

# *O tabagismo em uma perspectiva biopsicossocial: panorama atual e intervenções interdisciplinares*

Carolina Ribeiro Seabra\*  
Hila Martins Campos Faria\*\*  
Fabiane Rossi dos Santos\*\*\*

## **RESUMO**

O presente artigo busca, por meio de revisão bibliográfica, compreender o tabagismo e mostrar a eficácia das possíveis intervenções a partir da ótica da interdisciplinaridade. Para tanto, inicialmente foi apresentado o tabagismo de forma histórica, relacionando-o às questões de saúde pública. Posteriormente, foram enfatizados os aspectos biopsicossociais envolvidos na dependência, de modo a fornecer subsídios à investigação sobre a pertinência de uma abordagem mais completa através da interdisciplinaridade. Diante de tais considerações, foram expostas as possibilidades de intervenção no tabagismo, relacionando-as à intervenção interdisciplinar e enfatizando a importância de um profissional nesse contexto. Assim, a inserção do psicólogo na equipe de saúde envolvida no combate ao tabagismo é de grande importância para que sejam abordadas as questões subjetivas que mantêm a dependência à droga. O estudo deste tema é de grande relevância, uma vez que a abordagem biopsicossocial pode ser um importante recurso tanto na prevenção como no tratamento do tabagismo, hoje considerado um sério fator de risco para a saúde da população.

**Palavras-chave:** Tabagismo. Interdisciplinaridade. Saúde Pública. Psicologia.

## **ABSTRACT**

This article seeks to understand the smoking and the possible interventions from the perspective of interdisciplinarity. Was studied through a literature

\* Especializanda em Psicologia Médica pela UFJF (2009-2010), Graduação em Psicologia CES/JF. Centro de Ensino Superior de JF/ Hospital Universitário da UFJF

\*\* Especialista em Políticas Públicas e Saúde Coletiva/ UFJF, Graduação em Psicologia CES/JF

\*\*\* Doutoranda em Saúde Brasileira pela UFJF, Mestrado em Saúde Brasileira/ UFJF, Graduação em Psicologia CES/JF

review on the effectiveness of that approach to smoking. For this purpose it was originally presented on smoking history, relating it to the public health issues. Subsequently, we emphasized the psychosocial aspects involved in addiction, to provide grants for research on the appropriateness of a more comprehensive approach through relationship. Given these considerations, we exposed the possibilities of intervention on smoking, relating them to the disciplinary action and emphasizing the importance of the psychologist in this context. The integration of psychologists in the health team involved in the fight against smoking is of great importance to the subjective questions and addressed to maintain the dependence on drugs. The study of this topic is of great importance, since the biopsychosocial approach may be an important resource both in prevention and in treatment of smoking, now considered a major risk factor for the health of the entire population.

**Keywords:** Smoking. Interdisciplinarity. Public Health. Psychology

## 1 INTRODUÇÃO

Durante muitos anos o tabagismo foi visto como um símbolo relacionado a status e independência na sociedade, principalmente das mulheres. Atualmente, causas diversas fazem o indivíduo fumar e permanecer no seu vício, mesmo quando compreendem todos os males que o cigarro acomete. O hábito de fumar pode ser considerado uma forma de obter segurança e evidência de auto-afirmação, fatores essenciais à existência das pessoas. Assim, jovens, o principal alvo da indústria tabágica, começam a fumar como forma de rebeldia, visando ter independência, ou até mesmo por reprodução, com o intuito de inclusão no grupo. (CARVALHO, 2000)

A doença responde hoje por aproximadamente 5 milhões de mortes anuais, sendo 40% a 45% de todas as mortes por câncer, 90% das mortes de câncer de pulmão, 75% das mortes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), 35% das mortes por doenças cardiovasculares, além das aposentadorias precoces, e outros motivos de afastamento do trabalho, o que acarreta um impacto econômico, ou seja, uma perda global de aproximadamente 2 bilhões de dólares por ano. (BRASIL, 2001)

O hábito tabágico é considerado uma patologia complexa que acomete vários campos na vida do indivíduo. Portanto sua abordagem requer a interação de vários saberes que se interagem e se potencializam, visando abranger toda sua complexidade. (PRESMAN; CARNEIRO; GIGLIOTTI, 2005)

Dessa forma, para ampliar a abrangência dos aspectos relacionados

ao humano, evitando a fragmentação decorrente das diversas áreas do conhecimento, bem como a especialização dos profissionais, surge a interdisciplinaridade. Com uma visão interdisciplinar se faz possível uma comunicação entre as disciplinas e a produção de uma realidade mais dinâmica, menos voltada a saberes isolados. (Vilela; Mendes, 2003).

A partir desse pressuposto, o trabalho interdisciplinar surge como uma alternativa para abordar a complexidade do tabagismo, cuja interação dos saberes traz ao paciente uma forma mais integral de tratamento. (PRESMAN; GIGLIOTTI, 2006).

Este artigo tem o objetivo de compreender o tabagismo, abordando sua complexidade e as possíveis intervenções a partir da ótica interdisciplinar. Será apresentada na revisão bibliográfica a eficácia da atuação interdisciplinar para a abordagem no tratamento do tabagismo.

## **2 DO TABACO AO TABAGISMO**

Durante alguns séculos, o tabaco foi difundido como dotado de potencialidades medicinais, capaz de curar doenças, tais como reumatismo, doenças do fígado e intestino e até mesmo bronquite. (BRASIL, 2001).

Com o passar do tempo, o fumo foi conquistando espaço cada vez maior. O comportamento de fumar era uma representação social positiva e reforçadora do vício, sinônimo de liberdade, elegância e sucesso. Ao longo dos anos e com a modernização dos meios de comunicação, a propaganda tornou-se mais intensa e com o maior acesso de toda população. (CARVALHO, 2000)

A partir da constatação de que a fumaça do cigarro é composta por mais de 4 mil propriedades químicas tóxicas, dentre as quais se encontra a nicotina, substância responsável pela consolidação da dependência, o tabagismo passou então a ser considerado doença, segundo a Classificação Internacional das Doenças (F 17.2), nomeada de "Transtorno mental e de comportamento decorrente do uso de tabaco – síndrome da dependência" (CLASSIFICAÇÃO..., 2001, p. 69-70). Segundo Carvalho (2000) a dependência é caracterizada como a necessidade compulsiva do uso da droga, sendo considerado um processo complexo que envolve uma série de fatores relacionados à farmacologia, personalidade, comportamento e aspectos culturais e sociais.

A síndrome de dependência decorre do desenvolvimento de um conjunto de fenômenos comportamentais, fisiológicos e cognitivos, atrelado a um desejo incessante de consumir a droga novamente, mesmo sabendo de suas consequências ao bem estar das pessoas do seu convívio, bem como à

própria saúde. (CLASSIFICAÇÃO..., 2001, p. 69-70).

Segundo o Ministério da Saúde (2001), o avanço da ciência permitiu que o tabagismo fosse reconhecido como um dos causadores de uma série de doenças muitas vezes fatais como o câncer. Tal reconhecimento proporcionou uma mudança no paradigma do tabagismo, associado anteriormente com independência e status, hoje tratado como doença.

O câncer é uma das doenças cujo fumo ocupa lugar privilegiado de agente desencadeador, aumentando o risco dos fumantes para desenvolver a patologia em, pelo menos, oito localidades no corpo: pulmões, boca e faringe, laringe, esôfago, bexiga, pâncreas e fígado. O seu poder oncogênico traz uma relação de causa e efeito principalmente com o câncer de pulmão comprovada pela relação de dose-resposta entre os cigarros consumidos e a incidência da doença, pela distribuição demográfica dos tumores, bem como pela diminuição de óbitos por esse tumor específico nos ex-fumantes. (ROSEMBERG, 1981).

Pesquisas indicam que os fumantes adoecem cerca de 3,5 mais que os não-fumantes. Dentre as doenças provocadas pelo cigarro estão principalmente àquelas relacionadas ao sistema respiratório e cardiovascular (ROSEMBERG, 1981), conduzindo a patologias tais como doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, arteriosclerose e doenças vasculares periféricas. (CARVALHO, 2000).

Apesar das constantes campanhas contra a doença, as dificuldades relacionadas ao hábito de fumar são notórias. Os usuários da nicotina descrevem efeitos prazerosos ao fumar como redução da ansiedade, alívio do estresse e aumento na produtividade. Além de tais efeitos, existem algumas situações em que o fumante associa algum comportamento com o ato de fumar de forma a se condicionar a realizar a atividade e logo acender um cigarro. Circunstâncias como tomar café, sair com os amigos para o "*happy hour*" ou até mesmo realizar alguma atividade que possa exigir um pouco mais de atenção são momentos em que o fumo se torna quase obrigatório. Tais situações são denominadas por especialistas da área como "gatilhos" e apresentam-se como uma grande dificuldade nas tentativas de cessação do fumo. (CARVALHO, 2000).

### 3 TABAGISMO PASSIVO

O tabagismo passivo é definido pela inalação de fumaça de substâncias derivadas do tabaco, por indivíduos que não fumam, através da dispersão homogênea pelo ar, levando os fumantes a inalar a mesma concentração de substâncias tóxicas.

Um estudo sobre mortalidade atribuída ao tabagismo passivo realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) juntamente com o Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UERJ aponta que de cada 1.000 mortes por doenças cérebro-vasculares, 29 são atribuíveis à exposição à fumaça do tabaco. (INCA, 2008).

O tabaco expõe o fumante e todos os que convivem com ele, não só no que diz respeito à saúde, mas com relação ao modelo de comportamento idealizado. Alguns estudos mostram que a presença de fumantes em casa aumenta a probabilidade do tabagismo entre jovens.

De acordo com dos dados da OMS, o risco de câncer de pulmão entre não fumantes expostos à poluição tabagística ambiental é 30% maior do que entre os não expostos. A exposição à fumaça secundária já é uma causa estabelecida também para outras patologias como doenças isquêmicas do coração e doenças respiratórias em adultos, além de serem prejudiciais à respiração das crianças que têm contato direto, ocasionando asma e infecções respiratórias agudas. Pesquisas indicam que, em geral, cerca de sete brasileiros morrem ao dia por doenças provocadas pela exposição passiva ao tabaco, sendo a terceira principal causa de morte evitável, subsequente ao tabagismo ativo e ao consumo de álcool. (INCA, 2008).

#### **4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO**

Cavalcante (2005) aponta que as ações de controle do tabaco não devem ser voltadas exclusivamente para a dimensão do indivíduo, mas ter como foco principal todas as variáveis políticas, sociais e econômicas que possibilitam tantas pessoas começarem a fumar, bem como permanecerem no vício.

Baseando-se nessas questões, o Ministério da Saúde, através do INCA, vem articulando medidas, desde 1989, por meio do Programa Nacional de Controle de Tabaco (PNCT) sob a ótica da promoção e manutenção da saúde. Esse programa tem por objetivos: reduzir o início do consumo do tabaco, preconizar a cessação do tabagismo entre jovens, bem como destinar uma atenção especial ao tabagismo passivo.

No entanto, a legislação nacional sobre o fumo em ambientes fechados (Lei Federal nº 9.294/1996 e Decreto nº 2.018/1996) está defasada em relação às massivas e conclusivas evidências científicas, que apontam a impossibilidade das áreas destinadas exclusivamente ao consumo de fumígeno tabaco derivados de garantir isolamento e arejamento convenientes aos não fumantes.

As políticas de áreas livres de fumo se apresentam como a forma

mais econômica e efetiva de evitar as consequências da exposição à fumaça do tabaco. A simples separação de fumantes e não fumantes dentro de um mesmo espaço não elimina a exposição nem os sistemas de ventilação oferecem solução satisfatória à poluição tabagística ambiental.

Essa é a causa defendida no fórum de tabagismo passivo e legislação sobre ambientes livres de fumo no Brasil, ocorrido em 12 de setembro de 2007 na cidade do Rio de Janeiro, que propõe a alteração da lei federal acima mencionada, a fim de promover ambientes 100% livres da fumaça do tabaco em recintos coletivos e fechados. (INCA, 2009)

Dessa forma, segundo dados do INCA (2009) algumas cidades brasileiras como São Paulo (lei nº 13.451/2009), Rio de Janeiro (projeto de lei nº 2.325/2009), Juiz de Fora (lei nº 11.813 /2009), Goiânia (lei nº 8811/2009) e Salvador (lei nº 7651/2009), preocupadas com a saúde da população, adotaram medidas de proteção contra a exposição à fumaça do tabaco, através de leis municipais antifumo. Outras regiões como Curitiba, Recife e Paraná seguem pelo mesmo caminho, através de projetos de leis. A Legislação visa coibir o uso do cigarro em recinto coletivo, públicos e privados, bem como nas áreas fechadas de locais de trabalho, onde ocorre o trânsito, a circulação, a convivência e/ou a permanência de pessoas. Entre os locais de proibição estão áreas internas de bares e restaurantes, casas noturnas, ambientes de trabalho e áreas comuns fechadas de condomínios.

A fiscalização fica a cargo da Vigilância Sanitária Municipal, que poderá ser auxiliada nessas funções pela Vigilância Sanitária Estadual e/ou outros fiscais da Prefeitura, sendo previstas penalidades (advertências, multas e interdição) para os estabelecimentos que descumprirem as normas estabelecidas. (INCA, 2009)

Constata-se que essa é uma tendência internacional. Espanha, Uruguai, México, Irlanda, França, Suécia, Holanda, Itália, Turquia, Nova York, Paris e Buenos Aires já adotaram com sucesso medidas similares. As leis antifumo visam o combate aos males causados pelo tabagismo, principalmente em relação ao fumo passivo. (INCA, 2009).

## 5 ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS ATRELADOS AO VÍCIO

Entende-se por aspectos biopsicossociais aqueles relacionados à completude do indivíduo, proporcionando uma visão integral do ser e do adoecer, compreendendo as dimensões física, psicológica e social. No que diz respeito a tabaco-dependência, percebe-se que, além da dependência física provocada pela nicotina, existem outros fatores que devem ser considerados no manejo do trabalho com o fumante.

A dependência do tabaco é um processo extremamente complexo que envolve farmacologia, fatores sociais, hábitos adquiridos ou condicionados e também características de personalidade do indivíduo. (RONDINA; MORATELLI; BOTELHO, 2001).

Relacionado aos aspectos sociais e econômicos, desde o início da expansão do tabagismo era observada uma maior prevalência entre pessoas das classes sociais mais abastadas. Esse número foi progressivamente se invertendo e atualmente a população de baixa renda e menor escolaridade tem sido mais exposta, em decorrência da desinformação e dos problemas sociais geradores de grande sofrimento.

Com referência aos aspectos psicológicos, a experimentação e o início do hábito de fumar estão comumente atrelados a questões comportamentais como reivindicação e rebeldia do adolescente, afirmação de maturidade frente à sociedade, desafio às autoridades, bem como associação a independência e sucesso. (CHATKIN, 2006).

## **6 COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS**

Segundo Rondina, Botelho e Gorayeb (2002) a correlação entre as comorbidades psiquiátricas e o fumo se apresenta de forma efetiva, confirmando que tal consumo se faz mais presente em pacientes psiquiátricos que na população em geral.

A relação existente entre o consumo de tabaco e a depressão pode ser vista de diferentes formas. Sugere-se que o tabagismo auxilia na automedicação de sintomas relacionados ao humor, bem como em sentimentos de tristeza e angústia. Outra forma com as quais os sintomas depressivos podem estar relacionados com o consumo é a alteração dos sistemas neuroquímicos associados à regulação de humor pela ingestão da nicotina. Existem evidências de que o tabaco e a depressão influem-se mutuamente, além dos outros fatores biopsicossociais contribuírem para a expressão de ambos. (RONDINA; BOTELHO; GORAYEB, 2002).

A ocorrência da depressão em fumantes é constatada principalmente quando pacientes procuram o tratamento para deixar o vício. Foram realizadas investigações no intuito de estabelecer uma relação causal, traduzidas em três hipóteses. A primeira apontava que alterações funcionais, desencadeantes da depressão, eram resultado da dependência. Outra hipótese dizia que pacientes com sintomas depressivos procurariam na nicotina o alívio dos sintomas. E a terceira hipótese alegava que ambas não seriam doenças relacionadas, mas provocadas por um fator que as predispõe. Os autores não concluem a relação causal com tais hipóteses, o que nos leva a inferir que

todas elas podem ocorrer, em maior ou menor grau, de acordo com a história de cada paciente (Malbergier; Oliveira Jr., 2005).

Malbergier e Oliveira Jr. (2005) constataram que cerca de 80% dos esquizofrênicos são fumantes e, comparado à população em geral, a incidência é cerca de três vezes maior. Ressaltam que o tabagismo nessa população tem maior gravidade quando associado à idade jovem, início precoce dos sintomas, maior número de hospitalizações e de utilização da medicação.

Pacientes com essa patologia relatam que fumar traz uma sensação de relaxamento propiciando a redução da ansiedade, dos sintomas psiquiátricos, do sofrimento psicológico e dos efeitos colaterais da medicação antipsicótica. A atenuação desses efeitos desagradáveis funciona ainda como reforçadora do vício. (RONDINA; BOTELHO; GORAYEB, 2002).

Outro transtorno que aponta uma correlação inversamente proporcional com a dependência é o TOC (transtorno obsessivo-compulsivo), cuja prevalência é menor que na população em geral. Indivíduos com esse transtorno apresentam atividade metabólica acentuada no Córtex frontal, contrastando com esquizofrênicos nos quais a atividade é reduzida nessa região cerebral. Vale ressaltar que obsessivo-compulsivos apresentam sintomas de preocupação exagerada, alto senso de responsabilidade, falta de espontaneidade e rituais de cuidado e limpeza, características muitas vezes de menor importância aos tabagistas. (RONDINA; BOTELHO; GORAYEB, 2002).

Munaretti e Terra (2007) realizaram uma pesquisa com pacientes psiquiátricos, na qual foi constatado que os transtornos de ansiedade têm uma frequência elevada entre pacientes ambulatoriais (75%), sendo os mais recorrentes a fobia específica e o transtorno de ansiedade generalizada. Dentre os transtornos de ansiedade citados estavam: Fobia específica, ansiedade generalizada, agorafobia, fobia social, transtorno de estresse pós-traumático e ansiedade induzida por substância, transtornos de pânico e obsessivo-compulsivo e o transtorno de ansiedade produzido por condição médica geral. No que diz respeito às comorbidades entre os entrevistados 39,28% apresentavam um transtorno de ansiedade, 23,81% possuíam características de dois transtornos de ansiedade, 10,71% para três e 1,19% para quatro transtornos de ansiedade. Do total desses pacientes 46,03% eram tabagistas.

Ainda com relação aos sintomas de ansiedade, Malbergier e Oliveira Jr. (2005) ressaltam que o uso da nicotina é uma prática considerada útil nas crises de pânico pela percepção dos efeitos sedativos da droga. Outro dado



importante trazido por tais autores é o de que a dependência do tabaco atrelada a fatores psicológicos tem expressiva importância no tratamento do fumante.

Apesar de observarem poucas informações, diante de poucas pesquisas nesse assunto, estudos também apontam uma possível relação entre o consumo do tabaco e o Transtorno de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Adultos que apresentam essa patologia têm maior prevalência no tabagismo e maior dificuldade na adesão ao tratamento para cessação do fumo (Malbergier; Oliveira Jr., 2005).

A associação com a doença de Alzheimer foi inicialmente descrita como de relação inversa. Porém estudos recentes de coorte (OTT et al., 1998 apud Malbergier; Oliveira Jr., 2005) sugerem que o tabagismo aumenta significativamente o surgimento de demências, particularmente o Alzheimer.

Portanto, percebe-se uma grande associação entre patologias psiquiátricas e o hábito de fumar, apontando a importância de uma intervenção que contemple as características de ordem psíquica no planejamento das ações terapêuticas para o tratamento do tabagismo.

## **7 POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO**

O processo de cessação do tabagismo pode ser realizado individualmente ou em grupo, por remédios e/ou por intervenção psicossocial não-medicamentosa. (PRESMAN, CARNEIRO, GIGLIOTTI, 2005).

O tratamento individual é realizado por profissionais de diversas áreas da saúde, proporcionando maior atenção às suas singularidades e dificuldades do fumante. Pode ser realizado de forma breve (abordagem breve), por meio do aconselhamento profissional nos ambulatórios e enfermarias de hospitais e ainda consultórios privados, bem como pode realizar-se de maneira prolongada (abordagem intensiva) através de sessões que visam trabalhar tanto as questões individuais que envolvem o hábito, quanto a alteração de comportamento, promovendo a mudança no estilo de vida do indivíduo (VIEGAS, 2006).

Fazendo um comparativo entre as abordagens, percebe-se que a intensiva é considerada uma intervenção mais eficaz pela sua atenção destinada aos vários aspectos envolvidos na dependência, de maneira mais integral, porém poucos fumantes são atingidos por essa forma de tratamento, ocasionando menor impacto social. Já a abordagem breve, mesmo com um pequeno percentual de sucesso, promove alto impacto social por acometer um número maior de fumantes, visto que é simples e pode ser realizada por qualquer profissional capacitado e em qualquer momento da assistência à

saúde. Vale ressaltar que, além da maior abrangência, é uma abordagem financeiramente mais viável, trazendo uma melhor relação custo-benefício. (VIEGAS, 2006).

O tratamento em grupo pode envolver até 25 pacientes, sendo esse número considerado extenso por alguns profissionais que optam por trabalhar com um número reduzido e uma equipe de saúde capacitada na abordagem ao fumante, tendo um profissional o papel de coordenador. O ambiente do grupo possibilita aos participantes uma troca de experiências, além do desenvolvimento de uma rede de apoio social extremamente importante no processo de cessação do tabagismo, auxiliando por meio da troca de experiências o fortalecimento dos recursos de enfrentamento do indivíduo. (MARQUES et al., 2001).

Na intervenção de grupo utiliza-se a abordagem intensiva composta de quatro ou cinco sessões, conforme proposta do INCA (2004), no programa denominado "Ajudando seu paciente a parar de fumar". Nessa modalidade de tratamento, deve-se realizar uma entrevista individual com cada participante antes que se iniciem as reuniões do grupo. Nesse caso, além dos aspectos abordados na entrevista realizada no tratamento individual (tais como: quantidade de cigarros ingerida/ dia, idade do início do consumo, entre outras), há também uma verificação se o tabagista se enquadra nos critérios de estar no grupo.

Além da entrevista, é importante que cada membro do grupo passe por uma avaliação médica para verificar o estado de saúde e também a existência de alguma comorbidade. Nesse momento, com o auxílio do teste de Fargeström<sup>1</sup>, a equipe avalia a necessidade da utilização da Terapia de Reposição Nicotínica (TRN) ou do medicamento como parte da intervenção. (PRESMAN, 2006).

A TRN é utilizada em pacientes com alto grau de dependência. Esse método tem por finalidade oferecer a nicotina sem as outras substâncias tóxicas encontradas no cigarro, visando minimizar os efeitos da abstinência no organismo. Quando o paciente inicia a utilização dessa modalidade terapêutica é necessário que interrompa abruptamente o uso do tabaco para que não haja intoxicação exógena por nicotina no organismo. (BRASIL, 2001).

<sup>1</sup> O teste de Fargeström é composto por seis perguntas com a função de verificar o grau de dependência do indivíduo através de questões relacionadas ao hábito de fumar (BRASIL, 2001).

## **8 A INTERDISCIPLINARIDADE E O TRATAMENTO**

A complexidade da sociedade e da cultura, dada a proliferação do conhecimento, que se encontra cada vez mais fragmentado, exige uma análise mais integrada e completa. Assim, a compreensão de um fenômeno social requer que todas as dimensões envolvidas sejam levadas em consideração. (VILELA; MENDES, 2003)

O conceito de interdisciplinaridade ainda não possui sentido único, podendo apresentar algumas divergências na literatura. Segundo Vilela e Mendes (2003), o fenômeno da interdisciplinarização se apresenta como resposta terapêutica à fragmentação do saber, caracterizando-se pela troca intensiva entre os especialistas e pelo alto grau de integração das disciplinas no interior de um projeto de pesquisa. Substitui a concepção fragmentária pela concepção unitária do ser humano.

Portella (1995 apud NUNES, 2002) ressalta que a interdisciplinaridade não se coloca como uma destruição de limites – considerando limite como uma fronteira rígida – mas sim, a valorização da linha divisória como enlace e cumplicidade produtivos, exigindo um esforço de desterritorialização.

O projeto interdisciplinar se desenvolve a partir da sensibilidade, envolvendo questionamentos sobre a pertinência das intervenções de cada disciplina, sendo chamado a construir um novo tipo de questionamento sobre o saber acerca do humano. Trata-se de constatar um esforço de aproximar, comparar, relacionar e integrar os saberes.

Uma pesquisa randomizada com pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), participantes de um programa interdisciplinar de reabilitação pulmonar, foi realizada por Godoy et al (2005) com o objetivo de analisar os efeitos da psicoterapia sobre os sintomas comportamentais e emocionais, relacionando-os à qualidade de vida e à capacidade de realização de exercício físico. No referido estudo, foram comparados três grupos de pacientes, sendo que o primeiro grupo (19 pacientes) recebeu atendimento integral – acompanhamento médico, físico e psicológico; o segundo (16 pacientes) recebeu o mesmo, porém sem o acompanhamento físico; e o terceiro grupo (14 pacientes) não teve assistência psicológica. Percebeu-se que os pacientes dos três grupos obtiveram redução da ansiedade, mas sendo significativamente reduzidas somente nos grupos submetidos à psicoterapia. A partir dos resultados, concluiu-se que a reabilitação pulmonar nos pacientes portadores de DPOC deve ser abordada através de um programa interdisciplinar, abarcando o diagnóstico, o tratamento farmacológico e físico, bem como ressaltando a importância do acompanhamento psicológico visando atender às demandas

individuais de cada paciente. (GODOY et al., 2005).

Diante disso, baseando-se nas orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), o psicólogo, inserido no tratamento do tabagismo, pode atuar analisando a dinâmica de funcionamento psicológico do fumante, visando identificar os aspectos da sua personalidade e outras características pessoais, que possam influenciar na manutenção do vício. A partir dessas constatações é possível delinear estratégias, bem como auxiliar no desenvolvimento de recursos individuais que fortaleçam o tabagista para lidar com a dependência física à nicotina e psicológica ao cigarro, permitindo que ele ultrapasse as situações difíceis encontradas principalmente no período de abstinência, sem que retome o vício.

Belinghini (2008) relata que cerca de 20% dos tabagistas têm dependência química forte e os outros 80% apresentam dependência psicológica à droga. A dependência química não se estabelece de imediato, mas leva aproximadamente dez anos para se consolidar, sendo o vínculo com o tabaco nesse período anterior de cunho psicológico.

Ainda segundo a autora, no período inicial do vício, é possível abandoná-lo sem utilizar qualquer medicamento, incluindo as terapias de reposição nicotínicas (TRN's), ressaltando que a abordagem psicológica do fumante é essencial.

Um estudo realizado através da atuação multiprofissional em um programa de controle de tabagismo evidenciou que o acompanhamento psicológico auxiliou os pacientes no manejo da ansiedade e nos sintomas associados à fissura (momento em que a vontade de fumar se torna incontrolável), evidenciando que o trabalho do psicólogo junto aos tabagistas tem grande importância no manejo dos sintomas e nas modificações ambientais e psíquicas. (COSTA et al, 2006)

Entende-se que o suporte psicoterápico em uma intervenção para cessação do tabagismo tem como objetivo o controle da ansiedade, mudança de comportamentos e identificação de questões psíquicas e emocionais envolvidas com o hábito para que se desenvolvam recursos de enfrentamento nesse processo de cessação do fumo. Vale ressaltar ainda que é necessário um treinamento de habilidades sociais para que, principalmente, haja recusa ao oferecimento de cigarros no convívio social.

Desse modo, conclui-se que a partir de uma visão interdisciplinar se faz possível uma comunicação entre as disciplinas e a produção de uma realidade mais dinâmica e integradora de saberes. (VILELA; MENDES, 2003).

## **9 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O hábito de fumar vem sendo amplamente criticado na atualidade por ser um comportamento rejeitado socialmente pelos males causados à saúde e por trazer consigo diversas comorbidades. A abordagem terapêutica dessa doença é complexa e demanda que alguns fatores biopsicossociais sejam identificados por equipe interdisciplinar para todas as questões envolvidas serem tratadas. As características da personalidade e do meio, além das físicas e químicas, são fatores importantes no desenvolvimento e controle do tabagismo.

Foi observado que existem poucas pesquisas relacionadas à eficácia da interdisciplinaridade no tratamento do tabagismo. Diante disso, este estudo teve por objetivo ampliar a discussão do tema, bem como propiciar o interesse acadêmico por novas pesquisas. O estudo é importante não só para a abordagem do consumo tabágico, mas também para ressaltar a abordagem integral proporcionada pelo trabalho em equipe na atenção à saúde.

Portanto, a equipe interdisciplinar permite identificar e abordar os aspectos biopsicossociais em toda a sua complexidade de acordo com a demanda apresentada. A presença do psicólogo na equipe permite um olhar para além do corpo físico, o que possibilita o desenvolvimento de recursos individuais para enfrentamento e cessação do tabagismo.

**Artigo recebido em: 23/08/2009**  
**Aceito para publicação: 29/01/2011**

## REFERÊNCIAS

BELINGHINI, R. O mito da nicotina: remédio não faz milagre. **Revista da associação brasileira do câncer**, ano 8, n. 47, p. 18-22, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Abordagem e tratamento do fumante – Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Ajudando seu paciente a parar de fumar**. Rio de Janeiro: INCA, 1997.

CARVALHO, J. T. **O tabagismo visto sob vários aspectos**. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

CAVALCANTE, Tânia Maria. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n.5, p.283-300, set./out., 2005.

Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 2001.

CHAKTIN, J. M. Genética do tabagismo: em busca da droga certa para o paciente certo. In: GIGLIOTTI, A. P.; PRESMAN, S. **Atualização no tratamento do Tabagismo**. Rio de Janeiro: ABP-saúde, 2006. p.97-106.

COSTA, Alessandra Alves et al. Programa multiprofissional de controle do tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo. **Revista da SOCERJ**. Rio de Janeiro, p.397-403, 2006.

GODOY, Dagoberto Vanoni et al. O efeito da assistência psicológica em um programa de reabilitação pulmonar para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 31, n.6, p. 499-505, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Tabagismo**. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/>>. Acesso em: 30 ago.2008.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Tabagismo**. Rio de Janeiro: INCA,

2009. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades>>. Acesso em: 19 ago. 2009.

MALBERGIER, A.; OLIVEIRA JR., H. P. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.32, n.5, p. 276-282, 2005.

MARQUES, Ana Cecília P R. et al. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.23, n.4, p.200-214, dez. 2001.

MUNARETTI, C. L.; TERRA, M. B. Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.56, n.2, p. 108-115, 2007.

NUNES, E. D. Interdisciplinaridade: conjugar saberes. **Revista Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.26, n.62, p. 249-258, 2002.

PRESMAN, S. Intervenção intensiva e terapia de grupo. In: GIGLIOTTI, A. P.; PRESMAN, S. **Atualização no tratamento do Tabagismo**. Rio de Janeiro: ABP-saúde, 2006. p. 26-51.

PRESMAN, S.; CARNEIRO, E.; GIGLIOTTI, A. Tratamentos não farmacológicos para o tabagismo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.32, n.5, p. 267-275, 2005.

RONDINA, R. C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. A Psicologia do consumo do tabaco: uma revisão de literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Portugal, n.33, v.2, p. 179-189, 2002.

RONDINA, R. C.; MORATELLI, H. B.; BOTELHO, C. Tabagismo e características de personalidade em estudantes universitários. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 28, n.2, p. 52-59, 2001.

ROSEMBERG, J. **Tabagismo**: um sério problema de saúde pública. São Paulo: ALMED, 1981.

PSICOLOGIA

VIEGAS, C. A. A. Abordagem Breve. In: GIGLIOTTI, A. P.; PRESMAN, S. **Atualização no tratamento do Tabagismo**. Rio de Janeiro: ABP-saúde, 2006. p. 21-25

VILELA, E.M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-americana de enfermagem**, São Paulo, v. 11, p. 525-531, 2003.