



Controle do tabagismo: desafios e conquistas

Luiz Carlos Corrêa da Silva¹, Alberto José de Araújo²,
Ângela Maria Dias de Queiroz³, Maria da Penha Uchoa Sales⁴,
Maria Vera Cruz de Oliveira Castellano⁵; Comissão de Tabagismo da SBPT

1. Pavilhão Pereira Filho, Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre (RS) Brasil.
2. Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo, Instituto de Doenças do Tórax, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.
3. Hospital São Julião, Campo Grande (MS) Brasil.
4. Hospital de Messejana, Fortaleza (CE) Brasil.
5. Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo (SP) Brasil.

Recebido: 8 maio 2016.
Aprovado: 7 julho 2016.

Trabalho realizado na Comissão de Tabagismo, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia – SBPT – Brasília (DF) Brasil.

RESUMO

O tabagismo é o fator de risco mais prevenível e controlável em saúde e, por isso, precisa ter a máxima atenção e ser muito mais focado por todos os profissionais da saúde. O tabaco é um produto de alta rentabilidade pela sua grande produção e pelo elevado número de consumidores. As políticas de controle e os recursos terapêuticos para o tabagismo avançaram muito nos últimos anos e têm mostrado resultados altamente satisfatórios, particularmente no Brasil. Entretanto, ainda resta um longo caminho a ser percorrido para que se possa considerar o tabagismo como uma doença controlada sob o ponto de vista da saúde pública. Já se observam modificações do comportamento da sociedade com relação ao tabagismo, mas ainda em escala muito lenta, de modo que os pneumologistas têm nesse setor um campo muito promissor para atuar junto a seus pacientes e a população em geral. É preciso atuar com maior ímpeto em prol das políticas de saúde e das normas de convívio social que contribuem diretamente para melhorar a saúde e a vida. Nesse aspecto, os pneumologistas podem ter um papel de maior destaque na medida em que se envolvam com o tratamento dos fumantes, a aplicação da lei antifumo e as políticas de saúde relacionadas às doenças respiratórias.

Descritores: Produtos do tabaco; Hábito de fumar; Política de saúde; Abandono do hábito de fumar; Pessoal de saúde.

INTRODUÇÃO

O principal objetivo do presente artigo foi oferecer, particularmente aos pneumologistas, informações sobre o tabagismo que auxiliem na sua prática diária de atendimento aos pacientes fumantes no consultório.

No Brasil, desde a metade do século passado, alguns pneumologistas já chamavam a atenção sobre os danos do tabagismo para a saúde, numa época em que a mídia pró-tabaco era ostensiva e as evidências científicas sobre a causação de danos eram pouco consistentes. Dedicavam-se à causa do tabagismo como verdadeiros paladinos da saúde, desbravando uma selva infestada por ignorância, interesses comerciais, ganância tributária, mídia pró-tabagismo e, ainda, pela aceitação social dessa prática. Citando José Rosemberg e Mario Rigatto, homenageiam-se todos.

A Comissão de Tabagismo da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) iniciou sua atividade representativa em 2000 e, graças ao trabalho dos seus membros, veio a tornar a SBPT uma das instituições brasileiras mais atuantes e respeitadas neste setor. Participou das principais ações que levaram à promulgação da Lei Antifumo (Lei Federal 12.546/2011)⁽¹⁾ em parceria com entidades governamentais e não governamentais: Instituto Nacional do Câncer (INCA) do Ministério da Saúde, Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ), Aliança de Controle do Tabagismo + Saúde (ACT+), Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal

de Medicina. Através da "Carta de Gramado", emitida durante o Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia, realizado naquela cidade em 2014, ficou mais fortemente consolidada a posição da SBPT em relação ao tabagismo.⁽²⁾

São diferenciais da SBPT no setor do tabagismo a liderança atuante, os programas para capacitação dos pneumologistas no tratamento dos fumantes, a difusão do conceito de que o "tabagismo é doença que tem tratamento" e as ações contínuas para o desenvolvimento de políticas de controle dessa pandemia.

Alguns fatos importantes alicerçaram as sucessivas ações das últimas décadas para o controle do tabagismo. O grandioso estudo de Doll et al.,⁽³⁾ com uma coorte de 35 mil médicos britânicos, acompanhada por mais de cinco décadas, demonstrou efetivamente os danos causados pelo tabagismo, particularmente o notável aumento da prevalência do câncer de pulmão. Além disso, há o formidável conjunto de informações obtidas nas últimas décadas que apontam invariavelmente para inequívocas evidências sobre os riscos e os danos do tabagismo. A sentença da Juíza Gladys Kessler nos EUA,⁽⁴⁾ que coletou um vasto dossiê sobre as consequências do tabagismo e as estratégias fraudulentas da indústria do tabaco (IT), serviu de subsídio para uma bilionária condenação das indústrias tabaqueiras norte-americanas. A criação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT),⁽⁵⁾ o primeiro e maior tratado internacional de saúde pública da Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de

Endereço para correspondência:

Luiz Carlos Corrêa da Silva. Rua Pedro Ivo, 532/302, Mont'Serrat, CEP 90450-210, Porto Alegre, RS, Brasil.
Tel.: 55 51 9991-0974 ou 55 51 3221-8522. E-mail: lccsilva@yahoo.com.br
Apoio financeiro: Nenhum.

2005, representou um marco divisor no controle dessa pandemia de conseqüências devastadoras. No Brasil, cabe destaque especial, além das entidades médicas, o papel fundamental das ações e iniciativas do INCA,⁽⁶⁾ da CONICQ⁽⁷⁾ e da ACT+.⁽⁸⁾

Como a produção e a comercialização do tabaco, principalmente na forma de cigarros, ainda fazem parte da política econômica do Estado, e seu consumo ainda faz parte do dia a dia da sociedade, gerando fabulosos ganhos econômicos para a indústria e seus acionistas, ainda permanece um grande poder que garante a sobrevivência desse setor.

Analisando esse conjunto, conclui-se que pouco se avançará além do ponto atual, pelo menos no prazo desejado, se não houver ações mais contundentes sobre a IT, especialmente quanto à sua interferência na implementação das políticas de saúde prescritas pela CQCT.

O viés da saúde não será suficientemente forte para banir o tabaco, que é uma droga produzida e distribuída de forma lícita, e, portanto, o tabagismo ainda irá perdurar neste século e provavelmente alcançará o século XXII. Fazem-se necessárias outras formas de atuar e reforçar a rede, o que possibilitará, para as gerações futuras, livrar-se desta praga da face da terra, além das políticas de controle e de educação.

Será indispensável uma taxação exemplar no preço de exportação das folhas e de vendas de derivados do tabaco. Também, impostos deverão ser definidos em lei para cobrir os custos do sistema público de saúde e seguridade social, decorrentes das doenças relacionadas ao tabaco. Por outro lado, urge que a justiça penalize os envolvidos, do ponto de vista econômico pelos danos causados às vítimas do tabaco, fato raras vezes visto no nosso país.

Analisem-se algumas questões do lado da IT. Sua grande motivação e força, que também representa seu calcanhar de Aquiles, estão nos elevados resultados financeiros. A IT compra apoio político através de verbas e suportes para campanhas eleitorais, cobertura de necessidades de pessoas e grupos oportunistas, e benesses trocadas com outros setores. A IT sabe manobrar muito bem com setores ditos frágeis, como o da agricultura familiar, ainda muito dependente do cultivo do fumo. Conta ainda com a vulnerabilidade dos fumantes, os quais, por serem dependentes, não conseguem lidar racionalmente com esse fator de risco para sua própria saúde e vida. Se a leitura jurídica for atualizada, correta e isenta, e a IT tiver de arcar com indenizações milionárias por danos causados aos usuários do tabaco, certamente não terá como manter seu negócio.

Considere-se o lado de ativistas, grupos e organizações governamentais e não governamentais que se dedicam ao controle do tabaco e do tabagismo. O apoio do governo tem sido muito débil, apesar de existir uma política de estado consubstanciada em lei desde 2005, pela ratificação da CQCT; infelizmente, como regra, só se pensa nos ganhos imediatos provenientes da

arrecadação dos impostos, aliás muito aquém dos custos gerados pelas doenças relacionadas ao tabaco.

Além disso, a IT, através de fortes estratégias lobistas, tem conseguido apoio junto a ilustres representantes nas diversas esferas do estado que defendem seus direitos corporativos. Raramente líderes políticos se posicionam fortemente e mantêm suas decisões no tocante à implementação de leis mais restritivas ao consumo e à diversificação do cultivo do tabaco. Citem-se algumas exceções, como o presidente Tabaré Vázquez, médico oncologista, no Uruguai em 2003; o prefeito Michael Bloomberg, filantropo, em Nova Iorque em 2005; e o governador José Serra, economista, em São Paulo em 2009. As conquistas antitabagistas têm sido muitas, mas frequentemente tornam-se fragmentadas e descontínuas, sendo difícil e muito trabalhosa sua manutenção diante do poder de fogo da IT, sempre vigilante e contando com muitos lobistas e outros grupos de pressão geralmente ligados a associações de comércio de bares, restaurantes, hotéis e padarias, que atuam como "grupos de fachada" defendendo os interesses da IT. O trabalho em rede tem sido muito eficiente e importante para a continuidade das ações, devendo ser incentivado e incrementado, a despeito de sua manutenção ser muito desgastante.

Para tanto, devem-se estabelecer parcerias em rede com instituições interessadas no tema, que tenham membros com capacidade de agregação, para que se discutam estratégias mais fortes e que congreguem mais adeptos e mais líderes, particularmente com atividade junto à sociedade civil e com influência política.

Deve-se manter tudo que já foi conquistado — e não foram poucos os avanços no Brasil — mas particularmente estimular ações de indenização por danos sofridos pelos cidadãos da forma mais consistente possível. Nesse sentido, agora se pode contar com um instrumento produzido pela AMB, ACT+ e outras instituições, entre elas a SBPT. Trata-se de uma diretriz da AMB denominada "Evidências Científicas sobre Tabagismo para Subsídio ao Poder Judiciário,"⁽⁹⁾ que precisa ser incorporada e utilizada como referência pelo setor judiciário quando na análise dessas demandas.

A seguir, são abordados alguns tópicos considerados de maior relevo e com os quais o pneumologista precisa estar familiarizado e explorá-los cada vez mais, com vistas à sua prática e à sua contribuição para o controle do tabagismo.

CONCEITOS

Há mais de duas décadas, o tabagismo é considerado uma doença neurocomportamental causada pela dependência da nicotina.⁽¹⁰⁾ Além disso, existem inúmeros outros fatores, principalmente comportamentais e psicológicos, que induzem ao ato de fumar e que, portanto, dificultam sua cessação. Ansiedade, depressão, transtornos de diversas naturezas, problemas psiquiátricos, baixa autoestima, automatismos, gatilhos e costumes, assim como fatores psicossociais, culturais e genéticos, são indutores. Por outro lado, censuras,

pressões restritivas, a lei antifumo, entre outros, são medidas controladoras do tabagismo. É preciso que se entenda que as pessoas fumam porque são dependentes e não simplesmente porque querem.⁽⁹⁾

O tabagismo, além de ser uma doença crônica de dependência da nicotina, é um dos maiores fatores de risco para doenças e alta mortalidade. Ao contrário do que se propagava, não é um estilo de vida, charme, fator de sociabilidade, expressão de livre arbítrio ou opção para a vida das pessoas, e nem sequer traz vantagem econômica para o governo e a sociedade.⁽¹¹⁾

CONSEQUÊNCIAS DO TABAGISMO

Segundo dados da OMS,⁽¹²⁾ as principais causas de mortalidade humana e que respondem por mais de 68% dos óbitos são as doenças crônicas não transmissíveis, muitas delas relacionadas com o tabagismo: doença cardiovascular (particularmente infarto agudo do miocárdio), câncer (do pulmão e em outros sítios), acidente vascular encefálico e DPOC. Não fumando ou parando de fumar, essas doenças diminuem em mais de 30%, chegando a uma queda de 90% no câncer do pulmão e na DPOC. Quem não fuma tem melhor qualidade de vida e vive 10 a 15 anos mais.⁽¹³⁾ Uma das consequências do tabagismo passivo, o dano cardiovascular, foi estudada por Lightwood e Glantz, que constataram que, após a implantação de ambientes livres de tabaco em diversos países, eventos cardíacos agudos foram reduzidos em cerca de 30%, em curto prazo.⁽¹⁴⁾

Recentemente, mostrou-se que os efeitos nocivos do tabaco ultrapassam gerações, aumentando o risco de asma de modo intergeracional, ou seja, de mãe para filho, e transgeracional, isto é, de avós para os netos, mesmo que a mãe não tenha asma e não fume. Há evidências de que o tabagismo da avó materna durante a gestação da mãe da criança aumenta o risco de essa criança desenvolver asma de duas a três vezes, mesmo que a própria mãe não tenha fumado durante sua gestação e não tenha asma.⁽¹⁵⁾

A Sociedade Americana de Câncer divulgou um relatório sobre tabagistas que estão morrendo por doenças até então não relacionadas ao tabaco.⁽¹⁶⁾ Foram incluídas mais 14 doenças: câncer de mama, câncer de próstata, insuficiência renal, isquemia intestinal, hipertensão arterial e infecções, assim como várias outras doenças respiratórias além da DPOC. Com a inclusão dessas doenças, constatou-se um aumento de 17% na mortalidade.

TENDÊNCIA DO TABAGISMO

Em países mais desenvolvidos ou em alguns em desenvolvimento alcançou-se uma expressiva redução da prevalência do tabagismo; porém, no mundo como um todo, ainda está aumentando, particularmente nos países com baixo ingresso econômico e nas populações mais pobres e com menor escolaridade. Em 2014, foram seis milhões de óbitos por doenças relacionadas ao tabaco, e, em 2030, essa cifra poderá chegar a oito

milhões. Isso se nada de grande impacto for feito para controlar a pandemia.⁽¹⁷⁾

O Brasil, desde a década de 1980, tem se destacado por desenvolver políticas de controle progressivamente mais eficazes, o que fez reduzir a prevalência do tabagismo, na população adulta, de 35% em 1989⁽¹⁸⁾ para os atuais 14,7% em 2013.⁽¹⁹⁾

Existem mais de 26 milhões de ex-fumantes, pois muitos deixaram de fumar por conta própria ou com tratamento, mas ainda temos 22 milhões de fumantes que precisam de tratamento. Estes “tabagistas residuais” poderão ter maiores dificuldades para parar de fumar, seja por terem maior dependência da nicotina, distúrbios comportamentais e psiquiátricos, seja por outros fatores que dificultam a cessação, entre eles fatores genéticos e socioambientais. Ainda não se têm estudos adequados envolvendo esse grande grupo.

Por seu lado, a IT sempre inventa novas estratégias e artimanhas para vender seus produtos. Cigarros eletrônicos, narguilé, tabacos sem fumaça (*snus*) e novos dispositivos para a liberação de nicotina precisam ser controlados e contidos, sob pena de se perder o terreno conquistado no controle do tabagismo. A IT e seus acionistas apostam nesse novo filão do mercado, pois esses produtos têm levado a maioria dos usuários a acreditar — por desinformação e manipulação por forte marketing publicitário — que sejam inofensivos e não lhes cause os males já conhecidos das formas convencionais e tradicionais de fumar (cigarros, charutos e cachimbos).

Há projeções realizadas por entidades securitárias que apontam para um crescimento tão exponencial com a explosão da venda de cigarros eletrônicos que eles poderão ultrapassar as vendas dos cigarros convencionais em algumas décadas. A iniciação no uso desses dispositivos eletrônicos para a liberação de nicotina já alcança razoável parcela da população. O volume total de cigarros, que representou US\$ 85 bilhões em vendas no varejo, está declinando em torno de 3-4% por ano.⁽²⁰⁾ Nos últimos anos, o declínio se acelerou, em grande parte devido à proibição de fumar em ambientes fechados, preocupações com a saúde, políticas de preços e outras regulamentações governamentais decorrentes da Convenção-Quadro da OMS.⁽⁶⁾ Estima-se que haverá um crescimento exponencial entre 2015 e 2023, e que, em 2022, as vendas de cigarros eletrônicos ultrapassarão as do cigarro convencional e continuarão em curva ascendente.⁽²¹⁾ Assim, após 140 anos de predomínio do cigarro enrolado em papel, desde a invenção da máquina de enrolar cigarros Bonsack, em 1880, o cigarro eletrônico estará assumindo o posto de vilão no século XXI.

LEI ANTIFUMO

A Lei Federal 12.546/2011,⁽¹⁾ em vigor desde dezembro de 2014, precisa ser conhecida e respeitada por todos, assim como ser adequadamente fiscalizada por quem de direito, particularmente os setores de vigilância sanitária. Constam nessa lei itens de relevância prática,

como proibição de fumar nos ambientes fechados e restritos (aqui se incluindo locais com cobertura superior, parede lateral, toldos, deques externos de bares e restaurantes, paradas de ônibus, etc.), proibição do “fumódromo”, políticas para aumento de preços, proibição da propaganda nos pontos de venda e ocupação de um terço da face frontal da carteira de cigarros com mensagens de advertência. A face posterior das carteiras continuará com as advertências habituais.

ESTRATÉGIAS PARA O CONTROLE DO TABAGISMO

Prevenção

É fundamental evitar que o jovem experimente cigarros, pois se o fizer terá uma probabilidade de mais de 50% de tornar-se dependente. O que fazer? Educação. Controle da família e da escola. Aplicação da lei antifumo, particularmente a proibição da comercialização de produtos de tabaco para menores de idade e outras ações dirigidas aos jovens.⁽²¹⁾

Proteção

Proteger a população dos efeitos da fumaça ambiental do tabaco e das influências que levam a fumar, particularmente aquelas relacionadas ao grupo de convívio. Fiscalizar com rigor a lei antifumo que, entre outras normas, proíbe fumar em ambientes coletivos.⁽²¹⁾

Tratamento

Oferecer o tratamento a todos os fumantes que não conseguem parar de fumar por iniciativa própria e desejem parar de fumar. O custo-efetividade do tratamento é muito satisfatório, pois, quando uma pessoa deixa de fumar, ela ganha mais 10-15 anos de vida e com melhor qualidade, assim como há uma redução de 30-90% da ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis relacionadas ao tabaco. Ainda mais, o ex-fumante serve como exemplo e estímulo para os que ainda fumam.⁽²¹⁾

A cobertura e a abrangência dessas intervenções podem ser variáveis, mas se sabe que, dentre a população de fumantes do país, que é de cerca de 22 milhões, menos de 5% recebem tratamento fornecido pelo Ministério da Saúde. Por outro lado, a lei antifumo, de uma maneira ou de outra, atinge toda a população, tendo, portanto, abrangência direta ou indireta de 100%. A promoção de ambientes livres da fumaça de tabaco é a medida de maior efetividade para o controle do tabagismo na comunidade. O aumento de preços também alcança resultados significativos, pois aumentando-se o preço em 10%, reduz-se 4% no consumo.⁽²²⁾

REDES MULTIPLICADORAS

Para fazer frente e vencer essa pandemia que compromete mundialmente 1,3 bilhão de habitantes, o único caminho é a formação de uma grande rede que reúna o máximo de instituições e pessoas. A

OMS, através da conferência das partes, formalmente congrega esse conjunto pela sua experiência, condição política e de liderança mundial que propugnou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. No Brasil, o Ministério da Saúde (INCA), organizações não governamentais (como ACT+), entidades médicas (como SBPT) e outras Instituições locais dos Estados e Municípios desenvolvem seus programas de controle tendo como referência a Convenção-Quadro.

Registre-se que a Convenção-Quadro, recentemente, comemorou seus 10 anos de existência, e os resultados demonstram que suas metas de controle do tabagismo têm sido alcançadas nos 180 países que ratificaram o tratado e que estão adaptando ou construindo suas políticas e leis, conforme características nacionais.

PROGRAMA DE TRATAMENTO DO TABAGISMO

Esse tópico está baseado em várias referências.^(11,23-26) No planejamento inicial, sempre considerar a realidade do paciente, seu perfil sociocultural, aspectos comportamentais, crenças, tabus, temores, outras dependências e, muito especialmente, seu grau de motivação para a cessação do tabagismo e de dependência da nicotina. Definir o programa mais apropriado: individual, em grupo ou misto.

A duração do tratamento não deve ser inferior a três meses, mas pode variar muito conforme a situação individual e a relação médico-paciente.

Primeira fase do programa (intensiva, com objetivo da cessação)

Consultas semanais, no primeiro mês. Na primeira consulta, avaliar aspectos pessoais, histórico do tabagismo, grau de motivação e de dependência. Sintomas respiratórios ou de outra natureza. Solicitar exames de avaliação, conforme necessário e possível (por exemplo, radiografia do tórax e espirometria). Explicar o programa no seu conjunto, enfatizando os quatro passos básicos: (1) querer (ter desejo e motivação); (2) preparar-se (com apoio técnico, terapia cognitivo-comportamental [TCC], e, se necessário, medicamentos); (3) marcar o dia D (o dia da cessação; com isto, se estabelecerá um compromisso objetivo); e (4) manter (prevenção da recaída).

Na segunda consulta, revisar resultados de exames, completar dados necessários e expor com mais detalhes o programa. Enfatizar itens da TCC que se apliquem ao caso individual, particularmente aqueles relacionados à motivação e às mudanças comportamentais indispensáveis. Outros itens da TCC que devem ser trabalhados são os objetivos da cessação, benefícios, gatilhos, frustrações, mecanismos automáticos, mecanismos de gratificação, ambivalência e um plano de enfrentamento das causas mais comuns de recaída.

Avaliar a indicação de medicamentos e escolher o esquema terapêutico mais adequado. Marcar o dia D. Pode ser o da preferência do paciente: aniversário próprio, de alguém da família, das suas relações

afetivas ou ainda qualquer outra data relevante. É importante que esse dia esteja dentro das próximas três semanas, para evitar-se o retardamento da decisão que desmobilize o paciente da meta estabelecida. O primeiro objetivo do programa é que o dia D aconteça.

A terapia medicamentosa destina-se a reduzir os sintomas da síndrome de abstinência. Já a TCC destina-se a aspectos que muito interferem na cessação e na manutenção da abstinência: dependência psicológica, ansiedade, depressão, aspectos psicossociais, baixa autoestima, automatismos e gatilhos.

Segunda fase do programa (manutenção, com objetivo de evitar a recaída)

Após a cessação, focar o tratamento na preparação do paciente para os enfrentamentos que costumam surgir e frequentemente levam a lapsos e recaídas. Embora se considere que após um ano de abstinência o pior já tenha passado, deve-se manter o paciente alerta e sempre atento, pois mesmo após muitos anos ainda poderá haver o desejo de fumar e acontecer a recaída. Enfatizar que, ante quaisquer dificuldades, ele deve manter a abstinência e voltar à consulta ou fazer contato o quanto antes com seu médico ou com alguém da equipe para não perder o rumo do tratamento.

RECAÍDA

O medo da recaída ou a ocorrência da mesma precisam ser manejados objetivamente. O paciente precisa saber que muitos fumantes só conseguem parar de fumar efetivamente na enésima tentativa. Em média, são necessárias cinco. Se recair, deve voltar ao programa e, com apoio técnico, revisar e corrigir o que falhou. O importante é a persistência. Para o retratamento, podem ser necessários recursos até então não utilizados, como a combinação de diversos medicamentos, reforço na TCC e, obviamente, maior atenção e dedicação de ambos, paciente e médico.

AUXÍLIO AOS FUMANTES À DISTÂNCIA

As tecnologias de informação e comunicação oferecem o potencial de se combinarem às vantagens dos tratamentos intensivos, que são mais individualizados, e às intervenções de longo alcance, através da incorporação de respostas interativas, adaptando estratégias do contato pessoal. Pesquisas destacam o alto potencial das redes sociais na promoção da adoção de comportamentos mais saudáveis, incluindo a cessação tabágica. Projetos baseados na web que viabilizam apoio social através de fóruns, e-mails, e salas de bate-papo aumentaram em três vezes a chance de sucesso de fumantes motivados que lutam para vencer o tabagismo nos três primeiros meses.⁽²⁷⁻³⁰⁾

No Brasil, há um sistema computacional denominado *TratBem*,⁽²⁸⁾ que foi projetado para acompanhar o paciente nas várias fases de mudança de hábitos, fornecendo apoio social, informativo e psicológico através de mensagens automáticas ou individualizadas.

As diferentes mensagens podem ser liberadas para diferentes pacientes a depender do número de dias que faltam para o dia D ou após a data da parada. Durante a fissura, o paciente pode enviar mensagens e receber apoio diretamente do sistema, através de um profissional da equipe de suporte ou da sua própria rede de apoio. É importante enfatizar que pessoas de baixo poder aquisitivo podem se beneficiar desse sistema, utilizando somente os serviços através de SMS. Esse recurso de suporte ao tabagista em processo de cessação tem sido apresentado e demonstrado em eventos nas áreas de ciências da computação, informática médica e de saúde. Esse sistema possibilita a interação entre pacientes, familiares, amigos e profissionais de saúde num trabalho colaborativo para vencer a adição tabágica.⁽³⁰⁾

TABAGISMO E DPOC

O tabagismo é o principal fator relacionado com a DPOC, e seu mecanismo de ação se dá via cascata inflamatória que envolve células epiteliais, macrófagos, fibroblastos e citocinas, como IL-4, IL-5, TNF- α e outras, que, juntamente com os neutrófilos e a ação da elastase neutrofílica, resultam em destruição das paredes alveolares, fibrose das pequenas vias aéreas e hipersecreção mucosa. Essa tríade é a base dos principais sintomas da DPOC: dispneia, tosse e expectoração. Esses sintomas causam progressiva e marcante incapacidade com rápida deterioração da qualidade e da expectativa de vida.

Fletcher e Peto⁽³¹⁾ em seu estudo demonstraram que a perda de função pulmonar se torna mais lenta após a cessação do tabagismo, mesmo que essa ocorra aos 65 anos. Anthonisen et al.⁽³²⁾ concluíram que, após 11 anos de seguimento, os pacientes que continuaram fumando tinham um VEF₁ inferior ao dos que cessaram o tabagismo.

Em interessante meta-análise conduzida por Tønnesen,⁽³³⁾ com estudos randomizados fase III em pacientes com DPOC para a avaliação de broncodilatadores e corticoides inalatórios, a prevalência de tabagistas ativos variava de 38-77%.

A espirometria é um exame obrigatório para pacientes com mais de 40 anos que procuram atendimento para parar de fumar. Godoy et al.⁽³⁴⁾ apontam que 30% dos pacientes atendidos num programa de cessação do tabagismo tinham DPOC.

O cálculo da idade pulmonar, que na DPOC é superior a da idade cronológica, pode ser um fator motivador para a cessação.⁽³⁵⁾

O paciente deve estar motivado e ter superado aspectos ambivalentes em favor da cessação do tabagismo antes de iniciar o tratamento medicamentoso. Os mesmos protocolos medicamentosos utilizados para a população em geral devem ser usados para os pacientes tabagistas com DPOC. A cessação do tabagismo resulta em redução da dispneia, interrupção da progressão da DPOC e da frequência das exacerbações.^(11,35,36)

“ADVOCACY”

A palavra *advocacy* não tem uma tradução adequada para o português. Poderia ser “o processo de convencimento benéfico de pessoas de grande influência decisória em determinado setor de interesse” ou algo semelhante. Porém, a melhor definição parece ser “um conjunto de atividades planejadas com o objetivo de transformar certas condições de modo a alcançar circunstâncias melhores, podendo envolver o esforço para mudar percepções, atitudes e/ou políticas, sejam elas escritas ou não”.

As lideranças das instituições governamentais precisam estar informadas com dados atualizados e objetivos sobre o tabaco e o tabagismo. Precisam ter ciência de que os dias das exportações bilionárias da folha do tabaco estão contados, e os setores ligados a esse comércio, particularmente os pequenos agricultores, precisam ser preparados para a migração de cultivo e as demais mudanças necessárias. Também precisam saber que, entre as medidas já definidas pela Lei Antifumo, as mais eficazes e de resultados mais imediatos são a elevação de preços e a promoção de ambientes 100% livres de tabaco.

OS PNEUMOLOGISTAS E A SBPT NO CONTROLE DO TABAGISMO

Estas considerações se estendem a todos os médicos e outros profissionais da saúde. Tudo começa com a atitude pessoal. Não fumar. Ser modelo de comportamento saudável. Promover incessantemente ambientes 100% livres do tabaco. Posicionar-se fortemente contra o tabagismo. Aconselhar sempre as pessoas a não fumar. Finalmente, incentivar continuamente a prática de um estilo de vida saudável, que inclui a prevenção e a cessação do tabagismo.

Nas consultas e interações com pacientes fazer as seguintes perguntas, pelo menos no primeiro contato: fuma? Quer parar? Como pretende? Quer auxílio?

Sempre propor ao paciente fumante um plano para a cessação e dizer-lhe com convicção “se você quiser parar de fumar, você vai parar, vamos juntos achar o caminho”.

Considerar as diversas maneiras de parar de fumar:

- Iniciativa própria, sem orientação profissional específica
- Intervenção breve, com aconselhamento e acompanhamento por médico ou outro profissional da saúde
- Tratamento segundo diretrizes recomendadas por instituições de referência (INCA, SBPT, *American Thoracic Society*, *European Respiratory Society*), utilizando recursos como TCC e medicamentos (terapia de reposição da nicotina, bupropiona, vareniclina, etc.). nesse caso, sempre com orientação médica
- Programa de Tratamento Multidisciplinar, estruturado, com a participação de profissionais de diversas áreas, utilizando os mesmos recursos que

a modalidade anterior, mas com maior experiência dos profissionais nos seus respectivos setores

A SBPT, através de suas sucessivas Diretorias e com o envolvimento direto da Comissão de Tabagismo, vem promovendo desde o I Congresso Brasileiro de Tabagismo da SBPT de 2005, o debate sobre a necessidade de aprovação da “Área de Atuação”, ou simplesmente a “Habilitação em Tabagismo”. Essa habilitação contemplaria um grande número de pneumologistas que atuam no tratamento do tabagismo, como também propiciaria que outros especialistas, como cardiologistas, clínicos gerais, psiquiatras e pediatras, pudessem atuar como habilitados na prevenção e no tratamento do tabagismo.

Para tanto, a SBPT vem realizando cursos de capacitação em abordagem do fumante durante seus congressos nacionais, regionais e estaduais, assim como nos programas de educação continuada.

Esta proposta atende à definição de modalidade de organização de trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades.

A aprovação desse pleito se justifica por ser o tabagismo a principal causa evitável de adoecimento, incapacidade e morte no mundo e no nosso país. No Brasil há cerca de 22 milhões de fumantes, que geram um custo de 21 bilhões de reais aos cofres públicos, a cada ano, tão somente com o tratamento das doenças relacionadas ao consumo do tabaco.⁽³⁷⁾

Na proposta mais recente submetida à AMB consta um protocolo básico para a abordagem intensiva do tabagista em 12 semanas, com avaliações clínicas ambulatoriais e acompanhamento individual e/ou em grupo de tratamento. A periodicidade poderá ser semanal ou quinzenal, não excedendo o limite de sete consultas. Os portes dos procedimentos seriam os seguintes, pela tabela da AMB: consulta médica ambulatorial (porte 2B) e visita médica a tabagista hospitalizado, com síndrome de abstinência (porte 2A).

A abordagem intensiva do paciente tabagista será um procedimento com código específico, o qual não inclui consultas para outras intercorrências clínicas. Em função de o tabagismo ser uma doença suscetível de recaída, há que se considerar para esse procedimento a necessidade de favorecer o retorno do paciente tabagista para retomar a abordagem intensiva em nova tentativa para deixar de fumar, mediante justificativa médica.

Na proposta enviada pela SBPT foi incluída também a medição de monóxido de carbono no ar exalado (COex), categorizado como porte 1A (similar à oximetria não invasiva).

Uma vez aprovada a criação da “Habilitação em Tabagismo”, um programa de capacitação e certificação junto à AMB deverá ser colocado em prática para que os profissionais médicos habilitados possam se credenciar a atuar junto às operadoras, seguradoras e cooperativas de planos da saúde suplementar e privada. A SBPT, que já vem desenvolvendo cursos

para os pneumologistas, apresentou uma proposta com requisitos e conteúdos básicos para a capacitação e a certificação de médicos junto à AMB.

AÇÕES DAS SOCIEDADES REGIONAIS

Os pneumologistas desempenham um importante papel na motivação para que o fumante deixe de fumar, na orientação terapêutica e no acompanhamento dos pacientes. As Sociedades Regionais, como não poderia ser diferente, reforçam localmente as campanhas nacionais no controle do tabagismo. Para estimular os colegas pneumologistas a atuar mais efetivamente, esses devem implementar a abordagem ao fumante durante as consultas nas suas clínicas particulares, nos hospitais, nas unidades de saúde pública e nas universidades, estabelecendo parcerias com os setores públicos e privados na organização de núcleos de tratamento e de prevenção do tabagismo.

Devem, outrossim, ser porta-vozes na orientação ao público leigo sobre os malefícios do tabagismo, abordando esta problemática em datas comemorativas alusivas ao tabaco (Dia Mundial sem Tabaco, Dia Nacional de Combate ao Fumo, Dia Mundial da DPOC, Dia Mundial da Asma, Dia Nacional de Combate ao Câncer, etc.) por meio dos diversos veículos de comunicação. Promover eventos para setores leigos da comunidade, como competições esportivas, ações educativas em shopping centers e supermercados. Participar ativamente nos encontros científicos em simpósios, congressos e fóruns é outra forma de estímulo, já que são palco de profícuas discussões sobre o tabagismo como forma de educar mais pessoas, aumentando o impacto das campanhas com foco nos formadores de opinião para apoio a essas ações. Pode-se citar também a busca pela formação de parcerias com as instituições de ensino fundamental, médio e de graduação em área médica, bem como nos programas de residência médica.

Por fim, mas não menos importante, trabalhar com os diversos programas da Atenção Básica nos seus diversos núcleos de complexidade (programas de hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase, adolescentes e crianças), incorporando a esses departamentos as condutas e práticas da abordagem para cessação tabágica, visando o cuidado integral para a comunidade.

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS QUE PODEM SER ÚTEIS PARA A CESSAÇÃO

A rotina básica recomendada pelas Diretrizes para Cessação do Tabagismo⁽²⁶⁾ é solicitar radiografia de tórax, espirometria antes e depois de prova bronco-dilatadora, eletrocardiograma, hemograma completo e bioquímica sérica e urinária. Medidas de COex e de cotinina (urinária, sérica ou salivar) são úteis na avaliação e no seguimento do fumante e devem ser utilizadas quando disponíveis. Os exames servem como fatores motivadores da cessação.

A TC de tórax, dependendo das condições disponíveis, pode ser útil no protocolo do tabagista, especialmente para a detecção precoce de condições relacionadas com o tabagismo, como câncer de pulmão, DPOC e bronquiolite respiratória. Em um ensaio clínico randomizado realizado na Dinamarca, com 4.104 tabagistas motivados para cessação, incluídos em um programa de cessação e divididos em dois grupos: com e sem rastreamento para câncer de pulmão por TC de tórax.⁽³⁸⁾ Após um ano, as taxas de cessação e de recaída foram semelhantes entre os dois grupos. Contudo, o subgrupo dos que apresentaram achados na TC inicial e que precisaram repetir a TC de tórax após três meses teve uma maior taxa de cessação e uma menor taxa de recaída que os outros. A TC de tórax se revela uma abordagem com boa relação custo-benefício para o rastreamento de pacientes de alto risco quando realizada com baixas doses de radiação. Nos países com escassos recursos logísticos e/ou financeiros, sua indicação ficará condicionada aos recursos disponíveis.⁽³⁹⁾ Deve-se considerar que, quando um paciente é submetido a TC de tórax, isso pode significar uma preocupação com a saúde, que é um fator motivador e uma oportunidade para cessação do tabagismo.⁽⁴⁰⁾

A espirometria deve ser feita sempre que possível, pois possibilita o diagnóstico precoce da DPOC. Também, pode auxiliar como determinante da "idade funcional" do paciente projetada pelos valores espirométricos. Por exemplo, após avaliar um fumante, pode-se dizer ao paciente: "sua função pulmonar deveria corresponder à esperada para sua faixa etária, mas pelos valores observados, ela equivale ao previsto para quem tem 20 anos mais do que você".

A medição de COex pode ser de auxílio principalmente para mostrar ao paciente que resultados acima de 6 ppm indicam que ele ainda está fumando. Durante o processo de cessação, sua redução pode influenciar muito o fumante. Uma medida elevada, ao acaso, pode ser um meio de chamar a sua atenção e motivá-lo para a cessação do tabagismo.^(25,26)

CIGARRO ELETRÔNICO E NARGUILÉ

A posição da SBPT sobre cigarros eletrônicos é a seguinte: até que surjam estudos consistentes de segurança e eficácia para as indicações propostas, não pode ser autorizada sua comercialização, devendo vigorar as mesmas normas de controle aplicadas a cigarros e outros produtos fumígenos. Da mesma forma, para o uso de narguilé e de outras formas fumígenas que venham a surgir, pelos seus riscos, que se apliquem as mesmas normas.

Existem centenas de "marcas" de cigarros eletrônicos, com as mais variadas características e composições e sem avaliações de fiscalização. Portanto, sua regulação será impossível!

Formas de exposição não param e proliferam: temos agora o cigarro eletrônico e o narguilé. Ambos entram no vácuo dos cigarros, podendo fragilizar as ações já

conquistadas para o controle do tabagismo. Deve-se manter o mesmo olhar que aprendemos a ter frente ao cigarro. As empresas do tabaco já estão dominando esse setor. Porque será? Projeta-se que o lucro cessante pela redução na venda de cigarros seja substituído pela comercialização dos cigarros eletrônicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pneumologistas e todos os profissionais da saúde precisam dar a máxima atenção aos pacientes fumantes e aos jovens que ainda não fumam, pois a prevenção, primária e secundária, são prioridades. Fazer uma intervenção breve, por pouco tempo que seja, já será uma grande contribuição, pois essa é a de melhor custo-benefício. No outro extremo está a dedicação mais focada do pneumologista ao setor, o "tabacologista", que cuida de fumantes de maneira individual ou em grupo, em uma equipe multidisciplinar.

Atualmente, dispõe-se de recursos muito eficazes para o tratamento dos fumantes, e os pneumologistas precisam estar informados e treinados para esse objetivo. A Comissão de Tabagismo da SBPT estará sempre disponível para ajudar.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o trabalho de todos que sempre colaboram com a Comissão de Tabagismo da SBPT, particularmente aos ex-coordenadores da comissão e a todos que, mesmo anonimamente, contribuem para o controle do tabagismo. Também agradecemos aos diretores da SBPT que sempre apoiam e incentivam a continuação da luta antitabágica, que não tem fim. Em especial, agradecemos aos funcionários da SBPT que não medem esforços para que nossos projetos e ações se realizem com a maior presteza e a melhor qualidade possível.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República. Ministério da Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei N° 12.546. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil (Dec 14 2011).
2. Pneumoimagem [homepage on the Internet]. São Paulo: Pneumoimagem [updated 2016 Jul 27; cited 2016 May 8]. Carta de Gramado: Manifesto sobre o Controle do Tabagismo; [about 3 screens]. Available from: http://www.pneumoimagem.com.br/noticia_destaque.asp?idnot=175
3. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004;328(7455): 1519. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38142.554479.AE>
4. Campaign for Tobacco-Free Kids [homepage on the Internet]. Washington, DC: the Campaign [cited 2016 May 8]. U.S. District Judge Gladys Kessler's Final Opinion: Summary of Findings Against the Tobacco Industry, USA, 2006 [Adobe Acrobat document, 3p.]. Available from: https://www.tobaccofreekids.org/content/what_we_do/industry_watch/doj/FinalOpinionSummary.pdf
5. World Health Association [homepage on the Internet]. Geneva: WHO [updated 2005; cited 2016 May 8]. Framework Convention on Tobacco Control. [Adobe Acrobat document, 44p.]. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>
6. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) [homepage on the Internet]. Rio de Janeiro: INCA; c2016 [cited 2016 May 8]. Programa Nacional de Controle do Tabagismo [about 2 screens]. Available from: <http://www1.inca.gov.br/tabagismo>
7. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) [homepage on the Internet]. Rio de Janeiro: INCA; c2016 [cited 2016 May 8]. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco [about 2 screens]. Available from: <http://www.inca.gov.br/observatoriotabaco/>
8. Aliança de Controle do Tabagismo (ACT) [homepage on the Internet]. São Paulo: ACT [cited 2016 May 8]. Tabagismo [about 2 screens]. Available from: <http://www.actbr.org.br/tabagismo/>
9. Associação Médica Brasileira; Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Aliança de Controle do Tabagismo. Evidências Científicas sobre Tabagismo para Subsídio ao Poder Judiciário [monograph on the Internet]. São Paulo: Associação Médica Brasileira; 2013 [cited 2016 May 8]. [Adobe Acrobat document, 185p.]. Available from: http://S/evidencias_cientificas_sobre_tabagismo_para_subsidio_ao_poder_judiciario/files/assets/common/downloads/publication.pdf
10. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction and therapeutics. *Ann Rev Pharmacol Toxicol*. 1996;36:597-613. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.pa.36.040196.003121>
11. Corrêa da Silva LC, coordenador. Tabagismo. In: *Pneumologia: Princípios e Prática*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
12. World Health Organization [homepage on the Internet]. Geneva: WHO; c2016 [cited 2016 May 8]. Global Status Report on noncommunicable diseases 2014. [Adobe Acrobat document, 302p.]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf
13. Asma S, Song Y, Cohen J, Eriksen M, Pechacek T, Cohen N, et al. CDC Grand Rounds: global tobacco control. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2014;63(13):277-80.
14. Lightwood JM, Glantz SA. Declines in acute myocardial infarction after smoke-free laws and individual risk attributable to secondhand smoke. *Circulation*. 2009;120(14):1373-9. <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.870691>
15. Magnus MC, Håberg SE, Karlstad Ø, Nafstad P, London SJ, Nystad W. Grandmother's smoking when pregnant with the mother and asthma in the grandchild: the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Thorax*. 2015;70(3):237-43. <http://dx.doi.org/10.1136/thoraxjnl-2014-206438>
16. Carter BD, Abnet CC, Feskianich D, Freedman ND, Hartge P, Lewis CE et al. Smoking and mortality—beyond established causes. *N Engl J Med*. 2015;372(7):631-40. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa1407211>
17. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) [homepage on the Internet]. Rio de Janeiro: ENSP [updated 2015 Jul 9; cited 2016 May 8]. Lançado o Relatório da OMS sobre a Epidemia Global de Tabagismo 2015; [about 3 screens]. Available from: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/38099>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) 1989 - Arquivo de Dados da Pesquisa. Brasília: INAN/Ministério da Saúde; 1990.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [homepage on the Internet]. Rio de Janeiro: IBGE [cited 2016 May 8]. Pesquisa nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências—Brasil, grandes regiões e unidades da federação. [Adobe Acrobat document, 104p.]. Available from: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>
20. Herzog B, Gerber J, Scott A, Wells Fargo Securities. "Tobacco Talk"—Q4 U.S. Vapor Retailer Survey Company [monograph on the Internet]. San Francisco: Wells Fargo Securities LLC; 2014 [cited 2016 May 8]. [Adobe Acrobat document, 18p.]. Available from: <http://www.ecigarette-politics.com/files/4q14-wells-fargo.pdf>
21. World Health Organization. Geneva: World Health Organization. Report on the global Tobacco Epidemic 2008: The MPOWER package; 2008.
22. Brecher E, van Walbeek C. An Analysis of Cigarette Affordability [monograph on the Internet]. Paris: International Union Against

- Tuberculosis and Lung Disease; 2008 [cited 2016 May 8]. [Adobe Acrobat document, 36p.]. Available from: http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/en/TAX_Cigarette_affordability_report_en.pdf
23. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence: 2008 update [monograph on the Internet]. Rockville: US Department of Health and Human Services; 2008. [cited 2016 May 8]. [Adobe Acrobat document, 276p.]. Available from: <http://bphc.hrsa.gov/buckets/treatingtobacco.pdf>
 24. Viegas CAA, editor. Tabagismo: do diagnóstico à Saúde Pública. São Paulo: Atheneu; 2007.
 25. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT); Araújo AJ, editors. Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo. São Paulo: Gen/AC Farmacêutica; 2012.
 26. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CM, Godoy I, Chatkin JM, Sales MP, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo da SBPT: 2008. J Bras Pneumol. 2008;34(10):845-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132008001000014>
 27. Cassell M, Jackson C, Cheuvront B. Health communication on the Internet: an effective channel for health behavior change? J Health Commun. 1998;3(1):71-9. <http://dx.doi.org/10.1080/108107398127517>
 28. Oliveira F, Sales MP, Fonteles J, Silva N, Pereira F, Melo J, et al. Apresentando o TratBem: Suporte Social, Informacional e Psicológico ao Tabagista. Proceedings of the 15th Workshop de Informática Médica, XXXV Congresso da Sociedade Brasileira de Computação; 2015 Jul 20-23; Recife, Brasil.
 29. Oliveira F. From quitlines to smartphones: a new paradigm? Anales del 4º Congreso Latinoamericano y del Caribe Tabaco o Salud; 2014 Mar 26-28; San José, Republica Dominicana.
 30. Sales MP, Oliveira FM, Melo JF. Promoting social, informational and social support 24/7, uniting patients, family, friends and health professionals to fight tobacco addiction. Anales del 4º Congreso Latinoamericano y del Caribe Tabaco o Salud; 2014 Mar 26-28; San José, Republica Dominicana.
 31. Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. Br Med J. 1977;1(6077):1645-8. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.1.6077.1645>
 32. Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years. Am J Respir Crit Care Med. 2002;166(5):675-9. <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.2112096>
 33. Tonnesen P. Smoking cessation and COPD. Eur Resp Rev. 2013;22(127):37-43. <http://dx.doi.org/10.1183/09059180.00007212>
 34. Godoy Id, Tanni SE, Coelho LS, Martin Rdos S, Parenti LC, Andrade LM, et al. Smoking cessation program as a tool for the early diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease. J Bras Pneumol. 2007;33(3):282-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132007000300009>
 35. Rigotti NA. Smoking cessation in patients with respiratory disease: existing treatments and future directions. Lancet Respir Med. 2013;1(3):241-50. [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(13\)70063-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(13)70063-8)
 36. Jiménez-Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Altet Gómez N, Lorz Blasco JJ, Signes-Costa Miñana J, Solano Reina S, et al. Treatment of smoking in smokers with chronic obstructive pulmonary disease. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Arch Bronconeumol. 2013;49(8):354-63. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.02.005>
 37. Pinto MT, Pichon-Riviere A, Biz A, Schluckbier L, Araújo AJ. Relatório Final: Carga das doenças tabaco-relacionadas para o Brasil [monograph on the Internet]. São Paulo: Aliança de Controle do Tabagismo; 2012 [cited 2016 May 8]. [Adobe Acrobat document, 41p.]. Available from: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/721_Relatorio_Carga_do_tabagismo_Brasil.pdf
 38. Ashraf H, Tønnesen P, Holst Pedersen J, Dirksen A, Thorsen H, Døssing M. Effect of CT screening on smoking habits at 1-year follow-up in the Danish Lung Cancer Screening Trial (DLCST). Thorax. 2009;64(5):388-92. <http://dx.doi.org/10.1136/thx.2008.102475>
 39. van Beek EJ, Mirsadraee S, Murchison JT. Lung cancer screening: Computed tomography or chest radiographs? World J Radiol. 2015;7(8):189-93. <http://dx.doi.org/10.4329/wjr.v7.i8.189>
 40. Styn MA, Land SR, Perkins KA, Wilson DO, Romkes M, Weissfeld JL. Smoking behavior 1 year after computed tomography screening for lung cancer: Effect of physician referral for abnormal CT findings. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2009;18(12):3484-9. <http://dx.doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-09-0895>