivas destes perante o uso de drogas, incapacidade de controle dos filhos pelos pais, indisciplina e uso de drogas pelos irmãos são todos fatores que aumentam as chances de iniciação e continuação de uso de drogas por parte dos adolescentes.

Outra hipótese em estudo na etiopatogenia do abuso de substâncias é o impacto da predisposição no desenvolvimento do uso de drogas por adolescentes. Dentre os dependentes de drogas, estima-se que entre 30 e 80% tenham alguma outra comorbidade, sendo as mais frequentes o transtorno de conduta, depressão, déficit de atenção com hiperatividade e ansiedade¹⁰⁶. Segundo Brook, Whiteman, Gordon e Cohen, os mais potentes preditores de uso frequente de drogas são as variáveis relacionadas a um estilo de vida não convencional, dentre elas a busca de sensações, rebeldia, tolerância a comportamentos desviantes e baixa escolaridade ¹⁰⁷.

Entre muitas outras características dos adolescentes, a maioria deles não busca ajuda por conta própria quando em dificuldades. Eles pouco relacionam determinadas mudanças de comportamento, pensamento e mesmo de seu ritmo biológico com o uso destas substâncias. Quando o fazem, minimizam ou negam as evidências, e dentro daquela postura natural de adolescente, ainda ambivalente, dizem que irão resolver tudo sozinhos. Portanto, este momento é muito particular, e dependendo da forma de abordar o problema pelos familiares, amigos ou pelo profissional, a resistência pode aumentar e a chance de intervir diminuir. Todas elas podem causar o aumento do risco de acidentes e violência, por tornarem mais frágeis os cuidados de autopreservação que praticamente inexistem em indivíduos nessa idade e os riscos ocorrem especialmente com o uso do álcool, a droga mais usada nesta faixa etária. O álcool pode causar intoxicações graves, além de hepatite e crises convulsivas.

A PeNSE (2012)²⁶ entrevistou 109.104 estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental, num universo de 3.153.314, grupo no qual 86% dos integrantes têm entre 13 e 15 anos. As meninas são maioria na hora de experimentar: As porcentagens de 51,7%, e 48,7% são dos meninos. Entre os entrevistados com 15 anos, a primeira dose veio antes dos 13 anos por 31,7%. Mostrou-se que mais da metade (50,3%) desses jovens já tomou ao menos uma dose de bebida alcoólica, isto é, uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque ²⁶.

Foi investigado o consumo habitual de álcool entre esses adolescentes, e 26,1% beberam nos 30 dias anteriores à pesquisa, com participação equivalente de meninos e meninas. A forma como se consegue a bebida explica o alto consumo por parte das meninas, eles compram o produto (21,9% deles adquirem o álcool em mercados, lojas, bares ou supermercados). As meninas ganham sua dose em festas (44,4%) ou em encontros com amigos (23%). Mas um dado que chama a atenção também é que 10,2% do total encontra bebida na própria casa ²⁶.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lembra que “o consumo excessivo de bebida alcoólica na adolescência está associado ao insucesso escolar, acidentes, violência, tabagismo, uso de drogas ilícitas e sexo desprotegido, entre outros comportamentos de risco”²⁷.

No estudo do IBGE, dos jovens que bebiam regularmente, 21,8% já protagonizaram algum episódio de embriaguez. A proporção é maior entre os estudantes da rede pública (22,5%) do que das escolas privadas (18,6%). Considerando apenas as capitais brasileiras, houve um aumento neste índice, de 22,1% em 2009 para 24,3% em 2012. Além disso, 10% deles revelam que já tiveram problemas com família ou amigos, que faltaram às aulas ou que se envolveram em brigas por causa do álcool²⁶.

Os prejuízos decorrentes do uso de álcool num adolescente são diferentes dos prejuízos evidenciados em adultos, seja por questões neuroquímicas, seja por especificidades existenciais. O resultado é um maior número de acidentes fatais e outras transgressões com o mesmo desfecho. Os acidentes automobilísticos são a principal causa de morte entre jovens dos 16 aos 20 anos¹⁰⁸.

Estima-se que 18% dos adolescentes norte-americanos com idade entre 16 e 20 anos dirijam alcoolizados. A taxa de acidentes automobilísticos fatais nesta faixa etária é mais do que o dobro da prevalência encontrada entre maiores de 21.¹⁰⁹ Em recente estudo realizado na fronteira EUA/México, o consumo de bebidas alcoólicas entre adolescentes mostrou-se associado com dirigir alcoolizado (OR=5,39) e com pegar carona com motorista alcoolizado¹¹⁰. Estar alcoolizado também triplica a chance de violência sexual, tanto para o agressor quando para a vítima¹¹¹.

Da mesma forma, o adolescente intoxicado envolve-se mais em atividades sexuais sem proteção e expõe-se mais aos riscos de contrair doenças infectocontagiosas, como aquela produzida pelo HIV. A gravidez indesejada surge como mais um problema nesses casos¹¹². Sexo desprotegido parece ser associada à quantidade de álcool consumida, que interfere na elaboração do juízo crítico. Dados nacionais corroboram tais achados. Usar álcool e maconha se mostrou associado a comportamentos sexuais de risco, como atividade sexual precoce, fazer sexo sem preservativos e se prostituir em troca de drogas¹¹³.

O consumo de álcool na adolescência está associado a uma série de prejuízos acadêmicos, entre eles a alteração da memória, diminuindo o hipocampo¹¹⁴. Ter dificuldades na aprendizagem leva à baixa autoestima, o que aumenta a chance de continuar experimentando. A percepção que o adolescente tem sobre os problemas decorrentes do consumo de álcool não

acompanha as possíveis consequências vividas por eles: 50% dos jovens que bebem regularmente apontam como a principal consequência negativa o fato de terem se comportado de uma forma imprópria durante ou após o consumo, e 33% queixam-se de prejuízo no pensamento; 20% descrevem o ato de dirigir alcoolizado como um dos problemas decorrentes, em contraste com os dados decorrentes de consumo de álcool pelo motorista jovem ¹¹⁵.

Outros danos cerebrais incluem modificações no sistema dopaminérgico, como no córtex pré-frontal e no sistema límbico, que repercutem no comportamento e na emoção, afetando as habilidades cognitivo-comportamentais que têm início e se firmam na adolescência ¹¹⁶. O ajustamento social fica prejudicado. O uso de álcool na adolescência expõe o indivíduo a maior risco de dependência na idade adulta ¹¹⁷.

A lei brasileira define como proibida a venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos (Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996), mas é prática comum o consumo, seja no ambiente domiciliar, em festividades, ou mesmo em ambientes públicos. A sociedade adota atitudes paradoxais frente ao tema: por um lado, condena o abuso de álcool pelos jovens, mas é permissiva ao estímulo do consumo por meio da propaganda. Ao discutir mitos culturais e símbolos utilizados em propaganda sobre álcool, Saffer concluiu que a mídia, efetivamente, influencia no consumo ¹¹⁸.

Para uma mente em desenvolvimento, tipicamente sugestionável como a de um adolescente, a ambivalência da sociedade e a falta de firmeza no cumprimento de leis são aspectos determinantes para a iniciação precoce e para o padrão de abuso. O adolescente ainda está construindo a sua identidade. Associar o lazer ao consumo de álcool, ou tomar iniciativas em experiências afetivas e sexuais influenciado(a) pelo álcool, podem ser atitudes assimiladas que prejudicarão o jovem no futuro.

COMO TRATAR MAIS ESTA DOENÇA PEDIÁTRICA?

Os estudos de metanálise sobre a efetividade dos diversos tratamentos psicoterápicos utilizados para adolescentes (em torno de 400) mostraram que tratar é melhor que não tratar ¹¹⁹. A escolha do tratamento depende de fatores extrínsecos relacionados ao modelo disponível, às condições socioeconômicas e ao sistema familiar. Os intrínsecos, isto é, a gravidade da dependência e outras morbidades, o tipo de droga utilizada e a frequência do consumo direcionarão essa escolha também ¹²⁰.

Até 1974, os adolescentes dependentes de álcool ou outras drogas recebiam tratamentos propostos originalmente para adultos. Wheeler e Malmquist desenvolveram o primeiro tratamento para jovens dependentes de álcool em regime de internação (28 dias) baseado no modelo Minnesota, que consistia no programa 12 passos dos Alcoólicos Anônimos em grupo no ambiente ^{121,122}.

Há pelo menos 20 anos, os estudos relatavam que 80% dos jovens usuários poderiam ser tratados em ambulatórios, no formato individual, grupal, familiar ou numa combinação, empregando-se técnicas variadas ¹²³. O modelo mais utilizado e recomendado entre os norte-americanos e ingleses ainda é o ambulatorial, por meio da terapia cognitivo-comportamental ^{124,125}.

A Teoria do Aprendizado Social de Bandura considera o uso como um comportamento aprendido, desencadeado e mantido por eventos e emoções específicos e, portanto, possível de ser modificado ¹²⁶. A família é considerada parte desta disfunção e deve ser tratada.

Independentemente da base teórica, qualquer tratamento deve estar estruturado em três níveis: o desenvolvimento global do adolescente; a modificação do comportamento de uso e a solução para os problemas associados, como o reajuste familiar e social.

Hoje, os jovens apresentam múltiplas dependências, se mostram mais gravemente comprometidos em função da iniciação precoce, o que torna o tratamento mais complexo. Em regime de internação parcial (hospitais-dia) ou em regime de internação integral, os resultados ainda são pouco animadores ¹²⁷⁻¹²⁹.

Entre os fatores preditivos de recaída que tornam o tratamento menos efetivo, já foram comprovados o desejo pela droga (a “fissura”), o pouco envolvimento na escola ou no trabalho, o lazer insatisfatório, a dependência de múltiplas substâncias, o início de uso do álcool muito cedo na vida, os comportamentos de risco associados e o envolvimento criminal ^{130,131}.

A abstinência como a meta e o planejamento social, familiar, escolar e profissional são ações recomendadas para aumentar a efetividade das intervenções ¹³².

Sabe-se da importância do sistema familiar para prevenção e tratamento do dependente, principalmente, na adolescência. Além do mais, para a maioria deles, o suporte socioeconômico vem dos pais, e os serviços de tratamento devem um esclarecimento legal sobre certos problemas. Garantindo ao jovem o sigilo das informações pessoais, os pais devem saber, compulsoriamente, sobre risco de suicídio, síndrome de abstinência grave, intoxicação grave e abuso sexual.

CONCLUSÃO

A identificação do adolescente de risco em função do seu uso de álcool, tabaco ou outra SA, e a definição da melhor intervenção o momento, necessitam de estudos rigorosos quanto à sua metodologia. Realizar a detecção precoce de fatores de risco e intervir pode mudar o rumo da vida, principalmente, em indivíduos vulneráveis. O custo pessoal e social do abuso de SA ainda não foi estudado no Brasil, um país que ainda ensaia políticas preventivas. Implantar uma política de drogas moderna e integral é o desafio desde que a lei de drogas foi alterada e incluiu todas as medidas necessárias para a proteção da sociedade.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Erskine HE, Baxter AJ, Patton G, et al. The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2017; 26:395–402.
2. Nigg JT, Wong MM, Martel MM, Jester JM, Puttler LI, Glass JM, Adams KM, Fitzgerald HE, Zucker RA. Poor response inhibition as a predictor of problem drinking and illicit drug use in adolescents at risk for alcoholism and other substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45(4):468–75.
3. Schenker M, Minayo MCS. “Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência.” *Ciência Saúde Coletiva* 2005. 10(3): 707-17.
4. Sapienza G, Pedromônico MRM. “Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente.” *Psicologia em estudo* 2005;10(2): 209-216
5. Buu A, Dipiazza C, Wang J, Puttler LI, Fitzgerald HE, Zucker RA. Parent, family, and neighborhood effects on the development of child substance use and other psychopathology from preschool to the start of adulthood. *J Stud Alcohol Drugs.* 2009;70(4):489–98.
6. Nigg JT, Wong MM, Martel MM, Jester JM, Puttler LI, Glass JM, Adams KM, Fitzgerald HE, Zucker RA. Poor response inhibition as a predictor of problem drinking and illicit drug use in adolescents at risk for alcoholism and other substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45(4):468–75.
7. Wong MM, Brower KJ, Fitzgerald HE, Zucker RA. Sleep problems in early childhood and early onset of alcohol and other drug use in adolescence. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004;28(4):578–87.
8. Zucker RA, Donovan JE, Masten AS, Mattson ME, Moss HB. Early developmental processes and the continuity of risk for underage drinking and the problem of drinking. *Pediatrics* 2008;121(4):s252–72
9. Kramer JR, Chan G, Dick DM, Kuperman S, Bucholz KK, Edenberg HJ, Polgreen LA, Hesselbrock VM, Schuckit MA, Nurnberger JI, Kapp ES, Porjesz B, Bierut LI. Multiple-domain predictors of problematic alcohol use in young adulthood. *J Stud Alcohol Drugs.* 2008;S(69(5)):649–59.
10. Accornero VH, Anthony JC, Morrow CE, Xue L, Mansoor E, Johnson AL, McCoy CB, Bandstra ES. Estimated effect of prenatal cocaine exposure on examiner rated behavior at age 7 years. *Neurotoxicol Teratol* 2011; 33(3):370-8
11. Pfinder M, Liebig S, Feldmann R. Adolescents’ use of alcohol, tobacco and illicit drugs in relation to prenatal alcohol exposure: modifications by gender and ethnicity. *Alcohol Alcohol.* 2014; 49(2):143–53.
12. Ryan SM, Jorm AT, Lubman DI. Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Aust NZ J Psychiatry* 2010; 44(9):774–83.
13. Storr CL, Wagner FA, Chen CY, Anthony JC. Childhood predictors of first chance to use and use of cannabis by young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence.* 2011; 117:7–15.
14. Eric. ED589762 – monitoring the future national survey results on drug use, 1975–2017: overview, key findings on adolescent drug use. Mahidol University: Institute for Social Research; 2018.
15. Ma C, Bovet P, Yang L, et al. Alcohol use among young adolescents in low-income and middle-income countries: a population-based study. *Lancet Child Adolesc Health* 2018; 2:415–429.
16. Zahn-Waxler C, Shirtcliff EA, Marceau K. Disorders of childhood and adolescence: gender and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2008; 4:275–303.
17. Armstrong TD, Costello EJ. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70:1224–1239.
18. Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet* 2012; 379:55–70.
19. Weinberg NZ, Rahdert E, Collier JD, Glanz MD. Adolescent substance abuse: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 1998; 37:252–261.
20. Martin GS, Kaczkynski NA, Maisto SA, Tarter RE. Polydrug use in adolescent drinkers with and without DSM-IV alcohol abuse and dependence. *Alcoholism Clinical and experimental Research.* 1996;20:1099–1108.

- 21.** Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet* 2012;379:55–70.
- 22.** Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. V Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 10 e 20 graus em 10 capitais brasileiras. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID/UNIFESP. 2004.oi
- 23.** Instituto Nacional de Políticas de álcool e Drogas. Brazilian National Alcohol and Drugs Survey. II BNADS Retrieved frohttp://inpad.org.br/lenad/in-english/about-the-survey/2006.
- 24.** Instituto Nacional de Políticas de álcool e Drogas. II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey. II BNADS Retrieved from http://inpad.org.br/lenad/in-english/about-the-survey/2012.
- 25.** CS Madruga, R Laranjeira, R Caetano, I Pinsky, M Zaleski, CP Ferri. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil—A national survey, *Addictive Behaviors*. 2012; 37 (10), 1171-1175.
- 26.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Pesquisa Nacional de Saúde Escolar e o Uso de Tabaco, álcool e outras drogas de abuso (PeNSE) 2012.
- 27.** Organização Mundial de Saúde Relatório Global sobre o consumo de Álcool e a Saúde. 2010.
- 28.** Patrick ME, Kloska DD, Terry-McElrath YM, et al. Patterns of simultaneous and concurrent alcohol and marijuana use among adolescents. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2018; 44:441–451.
- 29.** Jones DE, Greenberg M, Crowley M. Early Social-Emotional Functioning and Public Health: The Relationship Between Kindergarten Social Competence and Future Wellness. *Am J Public Health* 2015; 105:2283–2290.
- 30.** The Health Behaviour in School-aged Children, HBSC, 2021/2022
- 31.** U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2004.
- 32.** World Bank (WB) Public health at a glance. Tobacco control. Why is reducing use of tobacco a priority? Washington, DC. <http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGTobacControlEngv46-03.pdf>. 2003.
- 33.** Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the Future: National Results on Adolescent Drug Use: Overview of O uso do álcool, tabaco e outras drogas psicotrópicas Key Findings, 2005. (NIH Publication No. 07-8202). Bethesda MD: National Institute on Drug Abuse. 2006 : 71.
- 34.** Martin GS, Kaczynski NA, Maisto SA, Tarter RE. Polydrug use in adolescent drinkers with and without DSM-IV alcohol abuse and dependence. *Alcoholism Clinical and experimental Research*. 1996;20:1099-1108.
- 35.** Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (CASA) The smoking Gun United States –web page Available at: www.reuters.com/article/healthnews 2007; 23.
- 36.** Lule E, Rosen JE, Singh S, Knowles JG, Behrman JR. Adolescent Health Programs in: *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd eds. 2006;59:1109-1125.
- 37.** Breslau N, Johnson EO, Hiripi E, Kessler R. Nicotine dependence in the United States: prevalence, trends, and smoking persistence. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2001; 58:810-816.
- 38.** Center for Disease Control and Prevention (CDCP) Cigarette use among high school students—United States, 1991–2005. *MMWR (Morbidity and Mortality Weekly Report)*. 2006;55(26):724-726.
- 39.** Substance Abuse and Mental Health Health Services Administration (SAMHSA) The NHSDA Report: Tobacco Use, Income and Educational Level. 2002.
- 40.** Carlini EA. Trends in drug use among students in Brazil: analysis of four surveys in 1987, 1989, 1993 and 1997. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 2004;37: 523-531.
- 41.** Vega WA, Gil AG. Revisiting drug progression: long-range effects of early tobacco use. *Addiction*. 2005; 100: 1358-1369
- 42.** Center for Disease Control and Prevention (CDCP) Cigarette use among high school students—United States, 1991–2005. *MMWR (Morbidity and Mortality Weekly Report)*. 2006 ;55(26):724-726. <http://oas.samhsa.gov/12k5nsduh/2k5results.pdf>.
- 43.** Scivoletto S, Henriques Jr SG, Andrade AG. A progressão do consumo de drogas entre adolescentes que procuram tratamento. *J Bras Psiquiatria*; 45 (4): 201-207.
- 25.** CS Madruga, R Laranjeira, R Caetano, I Pinsky, M Zaleski, CP Ferri. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil—A national survey, *Addictive Behaviors*. 2012; 37 (10), 1171-1175
- 24.** Instituto Nacional de Políticas de álcool e Drogas. II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey. II BNADS Retrieved from http://inpad.org.br/lenad/in-english/about-the-survey/2012.
- 44.** Pinsky I, Silva MTA. A frequency and content analysis of alcohol advertising on Brazilian television. *J Stud Alcohol*. 1999;60(3):394-9. Department of Health (DH) Drug use, smoking and drinking among young people in England in 2001: preliminary results. *Statistical Press Notice*. 2002.
- 45.** Lee LL, Gilpin EA, Pierce JP. Changes in the patterns of initiation of cigarette smoking in the United States: 1950, 1965, and 1980. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* PMID:8268779 MEDLINE:1993;2(6):593-7.
- 46.** Choi WS, Gilpin EA, Farkas AJ, Pierce JP. Determining the probability of future smoking among adolescents. *Addiction*. 2001;96(2):313-23.
- 47.** Alexander C, Piazza M, Mekos D, Valente TW. Peer networks and adolescent cigarette smoking: an analysis of the national longitudinal study of adolescent health. *Journal of Adolescent Health*. 2001; 29:22-30.
- 48.** Derzon JH, Lipsey MW. Predicting tobacco use to age 18: A synthesis of longitudinal research. *Addiction*. 1999;94, 995-1006.
- 49.** Glynn TJ. Improving the health of U.S. children: The need for early interventions in tobacco use. *Prev. Med*. 1993; 22,513-9.
- 50.** Sussman S, Miyano J, Rohrbach LA, Dent GW, Sun P Six-month and one year effects of Project EX-4: A classroom-based smoking prevention and cessation intervention program. *Addictive Behaviour*. 2007;32:3005-14
- 51.** Finkelstein DM, Kubzansky LD, Goodman E. Social status, stress, and adolescent smoking *J Adolesc Health*. 2006;39(5):678-85.
- 52.** Kumpfer KL. Children and adolescents and drug and alcohol abuse and addiction: Review of prevention strategies. In NS Miller (ed) *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction*. New York, NY: Marcel Dekker. 1991.
- 53.** Baumrind D. Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth and Society*. 1978;9, 239-75.

54. Pierce JP, Distefan JM, Jackson C, White MM, Gilpin EA. Does tobacco marketing undermine the influence of recommended parenting in discouraging adolescents from smoking? *Am. J. Prev. Med.* 2002;23:73-81.
55. Lewit EM, Hyland A. Price, public policy, and smoking in young people. *Tob control* 1997;(2), S17-24.
56. Gruber J. Youth smoking in the US: Price and policies. National Bureau of Economic Research Working Paper, no. 7506. 2000.
57. Tauras JA, Johnston LD, O'Malley PM. An analysis of teenage smoking initiation: the effects of government intervention. *Impact Teen/ YES! Research Paper* no.2. 2000.
27. Organização Mundial de Saúde Relatório Global sobre o consumo de Álcool e a Saúde. 2010.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Pesquisa Nacional de Saúde Escolar e o Uso de Tabaco, álcool e outras drogas de abuso (PeNSE) 2012.
58. Hoffman K, Jackson S. A review of the evidence for the effectiveness and costs of interventions preventing the burden of non-communicable diseases: How can health systems respond? Background paper for the World Bank. 2003.
59. Centers for Disease Control and Prevention. Global youth tobacco survey. www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/Factsheets/youth_tobacco.htm. 2007.
60. Willet WC. Balancing life-style and genomics research for disease prevention. *Science* 2002; 296:695-8.
61. M Ribeiro, LO Perrenoud, S Duailibi, LB Duailibi, C Madruga, A Marques. The Brazilian drug policy situation: the public health approach based on research undertaken in a developing country *Public Health Rev.* 2014;35 (2),1-3.
62. Jackson S, Bijstra J, Oostra L, Bosma H. Adolescents' perceptions of mcommunication with parents relative to specific aspects of relationships with parents and personal development. *J Adolesc.* 1998;21(3):305-22.
63. Alexander C, Piazza M, Mekos D, Valente TW. Peer networks and adolescent cigarette smoking: an analysis of the national longitudinal study of adolescent health. *Journal of Adolescent Health.* 2001; 29:22-30.
48. Derzon JH, Lipsey MW. Predicting tobacco use to age 18: A synthesis of longitudinal research. *Addiction.* 1999;94, 995-1006.
64. Civiletto CW, Hutchison J. Electronic Vaping Delivery Of Cannabis And Nicotine. *Stat Pearls Publishing*, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545160/>. Acesso em: 2022 Out.
65. Cullen KA, Ambrose BK, Gentzke AS, Apelberg BJ, Jamal A, King BA. Notes from the field: use of electronic cigarettes and any tobacco product among middle and high school students – United States, 2011–2018. *Morbidity and Mortality Weekly Report.* 2018;67(45):1276–7.
66. Maia, J M D, Williams LGA. "Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área." *Temas em psicologia* 2005, 13:2: 9f-103.
67. Schenker M, Minayo MCS. "Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência." *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10(3): 707-17.
68. Pearson J, Reed D, Villanti A. *Vapes, e-cigs, and mods: what do young adults call e-cigarettes? Nicotine and Tobacco Research.* 2020; v. 22, 5:848-852, 2020.
69. Perikleous EP, Steiropoulos P, Paraskakis E, Constantinidis TC, Nena E. E-cigarette use among adolescents: an overview of the literature and future perspectives. *Frontiers in Public Health.* 2018; 6:386.
70. Bertoni N, Szklo AS. Dispositivos eletrônicos para fumar nas capitais brasileiras: prevalência, perfil de uso e implicações para a Política Nacional de Controle do Tabaco. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2021; v. 37: e00261920.
71. Bertoni N et al. Prevalência de uso de dispositivos eletrônicos para fumar e de uso de narguilé no Brasil: para onde estamos caminhando? *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 2021; v. 24.
72. Berry KM, Fetterman JL, Benjamin EJ, Bhatnagar A, Barrington-Trimis JL, Leventhal AM, et al. Association of electronic cigarette use with subsequent initiation of tobacco cigarettes in US Youths. *JAMA Network Open.* 2019;2(2):e187794.
73. Chaffee BW, Watkins SL, Glantz SA. Electronic cigarette use and progression from experimentation to established smoking. *Pediatrics.* 2018;141:4.
74. Electronic Nicotine Delivery Systems Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. *FCTC/COP/6/10 Rev.1.* Moscow: World Health Organization; 2014.1.
75. R Ossheim ME, Livingston MD, Soule EK, Zeraye HA, Thombs DL. Electronic cigarette explosion and burn injuries, US Emergency Departments 2015-2017. *Tobacco Control.* 2019;28(4):472-4.
76. Tobacco industry interference with Tobacco control. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/tobacco/publications/industry/interference/en>, accessed 2018-9 June, 26).
77. Electronic Nicotine Delivery Systems and Electronic Non-Nicotine Delivery Systems Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2016.
78. Reagan-Steiner, Sarah et al. *Pathological findings in suspected cases of e-cigarette, or vaping, product use-associated lung injury (EVALI): a case series. The Lancet Respiratory Medicine.* 2020; v.8, (2):1219-1232. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9477212/>.
79. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025*. 3. Ed. Geneva: World Health Organization, 2019.
80. Pearson J, Reed D, Villanti A. *Vapes, e-cigs, and mods: what do young adults call e-cigarettes? Nicotine and Tobacco Research.* 2020; v. 22, n. 5:848-852
81. Bertoni N, et al. Prevalência de uso de dispositivos eletrônicos para fumar e de uso de narguilé no Brasil: para onde estamos caminhando? *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 2021;v.24.
82. Bertoni N, Szklo AS. Dispositivos eletrônicos para fumar nas capitais brasileiras: prevalência, perfil de uso e implicações para a Política Nacional de Controle do Tabaco. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2021; v. 37: e00261920.
83. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Pesquisa Nacional de Saúde Escolar e o Uso de Tabaco, álcool e outras drogas de abuso (PeNSE) 2015. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/g134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html>
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Pesquisa Nacional de Saúde Escolar e o Uso de Tabaco, álcool e outras drogas de abuso (PeNSE) 2022.
84. Malta DC, et al. O uso de cigarro, narguilé, cigarro eletrônico e outros indicadores do tabaco entre escolares brasileiros: dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 2022; v. 25.

- 85.** Bertoni N, et al. Prevalência de uso de dispositivos eletrônicos para fumar e de uso de narguilê no Brasil: para onde estamos caminhando? *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2021;v.24.
- 86.** Bertoni N, Szklo AS. Dispositivos eletrônicos para fumar nas capitais brasileiras: prevalência, perfil de uso e implicações para a Política Nacional de Controle do Tabaco. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2021; v. 37: e00261920.
- 87.** Malta DC, et al. O uso de cigarro, narguilê, cigarro eletrônico e outros indicadores do tabaco entre escolares brasileiros: dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2022;v. 25.
- 88.** Center for Disease Control and Prevention (CDCP) American Academy of Pediatrics. The classification of child and adolescent mental diagnosis in primary care: diagnostic and statistical manual for primary care (DSM-PC) child and adolescent version. Elk Grove Village, IL,1996.
- 89.** Strauch ES, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL. Alcohol use among adolescents: A population-based study. *Revista de Saúde Pública*. 2009; 43(4),647–655.
- 90.** Merline A, Jager J, Schulenberg JE. Adolescent risk factors for adult alcohol use and abuse: Stability and change of predictive value across early and middle adulthood. *Addiction*.2008 ; 103(SI), 84–99.
- 91.** Pitkanen T, Kokko K, Lyyra A, Pulkkinen L. A developmental approach to alcohol drinking behaviour in adulthood: A follow-up study from age 8 to age 42. *Addiction*. 2008 ;103(SI), 48–68.
- 92.** Adrian W, Laviola G. (2004). Windows of vulnerability to psychopathology and therapeutic strategy in the adolescent rodent model. *Behavioural Pharmacology*.2004 ;15(5–6), 341–352
- 93.** Andersen SL, Teicher MH. Stress, sensitive periods and maturational events in adolescent depression. *Trends in Neurosciences*.2008 ;31(4), 183–191
- 94.** Turner WC, Muck RD, Muck RJ, Stephens RL, & Sukumar B. Co-occurring disorders in the adolescent mental health and substance abuse treatment systems. *Journal of Psychoactive Drugs*.2004 ; 36(4), 455–462.
- 95.** Schilling EA, Aseltine RH, Jr & Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: A longitudinal survey. *BMC Public Health*. 2007 ;30.
- 96.** Wise LA, Zierler S, Krieger N & Harlow BL. Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimization:A case–control study. *Lancet*.2001; 358, 881–887.
- 97.** Dubow EF, Boxer P & Huesmann LR. Childhood and adolescent predictors of early and middle adulthood alcohol use and problem drinking: The Columbia County Longitudinal Study. *Addiction*.2008 ;103(Suppl. 1), 36–47.
- 98.** Maggs JL, Patrick ME & Feinstein L. Childhood and adolescent predictors of alcohol use and problems in adolescence and adulthood in the National Child Development Study. *Addiction*.2008; 103(SI): 7–22.
- 99.** Wiles N, Lingford-Hughes A, Daniel J, Hickman M, Farrell M, Macleod J. et al.Socio-economic status in childhood and later alcohol use : A systematic review. *Addiction*.2007; 102(10), 1546–1583.
- 100.** Anda RF, Croft JB, Felitti VJ, Nordenberg D, Giles WH, Williamson DF, et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*.1999 ; 282(17), 1652–1658.
- 101.** McFarlane A, Clark CR, Bryant RA, Williams LM, Niaura R, Paul RH. et al. The impact of early life stress on psychological, personality and behavioral measures in 740 non-clinical subjects. *Journal of Integrative Neuroscience*.2005 ; 4(1), 27–40.
- 102.** Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Croft JB, Edward VJ & Giles WH. Growing up with parental alcohol abuse: Exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*.2001; 25(12), 1627–1640.
- 103.** Pechansky F, Barros F. Problems related to alcohol consumption by adolescents living in the city of Porto Alegre, Brazil. *Journal of Drug Issues* 1995;25(4):735–50
- 104.** Brook JS, Brook DW. Risk and protective factors for drug use. In: Mcoy C, Metsch LK, Inciardi JA (Eds). *Intervening with drug-involved youth*. Sage Publications; 1996 :23–43
- 105.** De Micheli D, Formigoni MLOS. As razões para o primeiro uso de drogas e as circunstâncias familiares prevêm os padrões de uso futuro? *Jornal Brasileiro de Dependência Química* 2001;2(1):20–30.
- 106.** Bukstein OG, Glancy LJ, Kaminer Y. Patterns of affective comorbidity in a clinical population of dually diagnosed substance abusers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:04–5.
- 107.** Brook JS, Whiteman M, Gordon AS, Cohen P. Dynamics of childhood and adolescent personality traits and adolescent drug use. *Developmental Psychology* 1986; 22:403–14
- 26.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Pesquisa Nacional de Saúde Escolar e o Uso de Tabaco, álcool e outras drogas de abuso (PENSE) 2012
- 32.** Organização Mundial de Saúde Relatório Global sobre o consumo de Álcool e a Saúde 2010.
- 108.** National highway traffic safety administration (NHTSA). *Traffic Safety Facts 2000: Young drivers DOT HS-809-336*. Washington, DC: NHTSA; 2001.
- 109.** Yi HY, Williamms GD, Dufour MC. Trends in alcohol-related fatal crashes, United States, 1979–99. *Surveillance Report No. 56*. Bethesda, MD: NIAAA; 2001.
- 110.** McKinnon SA, O'Rourke KM, Thompson SE, Berumen JH. Alcohol use and abuse by adolescents: the impact of living in a border community. *J Adolesc Health* 2004;34(1):88–93.
- 111.** Abbey A. Alcohol-related sexual assault: a common problem among college students. *J Stud Alcohol Suppl* 2002;(14):118–28.
- 112.** Huizinga D, Loeber R, Thornberry TP. Longitudinal study of delinquency, drug use, sexual activity, and pregnancy among children and youth in three cities. *Public Health Rep* 1993;108 Suppl :90–6.
- 113.** Scivoletto S, Tsuji RK, Abdo CHN, Queiróz S, Andrade AG, Gattaz WF. Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de segundo-grau de São Paulo. *Rev Bras Psiquiatr*.1999;21(2):87–94.
- 114.** Brown SA, Tapert SF, Granholm E, Delis DC. Neurocognitive functioning of adolescents: effects of protracted alcohol use. *Alcohol Clin Exp Res* 2000;24(2):164–71.
- 115.** SAMHSA –Treatment Episode Data Set (TEDS).State Admissions to Substance Abuse Treatment Services. Benzodiazepine abuse treatment admissions have tripled from 1998 to 2008
- 116.** Grant BR. The impact of a family history of alcoholism on the relationship between age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence: Results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Alcohol Health & Research World* 1998;22:144–7.

- 117.** Substance abuse and mental health services administration. National household survey on drug abuse: main findings 1996. DHHS Publication No. (SMA) 98-3200. Rockville, MD: the Administration; 1998.
- 118.** Saffer H. "Alcohol Advertising Bans and Alcohol Abuse: An International Perspective," *Journal of Health Economics*. 1991,10.
- 119.** Weisz JR, Weiss B, Han SS, Granger DA, Morton T. Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*.1995 ;117:450-468.
- 120.** Newcomb MD, Bentler PM. Substance use and abuse among children and teenagers. *American Psychologist*. 1989 ;44:242-248.
- 121.** Wheeler K, Malmquist J. Treatment approaches in adolescents chemical dependency. *Pediatric Clinics of North America*.1987;34(2):437-447.
- 122.** Addiction Research Foundation Group Youth & Drugs: an educational package for professionals. Workbook Unit 5 : Adolescent Development.1991.
- 123.** Bukstein OG & Van Hasselt VB. (1993) Alcohol and drug abuse. In: Bellack A S; Hersen, M. (eds.) *Handbook of Behavior Therapy in the Psychiatric Setting* (New York: Plenum Press) 453-475.
- 124.** Kazdin AE. (1999) The meanings and measurement of clinical sig-nificance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67:332-339.
- 125.** Cruz MS. Práticas médicas, toxicomanias e a promoção do exercício da cidadania. In: Acselrad, G. (org). *Avessos do prazer: drogas,AIDS e direitos humanos* (Rio de Janeiro Ed. FIOCRUZ).2000; 233-243.
- 126.** Bukstein OG & Kaminer Y. Nosology of adolescent substance abuse. *American Journal on Addictions*. 1994;3(1):1-13.
- 127.** Addiction Research Foundation Group Youth & Drugs: an educational package for professionals. Workbook Unit 5 : Adolescent Development.1991.
- 128.** Bandura A. Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychol. Rev.*1977;84: 199-215.
- 129.** Hubbard RL, Cavanaugh ER, Graddock SG, Rachel JV. Characteristics, behaviors and outcomes for youth in TOPS. In: Friedman,AS; Beschner, G. M., (eds.) *Treatment Services for Adolescent Substance Abusers*. DHHS Pub. (ADM) 85-1342. Washington, DC: Sup.Of Docs., U.S. Govt. Print. Off.1985 : 49-65.
- 130.** Catalano RF, Hawkin, JD, Wells EA, Miller J, Brewer D.Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment,assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention. *International Journal of the Addictions*.1990/1991 ; 25(9A, 10A):1085-1140.
- 131.** Fleisch B. Approaches in the Treatment of Adolescents with Emotional and Substance Abuse Problems. DHHS Pub. (ADM). Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off. 1991 ;91-1744
- 132.** National Institute on Drug Abuse (NIDA). Adolescent Drug Abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions. Research Monograph Series, 156. Elizabeth Rahdert & Dorynne Czechowicz (eds.). (U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. National Institutes of Health).1995.

SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL

**Edna Maria de
Albuquerque Diniz**

**Profa. Associada e Livre Docente em Neonatologia
do Departamento de Pediatria da FMUSP.
Coordenadora de Ensino e Pesquisa em
Neonatologia no Hospital Universitário da USP.**

INTRODUÇÃO

A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) constitui grave problema social que prejudica o feto e a criança durante sua vida, tornando-se defeito permanente devido ao consumo materno de álcool durante a gestação.

Mais recentemente, o termo “Distúrbios do Espectro Alcoólico Fetal” ou “Fetal Alcohol Spectrum Disorders” (FASD) foi introduzido para descrever o conjunto de deficiências físicas, comportamentais e de aprendizagem intraútero decorrentes da exposição ao álcool 3-7 16 17.

A taxa da SAF nos Estados Unidos é de 1.3 por 1000 nascidos vivos e a taxa de FASD é de 9.1 por 1000 por nascidos vivos. A frequência desta última pode ser maior devido à ausência de suspeita clínica, desconhecimento do uso do álcool durante a gestação e à demora na realização do diagnóstico 16 17.

Vários fatores de risco facilitam a exposição ao álcool durante o pré-natal: idade materna elevada; nível educacional e socioeconômico baixo; exposição pré-natal à cocaína e cigarro; alcoolismo e uso de drogas pelo pai durante a gestação materna; baixo acesso aos serviços de saúde e faltas às consultas do pré-natal; nutrição inadequada; histórico de maus tratos; deficiência mental tratada e não tratada; isolamento social e histórico de abuso sexual durante a infância.

A etiologia da FASD não é hereditária. O álcool provoca danos neuronais e perda de células no cérebro fetal através da sua ação direta. A substância alcoólica age como uma neurotoxina. No período pré-natal, foi mostrado que as lesões neurológicas resultam da exposição ao álcool em qualquer trimestre, mesmo antes da época do teste de gravidez.

As mulheres devem ser aconselhadas a não ingerir bebida alcoólica desde o momento da concepção até o nascimento da criança.

ASPECTOS PATOLÓGICOS

O comprometimento cerebral fetal devido à ingestão de álcool durante a gravidez pela gestante tem sido bem estudado e demonstrou que o cérebro é altamente suscetível aos efeitos teratogênicos do álcool, podendo levar a inúmeros problemas no SNC. Isso justifica as várias alterações no desenvolvimento neuropsicomotor de que estas crianças sofrem durante a sua vida 1 4-11.

Devido à interrupção do desenvolvimento normal do cérebro, os indivíduos com FASD apresentam déficits neurocomportamentais, além de déficits de atenção, nas habilidades visuais-espaciais, em funções executivas, nas habilidades motoras, na memória, na linguagem e em funções sociais e adaptativas, além de possuírem QI reduzido 1-4 .

O estudo anatomopatológico do cérebro de crianças com SAF mostrou que o volume do lobo parietal do córtex cerebral é consistentemente reduzido e que a composição das regiões corticais do cérebro também é comprometida, constatando-se aumento na massa cinzenta, com redução da massa branca particularmente nos lobos parietal e temporal. Estas alterações do desenvolvimento cerebral cortical contribuem com déficits nas funções executivas, de aprendizagem verbal, de linguagem e de processamento visual-espacial em indivíduos com a SAF.

O cerebelo é um alvo primário dos efeitos do álcool; o volume cerebelar é significativamente reduzido e estas alterações associam-se a deficiências de equilíbrio, de coordenação, de aprendizagem (pisar de olhos), de aprendizagem verbal, de memória e de atenção.

O corpo caloso é outra estrutura gravemente comprometida pela exposição do feto ao álcool. Agenesia (falta de formação) do corpo caloso ou da comissura anterior, hipoplasia e redução de volume foram relatados. Devido à elevada taxa de álcool durante a gestação, o corpo caloso danifica-se principalmente na ausência de diagnóstico pré-natal. Comprometimento dos gânglios basais também têm sido observado em crianças portadoras da SAF e reduções significativas de volume ocorrem no núcleo caudado desses indivíduos. Estudos recentes sugerem a formação assimétrica do caudado entre fetos com qualquer um ou todos os três trimestres de exposição ao álcool no útero. Reduções unilaterais no volume do hipocampo também foram observadas 3-6 9 10 12-15.

QUADRO CLÍNICO

Crianças com SAF, ou seja, com o fenótipo completo, são o resultado da exposição do feto ao álcool na vida intrauterina. A definição da SAF praticamente não sofreu modificações desde a sua completa descrição inicial por Jones e Smith, em 1973. Os autores descreveram a morfogênese, o padrão de crescimento e as principais anormalidades em 11 crianças de mães alcoólatras crônicas (para detalhes ver tabela 1).

De acordo com vários autores 3-9 17, o diagnóstico da SAF requer a presença de pelo menos três características: 1- Retardo do crescimento intrauterino (RCIU); 2- Dismorfismo facial e 3- Evidência de disfunção do Sistema Nervoso Central (SNC).

Os achados clínicos no recém-nascido portador da SAF incluem um padrão característico de anomalias faciais, com fissuras palpebrais pequenas, lábio superior fino, e philtrum nasal suave, apagado. Outros achados incluem terço médio da face plana, ptose palpebral, epicanto, nariz arrebitado com ponte nasal achatada, orelhas subdesenvolvidas na parte superior, clinodactilia do quinto dedo, camptodactilia, hirsutismo e defeitos cardíacos. A presença de restrição do crescimento intrauterino ou pós-natal resulta numa altura ou peso abaixo do percentil ¹⁰ para a idade e etnia 17.

Como pode ser visto com outros aspectos da SAF, os indivíduos portadores de déficits neurocomportamentais não necessariamente apresentam o dimorfismo facial. No entanto, aqueles com a SAF apresentam sempre microcefalia e as anomalias estruturais do cérebro acompanhadas por déficits neurocomportamentais mais graves do que naqueles portadores de FASD 10-13 16 17.

Aproximadamente 25% dos indivíduos com SAF preenchem os critérios que diagnosticam deficiência intelectual (QI inferior a 70). Isso torna a síndrome a causa mais comum evitável de deficiência mental na população em geral. Tendo em vista a variedade de deficiências cognitivas presente, não é estranho que a exposição do feto ao álcool no pré-natal seja coincidente com o desempenho acadêmico baixo e o aumento das dificuldades de aprendizagem. Na verdade, transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) são muitas vezes diagnosticados em indivíduos com SAF em taxas elevadas que variam de 65 a 95%. A função executiva também é prejudicada em indivíduos com SAF com déficits na inibição das respostas neurológicas, na formação de conceitos e de planejamento 14 15.

O comprometimento do SNC em crianças portadoras da SAF pode não ser aparente ao nascimento. Os déficits cognitivos e alterações comportamentais, tais como déficit de atenção e hiperatividade, normalmente se tornam mais aparentes nas crianças em idade escolar com FASD e geralmente persistem na adolescência e na idade adulta, enquanto que o dismorfismo facial pode se atenuar, tornando-se menos característico 12 13.

DIAGNÓSTICO

Distúrbios neurológicos relacionados ao álcool - “Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorder(ARND)” - são diagnosticados quando o histórico materno é mobilizado. Aqueles que sofrem de deficiências cognitivas e comportamentais semelhantes aos observados na SAF tiveram a qualidade de sua gestação comprometida, embora por vezes o dismorfismo facial e / ou o atraso no crescimento característico da SAF estejam ausentes neles. Para o diagnóstico de ARND, é necessário comprometimento estrutural, neurológico ou funcional em pelo menos três dessas funções: comportamento adaptativo, atenção, cognição, linguagem, memória, habilidades motoras, integração multissensorial e comunicação social 1-6.

O diagnóstico da SAF deve ser considerado com base na apresentação clínica ou suspeita de exposição ao álcool durante a vida intrauterina 4 11.

Estudos de neuroimagens contribuem para o melhor entendimento dos efeitos adversos da exposição ao álcool no cérebro do feto. Os estudos clínicos frequentemente não apresentam informação detalhada do consumo materno de álcool, sendo difícil verificar os efeitos da dose, período ou duração da exposição no feto 12.

Os Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) estabeleceram critérios de diagnósticos particularmente relacionados ao dismorfismo facial, como: philtrum apagado, lábio superior fino, fissuras palpebrais pequenas, além de déficit de crescimento e anormalidades do SNC. Na ausência de achados faciais característicos, o diagnóstico da SAF pode ser ainda considerado em crianças com problemas de crescimento, anormalidades do sistema nervoso central e histórico de exposição pré-natal ao álcool. Mesmo em pacientes que claramente cumpriram os critérios de diagnóstico devem ser avaliados de forma completa pelo neurologista. Além disso, é necessário haver acompanhamento a longo prazo 15-17.

Os critérios de diagnóstico para a Síndrome Alcoólica Fetal ou Síndrome Alcoólica Fetal Parcial (com ou sem álcool exposição materna confirmada) relacionam-se ao complexo padrão de comportamento ou alterações cognitivas incompatíveis com o nível de desenvolvimento e que não podem ser explicadas por predisposição genética, antecedentes familiares ou ambiente isolado 4 17.

Tabela I – Anormalidades em 11 pacientes portadores da síndrome alcoólica fetal

Anormalidades	Nº Afetados
Restrição de Crescimento	
Restrição de crescimento intrauterino	11
Deficiência de crescimento pós-natal	10
Retardo do desenvolvimento	10
Baixo peso ao nascer	11
Crânio e Face	
Microcefalia	10
Fissuras palpebrais pequenas	11
Epicanto	4
Hipoplasia do maxilar	7
Fenda labial ou palatina	2
Micrognatia	3
Membros	
Anormalidades dos joelhos	8
Alteração das pregas palmares	8
Outros	
Anormalidades cardíacas	7
Anormalidades da genitália externa	4
Hemangiomatose capilar	4
Alterações da função motora fina	9

(Modificado de Jones KL, Smith DW, 1973)

O tratamento da criança com SAF exige a cooperação dos vários serviços da comunidade e da própria família. Os serviços sociais garantem um ambiente seguro e proporcionam apoio educacional aos pais, sendo muitas vezes necessária a identificação e intervenção precoce 15.

RECOMENDAÇÕES E FOLLOW-UP I 4:

- × Os efeitos adversos do álcool no feto em desenvolvimento representa um espectro de anomalias estruturais, de distúrbios comportamentais e neurocognitivos denominado de Desordens do Espectro Fetal Alcoólico ou “Fetal Alcohol Spectrum Disorders” (FASD).
- × Como não há quantidade segura conhecida do consumo de álcool durante a gravidez, a Academia Americana de Pediatria recomenda abstinência de álcool para as mulheres que estão grávidas ou que planejam uma gravidez.
- × Grandes esforços devem ser feitos em todos os níveis da sociedade para desenvolver programas educacionais de alta qualidade sobre as consequências deletérias do álcool para o feto. Esta informação deve ser realizada através de vários meios de comunicação, abrangendo a prevenção de drogas nas escolas. Também deve haver esforços semelhantes em todos os centros de nível superior e aprendizagem de adultos.
- × Os pediatras e outros profissionais de saúde que prestam cuidados para as gestantes e seus recém-nascidos devem conhecer os efeitos danosos do álcool particularmente quando utilizado durante a gestação. Os pediatras precisam verificar o uso de álcool por mulheres grávidas em suas comunidades e defender programas que se identifiquem os usuários para que lhes seja oferecido tratamento e aconselhamento adequados. Quando uma criança com problemas relacionados ao consumo de álcool materno é identificada, o tratamento do alcoolismo e os recursos de prevenção devem ser oferecidos à família dela também.
- × Os bebês e crianças com suspeita de diagnóstico da SAF ou alguma de suas modalidades (ARND ou ARBD) devem ser acompanhadas por pediatra experiente e competente na avaliação de problemas neurológicos e psicossociais. O encaminhamento para intervenção precoce a serviços sociais também é fundamental.
- × Os pais de crianças que receberam diagnósticos de SAF, ARBD ou ARND devem receber serviços de apoio adequados para si e para seus filhos, incluindo orientação antecipatória e cuidados direcionados para a prevenção de problemas similares no futuro.
- × A Academia Americana de Pediatria (EUA) apoia a legislação federal que exige a inclusão de mensagens de saúde e segurança em propagandas de bebidas alcoólicas: “Beber durante a gravidez pode causar retardo mental e outros defeitos de nascimento. Evite álcool durante a gravidez.”

- × Os pediatras são estimulados a assumir um papel de liderança em campanhas de educação pública destinadas a diminuir a incidência da SAF através da redução do uso de álcool por mulheres grávidas 14.
- × Ação antecipatória e cuidados direcionados para a prevenção de problemas similares no futuro.
- × A Academia Americana de Pediatria (EUA) apoia a legislação federal que exige a inclusão de mensagens de saúde e segurança em propagandas de bebidas alcoólicas: “Beber durante a gravidez pode causar retardo mental e outros defeitos de nascimento. Evite álcool durante a gravidez.”
- × Os pediatras são estimulados a assumir um papel de liderança em campanhas de educação pública destinadas a diminuir a incidência da SAF através da redução do uso de álcool por mulheres grávidas 14.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS Committee on Substance Abuse and Committee on Children With Disabilities Fetal Alcohol Syndrome and Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorders. *Pediatrics*, 2000, 106 (2): 358-361.
2. Amos-Kroohs, RM; Fink, BA; Smith, CJ; Chin, L; Van Calcar, SC; Wozniak, JR; Smith, SM. Abnormal Eating Behaviors Are Common in Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorder. *J Pediatr* 2016; 169:194-200.
3. Astley, SJ; Clarren, SK. Diagnosing the full spectrum of fetal alcohol-exposed individuals: introducing the 4-digit diagnostic code. *Alcohol & Alcoholism*, 2000, 35: 400-410.
4. Chudley, AE; Conry, J; Cook, JL; Looock, C; Rosales, T; LeBlanc, N. Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. *CMAJ*, 2005; 172 (5 suppl), S1-S21.
5. Cook, JL; Green, CR; Lilley, CM; Anderson, SM; Baldwin, ME et al. Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan. *CMAJ*, 2015, Dec. 14, 1-7.
6. Evrard, SG. Criterios diagnósticos del síndrome alcohólico fetal y los trastornos del espectro del alcoholismo fetal. *Arch Argent Pediatr*, 2010; 108(1): 61-67.
7. Hoyme, HE; May, PA; Kalberg, WO; Kodituwakku, P; Gossage, JP.
8. A Practical Clinical Approach to Diagnosis of Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Clarification of the 1996. *Pediatrics*. 2005; 115(1): 39-47.
9. Jones, KL; Smith, DW. Recognition of the Fetal Alcohol Syndrome in Early Infancy. *Lancet*, 1973, Nov 3, 999-1001.
10. Kelly, SJ; Dayb, N; Streissguth, AP. Effects of prenatal alcohol exposure on social behavior in humans and other species. *Neurotoxicology and Teratology* 22 (2000) 143-149.
11. Mattson, SN; Schoenfeld, AM; Riley, EP. Teratogenic Effects of Alcohol on Brain and Behavior *Alcohol Res & Health*, 2001; 25(3) 185-191.
12. May, PA; de Vries, MM; Marais, A-S; Kalberg, WO; Adnams CM; Haskena, JM; Tabachnick, B; Robinson, LK; Manning, MA; Jones, KL; Hoyme, D; Seedat, S; Parry, CDH; Hoyme, E. The continuum of fetal alcohol spectrum disorders in four rural communities in South Africa: Prevalence and characteristics *Drug and Alcohol Dependence*, 2016; 159: 207-218
13. Norman, AL; Crocker, N; Mattson, SN; Riley, EP. Neuroimaging and Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Dev Disabil Res Rev*. 2009; 15(3): 209-217.
14. Riley, EP; McGee, CL. Fetal Alcohol Spectrum Disorders: An Overview with Emphasis on Changes in Brain and Behavior. *Exp. Biol. Med.*, 2005 230,357-365
15. Streissguth, AP. A Long-Term Perspective of FAS. *Alcohol Health & Research World*, 1994, 18: 74-81.
16. Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. The T-ACE questions: practice prenatal detection of risk-drinking. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160:865.
17. Wattendorf, DJ; Muenke, M. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Am Fam Physician*, 2005;72:279-82, 285.
18. Wilhelm, CJ; Guizzetti, M. Fetal Alcohol Spectrum Disorders: An Overview from the Glia Perspective. *Front. Integr. Neurosci.* 2016; 9:65: 1-16
19. Evrard, SG. Criterios diagnósticos del síndrome alcohólico fetal y los trastornos del espectro del alcoholismo fetal. *Arch Argent Pediatr*, 2010; 108(1): 61-67.
20. Hoyme, HE; May, PA; Kalberg, WO; Kodituwakku, P; Gossage, JP.

DR. BARTÔ E OS DOUTORES DA SAÚDE: INTERVENÇÃO NAS ESCOLAS – PROJETO PILOTO

João Paulo Becker Lotufo

Doutor em Pediatria pela Universidade de São Paulo. Representante da Sociedade Brasileira de Pediatria nas ações de combate ao álcool, ao tabaco e às drogas. Responsável pelo Núcleo de Combate ao uso de Drogas por Crianças e Adolescentes na SPSP. Membro da Comissão de Combate ao Tabagismo da Associação Médica Brasileira (AMB). Diretor Clínico do Hospital Universitário da USP. Responsável pelo Projeto Antitábagico do Hospital Universitário da USP. Responsável pelo Projeto Dr. Bartô e os Doutores da Saúde - Projeto de Prevenção de Drogas no Ensino Fundamental e Médio

João Paulo Becker Lotufo Jr.

Mestre em Desenvolvimento e inovação rural pela universidade de Wageningen. Bacharel e licenciado em Ciências Biológicas - UNESP Botucatu. Permaculture Design Course pela Permaculture Research Institute com Geoff Lawton. ATUAÇÃO: Coordenação Project The Way. Coordenação nacional projeto SEMEAR. Coordenação agroecológica Escola Beta - Piauí, Brasil. Coordenação dos projetos permaculturais Oost indish Groen e Anna's Tuin & Ruigte – Holanda. Permacultura: Design, PDCs e vivências - Brasil, Holanda e Nepal. Educação e consultorias para transição agroecológica - Brasil, Haiti, Moçambique, Nepal. Professor de ciências das redes públicas de São Paulo – Brasil. PUBLICAÇÕES & PRÊMIOS: Bon Bagay: Permacultura, autonomia e abundância (traduzido para 2 idiomas). Agrofloresta em quadrinhos: um pequeno manual (traduzido para 11 idiomas). Selo Aliança pelas águas brasileiras - MDR (2a edição em 2022). Educador em destaque (Professor destaque do município de São Paulo 2013). ECOFUTURO (ECOFUTURO de Educação para a Sustentabilidade 2012

A dificuldade do tratamento do tabagista¹ e o início precoce da utilização do tabaco² e do álcool³, juntamente com o fato de as drogas lícitas (tabaco e álcool) serem a grande porta de entrada para outras drogas⁴, demonstraram que é durante a fase da adolescência que deve-se desenvolver trabalhos profiláticos e preventivos contra estas drogas chamadas lícitas⁵.

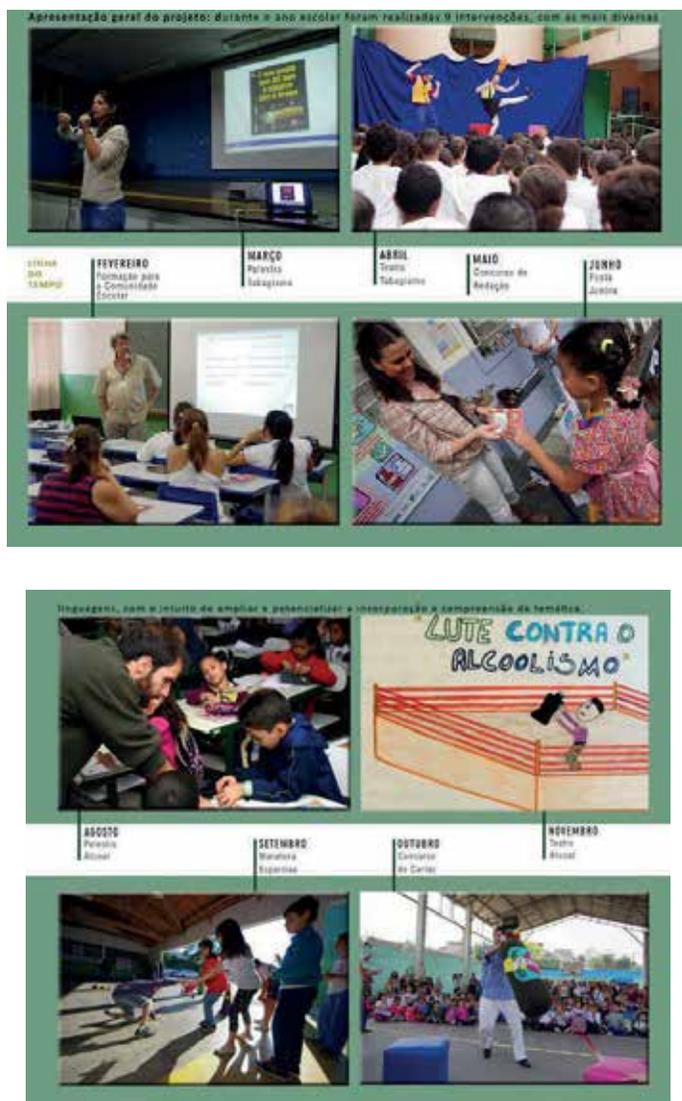
A adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta e, por isto, neste período, o sujeito sente necessidade de adaptar--se e afirmar-se no seu novo papel. Para isso, buscam-se mudanças de comportamento. Uma das alternativas para esta transição, que é vinculada ao “adulto”, é o tabagismo e uso indiscriminado e precoce do álcool.

O tabaco é a primeira causa de morte evitável no mundo, o álcool, a segunda, e o tabagismo passivo a terceira⁶. Ambos, álcool e tabaco, são introduzidos precocemente na vida dos jovens. O tabagismo é considerado doença pediátrica⁷, pois 85% dos fumantes iniciam o vício antes dos 19 anos de idade⁸. O álcool também é precocemente consumido, prejudicando o término do desenvolvimento cerebral dos jovens, que só se dá por volta dos 21 anos de idade⁹.

Em 2001, por meio do Dr. João Paulo Becker Lotufo, médico pediatra e fundador do ambulatório antitabágico do Hospital Universitário da USP, foi criada o personagem “Dr. Bartô”. Dr. Bartô surge como símbolo do projeto de educação e saúde contra tabaco e álcool. No início, as atividades desenvolvidas tinham caráter pontual que, ao longo do tempo, se aperfeiçoaram até o atual formato de trabalho, múltiplo e contínuo, que será apresentado neste artigo.

Quando se faz necessário intervir junto ao público infanto-juvenil, no tratamento de temas complexos como a prevenção do tabagismo e o uso precoce do álcool, deve-se desenvolver abordagens com diversas linguagens.

Trabalhando de forma contínua e plural, em estudo piloto de intervenção presente, realizamos a prevenção direta da utilização de drogas lícitas e a prevenção indireta das drogas ilícitas. Ao longo do ano letivo de 2013, desenvolveram-se nove intervenções em diferentes escolas da região do Butantã, São Paulo, com as mais diversas linguagens, do teatro à escrita, sempre ampliando e potencializando a incorporação e compreensão da temática preventiva pelo jovem. Em parceria com estas escolas, desenvolvemos esta metodologia.



A “intervenção presente” consiste num movimento para firmar posição na prevenção do álcool e do tabaco durante a infância e a adolescência. O projeto, estruturado de forma contínua durante todo o ano, e não de forma pontual, desenvolve relação duradoura entre tema e participantes⁹. Nossa experiência nesta área mostra que somente o projeto processual de abordagens múltiplas promove a apropriação da temática pelo jovem de maneira consistente. Projetos pontuais não possibilitam a apropriação da temática a longo prazo, o que não propicia a diminuição da entrada da criança ou adolescente nas drogas durante a idade escolar.

A intervenção sobre tabaco e álcool nas escolas é fundamental se quisermos prevenir, a médio prazo, a utilização de drogas no cotidiano escolar. Se tais intervenções forem periódicas, ao invés de pontuais, a assimilação e reflexão dos alunos sobre o significado e os possíveis males das drogas é muito maior e sua prevenção torna-se mais eficiente.

Durante o projeto piloto, abordaram-se os temas do tabaco e do álcool por meio de formação continuada para os professores e a equipe escolar. Para os alunos, desenvolveram-se palestras didáticas, teatros, concursos de redação e cartazes, atividades durante as festas juninas, maratona esportiva e uma mostra global sobre o projeto. Para além das atividades “oficiais”, diversos professores de diferentes disciplinas adotaram a temática em seus planos de aulas, abordando-a de formas diferente, fosse com problemas matemáticos, ou com a história do comércio do tabaco. A soma destas diversas e únicas intervenções geradas das mais diversas formas constituíram o que chamamos de “intervenção presente”. (veja em Planos de aula - Título do site (46graus.com))

A seguir, serão detalhadas algumas das atividades que elaboraram a “intervenção presente” nas escolas do Butantã durante o projeto piloto de 2013. Ressalta-se, no entanto, que estas são apenas algumas das atividades realizadas e que cabe a cada planejamento a criação de atividades, de acordo com o contexto e possibilidades, sendo fundamental levar em conta a continuidade da temática em diversas linguagens e metodologias.



PALESTRAS PARA OS DOCENTES

Realizaram-se palestras de formação continuada para a equipe escolar em todas as escolas atendidas. Abordou-se a situação atual das Drogas no Brasil, enfatizando a utilização destas por crianças e adolescentes e o fato de as drogas lícitas (tabaco e álcool) serem efetiva porta de entrada para as chamadas drogas ilícitas (maconha, crack, cocaína e outras). Além deste panorama geral, enfatizou-se também a necessidade de se encarar o tabagismo como doença pediátrica e como é necessário esclarecer as famílias do quão danoso é o tabagismo passivo, isto é, como o fumante em casa afeta seus familiares. Outro objetivo da iniciativa estimula a integração dos profissionais da escola no projeto de educação e saúde, possibilitando a maximização do potencial das intervenções durante o ano.



PALESTRA PARA ALUNOS

Foram oferecidas palestras sobre a temática do tabagismo para todos os alunos da escola.

Para o ciclo 1 do ensino fundamental, foi formatada uma palestra narrativa que contou a história de “Joãozinho e Mariazinha”. Com a ajuda de Dr. Bartô, a dupla tenta resolver problemas causados pelo cigarro para convencer o “professor Tibúrcio” de que o produto faz mal à sua saúde.

Já no ciclo 2 do ensino fundamental, a palestra abordou a questão do tabagismo por meio de pesquisas científicas e vídeos de campanhas contra o fumo. Foram enfatizadas as questões dos males do tabagismo ativo e passivo, a perspectiva de que o tabagismo é também doença pediátrica, a desmistificação do narguilé e hoje cigarro eletrônico, além dos aspectos químico-biológicos envolvidos no ato de fumar.



TEATRO TABAGISMO

A representação da vida faz desta arte importante instrumento de transmissão de cultura. Sem perder o seu valor artístico e estético, o teatro insere-se no contexto educacional questionando costumes, provocando reflexão, sensibilidade e o pensamento crítico.

Usando a linguagem do palhaço para tornar a ação mais in-teressante, divertida e fugindo das formas atuais de tratar o assunto, a abordagem lúdica contribui para que as pessoas aprendam sobre a temática do tabagismo e sobre os perigos da utilização precoce de álcool, mesmo que de forma leve, superando barreiras e resistências do público de faixa etária escolar em relação à temática abordada. O texto e o formato da peça atingem crianças e adultos, já que as informações são dadas de maneira clara sobre os prejuízos de quem utiliza o cigarro e ingere álcool precoce ou demasiadamente.

CONCURSO DE REDAÇÃO

Com o intuito de estimular as crianças e adolescentes a refletir sobre o tema e, a partir disso, produzir material genuíno, realizou-se um concurso de redação nas escolas parceiras. Nossa equipe pedagógica desenvolveu os cadernos do concurso e orientou as escolas na aplicação dele. O tema central da redação foi “o consumo do cigarro”- hoje sugeriria “o consumo do cigarro eletrônico”- sendo que os alunos do 6º ao 8º ano deveriam escrever um texto narrativo, enquanto aqueles do 9º ano e do Ensino Médio, texto dissertativo.

Após a análise dos textos, os trabalhos que se destacaram foram bem reconhecidos e seus autores receberam vales cultura de uma livraria no valor de R\$ 50,00, por se destacarem no concurso. O objetivo não foi estimular a competição, por isso, além das honras ao mérito, todos os participantes receberam um livreto temático do Dr. Bartô.

Para o Ciclo I do Ensino Fundamental realizou-se atividade diferente, sem a premiação para os trabalhos de destaque, devido às particularidades desta fase do indivíduo. Os alunos produziram um cartão com conselhos para alguma pessoa fumante, conhecida ou não. Assim como no concurso, distribuíram-se livretos do Dr. Bartô para todos os participantes.

Essas atividades possibilitaram o contato mais íntimo com o imaginário dos estudantes, sobretudo o das crianças.

“Pitter estava no 8º ano. Em uma certa noite, Pitter estava cansado de ser caçado por ser ‘nerd’, decidiu ser popular de todas as formas. Uma opção eram: ser bonito, mas não era, pois tinha espinhas, era magrelo, etc; ser legal ou engraçado, que era uma boa, mas ele queria uma opção rápida; e a outra era ser atleta, mas não era bom com esportes, e a *última*, porém mais tenebrosa, era fumar. Ele escolheu a alternativa de fumar.” (Trecho de redação narrativa escrita pela aluna V. M. S., 8º ano)

FESTA JUNINA

Prosseguindo com as intervenções profiláticas contínuas, Dr. Bartô visitou as festas juninas das escolas com brincadeiras temáticas, material informativo e brindes personalizados, que lembraram as mensagens trabalhadas até então. Foi também durante essa intervenção que as redações que se destacaram no concurso foram divulgadas, com menção de honra ao mérito, e presenteadas com vale cultura a ser trocado em uma livraria.

Para isso, foi montada uma barraca de brincadeiras com o objetivo de reforçar a conscientização sobre os malefícios do uso inadvertido de tabaco e de bebidas alcoólicas, de forma lúdica e interativa. O participante derrubaria, com uma bola, cigarros e garrafas, identificadas como objetos contrários à vida saudável. De forma indireta, a mensagem de que o tabaco e o uso inadvertido do álcool são prejudiciais à saúde continua presente no cotidiano escolar.

PALESTRA SOBRE ÁLCOOL PARA OS ALUNOS

No segundo semestre, retomamos as palestras com os alunos. Desta vez, o tema abordado foi o álcool. Para o Ciclo I do Ensino Fundamental, Joãozinho e Mariazinha voltam para mais uma aventura. Desta vez, eles precisaram ajudar Pedrinho no misterioso caso do sumiço do vovô (Dr Barto - O sumico do vovo.pdf - Google Drive). Dr. Bartô auxilia as crianças novamente e, juntos, conseguem desvendar mais um caso.

Já no Ciclo II do Ensino Fundamental, a palestra abordou, por meio de pesquisas científicas e vídeos preventivos, os prejuízos do álcool durante a menor idade e quais as consequências graves que ele provoca se ingerido inadvertidamente. Também se enfatizou que a experimentação dessa droga pelas crianças ocorre, na maior parte das vezes, dentro de casa. Além disso, questões químicas, biológicas e sociais envolvidas na ingestão do álcool foram trabalhadas.

INTERVENÇÃO ESPORTIVA

“Dá pra se divertir sem beber e sem fumar”.

A ação foi composta por atividades físicas e esportivas em formato de gincana que de forma lúdica mostrasse aos participantes o efeito maléfico do consumo de álcool.

A primeira equipe representava indivíduos que não são usuários de tabaco ou álcool, e realizavam o circuito sem qualquer empecilho. Já a segunda equipe representava aqueles que são usuários dessas drogas e realizavam o circuito com obstáculos impostos pela organização.

Tais obstáculos simulavam os efeitos da bebida e do cigarro no organismo, como o uso de caneleiras durante o percurso, que tinha como princípio demonstrar o maior desgaste cardiorrespiratório dos fumantes. Outro obstáculo lançado foi a simulação do efeito prejudicial do álcool sobre as funções motoras. As crianças tinham que girar sobre o próprio eixo antes de realizar as atividades propostas, como arremesso de bolas ao alvo.

Ao término de cada gincana, era estimulada a discussão com os participantes a respeito do tema, apresentando cartazes com figuras e mensagens sobre a campanha.

CONCURSO DE CARTAZES: ÁLCOOL

O projeto contínuo tem objetivos educativos e, nesse sentido, é importante propor formas de reflexão sobre os conteúdos trabalhados nas diversas etapas do projeto. O objetivo é realizar a reflexão através de linguagens expressivas, que, além de respeitar as distintas formas de aprender e de relacionar-se com o conhecimento, permitem-nos a compreensão da visão dos jovens sobre o assunto do uso precoce, e em excesso, do álcool.



A intenção do Concurso de Cartazes foi promover a participação e o exercício do conhecimento, por meio dos saberes artísticos, do maior número de estudantes. Além disso, o cartaz torna-se meio de disseminação e diálogo do tema proposto. O concurso foi proposto mesmo pode ser feita tanto em duplas quanto individualmente.

Após a análise dos cartazes, foram selecionados os trabalhos que se destacaram e estes receberam vales cultura assim como aconteceu no concurso de redação. Igualmente ao ocorrido naquele evento, todos os participantes do concurso receberam um livreto temático do Dr. Bartô, no caso “O Sumiço do Vovô” que trata de um caso de alcoolismo na família.

LIVRETOS

Ao longo do ano, foram distribuídos quatro livretos que abordam a temática do projeto de forma lúdico-narrativa.

Escritas pelo Dr. João Paulo B. Lotufo, as histórias reforçam a temática do mês e auxiliam o estudante a levar consigo o assunto trabalhado para além dos muros da escola, alcançando suas casas e famílias.



De forma interdisciplinar, nossa mensagem é reforçada, além de estimular o hábito da leitura e a imaginação. Alguns dos livretos distribuídos foram:

- × Marcelinho miado e a névoa assassina (sobre tabagismo passivo)
- × Meu tio ficou banguela (problemas de saúde causados pelo tabaco)
- × O Sumiço do Vovô (problemas causados pelo álcool)

A tese de que o problema com as drogas tem se tornado cada vez mais realidade presente no cotidiano escolar confirmou-se. Isso levou--nos a reafirmar a necessidade de realizar um trabalho aprofundado e não pontual, que deve sim ser feito de forma séria e intensiva, evitando a entrada dos adolescentes e jovens no mundo das drogas. Para isso, é preciso preceder mesmo os estímulos para a entrada no mundo das drogas lícitas e ilícitas, abordando os temas do Tabaco e do Álcool.

Uma vez iniciado este trabalho profilático na interface educação-saúde, é necessário que seu formato potencialize as possibilidades de prevenção que hoje ainda são muito tímidas.

Para tal, a proposta estratégica de se realizar a “intervenção presente” que seja múltipla e contínua torna-se possibilidade real de transformação vital com a qual será garantida melhor qualidade de vida para as futuras gerações, ao passo que se evitará o contínuo crescimento de mazelas fisiológicas e sociais promovidas pelas drogas.

Tendo em vista que a estrutura das escolas públicas ainda é muito aquém do necessário para que se execute o trabalho contínuo de prevenção às drogas, o modelo de projeto contínuo pré-estruturado é ferramenta que auxilia

a comunidade escolar na batalha pela garantia da saúde de seus membros e na prevenção às drogas no cotidiano escolar.

A proposta apresentada foi avaliada como adequada para o dia a dia das escolas, tendo seu desenvolvimento realizado sem alterar drasticamente o cotidiano e exigindo somente o empenho que a comunidade pudesse oferecer. Com o início das intervenções, novas possibilidades de outros trabalhos e diferentes iniciativas se somaram ao nosso esforço, enriquecendo ainda mais a multiplicidade das atividades e envolvendo de fato toda a comunidade. Essas ações contínuas e múltiplas de intervenções preventivas possibilitaram a criação do pré-modelo de atividades profiláticas que poderá ser utilizado de forma plena ou como base para ações contínuas de prevenção¹⁰.

O caráter múltiplo das intervenções permite que os estudantes apreendam a temática de forma tanto racional, como emocional. Cada nova forma de se relacionar com o tema desperta nova possibilidade de incorporar, relacionar, refletir ou redescobrir o tema proposto. A “intervenção presente” torna-se significativa na caminhada escolar. Ela evidencia o processo de formação e descoberta do mundo de cada indivíduo.

Seu caráter multifacetado dá a chance de que cada estudante desperte-se para o tema por meio da linguagem com a qual mais se identifica. Assim, a proposta respeita a especificidade de cada indivíduo e a utiliza no estabelecimento do contato personalizado na pluralidade de formas, gostos e jeitos intrínsecos a cada sujeito. Divertindo-se, os alunos levam o projeto e suas histórias para além das escolas, sendo também agentes contra as drogas.

Uma proposta de prevenção é o investimento direto no futuro das crianças e do planeta. É plantar possibilidades para colher saúde. O planejamento para melhorar o mundo busca nos programas de saúde a ação que garanta a saúde da população, e não o contrário. Hoje investimos mais na cura de doenças do que na prevenção. Norteadado pela melhoria da qualidade de vida, o projeto foca suas ações na garantia da vida e não simplesmente para evitar mortes.

A “intervenção presente” não deve ser somente um método de ação, mas precisa ser o princípio norteador. Assim, esta proposta de investimento em saúde deve ser compartilhada sem tornar-se modelo rígido. Cada nova experiência tem algo a acrescentar. A “intervenção presente” deve reinventar-se continuamente, garantindo sempre qualidade de vida e saúde para todos. Da mesma forma que foi realizada nas escolas do Butantã e região, ela pode ser reformulada para clubes, igrejas, condomínios, bairros ou para qualquer outro ambiente que surja como oportunidade para, por meio de um olhar preventivo, investir-se em saúde.

INTERVENÇÃO ATUAL: PLANTAR A SEMENTE

Temos ampliado nossas ações, dirigindo a municípios com interesse, um ou dois dias de atuação para professores e área médica, plantando a semente da prevenção e orientando a todos a ideia do aconselhamento breve nas escolas ou na área de saúde. Esta etapa de prevenção é mais barata e já foi aplicada em São João da Boa Vista (SP), Pompeia (SP) e Erechim (RGSul), com grande sucesso, pois o projeto continua em atividade nestas cidades. Estaremos este ano 2024 em Lageado (RGSul) e Santarém (Pará).

Atuamos em congressos médicos onde, hoje, dificilmente haverá um congresso pediátrico ou pneumológico sem o tema de drogas.



Cidade de Pompeia, cidade que quer se tornar a melhor cidade de pequeno porte para se morar no país até 2035



Projeto em Santa Cruz do Rio Pardo



Projeto em Erechim, RGSul

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

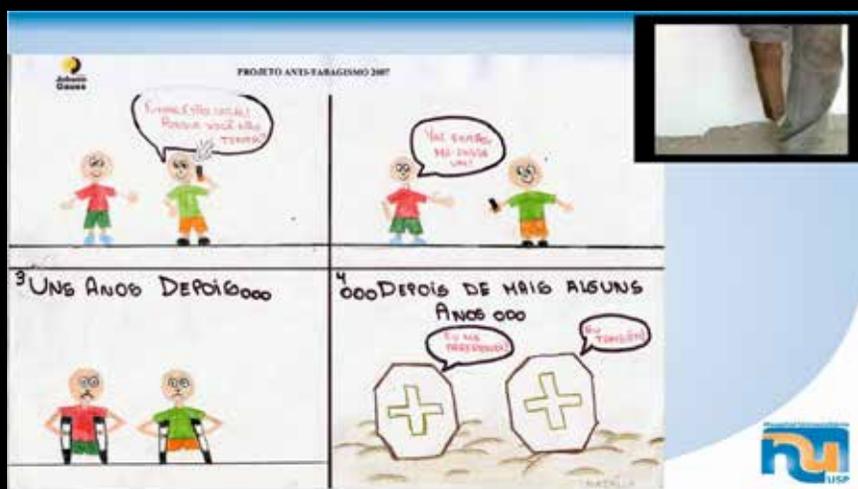
1. Mackay, Eriksen M. In: The Tobacco Atlas; World Health Organization. Mumbai, India, 2009, 14ª Conferência Mundial de Tabagismo.
2. ROSEMBERG, J. *NICOTINA, Droga Universal. Monografia do "Programa Nacional de Controle do Tabagismo"*, 2003.
3. McKee SA, Young-Wolff KC, Harrison EL, Cummings KM, Borland R, Kahler CW, Fong GT, Hyland A. Longitudinal associations between smoking cessation medications and alcohol consumption among smokers in the International Tobacco Control Four Country survey. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013;37(5):804-10.
4. ROSEMBERG, J. *Pandemia do Tabagismo: Enfoques Históricos e Paulo Becker Lotufo e João Paulo Becker Lotufo Jr. Atuais*. São Paulo, Secretaria Estadual de Saúde, 2002.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. *Abordagem e Tratamento do Fumante-Consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
6. Mackay, Eriksen M. In: The Tobacco Atlas; World Health Organization. Mumbai, India, 2009, 14ª Conferência Mundial de Tabagismo.
7. Lotufo, João Paulo Becker. *Tabagismo: uma doença pediátrica*. / João Paulo Becker Lotufo. São Paulo: Sarvier, 2007.
8. Pechanskya, Flavio, Claudia Maciel Szobota, and Sandra Scivolettob. "Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos Alcohol use among adolescents: concepts, epidemiological characteristics and etiopathogenic." *Rev Bras Psiquiatr* 26(Supl I (2004): 14-17.
9. Farrington, F., McBride, N. and Midford, R. (1999). School Health and Alcohol Harm Reduction Project: Formative development of intervention materials and processes. *Journal of the Institute of Health Education*, 37 (4), pp. 137-143. [R301]
10. <http://drbarto.com.br/projeto-escolas-2013.html>

"CAUSOS DO DR BARTÔ" NAS ESCOLAS

Na primeira escola que fui em 2007, que possuía 300 alunos, me apresentei no anfiteatro e todos foram me ouvir. Mostrei todo o meu arsenal de slides e um deles mostrava uma tromboflebite obliterante aguda com conseqüente amputação de perna. Choraram todas as meninas da primeira fila do fundamental 1.

Fui chamado à direção da escola, provavelmente por reclamação de algum professor. Não foi a primeira vez que fui chamado à diretoria, mas aos 58 anos na época, agente fica meio sem jeito.

Mostrei para a diretora o concurso de cartaz que fizemos sobre o tabagismo. Este, de uma das meninas chorosas ganhou o primeiro prêmio do fundamental 1. 7



Vocês acham que a Natália não entendeu o que conversamos?

Fumar é tão legal, por que você não tenta?

Vai, então me passa um!

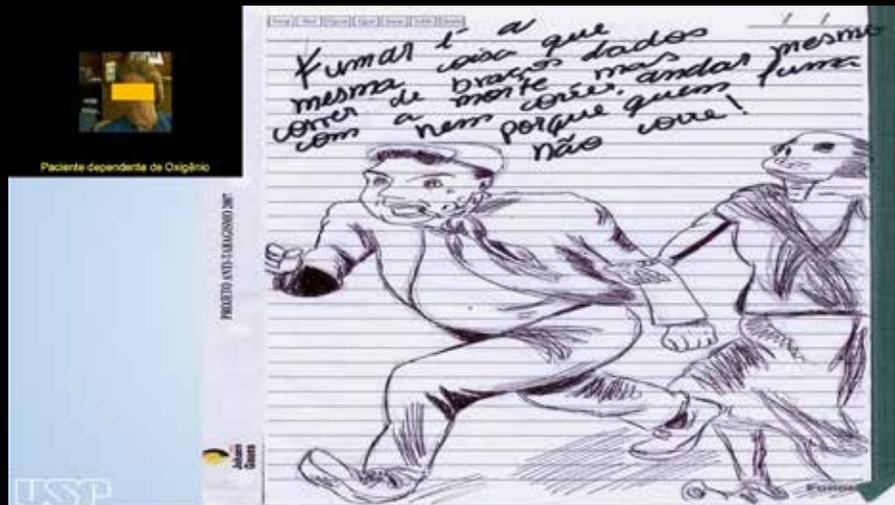
Uns anos depois, os dois sem perninhas!

Depois de mais alguns anos: “Eu me arrependi”.

“Eu também”!

OBS: Não fui repreendido pela diretoria.

Este ganhou o primeiro prêmio no concurso de cartazes do ensino fundamental 2, quando mostramos uma senhora dependente de oxigênio:



“Fumar é a mesma coisa que correr de braços dados com a morte. Mas nem correr, andar mesmo, porque quem fuma não corre!”

O prêmio era um vale compra de uma livraria de São Paulo. Os alunos da escola pública nunca tinham ido a uma livraria. Um dos ganhadores se recusou a trocar o “cheque livro” de 50 reais, porque ele era muito bonito. Preferiu guardar o cheque.

COMO A ODONTOLOGIA PODE AJUDAR NA LUTA CONTRA O ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Cláudio Mendes Pannuti

Cirurgião-dentista. Professor Titular da Disciplina de Periodontia da Faculdade de Odontologia da USP.

Thaís Emilia da Silva

Cirurgiã-dentista. Aluna do Programa de Ciências Odontológicas da Faculdade de Odontologia da USP.

Milena Quesada Passos

Cirurgiã-dentista. Aluna do Programa de Ciências Odontológicas da Faculdade de Odontologia da USP.

Carlos Yuji Ramos Okoshi

Cirurgião-dentista.

Isabella Souza Ferri

Cirurgião-dentista.

INTRODUÇÃO

Existem evidências robustas sobre a relação causal entre o tabagismo e o consumo de álcool com doenças bucais, incluindo periodontite, periimplantite e câncer bucal (Genco, Borgnakke, 2013; Reis et al., 2023; Espresivo et al., 2024)^{1,2,3}. Estudos recentes também indicam que o uso de outras drogas, como maconha, cocaína e crack, aumenta o risco de periodontite e de outras lesões bucais (Portilio et al., 2023)⁴. Esta associação ressalta o papel vital dos dentistas na prevenção e combate ao uso dessas substâncias.

Dentistas podem ajudar na luta contra estas drogas de diversas maneiras. Em primeiro lugar, ao educar e orientar os pacientes sobre os malefícios destas substâncias. Dentistas podem contribuir para reduzir a incidência dessas doenças bucais. Além disso, ações preventivas contra o tabagismo e o uso de drogas contribuem não apenas para a saúde bucal, mas também para o bem-estar geral do paciente. Ademais, dentistas têm contato regular com seus pacientes, proporcionando uma oportunidade única de identificar sinais precoces de uso de substâncias nocivas e de doenças bucais relacionadas. Este contato regular permite que dentistas não apenas tratem as condições bucais existentes, mas também desempenhem um papel proativo na prevenção e educação, orientando os pacientes sobre os riscos associados ao tabagismo e ao uso de drogas.

Nas seções seguintes, exploramos como a evidência sobre a relação dessas substâncias com doenças bucais pode informar e orientar os dentistas a ajudar seus pacientes a adotar hábitos mais saudáveis, destacando a importância de ações preventivas tanto para a saúde bucal quanto para o bem-estar geral.

EFEITOS DO ÁLCOOL, TABACO E MACONHA NA SAÚDE BUCAL

A. ÁLCOOL

O álcool é uma substância psicoativa cujo consumo pode causar dependência. Os efeitos do álcool sobre a saúde geral são bem conhecidos, sendo considerado um fator causal em mais de 200 doenças, lesões e outras condições de saúde (World Health Organization., 2022)⁵.

O consumo de álcool é reconhecido na literatura como um fator de risco para o desenvolvimento de câncer oral. Porém, é importante destacar como esse risco se torna substantivamente maior quando paciente também faz uso de tabaco. Estima-se que 75% dos cânceres do trato aerodigestivo superior estão relacionados com etilismo e/ou tabagismo (Ogden et al., 2005)6.

A grande maioria das bebidas alcóolicas é constituída de etanol (C₂H₅OH), água e glicose. O consumo de etanol, ou também denominado álcool etílico, pode ser um fator de risco tanto local, por aumentar a permeabilidade da mucosa à carcinógenos, quanto sistêmico, por provocar imunossupressão e alterar o metabolismo de substâncias tóxicas no fígado, aumentando a chance de desenvolvimento de câncer oral (Reidy et al., 2011)7.

Os cânceres de boca mais encontrados são carcinomas espinocelulares, também chamados de carcinomas epidermóides, representando 90% das lesões e os sinais bucais mais comuns de câncer oral são (American Cancer Society., 2021)8:

- × Ferida na boca que não cicatriza (sintoma mais comum)
- × Dor na boca que não passa (comum em fases mais avançadas do câncer)
- × Nódulo persistente ou espessamento de qualquer local da boca
- × Área vermelha ou esbranquiçada de qualquer local da boca
- × Dificuldade para abrir a boca ou para mastigar
- × Dificuldade para mover a mandíbula ou a língua
- × Dormência da língua ou de outra área da boca
- × Inchaço da mandíbula que faz dentadura ou prótese desencaixar ou incomodar
- × Dentes que ficam moles ou frouxos na gengiva ou dor em torno dos dentes ou da mandíbula
- × Sangramento na boca
- × Mau hálito persistente
- × Perda de peso inexplicável

É importante destacar também o efeito que o etanol tem sob as glândulas salivares, uma vez que promove a redução do fluxo salivar, além do aumento de volume das mesmas. Um menor fluxo salivar faz com que o ambiente bucal se torne mais suscetível a infecções, devido à função protetora da saliva. Pacientes alcoolistas passam, então, a apresentar maior número de lesões de cárie e inflamação gengival, necessitando de um maior cuidado e orientação, reforçando o papel do cirurgião-dentista na prevenção e tratamento da doença. (Carrard et al., 2007)9.

B. TABACO

O hábito de fumar é reconhecido como uma epidemia, sendo uma importante causa de morte, doenças e empobrecimento, tornando-se, assim, uma das maiores ameaças à saúde pública já enfrentadas mundialmente (Reis et al., 2019)¹⁰.

O tabagismo, para a saúde bucal, pode afetar a mucosa oral em diferentes níveis, tanto pelo calor gerado durante sua combustão, quanto pelas toxinas produzidas por ele, como a nicotina. Estas são absorvidas e podem levar ao surgimento de lesões, que variam de benignas e assintomáticas a doenças com evolução dolorosa e malignas (Reis et al., 2019)¹⁰.

As principais lesões da mucosa oral causadas pelo tabagismo são (Reis et al., 2019)¹⁰:

- × Estomatite nicotínica - lesão benigna e assintomática, onde clinicamente se observam pequenas manchas avermelhadas no palato;
- × Língua pilosa negra - mancha avermelhada/enegrecida que surge na língua. É assintomática, mas pode causar mau hálito e alteração de paladar;
- × Melanose do fumante - manchas acastanhadas que podem acometer bochechas, palato, gengiva, etc. Assintomática e pode regredir com a cessação do tabagismo;
- × Leucoplasia - placa branca, lisa e de limites bem definidos. Assintomática, podendo evoluir para lesão maligna;
- × Leucoeritroplasia - áreas avermelhadas, sintomáticas, que podem evoluir para lesões malignas;
- × Eritroplasia - mancha avermelhada, sintomática, que acomete principalmente língua e palato. Alta taxa de transformação maligna;
- × Carcinoma Espinocelular - tipo mais frequente de câncer de boca e com alta taxa de mortalidade. Lesão em formato de úlcera, normalmente acometendo língua e palato, sintomática.

A exposição involuntária ao cigarro, ou seja, o fumo passivo, também pode aumentar o risco de desenvolvimento de câncer oral, quando em exposição prolongada, isto é, acima de 10 anos (Reis et al., 2019)¹⁰.

O tabagismo é considerado um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças periodontais, com indivíduos fumantes apresentando maior **incidência**, **prevalência** e **progressão** de periodontite, tratando-se de uma relação dose-dependente, ou seja, fumantes pesados tendem a apresentar maior severidade e complexidade da doença, comparado a não-fumantes. Fumantes apresentam piores resultados após o tra-

tamento periodontal, devido à interferência do tabaco na resposta imune e cicatricial, além da possível falta de adesão, colaboração e motivação do paciente durante o tratamento. Ainda, devido à presença da nicotina no cigarro, fumantes comumente apresentam pigmentação nos dentes e nas restaurações dentárias. O cigarro também exerce forte influência na durabilidade de implantes dentários, podendo levar a falhas, infecções, perda óssea e maior incidência de peri-implantite (Reis et al., 2019)¹⁰.

B.I. EFEITOS DOS CIGARROS ELETRÔNICOS SOBRE A SAÚDE BUCAL

Por serem dispositivos que estão ganhando alta popularidade no Brasil, é importante mencionar que muitos deles também apresentam nicotina em sua composição e, com isso, estão associados ao desenvolvimento de:

- × xerostomia (sensação de boca seca);
- × estomatite nicotínica;
- × língua pilosa;
- × queilite angular - infecção que atinge a comissura labial; queimaduras e úlceras traumáticas - devido a acidentes e explosões desses dispositivos na boca (Reis et al., 2019)¹⁰

C. MACONHA

A maconha, também conhecida como *cannabis*, é uma erva originária da Ásia Central. Depois do álcool, é a droga mais consumida em todo o mundo, cujo principal constituinte psicoativo é o delta 9-tetraidrocanabinol, componente que age diretamente no Sistema Nervoso Central, além de levar ao efeito de supressão da resposta imune do indivíduo (Marques et al., 2015)¹¹.

O consumo excessivo da maconha pode afetar negativamente a saúde bucal, levando ao aumento no risco dos usuários de desenvolver efeitos adversos, como sensação de boca seca, placa bacteriana, cárie dentária, doença periodontal, doenças dos tecidos moles, candidose e, assim como o cigarro, câncer oral. Além disso, a maconha também age no Sistema Nervoso Parassimpático e, quando associada ao uso de anestésicos locais com vasoconstritores, comumente utilizados na clínica odontológica, pode induzir a taquicardia no paciente. No entanto, mais estudos são necessários para comprovar a relação entre o alto consumo de maconha e os impactos na mucosa oral, uma vez que os usuários também podem fazer uso de tabaco e álcool concomitantemente (Cohen et al., 2019)¹².

2. COMO O DENTISTA PODE AJUDAR PACIENTES A PARAR DE FUMAR, USAR ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A. MODELO TRANSTEÓRICO DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL DE PROCHASKA E DICLEMENTE

O cirurgião-dentista, como parte integrante da equipe de saúde, tem a responsabilidade de incentivar mudanças nos hábitos e estilos de vida que possam melhorar tanto a saúde bucal quanto a saúde geral de seus pacientes. No entanto, implementar mudanças comportamentais eficazes relacionadas à saúde bucal é um desafio significativo tanto para os profissionais quanto para os pacientes. Contudo, o paciente pode se beneficiar positivamente com motivação constante e educação. Nesse sentido, estratégias como a terapia cognitivo-comportamental e a entrevista motivacional podem ser valiosas para auxiliar os pacientes na identificação e modificação de comportamentos prejudiciais à saúde.

Diversas teorias podem ser aplicadas para promover mudanças no comportamento. Dentre elas, destaca-se o Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente, o qual baseia-se na ideia de que a mudança comportamental ocorre em uma série de etapas, e não de uma única vez (Prochaska et al., 1992)¹³. Cada uma dessas etapas é chamada de “estágios de mudança” e representam um nível diferente de prontidão do paciente em relação à mudança, o que permite que as intervenções sejam adaptadas de acordo com as necessidades específicas de cada indivíduo (ver figura 1).

Figura 1 – Estágios de mudança, de acordo com o Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente, aplicados ao cenário da cessação do tabagismo.

Características	Exemplo no cenário da cessação do tabagismo
Pré-contemplação	
Resistência à mudança: o indivíduo não pretende mudar de comportamento no futuro próximo.	“Não quero parar de fumar” - o fumante não sente desejo, nem necessidade de parar de fumar, não admite que o cigarro faz mal para a saúde.
Contemplação	
Vontade de mudar: o indivíduo deseja mudar de comportamento, mas ainda enxerga desafios. Há ambivalência.	“Eu quero parar de fumar, mas não sei quando” - o tabagista tem o desejo de parar de fumar, reconhece o tabagismo como um problema, mas ainda não tem segurança para parar e não tem planos concretos.

Características	Exemplo no cenário da cessação do tabagismo
Preparação	
Determinação para mudar: o indivíduo pretende mudar e está determinado a fazer a mudança dentro do próximo mês.	"Estou tentando parar de fumar faz um tempo e gostaria de parar até o próximo mês" - o fumante está determinado a parar de fumar, começou algumas mudanças e está criando condições para parar.
Ação	
Empenho para mudar: o indivíduo está empenhado para implantar as mudanças necessárias para mudar seu comportamento.	"No último mês, eu consegui ficar sem fumar pelo menos um dia inteiro" - o fumante adota as ações básicas para alterar seu comportamento, abandonando o hábito de fumar.
Manutenção	
Manutenção da mudança: o indivíduo mantém a mudança há mais de 6 meses.	"Eu parei de fumar" - O fumante persiste no progresso alcançado através de suas ações, visando permanecer em abstinência e evitar recaídas.

É importante ressaltar que, na prática, essa transformação nem sempre segue uma trajetória linear, pois recaídas e progressos são comuns. Por exemplo, um indivíduo que estava engajado na fase de ação pode retroceder para a fase de contemplação e posteriormente se dedicar novamente, avançando para a fase de ação. O importante é que o profissional de saúde seja capaz de reconhecer o estágio em que o paciente se encontra, permitindo uma orientação mais específica e eficaz.

B. TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL, APLICADA À DENTISTAS

Os princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) podem ser aplicados pelo cirurgião-dentista para promover melhoras em uma série de hábitos dos pacientes (Carra MC et al., 2020)¹⁴. A TCC baseia-se em dois princípios fundamentais:

1. Cognições, ou seja, os processos de pensamento (associação, juízo, percepção etc.) influenciam de forma significativa nas emoções e comportamentos. Assim, padrões de pensamento negativos (exemplo: "eu não consigo parar de beber") podem afetar o bem-estar emocional e até as ações de uma pessoa.
2. Os nossos comportamentos podem impactar os nossos padrões de pensamento e emoções. Por exemplo: para uma determinada pessoa, o hábito de beber está associado a festas e confraternizações, que neste caso são um grande gatilho comportamental. Nesse caso, o cérebro forma uma associação entre os dois comportamentos (festejar e beber cerveja).

C. ENTREVISTA MOTIVACIONAL

A Entrevista Motivacional, por sua vez, compreende abordagens de comunicação individualizadas e centradas no indivíduo, com o intuito de facilitar mudanças comportamentais na área da saúde. Esse método é caracterizado por uma comunicação orientada a objetivos, que fortalecem a motivação intrínseca do paciente, explorando suas razões para a mudança em um ambiente de aceitação e empatia (Miller et al., 2014)¹⁵. Essa abordagem torna essa técnica valiosa e prontamente aplicável no contexto do atendimento odontológico, facilitando a interação e o aconselhamento entre o dentista e os pacientes.

D. EFICÁCIA DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL FEITA POR DENTISTAS

O cirurgião-dentista tem oportunidades únicas para ajudar os pacientes em mudanças comportamentais, como parar de fumar. Muitas pessoas visitam regularmente o dentista ao longo da vida, especialmente em casos de doenças como periodontite, que podem exigir consultas regulares. Durante essas consultas, os dentistas podem identificar sinais e sintomas relacionados ao tabagismo, como manchas nos dentes ou halitose. Dentistas também podem explorar problemas de saúde oral relacionados ao tabagismo e ao alcoolismo, como periodontite ou câncer oral, ou mesmo o maior risco de perder os dentes. Eventos como explosões relacionadas ao uso de cigarros eletrônicos, que podem deixar sequelas na boca, também podem conscientizar pacientes a abandonar este hábito. Esses problemas são oportunidades valiosas para iniciar uma conversa sobre mudança comportamental. A frequência das visitas e a confiança dos pacientes no dentista, como fonte de conselho em saúde, os tornam bem-posicionados para ajudar os pacientes a abandonar o hábito de fumar, beber ou usar outras drogas (Carr et al., 2012)¹⁶.

As intervenções para cessação, realizadas por cirurgiões-dentistas, podem aumentar as chances de sucesso no abandono do tabagismo, uma vez que se mostraram eficazes quando realizadas em consultório odontológico, o que demonstra que o cirurgião-dentista pode exercer um papel fundamental na cessação do tabagismo, assim o aconselhamento comportamental tem se mostrado um componente consistente e eficaz na prática odontológica (Carr et al., 2012; Ramseier et al., 2020)^{16,17} Também existem evidências de que intervenções comportamentais combinadas com terapia de reposição de nicotina, administradas por dentistas, podem aumentar as taxas de cessação do tabagismo (Holliday et al., 2021)¹⁸.

Para pacientes que consomem álcool, por exemplo, uma das oportunidades de intervenção do cirurgião-dentista se dá para aqueles que sofreram lesões relacionadas a este consumo, lesões que são frequentemente tratadas em departamentos de cirurgia bucomaxilofacial. Quando o paciente está em acompanhamento e sóbrio, o dentista tem uma oportunidade única para encorajá-lo a rever seu consumo de álcool, pois a lesão facial pode torná-lo mais receptivo a conselhos, que são dados através de intervenções breves que se mostram eficazes quando incorporadas às consultas ambulatoriais (Smith et al., 1998)19.

3 CONCLUSÕES

Como parte de sua função como profissional da saúde, o dentista tem o compromisso de guiar seus pacientes na adoção de comportamentos saudáveis que contribuam para a saúde bucal e geral. Isso engloba abordar e aconselhar sobre comportamentos prejudiciais como fumar, consumir álcool e outras drogas.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Genco RJ, Borgnakke WS. Risk factors for periodontal disease. *Periodontol* 2000. 2013 Jun;62(1):59-94. <https://doi.org/10.1111/prd.12145>
2. Reis INRD, do Amaral GCLS, Hassan MA, Villar CC, Romito GA, Spin-Neto R, Pannuti GM. The influence of smoking on the incidence of peri-implantitis: A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Implants Res*. 2023 Jun;34(6):543-554. doi: 10.1111/clr.14066.
3. Espressivo A, Pan ZS, Usher-Smith JA, Harrison H. Risk Prediction Models for Oral Cancer: A Systematic Review. *Cancers (Basel)*. 2024 Jan 31;16(3):617. doi: 10.3390/cancers16030617
4. Portilho MN, Prado MC, Rigo L. Is drug use associated with the presence of periodontitis and oral lesions? A meta-analysis. *J Periodontol Implant Sci*. 2023 Nov 10. doi: 10.5051/jpis.2302920146.
5. World Health Organization. Alcohol [Internet]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
6. Ogden GR. Alcohol and oral cancer. *Alcohol* 2005;35(3):169-73.
7. Reidy J, McHugh E, Stassen LF. A review of the relationship between alcohol and oral cancer. *Surgeon*. 2011 Oct;9(5):278-83. doi: 10.1016/j.surge.2011.01.010. Epub 2011 Feb 22. PMID: 21843823.
8. American Cancer Society. Oral Cavity and Oropharyngeal Cancer Early Detection, Diagnosis, and Staging [Internet]. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8765.00.pdf>
9. CARRARD, VC.; et al. Influência do consumo de etanol nas glândulas salivares. *Scientia Medica*. Porto Alegre, v.17, n.2, p.87-92. 2007.
10. Reis INR dos, Vilela NS, Santos THM, Lotufo JPB, Romito GA, Pannuti GM. Guia de Prevenção, abordagem e Tratamento do Tabagismo para Cirurgiões - Dentistas - capítulo 3. São Paulo: FOU SP, 2023. E - book.
11. Marques LARV, Lotif MAL, Neto EMR, Dantas TS, Soares JL, Melo de JA, Lobo PLD. Abuso de drogas e suas consequências na saúde oral: uma revisão de literatura. *Arquivo Brasileiro de Odontologia v.11 n.1 2015*
12. Cohen K, Weizman A. and Weinstein A. Positive and Negative Effects of Cannabis and Cannabinoids on Health. 2019. doi:10.1002/cpt.1381.
13. Prochaska JO DC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. 1992;47(9):1102.
14. Carra MC, Detzen L, Kitzmann J, Woelber JP, Ramseier CA, Bouchard P. Promoting behavioural changes to improve oral hygiene in patients with periodontal diseases: A systematic review. *J Clin Periodontol*. 2020;47 Suppl 2:72-89.
15. Miller WR, Rollnick S. The effectiveness and ineffectiveness of complex behavioral interventions: impact of treatment fidelity. *Contemp Clin Trials*. 2014;37(2):234-41.
16. Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jun 13;2012(6):CD005084. doi: 10.1002/14651858.CD005084.pub3. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Feb 19;2:CD005084. PMID: 22696348; PMCID: PMC3916957.
17. Ramseier CA, Woelber JP, Kitzmann J, Detzen L, Carra MC, Bouchard P. Impact of risk factor control interventions for smoking cessation and promotion of healthy lifestyles in patients with periodontitis: A systematic review. *J Clin Periodontol*. 2020;47:90-106. DOI: 10.1111/jcpe.13240.
18. Holliday R, Hong B, McColl E, Livingstone-Banks J, Preshaw PM. Interventions for tobacco cessation delivered by dental professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Feb 19;2(2):CD005084. doi: 10.1002/14651858.CD005084.pub4. PMID: 33605440; PMCID: PMC8095016.
19. Smith AJ, Shepherd JP, Hodgson RJ. Brief interventions for patients with alcohol-related trauma. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1998 Dec;36(6):408-15. doi: 10.1016/s0266-4356(98)90455-7. PMID: 9891781

"CAUSOS DO DR BARTÔ"

EXPERIÊNCIAS DO AMBULATÓRIO ANTITABÁGICO DO HU USP A HISTÓRIA DO CHUMBINHO

A Odontologia da USP fez parte do nosso ambulatório durante algum tempo. Além de contatos periódicos no grupo antitabágico, faziam uma revisão odontológica em todos os pacientes do grupo. O caso que mais me chamou a atenção foi o de um rapaz apelidado de Chumbinho. Era funcionário do HU USP e chegava alcoolizado pela manhã. Dormia no banheiro da biblioteca e só saía de lá para o almoço. Orientamos sua chefia direta sobre o acompanhamento psiquiátrico no próprio hospital e ele parou de beber. Quis também parar de fumar e foi para o nosso ambulatório. Na revisão odontológica, identificou-se câncer de língua e ele foi para a cirurgia. Além de retirada de parte da língua, teve extraída sua cadeia ganglionar cervical. Ficou bem e era nosso colaborador, mostrando sua história e sua língua pela metade, além da cicatriz de sua cadeia ganglionar. Foi até o grupo da Band News FM que fazia corrida para sair do sedentarismo dentro de um programa para parar de fumar. Lembro que, quando Chumbinho foi embora, todos foram ao espelho para verificar possíveis lesões orais. Chumbinho tinha parado de beber e de fumar. Meses depois, teve recidiva do câncer, levando-o a depressão, retornando ao alcoolismo, falecendo em seguida.

Apresentamos sempre no grupo o vídeo do balcão rachando e transmitimos a ideia de não esperar para parar com as drogas lícitas quando seu balcão começar a rachar, porque ele cai e lesa todo mundo:

<https://www.youtube.com/watch?v=nksKNUGPXkI&feature=youtu.be>

ACONSELHAMENTO BREVE OU INTERVENÇÃO BREVE NA PREVENÇÃO DE DROGAS E GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA

João Paulo Becker Lotufo

Doutor em Pediatria pela Universidade de São Paulo. Representante da Sociedade Brasileira de Pediatria nas ações de combate ao álcool, ao tabaco e às drogas. Responsável pelo Núcleo de Combate ao uso de Drogas por Crianças e Adolescentes na SPSP. Membro da Comissão de Combate ao Tabagismo da Associação Médica Brasileira (AMB). Diretor Clínico do Hospital Universitário da USP. Responsável pelo Projeto Antitábagico do Hospital Universitário da USP. Responsável pelo Projeto Dr. Bartô e os Doutores da Saúde - Projeto de Prevenção de Drogas no Ensino Fundamental e Médio

Rafael Yanes Rodrigues da Silva

Médico Assistente do Hospital Universitário, responsável pelo ambulatório de pediatria do HU-USP.

Aconselhamento breve nada mais é do que “gastar” alguns minutos da consulta médica tratando sobre a questão das drogas, bem como da prevenção para não usuários. Intervenção breve é uma conversa mais dirigida para os usuários de droga. Esta é um pouco mais elaborada e leva um pouco mais de tempo e dedicação.

O diagnóstico das possíveis drogas lícitas ou ilícitas presentes nas casas das famílias é fundamental para o preparo do plano de atendimento sobre estas questões em todas as consultas do paciente. Inicialmente, pesquisamos se há pais fumantes, alcoólatras, usuários de maconha ou crack nas famílias! A partir daí, conversamos, gastando, no bom sentido, minutos suficientes para informar e aprimorar a discussão sobre as drogas em casa, reverberando a mensagem do aconselhamento.

A presença desta discussão aliada a trocas de ideias com a família foi o único fator positivo na diminuição da experimentação de drogas pelos jovens, superando a presença de espiritualidade, esportes, atividades culturais ou sociais na pesquisa que fizemos em 10 escolas da região do Butantã em São Paulo.

Durante as consultas habituais, os médicos seguem uma orientação padrão com perguntas para abordar os pacientes sobre a questão de drogas. Além disto devem distribuir material adequado para a faixa etária, como os livretos do Dr Bartô, projeto implantado no HU USP em São Paulo. (www.drbarato.com.br - livretos).

Quanto mais intenso e repetitivo o aconselhamento, maior o alcance de nosso objetivo: tolerância zero para o tabaco, tolerância zero para a maconha e tolerância zero para a bebida alcoólica até os 18 anos. E lembrem-se de que a cerveja é bebida alcoólica.

Em estudo piloto realizado no HU USP em São Paulo, entre os pacientes atendidos, a pesquisa mostrou que o uso do álcool no consumo familiar (43,5%) é bastante elevado, seguido pelo tabaco (34,5%), maconha (27,5%) e depois pelo crack (11,5%). Estes números de utilização de drogas nas famílias das escolas públicas no entorno da USP são extremamente preocupantes, pois o início das drogas começa dentro de casa. Se elas lá estão, podemos calcular o prejuízo. O álcool deve ser mais prevalente nas famílias, pois perguntamos se havia uso de bebida alcoólica em casa e muitos não consideram a cerveja bebida alcoólica.

Relatou-se a presença de problemas respiratórios nas famílias de 64,1% dos entrevistados, sendo que 44,5% relataram presença de asma, 21,7%

bronquite e 2,2% enfisema. Este fato mostra a importância da prevenção do tabagismo ativo e passivo a fim de evitar exacerbações e piora dos quadros respiratórios. Vale lembrar que a maconha produz os mesmos malefícios do cigarro a nível respiratório, além de ter 55% mais substâncias cancerígenas do que o tabaco. Apesar do álcool ser a droga mais consumida nas famílias, não correspondeu aos temas escolhidos pelos médicos residentes como tema do primeiro aconselhamento e com a distribuição do material didático. Os temas mais discutidos foram o tabaco (34,5%), seguido do álcool (31%), maconha (15,5%), crack (8,6%) e outros (8,6%). O tempo gasto no aconselhamento breve foi em torno de 1 a 4 minutos (96,5%), com mediana de 2 minutos (34%).

A opinião dos pais é que esta orientação foi bastante interessante (100%) e a maioria se mostrou disposta a conversar novamente sobre estes temas (98,8%). A avaliação (notas de 0 a 10) atribuída pelos pais a estes aconselhamentos foi nota 10 para 81,7% e nota 9 para 9,75% dos casos. Ou seja, há uma grande adesão por parte dos pais ao aconselhamento breve sobre drogas na consulta pediátrica. Estas orientações ocupam pouco tempo na consulta e foram bem aceitas pelas famílias, que gostariam de ter novos aconselhamentos em consultas futuras.

O pediatra deve tornar as intervenções ou aconselhamentos sobre drogas uma rotina.

EXPERIÊNCIA DO COMBATE AO TABAGISMO NO MUNDO

Devemos aproveitar a experiência das leis anti-fumo de diversos países como Estados Unidos, Alemanha e Uruguai, pois verificou-se diminuição de doenças cardíacas e pulmonares. Após um ano de Lei Ambiente Fechado Livre do Tabaco, diminuíram 15% das hospitalizações por ataque cardíaco, 16% das internações por acidente vascular cerebral (AVC) e 24% das hospitalizações por problemas respiratórios, como asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica. Estas experiências fizeram com que diversas associações da área pneumológica, cardíaca, oncológica, pediátrica, entre outras, se posicionassem por legislações mais fortes, pois isto significaria uma melhora nos problemas de saúde relacionados ao tabagismo.

De todos os países estudados, hoje o Brasil tem a menor porcentagem de homens fumantes: 21,6%, pois somos adiantados na questão da luta antitabágica, sendo referência mundial neste quesito.

Em segundo lugar, vem o Reino Unido, com 22,8%, e os Estados Unidos, com 24%. Nos Estados Unidos, durante o período de 1975-2000, aproximadamente 795.000 mortes (550.000 homens e 245.000 mulheres) foram evitadas, como resultado de mudanças no comportamento de fumar. No entanto, estas mortes representam aproximadamente 30% das mortes por câncer de pulmão que teriam sido evitadas durante o período de 1975-2000 se o cigarro fosse eliminado completamente. No período de 10 anos (1991-2000), esta fração foi aumentada para cerca de 37%. Apesar de um grande impacto de mudança de comportamento do fumante, o esforço de controle do tabaco ainda é necessário na redução da carga da doença ¹².

O Brasil está entre os países com os maiores índices de ex-fumantes, segundo estudo internacional pela revista médica *The Lancet*. O país também tem a menor taxa de homens fumantes em relação ao total da população, comparado com os outros países analisados. Segundo o levantamento, feito entre outubro de 2008 e março de 2010, 46,4% dos homens brasileiros e 47,7% das mulheres brasileiras que eram fumantes diários abandonaram a dependência. O número é o terceiro mais alto da pesquisa, atrás apenas do Reino Unido (com 57,1% para os homens e 51,4% para as mulheres) e dos Estados Unidos (48,7% e 50,5%, respectivamente). Em quarto lugar, o Uruguai também apresenta um bom resultado, com 42,8% de homens e 41% de mulheres ex-fumantes. A pior situação é encontrada na China (12,6% de homens e 16,8% de mulheres) e na Índia (12,1% e 16,2%) ³⁴.

A mudança das legislações tem um impacto enorme na mudança de comportamento da população. Se não houver base na educação sobre estes temas, poderemos ter aumento nos índices de fumo entre os jovens, já que a porcentagem de adolescentes experimentadores de tabaco já é superior ao número de fumantes maiores de 18 anos.

Vários trabalhos demonstram que quanto maior a intervenção ou o aconselhamento, maior o sucesso, variando de 1% a 15% a cessação da droga discutida. Havendo mais tempo para aconselhamentos e material adequado para a distribuição, a chance de sucesso é real. Apenas precisamos botar em prática os procedimentos de prevenção, e a grande dificuldade de colocar esta ideia em primeiro lugar torna-se um empecilho importante para o sucesso. Se compararmos a ideia de prevenção das drogas com a prevenção de vacinas, temos dados suficientes para investir na prevenção do álcool, tabaco, maconha e outras drogas.

SEXUALIDADE E GRAVIDEZ PRECOCE

A questão do álcool e das drogas nos leva a pensar sobre gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis. No HU USP, já tivemos 30% dos partos em meninas abaixo de 18 anos e 10% abaixo de 14 anos, não sendo infrequente o parto em adolescentes de 12 anos de idade. Conversando com estas mães jovens, a grande maioria engravidou após uma festa regada a álcool e após uso de maconha. Quando se pergunta a estas mães se querem engravidar de novo, todas dizem que não. Mas quando se pergunta sobre em que parte do ciclo menstrual elas podem engravidar, a maioria desconhece o momento da “tal da ovulação”. E o médico não orienta ou não encaminha estas adolescentes para um serviço de prevenção de gravidez indesejada.

O que os residentes fazem ao atender adolescentes é pedir para a mãe ou pai se retirar da sala para discutir a sexualidade, pois a(o) jovem não contaria toda a sua história na frente dos pais. Discordo disso, pois a prevenção do adolescente deve ser feita na frente dos pais que reverberarão a mensagem discutida em consultório. Não é interesse discutir na presença dos pais se os jovens transam ou não, fato este que seria omitido ou provocaria desconforto ao adolescente. O importante é averiguar se eles sabem como e quando se engravida, como se evita a gravidez e o contágio de doenças sexualmente transmissíveis, além de discutir métodos anticoncepcionais eficazes. Muitas vezes, as mães desconhecem muito sobre o assunto. Com os erros das respostas dos jovens, saliento que o assunto precisa ser mais discutido dentro de casa. Posteriormente poderemos ter consultas individuais com o adolescente sem a presença dos pais, caso necessário, mas de início isto não é preciso.

Em 67,4% das consultas, as mães adolescentes declararam que seus filhos nasceram de uma gravidez não planejada. Das 86 mães entrevistadas, 77,9% não desejavam engravidar novamente. Contudo, ao serem questionadas, através de escala analógica, sobre qual seria o momento mais fértil do ciclo menstrual, apenas 35,8% das mães apontaram o período correto (no meio das duas menstruações). Entre as mães que erraram, 31,5% apontaram o período mais fértil na primeira semana junto da menstruação, 16,3% indicaram na última semana antes da próxima menstruação e 20,6% afirmaram que o período mais fértil coincide com a menstruação.

Ao conversar sobre anticoncepção, os familiares citaram vários métodos, como medicação oral, injetável, laqueadura, vasectomia e abstinência sexual.

As famílias também declararam que a conversa foi interessante e que aceitariam falar sobre o tema em outras oportunidades. Em nenhuma de minhas entrevistas notei constrangimento da adolescente na discussão destes assuntos na presença do pai ou da mãe. Reforço que em nenhum dos aconselhamentos indaguei se o ou a adolescente já havia iniciado sua atividade sexual.

Apesar de atender a uma população feminina com uma elevada taxa de gravidez não planejada, cujas famílias não desejavam outros filhos, o desconhecimento sobre a reprodução humana é grande. O pediatra e os pais devem atentar-se a estas questões, não só explorando estes temas, mas avaliando o nível de conhecimento dos seus filhos que geralmente acham que sabem tudo, mas que na verdade ainda não sabem muita coisa a respeito de sexo e drogas. E hoje em dia nem de Rock and Roll.

Precisamos também aprofundar nossos conhecimentos sobre a questão das drogas, pois o jovem está informado com notícias superficiais, como a liberação de drogas na Holanda /Amsterdã. Há muita fake-news pela internet.

Visitando Amsterdã no Congresso Europeu de Doenças Respiratórias em 2015, interessei-me sobre aumentar o meu conhecimento sobre o uso da maconha por lá. Apenas sobre o assunto, e não pela maconha, é claro.

Cito como exemplo o conhecimento errado dos jovens sobre a liberação do uso da maconha na Holanda. Escrevi para o consulado holandês no Brasil, indagando sobre o uso da maconha por lá e prontamente recebi a seguinte resposta: “A Holanda tolera a venda de drogas leves em ‘coffee shops’ sob determinadas condições estritas. Os ‘coffee shops’ são estabelecimentos onde a cannabis pode ser vendida, mas as bebidas alcoólicas não podem ser consumidas nestes locais. Já nos cafés, pode-se consumir bebida alcoólica, mas não pode se consumir maconha. Portanto os ‘coffee shops’ são diferentes dos cafés (pubs).”

Estes dados são importantes pois as duas drogas consumidas simultaneamente podem agravar os sintomas e o consumo seria maior. “O governo holandês não processa aqueles que possuem ou utilizam pequenas quantidades de drogas leves. No entanto, na Holanda, como em outros lugares, as drogas causam incômodo e seu uso é considerado crime. O governo está impondo regras mais duras em ‘coffee shops’ e agindo para conter o tráfico de drogas pesadas, desmantelando as operações crescentes de cannabis ilegal. Há tratamento da toxicod dependência, disponível para aqueles que são viciados.

As drogas leves também são ilegais na Holanda. Isto significa que aqueles encontrados vendendo, produzindo, tratando ou na posse destas drogas são passíveis de processo. No entanto, os Países Baixos aplicam uma política de tolerância em relação à venda de drogas leves em ‘coffe shops’. Isto significa que a venda de drogas leves é uma ofensa criminal, mas o Ministério Público não processa os ‘coffe shops’ por esta infração.

O Ministério Público também não processa os portadores de pequenas quantidades de drogas leves, não mais do que 5 gramas de cannabis (maconha ou de hash).”

Em todas as palestras que faço, a pergunta mais frequente é se eu sou a favor ou contra a descriminalização da droga. Minha resposta é sempre enfática: “Não me importa se vão ou não descriminalizar o uso da droga. De um jeito ou de outro, devo manter a ideia da prevenção através das escolas e do atendimento dos meus pacientes através do aconselhamento ou Intervenção breve e através de mais informações às famílias. Se todos assim o fizermos, diminuiremos a experimentação e conseqüentemente o uso das drogas.”.

Embora aproximadamente um em cada dez usuários de drogas desenvolva problemas sérios de dependência, apenas uma minoria frequenta centros de aconselhamentos ambulatoriais tradicionais. Uma intervenção na Suíça baseada na Web atingiu usuários que hesitavam frequentar tais centros de tratamento. Intervenções de autoajuda com base na Web completados por breve conversa e aconselhamento demonstraram ser uma alternativa eficaz em atingir um grupo de usuários de maconha.

Uma alternativa de tratamento da dependência é baseado em texto de mensagens, de baixo custo e tem potencial para ser amplamente acessível em tempo real. Christoff Ade⁵ e colaboradores realizou um abrangente levantamento, avaliando intervenções baseadas em mensagens de texto para o fumo de tabaco para reduzir o consumo de álcool e um estudo baseado em entrevistas qualitativas com consumidores de cannabis. Os estudos que visam reduzir o consumo através destes métodos têm sido promissores.

A prevalência de álcool e outras drogas é alta entre os estudantes universitários. Reduzir seu consumo provavelmente tem benefício para a sociedade como um todo. Intervenções de computador e web--based também são promissoras para fornecer informações comportamentais e adequadas.

Precisamos inovar até em como fazer o melhor aconselhamento breve sobre drogas. Estamos inovando com um programa de prevenção de drogas na TV Educativa.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Centers for Disease Control and Prevention. Current Tobacco Use Among Middle and High School Students- United States, 2011. *Weekly* 2012; 61(31); 581-5.
2. Schaub MP, Wenger A, Berg O, Beck T, L Stark, Buehler E, Haug S. A Web-Based Self-Help Intervention With and Without Chat Counseling to Reduce Cannabis Use in Problematic Cannabis Users: Three-Arm Randomized Controlled Trial. *J Med Res Internet*. 2015 13 de outubro; 17 (10). João Paulo Becker Lotufo e Rafael Yanes Rodrigues da Silva 125
3. Keoleian V (I), Polcin D, Galloway GP. Evaluating the efficacy of a web-based self-help intervention with and without chat counseling in reducing the cocaine use of problematic cocaine users: the study protocol of a pragmatic three-arm randomized controlled trial. *J drogas psicoativas*. Apr-2015 Jun; 47 (2): 158-76.
4. Mann AP, Accurso EC, Stiles-Shields C, Capra L, Labuschagne, Karnik NS and Le Grange D. Factors associated with substance use in adolescents with eating disorders. *J Adolesc Health*. 2014 Aug;55(2):182-7.
5. Christoff Ade O, Boerngen-Lacerda R. Reducing substance involvement in college students: a th15Jan 21.ree-arm parallel-group randomized controlled trial of a computer-based intervention. *Addict Behav*. 2015 Jun;45:164-71.

COMO UTILIZAR O SITE WWW.DRBARTO.COM.BR PARA O ACONSELHAMENTO BREVE



Clicar no aconselhamento breve



Escolha área escolar ou área médica



Clique em livretos

LIVROS PARA ENSINO FUNDAMENTAL I E COMEÇO DE ENSINO FUNDAMENTAL 2



Tabagismo ativo



Tabagismo passivo



Alcoolismo



Alcoolismo

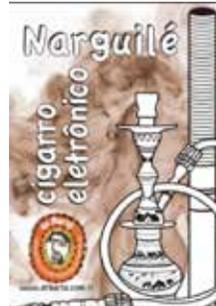
LIVRETOS PARA FIM DE ENSINO FUNDAMENTAL 2 E ENSINO MÉDIO



Alcoolismo



Maconha



Narguilê



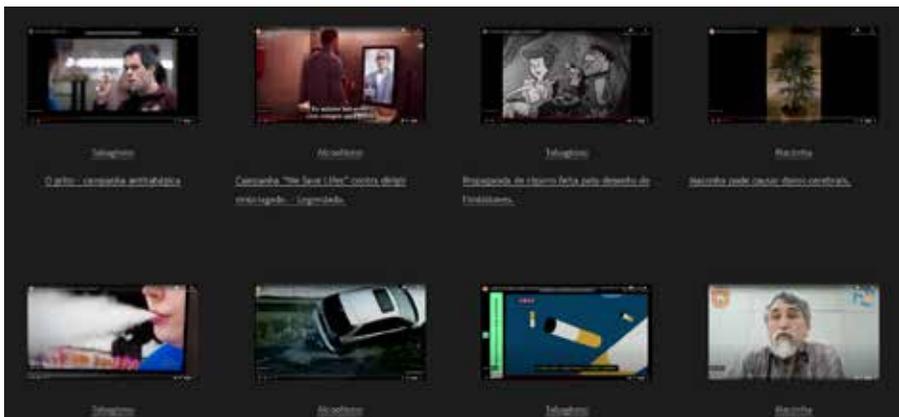
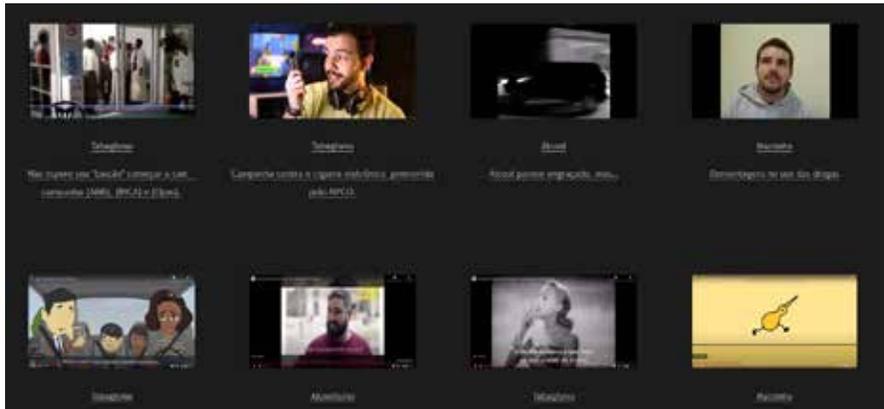
Cigarro Eletrônico

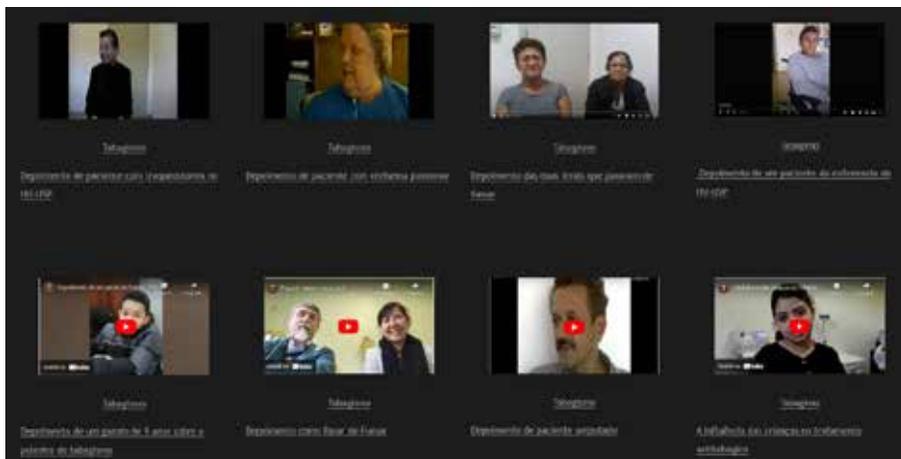
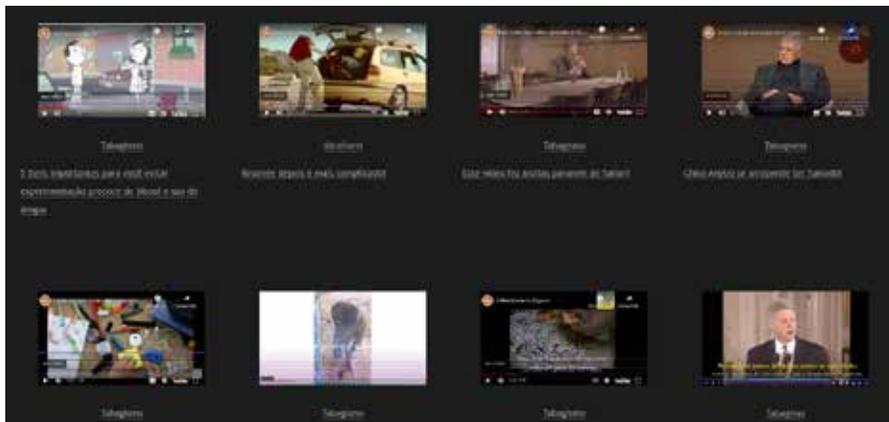
LIVRETOS SOBRE TRABALHOS SOCIAIS, UM DOS 12 PASSOS PARA PREVENÇÃO DE DROGAS NAS FAMÍLIAS.



Interessante distribuir um livreto de cada vez, relacionando-o ao que foi discutido em sala de aula ou em consultório. Exemplo: falou-se sobre o tabagismo passivo, entrego o livreto de “Marcelinho Miado e a névoa assassina”; se o tema foi tabagismo ativo, o “Meu Tio Ficou Banguela”, e assim sucessivamente. Um livreto por encontro.

Clique em vídeos





São inúmeros vídeos sobre tabagismo, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, alguns cômicos outros com depoimentos sérios, que podem ser passados antes de uma aula independente de qualquer matéria, ou na sala de espera do consultório, ou na própria consulta, e discutir 3 minutos aquela mensagem.

Nas escolas, isto deve acontecer semanalmente para que tenha impacto sobre os jovens continuamente. O efeito de um aconselhamento breve rotineiro e persistente é maior do que uma grande palestra única na escola. O AB é para somar a tudo que se faz de prevenção na área da Educação ou Saúde.

Para professores:
Clique em Caderno de aulas

Você tem propostas de 64 aulas de prevenção de drogas lícitas dentro do currículo do ensino fundamental 2, nas áreas de português, matemática, história, geografia, educação física, ciências, artes e inglês. Aproveite, porque seriam 64 aconselhamentos breves durante o fundamental 2.

Temos ainda contação de história pelo palhaço Pelúcia para os alunos ou pacientes em alfabetização e contação pelo artista parceiro João Signorelli para os alfabetizados que poderão acompanhar a leitura nos livretos.

Aproveite e comece o aconselhamento breve em sua escola ou em seu posto de saúde ou em sua família. Discuta os 12 passos para sua família diminuir o risco das drogas.

E tenham mais ideias para juntar às nossas. O ambulatório para cessação da dependência de nicotina do HU USP utiliza todo este material semanalmente para somar à sua terapia cognitivo comportamental. O ambulatório de pediatria idem. Os tabagistas adoram e já tem preferência por determinados vídeos. Há também depoimentos de pessoas que conseguiram parar de fumar ou que tem ou tiveram envolvimento com drogas.



"CAUSOS DO DR BARTÔ"

EXPERIÊNCIAS DO DR BARTÔ NAS ESCOLAS

Uma técnica de enfermagem recentemente me abordou no HU perguntando se eu ainda tinha um chaveirinho do Dr. Bartô distribuído no projeto com escolas que fizemos em 2013. Nele havia uma inscrição dizendo: "Não beba e não fume" e a mensagem do projeto dizia: "Dá para se divertir sem beber e sem fumar!"

Perguntei o porquê da pergunta e ela me explicou que sua filha da escola de aplicação da USP havia recebido este brinde e o guardava até os dias de hoje. Agora, no terceiro ano de uma faculdade de Administração, quebrou o chaveirinho que guardava com muito esmero e chorou um dia todo.

Busquei outro chaveiro que ainda tinha em casa e lhe entreguei junto com o livro 12 passos. Uma atividade exercida há 11 anos atrás ainda trazia frutos, conhecimento e boas recordações sem uso de drogas.



RELIGIÃO, ESPIRITUALIDADE E OS PROBLEMAS COM ÁLCOOL E DROGAS

Francisco Lotufo Neto

Professor Dr. Associado e Chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP.

Zenon Lotufo Jr.

Doutor em Ciências da Religião pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Especialização em Análise Transacional. Professor do curso de Especialização em Terapia Comportamental Cognitiva do Instituto de Psiquiatria da FMUSP.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a importância da religião evidenciou-se em pesquisa recente, na qual 95% da população brasileira afirmaram ter religião, 83% consideraram a religião muito importante para suas vidas e 37% disseram que frequentavam serviços religiosos pelo menos uma vez por semana.

Nas últimas décadas, o reconhecimento pelos clínicos e pesquisadores da área de saúde sobre a importância da religiosidade/ espiritualidade para aspectos ligados à saúde física e mental cresceu. A maioria dos estudos na área associa maiores níveis de envolvimento religioso a melhores níveis de saúde.

RELIGIÃO E SAÚDE E BEM-ESTAR

A religiosidade associa-se a bem-estar, saúde física, diminuição da mortalidade, melhor controle da pressão arterial, maior capacidade de enfrentar o estresse, maior satisfação conjugal e sexual. Em relação à saúde mental, notou-se maior ajustamento pessoal e menos dias de internação em clínicas psiquiátricas.

Koenig revisou extensamente os trabalhos relacionando saúde e religião em idosos, e assim observou que compromisso religioso (frequência à igreja e a outras atividades relacionadas, como rezar, orar, leituras, ouvir ou ver programas religiosos na televisão ou rádio) maduro e dedicado, sob a forma de crenças e atividades baseadas na tradição judaico-cristã, colabora com o bem-estar, com o combate à depressão e à ansiedade, assim como também ajuda a enfrentar o estresse psicológico. A frequência a serviços religiosos correlacionou-se ao ajustamento pessoal, à felicidade ou à satisfação na vida, menor taxa de suicídio, menor ansiedade em relação à morte e melhor adaptação a períodos de luto, tanto em idosos que moram na comunidade quanto a outros que vivem em instituições.

O envolvimento na comunidade religiosa provê companhia e amigos de idade parecida e com os mesmos interesses; ambiente que fornece apoio para amortecer mudanças estressantes na vida; atmosfera de aceitação, esperança e perdão; fonte prática de assistência, quando necessário; visão comum do mundo e filosofia de vida.

Gartner e colaboradores afirmaram: “À primeira vista, fica-se confuso com a pesquisa sobre o relacionamento entre religião e saúde mental, pois os resultados são mistos e contraditórios”. Para superar esta dificuldade, eles dividiram os trabalhos de acordo com quais aspectos da saúde mental estavam sendo avaliados. Analisaram cerca de 200 artigos e as revisões prévias e concluíram que compromisso religioso tem relação positiva com saúde física, bem-estar, melhor prognóstico de doenças, mais satisfação conjugal, diminuição da mortalidade, menores índices de suicídio, menos uso de drogas e álcool, menos delinquência, menos depressão e menos divórcio.

RELIGIÃO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Em relação ao uso e tratamento da dependência de álcool e drogas, a religião influencia na prevenção de problemas e no tratamento. Duas são as explicações para o efeito da religião sobre a supressão do uso de substâncias: a função de controle social que a religião exerce, desencorajando desvios, delinquência e comportamentos auto-destrutivos, além do desenvolvimento de recursos pessoais (sucesso acadêmico, valores pró-sociais, competência social) e de ambientes mais positivos (harmonia familiar, comunicação pais-filhos, apoio dos pais, apoio de outros adultos).

O psicólogo israelense Beit-Hallahmy e colaboradores pesquisaram muito o impacto das religiões sobre o uso de álcool e drogas. Inicialmente, focaram nas diferenças entre denominações religiosas. Descobriram que judeus possuíam os índices mais baixos, e católicos, os mais altos. Apesar de protestantes em geral terem ficado em posição intermediária, paradoxalmente, os índices mais altos de alcoolismo foram encontrados entre os protestantes criados em lares ou denominações conservadoras que desencorajavam ou proibiam o seu uso. Isto levou à formulação da hipótese de que tradições religiosas que ensinam o uso controlado do álcool no ritual religioso fornecem melhor proteção contra o alcoolismo⁴.

Gorsuch e Butler concluíram que a presença de religiosidade (ser membro da instituição religiosa, participar ativamente na igreja ou sinagoga, crescer em ambiente religioso, ou ter a religião como base importante da vida pessoal) predizia quem não usou drogas ilícitas⁸.

Estes resultados foram repetidos em diversos outros estudos. Muitos pesquisadores examinaram o impacto de fatores religiosos (filiação religiosa, frequência a serviços religiosos e sentimentos de religiosidade) no consumo de diversas drogas (álcool, cannabis e outras drogas ilícitas e não

ilícitas). No Canadá, 1.031 alunos e 1.035 alunas matriculados em escolas secundárias, com idades de 11 a 20 anos, foram entrevistados. Estudantes católico-romanos usavam menos maconha, substâncias não-médicas ou alucinógenas. Os alunos religiosos e que frequentavam uma igreja em geral não consumiam drogas¹. Nos Estados Unidos, 16.130 alunos de segundo grau pertencentes a 125 escolas representativas foram entrevistados³. Verificaram-se diversas variáveis religiosas e familiares e sua relação com o consumo de álcool e maconha entre adolescentes. Os alunos religiosos apresentaram menor consumo de maconha. Em Porto Rico, estudo com 2.000 pessoas concluiu que os que não possuíam filiação religiosa eram mais alcoólatras, principalmente se fossem do sexo masculino⁷.

Os estudos encontram este resultado sistematicamente. Quem tem compromisso religioso não abusa de álcool e não usa drogas. O que é importante não é o sentimento, mas sim o comportamento religioso, como frequentar uma igreja, fazer leituras religiosas, praticar oração, meditação ou assistir programas religiosos. Isto foi encontrado entre pessoas de diversas idades, níveis de educação ou renda e etnias diferentes.

Três são as explicações para esse efeito da religião:

- × a função de controle social que a religião exerce, desencorajando desvios, delinquência e comportamentos autodestrutivos;
- × a facilitação do desenvolvimento de recursos pessoais (sucesso acadêmico, valores pró-sociais, competência social);
- × o oferecimento de ambientes positivos (harmonia familiar, comunicação pais-filhos, apoio dos pais, apoio de outros adultos).

O papel da religião contra o uso relaciona-se também ao grau em que estas normas se sobrepõem, ou são contrárias às normas culturais. Ou seja, a religião tem maior efeito quando há diferentes opiniões na sociedade sobre o uso da substância em questão e menor efeito se houver acordo com outros mecanismos de controle social, desencorajando o uso.

O importante é que, apesar da extensa literatura disponível acerca do papel da religião no uso de substâncias, estes trabalhos não estão presentes nas principais revisões sobre o assunto, tendo, portanto, pouca influência no estabelecimento de políticas sociais, planejamento comunitário ou desenvolvimento de programas de prevenção e tratamento.

MEDITAÇÃO

Um dos principais objetivos de muitos sistemas de prática espiritual é propiciar a vivência de paz interior, no seu sentido mais profundo e amplo. O termo meditação refere-se a técnicas planejadas para aumentar certas capacidades como a concentração, a regulação de estados conscientes e a autoconsciência. É utilizada como auxílio ao desenvolvimento da personalidade e crescimento espiritual. Hoje são vistas como facilitadora do processo psicoterápico, integrando a experiência subjetiva e trazendo maior tolerância e aceitação a estados afetivos ⁶. Ajuda às pessoas a examinarem de modo imparcial suas cognições e emoções, melhorando o “insight” e a autocompreensão ¹⁴.

A meditação é descrita através dos seus cinco componentes: relaxamento, concentração, estado alterado de consciência, relaxamento dos processos lógicos de pensamento e manutenção de atitude de auto-observação. Tais capacidades desenvolvem a esfera de consciência expandida e maior sensação de integração e coesão dentro da experiência subjetiva ⁶.

Todas as tradições de meditação apresentam em comum:

- a. atitude passiva e de confiança, liberação da necessidade de controle;
- b. separação de eventos ambientais que distraem e ruídos;
- c. repetição de estratégias mentais;
- d. estar consciente das tarefas;
- e. relaxamento muscular profundo;
- f. crença no significado e eficácia do procedimento;

Tradicionalmente, a meditação é praticada para se conseguir um conhecimento experiencial direto de Deus, qualquer que seja a definição ou a tradição religiosa em questão. Uma das formas mais comuns de meditação é a repetição de um som (algumas vezes chamado de mantra) silenciosamente ou em voz alta enquanto se exclui outros pensamentos e estímulos externos da consciência. O objeto de meditação pode ser também visual, como a chama de uma vela, o retrato de um guru, a cruz cristã ou a estrela de Davi.

Sensações como o movimento dos olhos, o toque repetido da ponta dos dedos no polegar; o ato de andar, ou estímulo de determinada região do corpo são também utilizados como foco. Muitos povos africanos praticam danças rituais acompanhados de cânticos para produzir o estado alterado de consciência, prática de que somos herdeiros na Umbanda e Candomblé. Na escola budista Rinzai Zen, mantém-se na mente uma questão ilógica (Koan).

Apesar da forte influência oriental que a prática da meditação tem no Ocidente, é importante lembrar que ela é parte importante da tradição cris-

tã. Por exemplo, Agostinho (350-430 ad) descrevia seu método de contemplação e os padres do deserto repetiam silenciosamente a “Kyrie eleison” para ajudá-los a adquirir um estado de repouso e purificação da alma. No século V, Hesychius ensinava a prática da “Oração do Coração”, descrita no livro “Relatos de um peregrino”. No século XIV, um texto anônimo (“A Nuvem do Desconhecido”) ensinava também a maneira de se obter a união com Deus. Na religião judaica, é comum repetir uma oração simples acompanhada de movimentos corporais para trazer exaltação. Na tradição Sufi, a meditação é prática central na tentativa de alcançar o estado denominado “Fana”, tornar-se um com Deus de modo que este difunda-se por toda a atividade mental 15.

Alexander e colaboradores revisaram 19 estudos sobre abuso de substâncias e Meditação Transcendental, com um total de 4524 participantes². As drogas envolvidas foram nicotina, álcool, cannabis, alucinógenos, anfetaminas, barbitúricos e opióides. Observaram que:

- × Meditação Transcendental produziu efeito significativo na redução do uso do álcool, cigarro e drogas ilícitas, tanto na amostra em geral quanto nos que as usavam de maneira intensa.
- × O efeito da Meditação Transcendental foi significativamente maior que o produzido por relaxamento e outros programas de tratamento e prevenção.
- × A abstinência se manteve ou aumentou no seguimento a longo prazo, indicando prevenção efetiva de recaída.

LINHAS TERAPÊUTICAS QUE INTEGRAM ESPIRITUALIDADE NO TRATAMENTO DE DEPENDENTES

É cada vez mais comum a integração de elementos espirituais nas diversas correntes psicoterapêuticas – e o tratamento da dependência química não é exceção.

Kenneth Pargament, psicólogo, professor na Universidade Estadual Bowling Green, em Ohio, é um dos mais conhecidos estudiosos da integração entre espiritualidade e psicoterapia. Em um de seus livros ¹³, faz referência a uma linha terapêutica focada na reabilitação de dependentes de substâncias. Trata-se de bom exemplo das muitas possibilidades de união da espiritualidade à ciência, no intuito de maximizar o benefício ao paciente. A linha mencionada, “Terapia do Esquema do Self Espiritual” (Spiritual Self-Schema Therapy [3-S]) consiste em terapia de oito semanas que se

baseia em ensinamentos budistas e auxilia os clientes na substituição dos padrões mentais disfuncionais (o esquema do self dependente) por padrões saudáveis que levem à libertação do sofrimento (o esquema do self espiritual). Os proponentes do método, S. K. Avants e A. Margolin, da Universidade de Yale, acreditam que os pacientes adquirem um conjunto de crenças a respeito de si (esquemas do self dependente) em função do se viam como incapazes de controlar seus desejos e impulsos ⁵.

A terapia concentra-se, então, em fazê-los ver que essas são crenças ilusões que os impedem de entrar em contato com o seu verdadeiro eu, o self espiritual. Grande parte da terapia do esquema do self espiritual (3-S) consiste em encorajar o desenvolvimento de qualidades espirituais e em oferecer treinamento em técnicas de base espiritual que permitam ao indivíduo fazer a transição do self dependente de substâncias para o self espiritual, o verdadeiro eu.

As técnicas em questão envolvem:

- × autoafirmações espirituais e oração;
- × meditação mindfulness para ajudar o indivíduo a identificar a ativação do self dependente e do self espiritual;
- × aumento da percepção dos pensamentos que sabotam o progresso espiritual;
- × transformação dos desejos imperiosos por meio da observação de sua impermanência;
- × apresentação do cliente aos cinco “amigos” do self espiritual (fé, energia, consciência, concentração, sabedoria) e aos cinco “inimigos” (pensamentos de dependência, fala de dependência, emoções de dependência, comportamentos de dependência e autoidentidade de dependência);
- × busca de recursos da comunidade que apoiem a jornada espiritual do cliente.

Pargament registra que avaliações preliminares do método apresentam resultados animadores que demonstram como recursos espirituais podem ser usados para facilitar poderosas transformações dos clientes. Ele observa também que, embora essa terapia esteja baseada na filosofia budista, os valores que a fundamentam – sabedoria, compaixão, moralidade, etc. – são preconizados por outras tradições religiosas¹³.

Interessados em conhecer melhor o método 3-S podem recorrer ao site da Universidade de Yale, <<<http://medicine.yale.edu/spiritualselfschema/training/manuals/adjunctive.aspx>>>, que disponibiliza gratuitamente manuais em Inglês e Espanhol.

Cabe registrar que a Sociedade Bíblica do Brasil publica a Bíblia de Estudo Despertar, cujos comentários são especialmente dirigidos a pessoas com problemas de dependência química, além da Bíblia de Estudo Conselheira – Novo Testamento, cujas anotações foram produzidas por um grupo de profissionais ligados ao Corpo de Psicólogos e Psiquiatras Cristãos.

OS ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

O exemplo mais bem sucedido do papel da religião no tratamento de comportamentos de abuso e dependência é o movimento internacional dos Alcoólicos Anônimos, que surgiu inspirado por uma reunião religiosa de reavivamento, nela se baseando para estruturar sua organização e princípios.

Estes são conhecidos como os doze passos:

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
2. Viemos a acreditar que um Poder superior a nós poderia devolver-nos a sanidade.
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebemos.
4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
8. Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando está-vamos errados, nós o admitíamos prontamente.
11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebemos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade.

12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a esses passos, procuramos transmitir essa mensagem aos alcoólicos e praticar esses princípios em todas as nossas atividades.

Os AA e outros grupos de autoajuda com frequência iniciam ou encerram suas reuniões com a bela oração de Reinhold Niebuhr:

“Senhor, dê-me a serenidade de aceitar as coisas que não posso mudar, a coragem de mudar aquilo que posso, e a sabedoria para saber a diferença.”

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Adlaf, E.M. & Smart, R.G. Drug use and religious affiliation, feelings, and behavior. *British Journal of Addiction*, v.80, p.163-171, 1985.
2. Alexander, C.N., Robinson, P. & Rainforth, M. Treatment and preventing alcohol, nicotine, and drug abuse through Transcendental Meditation: A review and Statistical .Meta-analysis. *Alcoholism Treatment Quarterly* v.11, p.13-87, 1994.
3. Amoaeng AY & Bahr SJ. Religion, family and adolescent drug use. *Sociological perspectives* 29: 53-76, 1986.
4. Argyle, M. & Beit-Hallahmi; *The Social Psychology of Religion*. Routledge & Kegan Paul, London, 1975.
5. Avants S.K. e Margolin A. (2004) Development of Spiritual Self-Schema Therapy for the treatment of addictive and HIV risk behavior. A convergence of cognitive and Buddhist psychology. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(3): 253-289.
6. Craven, J.L. Meditation and Psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry* v. 34, p.648-653, 1989.
7. Gartner, J.; Larson, D.B. & Allen, G. Religious commitment and mental health: a review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Theology* 1991; 19:6-25.
8. Gorsuch, R.L. & Butler, M.C. Initial drug abuse: a review of predisposing social psychological factors. *Psychological Bulletin* v. 83, p.120-137, 1976.
9. Koenig, H.G. Religion and mental health in later life. In Schumaker, J.F. (ed.) *Religion and Mental Health*. New York: Oxford University Press; 1992. Religião, espiritualidade e os problemas com álcool e drogas.
10. Lotufo Jr., Z., Lotufo Neto, F. & Riso, L. P. (2013) *Terapia Focada no esquema*, in Zanelatto, N. A. e Laranjeira, R. (Org.) *O Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-Comportamentais: Um Guia para Terapeutas*. Porto Alegre: Artmed.
11. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiosity and Mental Health: A Review. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 28:242-250, 2006.
12. Moreira-Almeida, A.; Pinsky, I.; Zaleski, M. & Laranjeira, R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2010, 37(1):12-15. Shapiro 1994
13. Pargament, K.I. (2007) *Spiritual Integrated Psychotherapy – Understanding and addressing the sacred*. Nova York: Guilford.
14. Shapiro, D.H. Examining the context and content of meditation: A challenge for psychology in the areas of stress management, psychotherapy and religious values. *Journal of Humanistic Psychology* v.34(4): p.101-135, 1994.
15. West, M.A. Traditional and psychological perspectives on meditation. In West MA (Ed.) *The psychology of meditation*. Clarendon press, Oxford, 1987.
16. http://www.aa.org/pages/en_US/aa-timeline
17. https://pt.wikipedia.org/wiki/Programa_de_12_passos
18. <http://medicine.yale.edu/spiritualselfschema/training/manuals/adjunctive.aspx>

"CAUSOS DO DR BARTÔ"

EXPERIÊNCIAS DO DR BARTÔ NAS ESCOLAS

Paciente de 14 anos, com filho recém-nascido, fruto de uma gravidez não planejada, que ocorreu depois de uma festa na periferia após uso de álcool e maconha:

— Tio, todo mundo usa.

Perguntei-lhe:

— Tem alguém na sua rua que não usa?

Após pensar um pouco me disse:

— Tem o pessoal da Igreja.

E eu lhe respondi:

— Que tal frequentar o pessoal da Igreja? Pois, se continuar frequentando um ambiente em que todo mundo usa, a chance de você não usar será muito pequena.

FATORES IMPORTANTES NA PREVENÇÃO DO CONSUMO DE TABACO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Edinalva Cruz

Psicóloga e psicanalista. Especialista em Psicoterapia Breve e Atendimento Grupal. Psicóloga Clínica do Hospital Universitário da USP. Psicóloga do Programa de Tratamento do Tabagismo do HU-USP. Palestrante.

“Para quem gosta de morrer mais cedo, o cigarro é arma de eficácia incomparável.

Dráuzio Varella ¹

INTRODUÇÃO

Iniciarei este capítulo oferecendo alguns conceitos que envolvem o tabagismo. Em seguida, falaremos de prevenção. No tabagismo, nos reportamos ao conceito de adição. O termo adição é usado, geralmente, para descrever uma obsessão, compulsão ou excessiva dependência física ou dependência psicológica, tais como drogadição, alcoolismo, tabagismo, compulsão alimentar, jogos, computador, sexuais, etc.²

O indivíduo vive aprisionado à droga ou ao cigarro, o que gera sofrimento e vontade de livrar-se do vício. No Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, desenvolvemos um Programa de Tratamento do Tabagismo, que envolve estudos sobre dependência química e psicológica. Neste, trabalhamos o conceito da dependência psicológica e de gatilhos.

DEPENDÊNCIA PSICOLÓGICA

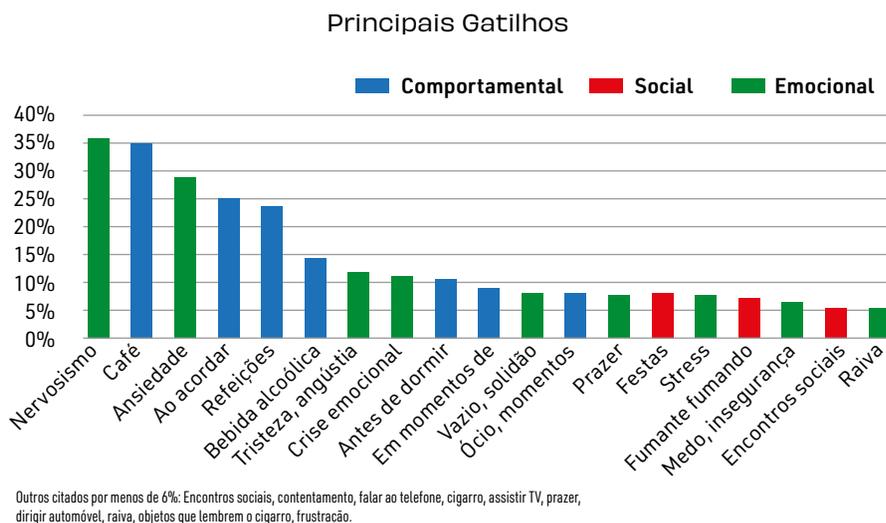
Com o uso prolongado, o cigarro faz parte da vida do fumante e torna-se o meio para enfrentá-la. A personalidade estrutura-se com o auxílio do cigarro. O indivíduo imagina que não pode viver sem ele. Instaure-se, assim, a dependência psicológica. Vive aprisionado. Sua identidade mistura-se ao cigarro. Ele já não distingue que características são suas e quais são provocadas pelo uso do cigarro.

GATILHOS

Ter consciência da dependência tabágica é o primeiro passo para o tabagista parar de fumar. Sendo assim, usará estratégias que o auxiliarão neste processo. Gatilho é o processo que desencadeia desejos instantâneos de fumar, tais como tomar café e fumar, dirigir e fumar, acordar e fumar e assim por diante, com várias outras associações do cotidiano. A identificação e o controle dos gatilhos são importantes estratégias para melhorar o alcance

da cessação no tabagismo. Nos programas de cessação do tabagismo, sempre orientamos o paciente sobre o conceito de gatilho.

Saber quais são os disparadores do ato de fumar, vai ajudá-lo na cessação do fumo. No gráfico a seguir, numa amostra de 217 participantes, apresentamos a pesquisa realizada no GAT-HU-USP:



(Principais gatilhos identificados pelos pacientes no GAT-HU-USP de maio de 2012 a maio de 2014)

De acordo com os dados da presente pesquisa, verificamos que o gatilho nervosismo e café foram os mais frequentes.³

PREVENÇÃO DAS RECAÍDAS (PR)

A recaída não é um evento em si, é um processo que está relacionado a fatores do meio ambiente, social, do comportamento e do lado emocional do indivíduo que fuma⁴. O conceito de gatilhos ajudará na prevenção das recaídas. É muito importante que a pessoa esteja preparada e consciente quando os gatilhos aparecerem e tenha um repertório de habilidades para o enfrentamento^{5 6}.

Além de parar de fumar, o tabagista precisa aprender a se manter sem fumar.

É importante que os programas de tratamento do tabagismo, assim como os de outras dependências, incluam o programa de manutenção. O dependente para com a droga, mas continua em tratamento para evitar a recaída, que tem grandes chances de ocorrer.

Nos grupos que desenvolvemos no HU-USP, trabalhamos com alguns conceitos e práticas que evitem as recaídas. Analisamos cada caso e traçamos junto com os pacientes estratégias de prevenção de recaídas. Identificamos os motivos geradores da recaída e, assim, desenvolvemos estratégias para evitá-la.^{3 5 6}

No quadro abaixo, apresentamos alguns exemplos.

Quadro 1 – Sugestões de estratégias substitutivas para evitar o cigarro

Situação relacionada a fumar	Estratégia Substitutiva
Ao acordar	Tomar banho; escovar os dentes
Tomar Café	Tomar chás, sucos
Almoçar	Dar uma volta
Jantar	Escovar os dentes
Telefonar	Rabiscar papel

Outras medidas podem ser buscadas para que se encontre o maior número de respostas possíveis nas situações de risco, a fim de se evitar surpresas e recaídas. Algumas sugestões de medidas gerais para a prevenção da recaída são:

- × Evitar ambientes com presença de pessoas fumando.
- × Preferir áreas para não fumantes. Evitar os fumódromos.
- × Solicitar que não fumem na sua frente.
- × Pedir que não lhe ofereçam cigarro.
- × Avisar que parou de fumar (alguns não contam para não serem cobrados)
- × Não permitir que fumem na sua casa, no carro, ou no local de trabalho.
- × Estimular parentes e amigos a pararem de fumar.
- × Beber água, ingerir balas dietéticas, cristais de gengibre, goma ou pastilha de nicotina, como alívio para “fissuras” ou questões orais.
- × Buscar atividades manuais: artesanato e trabalhos caseiros
- × Praticar exercícios físicos
- × Despistar as vontades; preencher o tempo com atividades lúdicas.

Orientamos os pacientes no sentido de se organizarem e anteciparem ações, garantindo assim melhores medidas de prevenção.

ANSIEDADE

Entre a população tabagista, dois terços procuram o cigarro por motivo de ansiedade e um terço por depressão. Eles fumam na esperança de acabar com esses sintomas⁷.

A abstinência de nicotina causa ansiedade. Ao fumar, elimina-se a “fissura” e sente-se melhor. Dessa forma, estabelece-se a crença de que o cigarro acalma. Para parar de fumar, a pessoa precisará modificar essa crença.

DEPRESSÃO

Entre os principais fatores de risco para uso do tabaco, ressalta-se o sintoma da depressão. Considerada a doença do século, várias razões justificam essa situação. Oliveira T. ressalta: “Vivemos numa época em que os valores estão mudando. Anteriormente, as regras eram mais claras e os papéis mais definidos. Atualmente, a sociedade de consumo dita os padrões a serem seguidos.

Mais e mais a comunicação ocorre virtualmente ou por meios eletrônicos. As pessoas buscam suas realizações e satisfações individualmente e acabam sós. Aí vem a consequência: depressão. A educação atual também reforça essa tendência. O medo que os pais têm da possibilidade de seus filhos sofrerem é algo que dá à criança ou adolescente a sensação de que não suportará sofrer. Os pais privam seus filhos dessa experiência básica, tornando-os ineptos a suportar frustrações e dores no futuro.

Quando se aceita que o próprio filho sofra, dá-se a ele a credibilidade e oportunidade de que poderá passar por aquilo, que é possível suportar. Ele sofrerá sim, mas vai superar, aprender e sair mais fortalecido desta situação. Sofrer faz parte da vida.⁸

No que diz respeito ao tratamento do tabagismo, é importante salientar condutas específicas para lidar com a depressão no tabagismo.

No manual de condutas e práticas em tabagismo, Cruz E. coloca: “Os estados depressivos se constituem em um dos maiores desafios. Os fumantes depressivos têm o tempo todo esse gatilho de distúrbio do humor como companhia”.

O indivíduo pode ter uma depressão mascarada pela própria dependência à nicotina, como ela pode se manifestar como sintoma de abstinência, em resposta à cessação (corte do vínculo com o cigarro, percebido como se fosse um luto).

É preciso avaliar se estamos diante de um quadro depressivo clássico ou de um transitório estado de tristeza ou melancolia causado pela perda do estímulo da nicotina para liberação da dopamina pelo sistema de recompensa cerebral. Nesta última situação, este quadro faz parte da síndrome de abstinência da nicotina”⁵.

PUBLICIDADE

A mídia tem sua parcela de culpa, influenciando o consumo através da publicidade dirigida especificamente ao público jovem. As empresas de tabaco usam várias técnicas de marketing, entre elas, os cigarros com sabores. A exposição e venda do produto ocorre perto de itens alimentícios.

Estudos mostram que os jovens preferem os cigarros aromatizados. Outra evidência constata a estratégia competente da indústria fumageira: de cada 10 novos fumantes, 9 estão inseridos no segmento etário de 12 a 19 anos.⁹. São fatores importantes na prevenção do consumo de tabaco em crianças e adolescentes

SOCIEDADE

Conseguir alcançar um equilíbrio na vida nem sempre é muito fácil. A sociedade cobra bastante do indivíduo e nem sempre lhe retorna com o apoio que ele necessita. Kalina et al.¹⁰, fala da droga como “a grande solução ilusória”. Coloca a questão do ser humano ser tratado como máquina e dessa forma, necessitando de “combustíveis especiais”, surgindo a indução aos tóxicos como “a solução ideal”.

“Numa vida onde os valores humanos e afetivos são deixados de lado, as substâncias que “estimulam” substituem a estima, alimento essencial da vida”.

Num paralelo, podemos pensar que também o consumo de álcool e tabaco se encaixa neste conceito. No caso dos fumantes, estes buscam no cigarro, algo que lhes conforte, que lhes deem força para enfrentar as dificuldades do dia a dia. O cigarro passa a ser o remédio (a droga), o antidepressivo, o calmante, que ajuda a concentrar, aquele que dá prazer, preenche o vazio, ou seja, ocupa um lugar mágico, mas ilusório.

Como o consumo de drogas (tanto lícitas quanto ilícitas) entre os adolescentes tem crescido assustadoramente, é necessário ressaltar um aspecto importante relacionado a este consumo: o estímulo dado pela sociedade às drogas consideradas “oficiais” (como o álcool e o tabaco), ou seja, as drogas que são aceitas pela sociedade, que são de uso lícito. Os meios de

comunicação tendem a veicular o consumo dessas drogas associadas com beleza, sedução do sexo oposto, sucesso profissional e riqueza, entre outras coisas; e o adolescente, em busca de valores para construir sua própria identidade, torna-se alvo fácil da mídia e da sociedade. Entretanto, estas drogas, como qualquer outra, causam danos diversos ao indivíduo, quando consumidas em excesso¹¹.

“Também os pais foram ensinados que, a qualquer sinal de dor física ou psíquica, os mesmos devem recorrer a algum tipo de substância química para aliviá-lo. Muitos praticam a automedicação, tranquilamente. Esse uso constante de medicamentos é delicado, uma vez que, apesar do aparente cuidado e dedicação, pode-se pensar nas mensagens que estão sendo passadas para a criança [ou para o adolescente]: em primeiro lugar, que ela não é capaz de suportar desconforto e, depois, que para toda dor ou dificuldade sempre tem algum remédio. (...) Esse tipo de procedimento levará a criança [ou o adolescente] a acostumar-se com a sequência ‘desconforto-química-alívio’, que ficará gravada em sua memória [e quando ela se deparar com situações deste tipo, futuramente] (...) ela buscará algo que a conforte”¹².

ADOLESCÊNCIA

A adolescência é o período que marca a passagem do mundo infantil para o mundo adulto. Nessa fase, o adolescente passa por muitas mudanças físicas e psicológicas. Vai construir sua identidade pessoal. É uma fase de construção que podem trazer dificuldades e o importante é ir acompanhando esse desenvolvimento. Passagem difícil para o adolescente e para os pais também. Ambos precisam se despedir dessa criança.

No dia a dia, vemos exemplos de pais passando pelas questões acima. Mães com dificuldade em encerrar o período de amamentação, dizendo ainda que tem medo dele se tornar independente. Posturas de superproteção, na tentativa de não deixar o filho passar pelo sofrimento que passou. Medidas educativas que favorecem a dependência. Vemos que também os pais precisam se preparar para esta mudança. No capítulo, “O adolescente e a liberdade”, Aberastury¹³ coloca: “Também os pais têm que se desprender do filho criança e evoluir para uma relação com o filho adulto, o que impõe muitas renúncias de sua parte”.

Comenta que precisam abandonar a imagem idealizada de líder, ou ídolo criada pelo filho e aceitar em troca uma relação cheia de ambivalência e de críticas. Destaca ainda a resistência dos pais em aceitar o processo de crescimento.

Calligaris¹⁴ aborda essa difícil fase em que não são reconhecidos como crianças e nem como adultos. Alcançaram a maturação suficiente para a passagem à vida adulta, mas vivem “um período de moratória”, ou seja, um tempo de espera, imposto pela própria sociedade.

Os adolescentes, por sua vez, respondem a isso de maneira rebelde.

RISCO DO USO DE DROGAS

Diante das dificuldades encontradas nesta passagem, o adolescente pode se deparar com a ansiedade, a depressão, a necessidade de fuga, a pressão da sociedade, a revolta com o mundo adulto, o apelo da publicidade, a oferta dos amigos, desejo de ser independente e tudo isso, separado ou junto, abre espaços para o uso do tabaco, álcool e outras drogas. O uso vem pela curiosidade, necessidade de aplacar angústias da própria fase, prazer, imitação ao que fazem os amigos ou seus pais. Estes últimos servem de modelo e o comportamento é mais forte que a fala. Portanto, pais que fumam ou bebem ensinam aos filhos esses comportamentos. E agora uma pergunta difícil: - Quais possibilidades de prevenção temos para que o adolescente encontre outro caminho para suportar essa fase?

TABAGISMO – PREVENÇÃO

Iniciar o vício é fácil, encerrar poderá ser bem difícil. Mais de 90% dos fumantes iniciaram o hábito de fumar antes dos 19 anos. Assim, o tabagismo é considerado doença pediátrica^{15 16}.

Segundo Cruz E., algumas pessoas fumam ainda na infância e só pensarão em parar após os 40 anos, quando a dependência já está totalmente instalada. Aham que se desfarão do vício quando bem entenderem e só mais tarde percebem as dificuldades em deixá-lo. Como comentado anteriormente, a fase da adolescência envolve questões complexas e os adolescentes, na busca por liberdade, autonomia e afirmação como adultos, escolhem comportamentos que julgam serem caminhos para tal independência. A forma de escolha do uso do tabaco ocorre por curiosidade e imitação de amigos, familiares e até mesmo dos pais.

Exemplo de paciente do Grupo de Tabagismo HU-USP: “Comecei a fumar com 13 anos. Olhava minha prima com 17 anos e desejando obter o mesmo que via nela, sua independência, resolvi fazer o que ela fazia: fumar”.

Quanto mais tempo a criança for exposta a pai fumante, maior será a probabilidade de se tornar fumante ainda na juventude. É o que adverte uma equipe de pesquisadores do Georgetown Lombardi Comprehensive Cancer Center in Pediatrics.

A busca se dará também por questões emocionais, como timidez, vergonha, solidão, depressão, ansiedade ou os próprios conflitos da adolescência. Inicia pelos fatores acima citados e continua depois pela dependência química e psicológica que o próprio tabaco desenvolve”¹⁸.

A prevenção é, sem dúvida, o caminho mais importante a seguir. Ela se estende a todos os setores da sociedade: pais, profissionais de saúde, instituições de ensino e à mídia de modo geral.

PAPEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Em geral, o adolescente é indivíduo saudável, que recorre pouco aos serviços de saúde. O profissional da área de saúde, em especial pediatras, encontra vasto campo para exercer a abordagem com crianças, adolescentes e pais.

Cabe a ele a orientação sobre malefícios do tabaco, indicando programas de tratamento, quando for o caso. É importante o uso de abordagens motivacionais¹⁹ que favoreçam o tratamento, a identificação dos indícios de que o adolescente necessita de ajuda. E, principalmente, oferecer, se for necessário, o encaminhamento.

No caso do tabagismo, orientá-lo para programas de cessação do fumo. Poderá indicar outros tratamentos para depressão, ansiedade, se for o caso, aos profissionais específicos, como psiquiatra e/ou psicólogo.

PREVENÇÃO NAS FAMÍLIAS

No livro “Prevenção precoce na infância e adolescência dos problemas de saúde presentes nos adultos”¹⁸ abordamos a prevenção do tabaco em crianças. Citamos a importância do papel dos pais: “Estes poderão orientar seus filhos para uma vida saudável e passar conhecimentos sobre malefícios do tabaco. Podem sugerir caminhos que os direcionem a atitudes mais saudáveis. A identificação dos filhos em relação aos pais deve ser considerada. Os filhos tomam os pais como modelo e copiam o que fazem.

Entendem que tudo que os pais fazem é certo e bom para eles. Afinal são adultos e, assim sendo, sabem das coisas!”¹⁸.

PAIS FUMANTES

Pais fumantes devem repensar seu vício, devido ao malefício causado para si e para seus filhos. O mesmo vale para parentes e amigos. Todos são possíveis modelos. Outro fator importante são os danos causados pela condição passiva a que essas crianças estão submetidas. Não é difícil, nos dias atuais, presenciarmos pais fumando ao lado dos filhos, e o que é mais complicado, mães gestantes fumando e trazendo malefício triplo: a si, ao feto e aos filhos.

O PAPEL DOS PAIS

A família é o alicerce necessário na construção da personalidade do indivíduo. O papel exercido pelos pais na constituição dos filhos é fundamental. Pesquisas apontam que aspectos do funcionamento familiar atuam como fatores que envolvem crianças ao convívio com substâncias psicoativas.

A gama de comportamentos dos pais que define a prática de criação dos adolescentes subdivide-se em categorias de monitoramento e supervisão; controle, consistência/coerência e rigor de disciplina, apoio e comunicação. Os adolescentes buscam naturalmente a sua independência em relação aos pais com o intuito de controlar e decidir acerca de sua vida. Os pais frequentemente confundem essa atitude com rebelião, pois os filhos tendem, nessa etapa da vida, a questionar os seus valores e opiniões. A transição positiva para a adolescência se faz através da negociação de mudanças nas relações entre pais e filhos, em busca da autonomia. Quando isto não acontece, o adolescente poderá se distanciar dos pais de forma hostil para conseguir manter o controle sobre sua independência. Desta forma, um dos principais objetivos das intervenções baseadas na família com adolescentes envolvidos com uso abusivo de drogas deve ser o da reconstrução do vínculo emocional dos pais em relação ao jovem, de forma a atender às necessidades de ambos ²⁰.

Estudos inéditos feitos por três centros de pesquisa — a Fundação Oswaldo Cruz, no Brasil, a Universidade do País Basco, na Espanha, e a Universidade de Los Andes, na Colômbia apontam resultados interessantes.

Essas pesquisas mostram que um jovem drogado não se forma na rua. A tendência ao vício começa a ser desenvolvida dentro de casa; talvez antes mesmo de pronunciar as primeiras palavras. Segundo os estudos, a qualidade da vida familiar é o que dita o comportamento futuro do jovem em relação aos tóxicos. Para pais de drogados, essa pode ser uma dura cons-

tatação. Mas, para muitas outras famílias, a notícia é tranquilizadora: uma boa educação é, sim, a melhor proteção contra o horror das drogas.

A novidade dessas pesquisas é que elas não analisam a questão só pelo ângulo do drogado. Elas estudam também os jovens que não consomem entorpecentes. O que faz com que essa garotada, mesmo submetida a diversos apelos, não se sinta atraída pelas drogas? A resposta, tanto no Brasil quanto na Colômbia ou na Espanha, é que nos lares em que há afeto, diálogo e aconchego, os filhos não sentem necessidade de buscar refúgio em drogas. Depois de analisar a rotina dessas famílias, os pesquisadores concluíram que atenção, orientação e carinho — cuidados cada vez mais raros nas relações familiares do mundo moderno — são os antídotos naturais contra o vício ²².

O DIÁLOGO COMO SOLUÇÃO

Educar é uma tarefa árdua. Coloca-nos frente a situações desafiadoras que nos faz desejar um manual de como criar um filho. Sinto informar que este manual não existe. Podemos sim, buscar ajuda com familiares, amigos e profissionais. Pesquisar textos na internet, ler livros sobre o tema, refletir e ir à busca de soluções. Estabelecer diálogo sempre.

Viver bem implica a aceitação dos limites negociados, das pessoas como elas são, sem, contudo, acolher seus comportamentos inadequados. Saber ouvir, falar, dividir, respeitar, entender, acatar mudanças e alterações proporcionadas pelo amadurecimento e experiência, perceber a si e aos outros, manter o equilíbrio emocional de todos. Essa não é uma tarefa simples¹².

Dialogar envolve tanto o expor ideias quanto o saber ouvir; abre a possibilidade de negociação. Nessa fase é importante a interação com o filho por meio do diálogo. Ela acontece de diversas maneiras e cabe ao adulto descobrir qual a mais apropriada para a ocasião. O adolescente, por sua natureza, não gosta de conversar com os pais. Ele precisa se afastar deles para encontrar sua própria identidade pessoal. Ele quer e precisa estar com seus amigos, seu grupo. É com ele que se identifica, com o qual se encontra como pessoa. Cabe aos pais aproximarem-se das coisas que ele gosta e conversar sobre o tema. Propostas de passeios interessantes a ele são bem-vindas¹².

Dialogar com adolescente é tarefa difícil, mas importante. Consiste na capacidade de os pais transmitirem a seus filhos valores, limites e noções sobre amor. Os jovens passam a ideia de que não precisam dos pais, mas precisam, e mostrarão isso através do comportamento, da fala, de algum

sintoma ou até através de um vício. Esteja junto, porém permitindo que ele tenha o seu espaço. Acompanhe o seu cotidiano, suas atividades, seu grupo de amigos, os lugares que frequenta etc.

Observe, no conjunto de suas atitudes, se ele está bem consigo. Converse quando algo lhe parecer estranho ou inapropriado, buscando entender o que se passa. Converse sobre o tema com outros pais, ou se necessário procure uma ajuda especializada nos serviços de psicologia na área de orientação de pais. Não se distancie muito, concluindo que tudo está bem sem checar. Esse é sempre um desafio colocado para pais e filhos frente ao caminho de construção da confiança e do respeito mútuo. As crianças precisam crescer em direção à fase adulta, mas esses mesmos adultos, agora pais, devem crescer face a este novo desafio: o de educar seus filhos.

Mensagem de uma mãe após o nascimento de sua primeira filha: “Meu Deus, dê-me a medida certa. Quero proteger minha filha, mas não sufocá-la. Quero antecipar o perigo para avisá-la, mas não achar que tudo em sua vida é ameaçador. Quero abraçá-la e sentir que minha vida não vai bem sem a presença dela, mas saber que somos pessoas individuais e podemos ter caminhos diferentes. Quero saber para poder ensinar, mas perceber quando ela souber mais que eu. Quero que ela precise de mim, mas ficar feliz quando ela se fizer independente. Quero dar-lhe conselhos quando criança, oferecer meus conselhos quando adolescente e esperar que me peça quando adulta. Quero repreendê-la para educá-la e rir com ela de besteiras para que ela possa aprender a errar e aceitar o erro dos outros. Quero mostrar-lhe o que acho certo, mas aceitar se ela escolher diferente. Quero ensiná-la a ser séria, mas também a se divertir. Quero estar sempre pronta a ajudá-la, mas saber que ela não tem obrigação de retribuir. Oh, meu Deus, quero ser assim como a galinha, que delicadamente sabe a pressão certa de seu corpo sobre seus ovos para aquecê-los e não os quebrar. Assim como a águia que sabe o momento certo de deixar seus filhotes voarem. Ajude-me, Senhor, a seguir a sabedoria da natureza que vive em mim e que às vezes sufoco envolvida pelo egoísmo e egocentrismo que exige que me faça importante na vida de quem é tanto para mim. Oh, Pai, eu lhe imploro, dê-me a medida certa. Faça-me sempre saber que, de qualquer maneira, é a mim que ela irá dar esse nome tão importante e mágico chamado Mãe. Faça-me exercer essa tarefa da melhor forma e sempre agradecer pela oportunidade!”²³.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Varella D. O fumo e a sobrevivência. Folha de S Paulo [Internet]. 2013, mar 09 [citado 2015 dez 14]. Disponível em: <http://www.folha.uol.com.br/colunas/drauziovarella/1243031-o-fumo-e-a-sobrevivencia.shtml>.
2. Castro RMO. Mente-refém do corpo: reflexões sobre: compulsão/adicção [Internet]. XXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria; 2014 out15-18; Brasília, DF: Federação Brasileira de Psicanálise; [citado 2015 dez 14]. Disponível em: www.febrapsi.org.br/.../artigos/temaslivres_xxii_cbp_ronaldocastro.doc
3. Cruz E. Motivação e Prevenção da Recaída. In: Fernandes LAF, Castellano MVCO, Romaldini JGB. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Tabagismo. São Paulo: Atheneu; 2015. p. 309-20.(Série Atualização e reciclagem em pneumologia; vol. 8). Fatores importantes na prevenção do consumo de tabaco em crianças e adolescentes
4. Cruz E. Quais são os principais aspectos Socioambientais, Comportamentais e Emocionais da Recaída? In: Araújo AJ. Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo. São Paulo: AC Farmacêutica; 2012. p. 353-5.
5. Cruz E. Como orientar o paciente a desenvolver habilidades para prevenir a recaída? In: Araújo AJ, ed. Manual de condutas e práticas em tabagismo. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012 pg 356-361.
6. Cruz E. Prevenção de Recaídas [Internet]. São Paulo: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo; 2014 [citado 2015 dez 14]. Disponível em: <http://www.tabagismo.hu.usp.br/prevencao-de-recai-das.html>.
7. Cruz E. 5 razões que você ainda desconhece para largar o cigarro [Depoimento à Daniela Venerando] [Internet]. Revista Virtual – MSN; 2015 ago 24 [citado 2015 dez 14]. Tema: Ansiedade e depressão. Disponível em: <http://a.msn.com/oE/pt-br/BBm3woU?ocid=se>.
8. Oliveira T. Depressão, a doença do século XXI [Internet]. Carta educação; 2015 [citado 2015 dez 14]. Entrevistas. Disponível em: <http://www.cartanaescola.com.br/single/show/439>.
9. Costa SO. O adolescente e o tabagismo [Internet]. João Pessoa: Unimed; 2013 ago 23 [citado 2015 dez 14]: Viver melhor. Disponível em: <http://www.unimedjp.com.br/promocao-da-saude/artigos-medicos/sebastiao-de-oliveira-costa/o-adolescente-e-o-tabagismo/636/pagina/4>.
10. Kalina E, et al. Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade. Porto Alegre: Artmed; 1999.
11. Cursino EA. Sexualidade, Aids e drogas: informações, concepções e percepções de alunos e professoras de uma escola de primeiro grau [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1999. 240 p. Apud Pratta EMP. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. Estud. Psicol. 2006 set./dec.;11(3):315-22 [citado 2015 dez 14]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2006000300009&script=sci_art-text
12. Drummond M, Drummond FH. Drogas: a busca de respostas. São Paulo: Loyola; 1998.
13. Aberastury A, Knobel M. Adolescência Normal: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artmed; 1981. Cap.1, O adolescente e a liberdade; p. 15-6.
14. Calligaris C. A Adolescência. São Paulo: Publifolha; 2000.
15. Araújo AJ, Lotufo JPB. Por que o tabagismo é uma doença pediátrica? In: Araujo AJ, editor. Manual de condutas e práticas em tabagismo. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; 2012.
16. Lotufo JPB. Tabagismo: uma doença pediátrica. São Paulo: Sarvier; 2007.
17. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer – INCA. Disponível em: www.inca.gov.br.
18. Cruz E. Prevenção do consumo de tabaco em crianças e adolescentes. In: Mieli M, Aguchiku E, Giacomini N, organizadores. Prevenção precoce na infância e adolescência dos problemas de saúde presentes nos adultos. São Paulo: CRV; 2015. p. 121-7.
19. Miller WR, Rollnick S. Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed editora; 2001.
20. Schenker M, Minayo MGS. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. Ciência. Saúde Coletiva. 2003;8(1):299-306 [citado 2015 dez 14]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000100022&script=sci_arttext.
21. Diegues C. Receita para fugir do abismo. Veja. 2000;290-1 [citado 2015 dez 14]: veja educação. Disponível <http://veja.abril.com.br/idade/educacao/pesquise/drogas/1631>.
22. Construindo relacionamentos felizes. Disponível em :http://rebra.org/escritora/escritora_ptbr.php?assunto=texto&id=1593

ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA INICIAÇÃO ÀS DROGAS E PREVENÇÃO COM JOVENS E FAMÍLIA

Silvia Maria de Carvalho

Psicóloga. Formação em psicologia pela
PUC/SP em 1994. Especialização em
psicologia comportamental pela USP.

Sabe-se que a discussão das drogas e do álcool na adolescência está associada ao período de transição caracterizado pela necessidade de integração social, autoafirmação e independência individual. Esse momento é o de maior vulnerabilidade na vida da pessoa, pois coincide com o início do uso de drogas através da experimentação abusiva. Além disso, a adolescência tem características importantes como sentimento de insegurança e desamparo frente às mudanças físicas e psicológicas. É o período marcado pela constante necessidade de o jovem testar seus limites e sua possibilidade de ser adulto¹⁷. Em busca de poder, de controle sobre si mesmo e de diferenciar-se de seus pais, alguns jovens usam drogas sem prever as consequências desse comportamento.

Esse capítulo discute a prevenção, lembrando que a utilização das drogas lícitas e ilícitas permeia a cultura da adolescência à velhice. No Brasil, o consumo delas está ligado especialmente ao álcool, ao cigarro e à maconha.

Estudos epidemiológicos atestam o crescimento significativo do consumo de álcool e outras drogas nas últimas décadas. Os jovens têm experimentado álcool e tabaco, por exemplo, cada vez mais cedo, por volta dos 12 anos, enquanto a maconha e a cocaína por volta dos 14 anos de idade.

O uso de substâncias psicoativas afeta diretamente a cognição, a capacidade de julgamento, o humor e as relações interpessoais¹⁴.

O prejuízo no processamento de novas informações, juntamente com as alterações na capacidade de concentração e retenção se dá sobre o desempenho escolar e o desenvolvimento de várias habilidades de adolescentes que usam álcool e/ou drogas¹¹.

O uso regular e a eventual dependência de álcool e drogas nesta fase pode resultar em inconsistências ou deficiências na personalidade futura¹⁶¹¹. Quanto mais cedo se inicia o consumo de substâncias, maior será a dependência de fatores externos e menos autoestima terá o jovem. A baixa autoestima encontrada em alguns adolescentes os tornam mais influenciáveis pelo grupo no que diz respeito ao comportamento e ao estilo de vida⁷, o que facilita a progressão do consumo de substâncias psicoativas, e a perpetuação do ciclo.

O QUE É PREVENÇÃO?

Prevenção é a antecipação às consequências de uma ação no intuito de prevenir seu resultado, corrigindo-o e redirecionando-o por segurança. A prevenção apresenta-se em três níveis:

- × **Prevenção Primária:** diminui a incidência de uma doença por meio da intervenção antes que surja o problema, ou seja, funciona por meio de educação e informação. É fundamental que este nível de prevenção se ancore nos pais e na escola, e para isso deve haver preparação e informação, evitando que a temática das drogas seja tabu.
- × **Prevenção Secundária:** diminui a prevalência do problema--alvo, impedindo a progressão do problema uma vez iniciado. Aplicada ao consumo de drogas, consiste em intervenções que evitem o estabelecimento da dependência.
- × **Prevenção Terciária:** diminui as consequências do uso contínuo e intenso. São, em geral, estratégias voltadas para a reabilitação e reinserção social do sujeito. Aplicada às drogas, a prevenção terciária busca evitar a recaída, visando a reintegração do indivíduo na sociedade, possibilitando-lhe novas oportunidades de engajamento na escola, na família, no trabalho e nos demais grupos sociais.

FATORES DE RISCO PARA USO E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS

Os principais fatores de risco relacionados ao uso de drogas são: curiosidade associada à falta de limite; obtenção do prazer imediato; tendência à impulsividade (falta de autocontrole); relaxamento das tensões psicológicas; facilitação da sociabilização; influência do grupo; falta de assertividade (dificuldade para dizer “não”); isolamento social; baixa autoestima, influências genéticas; familiares com problemas com álcool; falta de comunicação familiar; falta de informação.

Segundo Graña Gómez, o risco para o consumo de drogas em adolescentes inclui fatores psicológicos e influências do grupo de pares.⁹ Levando em consideração tais aspectos, é necessário que os jovens aprendam a manejar suas características psicológicas que os exponham à situação de risco, potencializando aquelas que os protegem frente ao início do consumo de substâncias psicoativas. Esse modelo dos déficits nas habilidades sociais tem como hipótese que as crianças que não desenvolveram precocemente habilidades de interação social de forma adequada pode ser excluída por seus pares, o que aumenta a probabilidade de emitirem com-

portamentos pouco saudáveis como o uso de drogas. Na perspectiva do desenvolvimento da saúde mental, os programas preventivos focalizam o treinamento assertivo e as estratégias de comunicação para a rejeição do grupo e a negociação frente às drogas, em combinação com habilidades para solução de problemas e tomada de decisões 19.

HABILIDADE SOCIAL OU COMPORTAMENTO SOCIALMENTE HABILIDOSO

“É um conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de modo adequado à situação, respeitando esses mesmos comportamentos nos demais e que geralmente resolve problemas imediatos situação, enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas” 4.

Oliveira afirma que o aprendizado de novas habilidades inter-pessoais capacita os indivíduos a defenderem seus direitos de forma efetiva quando houver pressão de outros para o consumo de drogas 18.

Indivíduos usam drogas, por exemplo, para se tornarem mais sociáveis, o que revela dificuldade em dizer não e produz importante reforçador social. O uso da droga reduz sintomas de ansiedade decorrente de contingências aversivas.

Buscar, desde cedo, maneiras mais assertivas de relacionamento com seus pares os tornará adultos mais preparados para lidar com situações difíceis na vida. A literatura mostra evidências de que adolescentes abusadores e dependentes de substâncias químicas, em especial a maconha, apresentam déficits nas habilidades sociais 6 8.

A iniciação do consumo pode estar associada à ausência de competências sociais como assertividade. A prevenção deve dotar os sujeitos de competências que lhes permitam superar as condições do meio ou de competências necessárias para dizer não.

O estudo de Caballo enfatiza, mais especificamente, que a falta de habilidades sociais contribui para a dependência, especialmente pelo benefício aparente que as substâncias psicoativas propiciam em contextos sociais 3. De acordo com esse autor, evidências empíricas sugerem que não possuir habilidades sociais suficientes está relacionado ao uso de outras drogas além do álcool, ou seja, independentemente do que leva ao repertório diminuto de habilidades sociais, o uso de drogas associa-se, em sociedades ocidentais, ao enfrentamento da vida diária ou de fortes pressões externas.

Em problemas de dependência química, os usuários, com frequência, enfrentam as situações sociais que consideram difíceis com a ajuda de alguma substância ao invés de manifestar comportamento assertivo.

ASSERTIVIDADE

Assertividade é a estratégia de comunicação situada como ponto de equilíbrio entre a agressividade e a passividade. A proposta é que a pessoa se comunique sem agredir nem ofender e não se submeta ao desejo de outra pessoa.

É a expressão das convicções e a defesa dos direitos próprios. Supõe expressões conscientes, diretas, claras e equilibradas, com o objetivo de expressar as ideias e sentimentos. Pesquisas mostram que o aprendizado de respostas assertivas inibe ou enfraquece a ansiedade experimentada em relações interpessoais e aumenta o senso de valor como pessoa.

Uma das vantagens de ser assertivo é a capacidade de negociar, fundamental nos relacionamentos, além de proporcionar relações pessoais mais gratificantes, garantia de cuidados pessoais e sucesso no trabalho.

Essa tabela mostra algumas diferenças entre o comportamento não assertivo, assertivo e agressivo:

Exemplo de caso:

Ana é aluna do 3º colegial, muito simpática, que se encontra com um rapaz muito atraente do qual gosta muito. Numa noite, ele a convidou a participar de um bate-papo com outros dois casais.

Quando todos se reuniram na festa, Ana sentiu-se muito bem e gostou muito. Depois de uma hora mais ou menos, um dos homens pegou alguns cigarros de maconha e sugeriu que todos fumassem. Todos prontamente aceitaram, exceto Ana, que não queria experimentar maconha. Ela fica em conflito, porque o rapaz que ela admira está fumando maconha e, quando ele lhe oferece o cigarro, ela decide ser:

NÃO-ASSERTIVA:

Aceita o cigarro, demonstrando já ter fumado maconha antes. Ela observa atentamente os outros para ver como eles fumam. No fundo ela teme que eles lhe peçam para fumar mais. Os outros estão falando em “ficar muito doido”. Ana está preocupada com o que o rapaz está pensando dela. Ela negou a si própria, não foi sincera com seu namorado, e sente remorso por ter entrado numa que não queria.

AGRESSIVA:

Ana fica indignada quando lhe oferecem a maconha e explode com o rapaz por tê-la levado a uma festa de tipo tão “baixo“. Diz que prefere voltar logo para casa a ficar com este tipo de gente. Quando as outras pessoas da festa lhe dizem que ela não precisa fumar se não quiser, ela não se satisfaz e continua indignada. Seu amigo fica humilhado, sem jeito com os demais e desapontado com ela. Embora ele continue cordial com Ana quando a leva para casa, ele não mais a convidará para sair.

ASSERTIVA:

Ana não aceita o cigarro, dizendo simplesmente: “Não, obrigada, não estou com vontade“. Ela explica que nunca fumou antes e que não tem vontade de fazê-lo. Diz que preferiria que os outros não fumassem, mas reconhece o direito que eles têm de fazer suas próprias escolhas.

Assertividade é uma prática que requer treino: expressar sentimentos positivos, olhar nos olhos, ter o tom de voz firme e claro, elogiar com portamentos adequados, reconhecer raiva saudável e sentimentos ambíguos.

AUTOCONTROLE

É geralmente visto como traço de personalidade; é explicado através da relação ambiente-organismo. Funciona como um comportamento aprendido.

Autocontrole: escolha por um reforçador de maior magnitude com maior atraso na satisfação do prazer em detrimento da escolha por um reforçador de menor magnitude e com menor atraso (imediatos). Autocontrole é a permanência pela recompensa maior que ocorrerá no futuro, ao invés de uma recompensa menor, mas disponível no presente.

É fundamental ensinar as crianças a dizerem não, porque a auto-disciplina é a chave do adulto bem-sucedido pessoal e profissionalmente. As crianças não aprendem auto-disciplina por conta própria.

Controlar impulsos requer aprendizagem. A melhor estratégia é ensinar limites e consequências.

ADIAR A SATISFAÇÃO:

No final dos anos de 1960 e início dos anos de 1970, o psicólogo Walter Mischel, professor da Universidade de Stanford, realizou o experimento do marshmallow em 600 crianças, verificando uma característica importante: a capacidade de adiar o prazer. Refere-se a uma série de estudos de recompensa retardada¹⁵. Foi oferecida a crianças

entre 4 a 6 anos a escolha entre uma pequena recompensa como um marshmallow, entregue imediatamente, ou dois marshmallows caso ela esperasse cerca de vinte minutos. Em estudos de seguimento, os pesquisadores descobriram que as crianças que esperaram por mais tempo pela recompensa tinham melhores resultados em quase todos os indicadores de sucesso na vida: empregos, remuneração, melhor integração social, menos porcentagem de dependência de drogas. A aptidão para adiar o prazer parece ser a característica mais estreitamente relacionada com o sucesso na vida, que se manteve ao longo de décadas.

COMUNICAÇÃO ENTRE PAIS E FILHOS

Não necessariamente é preciso marcar um encontro para se discutir o tema “drogas e álcool”. É importante manter o canal da comunicação aberto, para que se façam perguntas espontâneas e se fale abertamente sobre temas polêmicos. Antes de qualquer conversa, é importante os pais refletirem sobre algumas questões:

- × quais exemplos de comportamento são passados aos filhos?
- × qual sua opinião sobre álcool e seu consumo por jovens?
- × está preparado para justificar suas próprias escolhas caso seu consumo nem sempre seja adequado?
- × quer proteger seu filho do mundo ou orientá-lo para que tome suas decisões?

Como ouvir seu filho? Como aceitar seus sentimentos? Como estimular a autonomia e a responsabilidade? Como elogiá-lo de maneira construtiva? Uma criança com boa autoestima tem mais confiança em si, estabelece metas e objetivos elevados, esforça-se para atingi-los e enfrenta com mais recursos aspectos difíceis da vida.

- × colocar-se no lugar dos filhos: o que eu gostaria de ouvir se estivesse cansada e quisesse que aqueles adultos entendessem meus sentimentos?

- × é fácil negar o sentimento das crianças: isso é bobagem ou você não está sentindo isso. A negação de sentimentos pode deixar as crianças confusas ou irritadas. Também as ensina a não confiar em seus sentimentos.
- × ouvir, sem interromper com teorias ou exemplos; reconhecer os sentimentos, nomeá-los, imaginar saídas. Muitas vezes a criança não espera respostas, mas apenas um silêncio compreensivo. Simples palavras como: sei, entendo... ajudam muito. Quando essas palavras estão acompanhadas da atitude de importância, permitem à criança explorar seus próprios pensamentos e sentimentos e ela própria elaborar as soluções.

ÁLCOOL NA SOCIEDADE

Sabe-se que o consumo tem grande importância cultural, social e econômica. O que nos faz questionar a maneira de exercê-lo sem prejuízos à saúde e sem o incentivo aos comportamentos de risco.

No caso de jovens, os dados apontam que a influência dos familiares e amigos explicam principalmente o uso de álcool entre menores de idade. Quanto mais cedo a pessoa consome álcool, maiores são as chances do consumo abusivo estabelecer-se na fase adulta.

Bandura afirma: “A maior parte do comportamento humano é aprendida pela observação por meio da modelagem. Pela observação dos outros, uma pessoa forma uma ideia de como novos comportamentos são executados e, em ocasiões posteriores, esta informação co-dificada serve como um guia para a ação” 2.

Além de conversar, é importante que os pais conheçam e entendam as atividades dos filhos. Incentivem relacionamentos positivos, estabeleçam regras claras e as coloquem em prática. As regras devem ser específicas, consistentes e claras. Não mude as regras a todo momento nem ameace.

VIDA SAUDÁVEL

Pesquisas apontam que os adolescentes que têm objetivos de-finidos e investem no futuro apresentam probabilidade menor de usar drogas. Isto se deve porque o uso interfere nos planos pessoais¹². Nesse sentido, a elevada autoestima, os sentimentos de valor, orgulho, habilidade, respeito e satisfação com a vida servem de proteção aos jovens contra a dependência de drogas quando combinada com outros fatores protetores do seu contexto de vida¹⁰. Sendo assim, conclui-se que crianças e adolescentes que vivem

em ambientes familiares ou em comunidades onde há uso abusivo de drogas e não se deixam influenciar por esse contexto apresentam características individuais protetoras conjugadas ao convívio com outros adultos cuidadores escolhidos por eles fora do ambiente familiar.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Ou seja, o conceito de saúde transcende a ausência de doenças e afecções. Em outras palavras, a saúde é o nível de eficácia funcional e metabólica de um organismo a nível micro (celular) e macro (social).

A política de prevenção deve referir-se à promoção de qualidade de vida. Quanto mais alternativas saudáveis o adolescente tiver à disposição, menos interessante em usar drogas ele terá.

“Aquele que respeita a si mesmo está protegido dos outros. Ele usa uma armadura invulnerável.” Henry Longfellow

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Alberti, R. E. e Emmons, M. I. (1978). *Comportamento Assertivo: Um Guia de Auto-expressão*. Belo Horizonte: Interlivros.
2. Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
3. Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos.
4. Caballo, V. E. (1998). El entrenamiento en habilidades sociales. Em Caballo, V. E. (Org.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 3-14; 403-471). Madrid: Siglo Veintiuno.
5. Centro Antitóxicos de Prevenção e Educação/Divisão Estadual de Narcóticos. *Cartilha de prevenção ao uso de drogas para professores*. Curitiba: CAPE/DENARC, 2009.
6. Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2002a). Transtornos psicológicos e habilidades sociais. Em H. J. Guillard, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição. Contribuições para a construção da teoria do comportamento* (pp. 377-386). Santo André, SP: ESETEC. Aspectos psicológicos na iniciação às drogas e prevenção com jovens e família
7. Dupre, D.; Miller, N.; Gold, M.; Rospenda, K. Initiation and progression of alcohol, marijuana, and cocaine use among adolescent abusers. *The American Journal on Addictions*, v.4, p.43-48, 1995.
8. Falcone, E. M. (2000). Habilidades sociais: Para além da assertividade. In R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas em outros contextos* (pp. 138-157). Santo André: ESETEC.
9. Graña Gómez, J. L. (2001). Análise dos fatores de risco e de proteção para o consumo de drogas em adolescentes. Em Marinho, M. L. & Ca-ballo, V. E. (Orgs.). *Psicología clínica e da saúde* (pp. 55-75). Londrina: Ed. UEL.
10. Hoffmann JP & Cerbone FG 2002. Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: na event history analysis. *Drug and Alcohol Dependence*.
11. Kandel, DB; Davies, M. High school students who use crack and other drugs. *Archives of General Psychiatry*, 53: 71-80, 1996.
12. Kodjo GM & Klein JD 2002. Prevention and risk of adolescent substance abuse. The role of adolescents, families and communities. *The Pediatric Clinics of North America* 49:257-268.
13. Laranjeira, Ronaldo. Prefácio. PINSKY, Ilana; BESSA, Marco Antônio (Orgs). *Adolescência e drogas*. São Paulo: Contexto, 2004.
14. Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
15. Mischel and W. Mischel, *The Development of Children's Knowledge of Self-control Strategies*. *Child Development*, 1983, 54, 603-619.
16. Newcomt e Benter, 1989, *Substance use and abuse among children and teenagers*.
17. Nightingale, E. O. & Fischhoff, B. (2002). Adolescent risk and vulnerability: overview. *Journal of Adolescent Health*, 31, 1, 3-9.
18. Oliveira, M. S. (2002). Abordagens psicoterápicas. Em Pulcherio, G; Bicca, C. & Silva, F. A. (Orgs.). *Álcool, outras drogas, informação: o que cada profissional precisa saber* (pp. 125-145). São Paulo: Casa do Psicólogo.
19. Organización Panamericana de la Salud 2001, *Silvia Maria de Carvalho*
20. Robert, E. Alberti; Emmons, Michael L. - *Comportamento assertivo: um guia de auto-expressão*
21. Schenker, Miriam, & Minayo, Maria Cecília de Souza. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 707-717. Retrieved January 11, 2016, from
22. Site Álcool e Drogas sem Distorção (www.einstein.br/alcooledrogas) / NEAD - Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein
23. Wagner, Marcia Fortes, & Oliveira, Margareth da Silva. (2007). Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. *Psicologia Clínica*, 19(2), 101-116.

COMO FORMAR UM SERVIÇO TERAPÊUTICO PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO

Ana Lúcia Mendes Lopes

Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Doutora em Cuidados à Saúde e Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP. Especialista em Administração de Serviços de Saúde e em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Profissional do Grupo AntiTabágico do Hospital Universitário da USP.

Lislaine Aparecida Fracolli

Enfermeira. Professor Titular da Universidade de São Paulo no Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem. Chefe do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP. Integrante do Núcleo Ciência pela Infância (NCPI), vinculado a FMCSV e Harvard University. Integra o INPD Psiquiatria do Desenvolvimento para Infância e Adolescência, vinculado ao IPq/USP.

Selma Maria Mena Romeiro Nishimura

Enfermeira. Especialista em Gerontologia pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Lázara Maria Marques Ravaglio

Enfermeira. Especialista em Obstetrícia e em Auditoria em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Nívia Giacomini Fontoura Faria

Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Mestre em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da USP. Especialista em Enfermagem em Saúde do Trabalhador. Coordenadora da UBAS_ HU-USP. Profissional do Grupo Anti Tabágico do Hospital Universitário da USP.

As medidas restritivas ao uso de tabaco, as abordagens por diferentes profissionais de saúde e a influência da mídia vêm diminuindo significativamente a prevalência e a aceitação social do tabagismo. Com isso, ampliaram-se as manifestações de familiares e pessoas próximas ao fumante, agora muito mais informadas sobre os danos do cigarro, aumentando a procura por ajuda para deixar de fumar entre os que não conseguem parar sozinhos.

Neste sentido, os profissionais, a atenção básica e as instituições hospitalares têm sido estimulados a organizar serviços de tratamento do tabagismo, de modo a atenderem a esta preciosa oportunidade: pessoas que se mobilizaram no sentido de buscar apoio profissional para evitar o cigarro, estimuladas pelo afeto e cuidado, pela conscientização e vontade, situações de vida, doença ou outra forte motivação.

Tratando-se de uma difícil decisão, é fundamental que tal oportunidade não seja perdida, uma vez que qualquer mínima dificuldade pode fazer o indivíduo voltar atrás na sua intenção de se livrar do cigarro. Por isso, ao abordar uma pessoa tabagista, é muito importante que já se conheça quais são os recursos que podem ser acionados, de modo a oferecer ajuda efetiva imediatamente: onde há serviços de tratamento do tabagismo para encaminhar os seus pacientes interessados?

Por outro lado, é necessário multiplicar a oferta de novas vagas, que sejam práticas e acessíveis, disponíveis de verdade, possibilitando assim maior sucesso na cessação do tabagismo, através da implantação de mais serviços regulares e de qualidade, já que, com uma abordagem profissional, a possibilidade de sucesso pode aumentar significativamente para aqueles que não conseguiram parar sem apoio.

Neste capítulo, apresentaremos os principais aspectos práticos que envolvem a implantação de um grupo terapêutico para o tratamento do tabagismo. Nosso objetivo é estimular a iniciativa, entendendo que a inquietação do leitor com o tema do tabaco, e com pais, mães, cuidadores, crianças ou adolescentes, que indicam estar sinceramente interessados em parar de fumar, sejam as mais legítimas e as melhores justificativas para sua concretização.

Esperamos também contribuir com a organização de serviços que tratam outros tipos de dependência de drogas, enquanto entendemos que a organização de um serviço para cessação do tabagismo guarda alguma similaridade com a organização de serviços de tratamento contra a dependência de álcool e drogas.

Estas observações são o resultado de nossa experiência atuando em uma equipe multiprofissional de tratamento do tabagismo e no desenvolvimento de trabalhos sobre o tema.

O MAPA DAS MELHORES PRÁTICAS: DIRETRIZES

O protagonismo da Organização Mundial da Saúde e o vasto investimento em pesquisa e implementação de políticas públicas de controle do tabagismo no mundo, resultaram em um amplo e variado repertório de diretrizes, guias ou manuais que orientam a organização de serviços de tratamento do tabagismo.

Em 2020, foi aprovado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. Seus critérios alinham-se com o contexto multiprofissional, a capacitação específica e a oferta de materiais de apoio educativo, bem como a distribuição de medicamentos.

Em 2023, o Ministério da Saúde do Brasil atualizou as diretrizes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que é coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) desde 1989, detalhando os diferentes eixos de abordagem ao tabagista nos âmbitos da gestão e execução do SUS e descrevendo o tratamento nos diferentes níveis da assistência, com foco na Atenção Básica.

As diretrizes do PNCT abrangem a avaliação clínica, a abordagem mínima ou intensiva, seja individual ou em grupo, aliadas à terapia medicamentosa, podendo nortear a implantação inicial de qualquer serviço.

Por isso, para organizar o tratamento em instituições públicas, recomenda-se entrar em contato com a Secretaria de Saúde do Município ou Estado, responsáveis pelo credenciamento junto ao PNCT. Na oportunidade pode ser solicitada a apresentação de um projeto de delineamento do serviço proposto, além da documentação dos profissionais envolvidos, com treinamento específico.

O AMBIENTE LIVRE DO CIGARRO: SUA "CASA" É O EXEMPLO

Atendendo às políticas nacionais de controle do tabagismo, muitos serviços de cessação tiveram início em instituições que estimularam seus próprios colaboradores a pararem de fumar e tornaram o próprio ambiente totalmente livre do cigarro.

Com a implantação das leis de restrição ao fumo em locais fechados¹, tal iniciativa assume um novo sentido: é muito importante que o local que abrigará o serviço seja a vitrine e o primeiro exemplo.

Seja consultório, ambulatório, unidade de atenção básica, hospital, empresa, escola, igreja ou outro local, vale a pena dar evidência ao público através da organização do ambiente, da propaganda e da atitude, que ali não se estimula o uso do cigarro e sim, trata-se a dependência do tabaco, inclusive de seus colaboradores.

A regularidade e inserção formal do tratamento para parar de fumar na rotina do local onde se instalará o serviço, promovem visibilidade e confiança.

Para suas instalações é necessário haver um espaço que acomode confortavelmente todos os participantes e profissionais, além de uma sala para atendimento individual, disponibilizados durante o período do dia ou da semana em que se pretende oferecer atendimento. A comunicação fica mais efetiva se houver telefones e um computador conectado à internet, o que também favorece a documentação dos resultados.

Entre os equipamentos necessários, um aparelho para medir a pressão arterial, estetoscópio e balança antropométrica (para verificar o peso e a altura).

O monoxímetro (conhecido como “bafômetro de cigarro”) estimula educativamente as tentativas de parar, acompanhadas através da medição dos níveis de monóxido de carbono expirado. Sua aquisição dependerá dos recursos financeiros disponíveis.

É importante providenciar ou elaborar material educacional que seja atrativo e envolvente, especialmente dirigido ao perfil específico dos participantes. São folhetos temáticos, cartazes, apresentações, filmes, vídeos, páginas ou sugestões de links, por exemplo.

Também é muito útil o acesso a computador e internet durante o atendimento, contatos por e-mail, mensagens ou redes sociais, entre outros, conforme a disponibilidade de material e recursos.

1 INCA. Ambientes livres de tabaco: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/politica-nacional/ambientes-livres-de-tabaco#:~:text=Com%20as%20altera%C3%A7%C3%B5es%20trazidas%20pelo,privados%2C%20de%20todo%20o%20pa%C3%ADs>.

O site do INCA, alguns serviços públicos e Organizações não governamentais já dispõem de materiais educativos que podem ser oferecidos ao paciente ou aproveitados a partir de “links”.²

Considerando que o uso de medicamentos pode aumentar as chances de abstinência, há necessidade de se definir previamente quais serão os critérios para prescrição e também organizar rotinas para seu fornecimento ou aquisição, além da entrega de receitas.

A obtenção dos medicamentos prescritos pode ficar a cargo do usuário (adquirida em farmácia) ou este ser fornecido gratuitamente, no caso de serviços públicos. Atualmente, o PNCT distribui a Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), como os adesivos e a goma de mascar ou pastilha, além do cloridrato de bupropiona.

MELHOR NÃO ESTAR SÓ: RECURSOS HUMANOS

A definição dos recursos humanos está diretamente relacionada ao porte do serviço, seus recursos, organização e efetividade de atendimento.

Ao calcular a equipe, além da carga horária destinada às sessões individuais ou em grupo, é necessário considerar processos como o acolhimento e acompanhamento, os contatos telefônicos ou via email, administração de grupo de WhatsApp (se houver), organização de material educativo e palestras, organização de eventos, bem como o registro e documentação de resultados e relatórios: o serviço precisa considerar estes processos de trabalho.

Neste sentido, é possível capacitar a todos os profissionais em abordagem mínima (ou breve), para que perguntem, convidem e informem ao público a existência do serviço, encaminhando os interessados.

Já para uma abordagem intensiva, a disponibilidade e a regularidade são essenciais. Por isso, contar com uma equipe multiprofissional capacitada e diversificada durante o atendimento e na organização das diversas atividades decorrentes disto favorece melhores resultados, ampliando as chances de êxito.

Os profissionais de psicologia, medicina e enfermagem são considerados imprescindíveis, além de um profissional dedicado a organizar dados e a realizar a comunicação e busca ativa de interessados e participantes.

São também desejáveis profissionais de medicina clínica e psiquiátrica, odontologia, nutrição, farmácia, fisioterapia, educação física e serviço so-

² INCA: https://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/brasil_advertencias_sanitarias_nos_produtos_de_tabaco2009b.pdf

cial. Estes podem ser indicados como referência, a fim de ser possível encaminhar os pacientes conforme a necessidade individual. É recomendável conhecer os recursos disponíveis na região, a fim de estabelecer acordos para encaminhamento.

Há serviços que estimulam o trabalho voluntário entre os ex-fumantes tratados, o que tem duplo efeito, pois, além de incentivar outros fumantes pela experiência vivida por alguém semelhante a eles, também reforça a abstinência do ex-fumante, agora voluntário.

PARA SE PREPARAR: CAPACITAÇÃO ESPECÍFICA

Dadas as características da abordagem comportamental e medicamentosa, dos diversos níveis de motivação para parar de fumar e dos diferentes graus de dependência da nicotina, a abordagem e o tratamento intensivo do tabagismo requerem capacitação específica.

Muitos eventos promovidos por sociedades científicas da área da saúde e organizações não governamentais promovem cursos e palestras.

Para os profissionais do setor público, há cursos específicos, organizados pelo estado e/ ou município, presenciais ou à distância, conforme a região do país.

Além disso, é de grande valia o contato com profissionais que já tenham experiência na área, bem como visitas a serviços já existentes. Também há diversos recursos de mídias digitais, como aplicativos e páginas públicas ou comerciais na internet, que ajudam a reunir informações e sugerir ideias e estratégias.

INDIVIDUAL OU EM GRUPO: DIMENSIONAMENTO DO SERVIÇO

O melhor aproveitamento de profissionais, a chance de compartilhamento das alegrias e frustrações entre os participantes, bem como a possibilidade de atender mais pessoas, apontam para o atendimento em grupo como a melhor opção.

Ainda assim, há necessidade de organizar o serviço para algum atendimento individual, seja àqueles que não se adaptam ao modelo grupal, seja em momentos de maior privacidade, com algum paciente do grupo.

Em um mesmo grupo, os diferentes níveis de abstinência e as diferenças de sexo e idade têm pouco impacto entre adultos e idosos. Já as gestantes, os jovens e adolescentes parecem ter mais sucesso em grupos com abordagens especialmente dirigidas a eles.

VEJAM TODOS: NÓS ESTAMOS AQUI E TRATAMOS DOS FUMANTES!

A divulgação da existência do serviço favorece o acesso dos interessados. A participação em campanhas é uma boa estratégia de visibilidade, uma vez que a mídia também se ocupa do tema nestes dias específicos.³

É possível alcançar locais de referência na região, distribuindo cartazes e folhetos, participando de eventos e festas em locais como igrejas, clínicas, consultórios médicos e odontológicos, instituições religiosas, escolas, empresas, centros comunitários, comerciais ou esportivos, ou unidades de saúde da região, bem como através das redes sociais.

Os próprios pacientes também divulgam através de sua própria história de terapia, na medida em que conseguirem diminuir ou parar de fumar e que experimentem uma relação satisfatória com a equipe.

Estabelecer uma agenda, além de haver alguém disponível, evita as desistências antes do início do tratamento.

O profissional já informa sobre as opções de tratamento, organizando sem constrangimentos e com agilidade o ingresso dos interessados, uma vez que quanto maior o intervalo entre procurar ajuda e a participação efetiva, maior a chance de se desistir, devido à ambivalência entre a motivação para parar e a ação concreta de tentar fazê-lo.

Para isso, o contato prévio (telefone, e-mail, mensagem, correspondência ou similar), lembrando e encorajando o comparecimento à primeira sessão, pode atrair a pessoa a retomar e se cuidar.

PERFIL DOS PARTICIPANTES: QUEM SÃO ELES?

Uma avaliação de saúde antes do início do programa é recomendável. Pode incluir o grau de dependência da nicotina (teste de Fagerström) e a avaliação do estágio motivacional.

Realiza-se a verificação de sinais vitais, com o Índice de Massa Corporal (IMC) e um exame físico. Colhem-se informações sobre o uso de medicamentos, alergias, uma investigação quanto à depressão, dependência de álcool e outras drogas e outras doenças. Se possível, verifica-se o nível de monóxido de carbono expirado, além de solicitar eletrocardiograma e RX de tórax, quando pertinente.

³ Dia Mundial sem Tabaco: 31 de maio, Dia Nacional de Combate ao Fumo: 29 de agosto.

Os problemas detectados devem ser resolvidos ou encaminhados a profissionais e serviços específicos, como comentamos anteriormente.

O momento da avaliação é ótima oportunidade para aplicar técnicas como a entrevista motivacional, obtendo dados comportamentais, auxiliando o indivíduo a refletir. Ao estabelecer metas de redução do número de cigarros, pode-se ajudar a definir uma data-limite para a cessação, bem como informar o grau de contribuição de cada parte no sucesso do tratamento.

A compilação dos dados obtidos pode proporcionar um panorama (perfil epidemiológico) da população assistida, auxiliando na elaboração de estratégias específicas. Além disso, conhecer os aspectos sociais, culturais e comunitários do público-alvo, aproxima o serviço de seus usuários.

ORGANIZANDO O TRATAMENTO

Muitas publicações, manuais e diretrizes indicam qual o melhor número de encontros, quais os temas que devem ser incluídos, bem como sua duração e frequência, o que auxilia no planejamento prévio de um conteúdo mínimo. O mais comum são seis ou mais sessões intensivas de 60 a 90 minutos, com uma frequência semanal nas primeiras quatro sessões e maiores intervalos nas sessões subsequentes.

O conteúdo temático geral deve ser organizado com antecedência, programando os temas e recursos educacionais (vídeos, depoimentos, folhetos, dinâmicas) que sejam interessantes, para cada reunião.

Em todos os encontros, é essencial reservar algum tempo para o compartilhamento e discussão das aventuras e desventuras da experiência vivida nas tentativas de parar de fumar.

Entre inúmeros temas, podemos destacar:

- × Estimular a definição de data para parar de fumar;
- × Estimular a autoconfiança;
- × Ensinar a reconhecer, prevenir e enfrentar os sintomas da abstinência e recaídas;
- × Reforçar as razões e vantagens de parar de fumar;
- × Preparar o fumante para lidar com o stress, família, amigos e colegas fumantes e alterações de humor;
- × Prevenção do ganho ponderal.

“EU VIM BUSCAR O REMÉDIO”: – NÃO É BEM ASSIM...

Ainda que o uso de fármacos seja muito importante para determinados pacientes, é um equívoco considerar a medicação como a principal arma contra o vício de fumar.

Pesquisas destacam a importância do apoio medicamentoso ao tabagista, recomendando combinações e início precoce, enquanto reconhecem a necessidade de tratamento comportamental, bem como a importância da interação profissional-paciente na aquisição de recursos para lidar com a dependência do cigarro.

Sabe-se que o medicamento isolado não é menos efetivo do que o associado à terapia comportamental.

Se por um lado o fornecimento de receitas ou medicamentos deve estar vinculado ao comparecimento nas reuniões, por outro lado, esta atividade não pode sofrer interrupções nem estar desorganizada, visto que atrapalha a evolução dos pacientes e a qualidade do serviço.

A descrição dos critérios de escolha medicamentosa, com base em diretrizes e evidências, é de grande ajuda.

A orientação sistematizada quanto ao uso correto, os efeitos, reações adversas e posologia dos medicamentos prescritos evita dúvidas, o uso inadequado e algumas soluções “criativas” que podem causar dano ao paciente e falha na meta de parar de fumar.

ACOMPANHAMENTO PARA OS “ZERADOS”: COMO VOCÊ ESTÁ INDO? SERÁ QUE POSSO AJUDAR?

Após o período de abordagem intensiva, é importante seguir uma rotina de acompanhamento, de seguimento dos pacientes, para sustentar ou melhorar os resultados alcançados nas reuniões, além de prevenir recaídas e estimular aos desistentes.

Podem-se marcar retornos periódicos (trinta, sessenta e noventa dias, seis meses, um ano, por exemplo), individuais ou em grupo; sistematizar o seguimento psicológico; efetuar acompanhamento médico individual aos pacientes com maior dificuldade.

O envolvimento da família ou de outros profissionais de saúde que cuidem do paciente abre novas perspectivas de apoio e reforço positivo.

É importante conhecer os motivos das faltas ou desistências e considerar a possibilidade de alguns necessitarem de vários recomeços, deixando sempre aberta a oportunidade de recomeçar, em caso de desistência.

Apresentamos algumas outras estratégias entre muitas possíveis, que dependem do perfil e do porte do serviço, principalmente de recursos humanos:

- × Telefonar para os pacientes
- × Enviar mensagens por celular, e-mail ou através de redes sociais
- × Estar disponível para atender telefonemas dos pacientes aos profissionais do serviço
- × Visita domiciliar das equipes da instituição
- × Reuniões celebrativas (como Natal, Dia Mundial sem Tabaco, diplomação de abstinentes, saraus, convite dos familiares)

A ATITUDE TERAPÊUTICA: CULTURA PROFISSIONAL E DO SERVIÇO

Manuais de tratamento do tabagismo e diversos estudos sobre as opiniões dos pacientes e pesquisas de satisfação de usuários chamam a atenção para a importância da atitude terapêutica. Sua qualidade influencia a relação profissional-paciente, podendo ajudar ou dificultar na adesão ao tratamento.

Disponibilidade e prontidão, a escuta e o interesse, uma postura assertiva que mostre respeito à autonomia e às preferências do paciente, o não julgamento e a empatia inspiram credibilidade. Tais características unidas à habilidade em lidar com lapsos e recaídas, bem como a capacidade técnica num contexto que mantenha a regularidade e organização, promovem um ambiente seguro, respeitoso e confiável, inspirando o desejo de se tratar e continuar retornando e recomendando o serviço.

OLHAR, REPORTAR, MELHORAR, DIVULGAR: DOCUMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO

Durante cada atendimento intensivo ou de acompanhamento, deve-se registrar o consumo declarado de cigarros, e quando pertinente, o tipo e quantidade de medicamentos prescritos e os resultados da monoximetria, documentando assim a trajetória ou evolução do tratamento.

Tais dados podem ser organizados em relatórios, seja para comprovar o uso de insumos e fornecer informação estatística (como nas planilhas des-

tinadas ao PNCT), seja para comparar resultados, avaliar periodicamente o serviço, realizar reformulações, publicações, análises e planejamentos.

DO DESAFIO À SATISFAÇÃO PELOS RESULTADOS

Em nossa prática, constatamos que, com a significativa redução da proporção de fumantes no Brasil nos últimos vinte e cinco anos, os que procuram apoio profissional atualmente são aqueles que não conseguiram parar de fumar sem ajuda. Muitos são dependentes de outras substâncias, ou mesmo têm outras doenças associadas.

Este cenário mais desafiador exige preparo e organização: repertório e recursos de atendimento aos outros aspectos de um tabagista, como outras dependências químicas, doenças psiquiátricas e a vulnerabilidade social.

Para além de tudo que descrevemos, nos parece que um serviço comprometido, ainda que se inicie de modo simples e atendendo a poucos dependentes de cigarro, sempre poderá aprender com a experiência e aprimorar seus processos e recursos humanos, dentro das melhores práticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araujo AJ, coordenador. Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 492p.

Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS Nº 502, de 1º de junho de 2023. Institui o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [internet]. Brasília; 2023. [citado 2024, abr. 29]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2023/prto502_13_06_2023.html

Brasil, Ministério da Saúde, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Do Tabagismo (PCDT Resumido) Portaria Conjunta SCTIE/SAES/MS Nº 10, de 16 de abril de 2020. [internet]. Brasília; 2020. [citado 2024, abr. 29]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/resumidos/20201013_pcdt_resumido_tabagismo.pdf

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Portaria Conjunta nº 10, de 16 de abril de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. [internet]. Brasília; 2020. [citado 2024, abr. 29]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt_tabagismo.pdf

Costa e Silva VL (coordenadora), Biz A, Waltenberg F, Figueiredo VC, Iglesias R. Impostos sobre o tabaco e políticas para o controle do tabagismo no Brasil, México e Uruguai. [internet]. In: Jornada Internacional sobre impostos, preços e política de

controle do tabaco: Brasil, México e Uruguai. Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde (Cetab), da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), em parceria com a Aliança de Controle do Tabagismo (ACT) e a Faculdade de Economia da Universidade Federal Fluminense. 2013. [citado 2024, mai. 10]. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/88L_act_final_pobreza.pdf

Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008 [internet]. 2008 [citado 2024 May 10]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83952/>

Iglesias R, Jha P, Pinto M, Silva VLC, Godinho J. Controle do Tabagismo no Brasil. In: Documento de Discussão - Saúde, Nutrição e População (HNP). Washington DC: Departamento de Desenvolvimento Humano do Banco Mundial, Região da América Latina e do Caribe. 2007. [citado 2024, mai. 10]. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/202_controle-tabagismo-brasil-BM.pdf

Lopes, Ana Lucia Mendes. Aspectos teóricos e práticos envolvidos na elaboração da matriz avaliativa de um serviço de tratamento do tabagismo [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem; 2014 [acesso 2024-10-05]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-05102014-105716/>

Lopes, Ana Lúcia Mendes. Processos de educação em saúde na cessação do tabagismo: revisão sistemática e metassíntese [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2008 [acesso 2024-05-10]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-13062008-110538/>

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence. (NICE guideline NG209). London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); [internet] 2021 Nov. 108 p. [Cited: 2024 May 5] Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng209>

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Tobacco: treating dependence. Quality standard [QS207]. [Internet] 2022 [cited 2024 May. 10] Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs207>

Departmento of Health and Social Care. England. Local stop smoking services and support: guidance for local authorities 2023. [internet] London. [Cited 2024, May. 10] Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/local-stop-smoking-services-and-support-additional-funding/local-stop-smoking-services-and-support-guidance-for-local-authorities#contents>

Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane database of Systematic Reviews. 2017; 3;3(3):CD01007.

World Health Organization. Tobacco Free Initiative. The role of health professionals in tobacco control. [internet]. booklet. World Health Organization, 2005. [cited 2024 May. 10] Available on: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43219/9241593202_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

EXPERIÊNCIAS DO AMBULATÓRIO ANTITABÁGICO DO HU USP

- × Tivemos fases de fazer grupos de 15 pessoas como manda a orientação do INCA. Como a demanda era maior, para aqueles que pedíamos para retornar no próximo grupo, 30% não voltavam. Passamos a atender todo paciente no dia em que nos procuravam, passando o nosso grupo a ser contínuo. Normalmente atendemos em torno de 30 pessoas, com 30% de zerados, 30% de primeira consulta e 40% de pacientes com diminuição do número de cigarros, mas ainda não zerados. A troca entre eles é de fundamental importância. Ver a presença de vários ex fumantes ainda no grupo estimula aqueles que estão chegando.
- × Durante a pandemia, sem poder atender em grupo, fazíamos uma consulta presencial por mês e distribuição de medicação para 30 dias. Mantivemos contato por grupo de WhatsApp, trocando informações e orientações toda semana. A eficiência do grupo foi a mesma. Uma intercorrência no caminho quando alguém inadvertidamente colocou no grupo fotos inadequadas. Foi um tumulto, mas, ao invés de excluir pessoas, o grupo passou a ser só de ida com envio de informações da equipe e não mais aberto ao retorno dos pacientes.
- × Temos a satisfação de ter no grupo de atendimento pacientes que vem toda semana, há anos zerados, que gostam de dar relatos de como conseguiram parar de fumar. Um senhor de 70 e poucos anos, morava sozinho, não tinha família, frequentava o grupo como terapia; passou a ser voluntário no hospital após 2 anos de frequência no grupo antitabágico. Passou a trabalhar na biblioteca dos funcionários.
- × A qualidade principal do nosso grupo que já teve até 90 pessoas em anfiteatro é a recepção da equipe que abraça a todos que queiram parar de fumar.

