

Fagulhas de um diagnóstico: ser fumante não é sinônimo de ser dependente químico de tabaco!

Arianne de Sá Barbosa

Doutoranda em Psicologia Clínica (PUCRS)

Irani Iracema de Lima Argimon

Doutora em Psicologia (PUCRS)

De forma cotidiana, escutamos os termos: fumante e dependente químico de tabaco e costumamos interpretá-los como sinônimos. Este erro de julgamento ocorre, inclusive, entre pesquisadores e profissionais de saúde que trabalham com tais perfis, o que, conseqüentemente, tende a prejudicar os resultados dos estudos realizados junto a esses indivíduos e no tratamento que será oferecido para cada um deles. Diante de tal equívoco, este ensaio foi construído no intuito de demonstrar a tese de que ser fumante não é sinônimo de ser dependente químico de tabaco, em contraposição ao pensamento vigente de que ambos os conceitos e perfis não seriam diferentes em relação às suas definições e nas intervenções que devem receber.

No processo de construção da dissertação de mestrado da primeira autora, sob a orientação da professora Lisiane Bizarro, (Barbosa, 2010; Barbosa & Bizarro, 2012), percebemos uma dificuldade de saber quem é o tabagista, o que gerou, posteriormente, no seu doutorado, sob a orientação da segunda autora, a professora Irani Iracema de Lima Argimon, uma revisão sistemática (Barbosa, Barbosa, Oliveira, & Argimon, 2013), com o objetivo de investigar as múltiplas definições existentes na literatura sobre o que é ser um fumante. Através desta revisão, nos demos conta de que há uma infinidade de perfis dentro da categoria de ser fumante. Dos 235 artigos selecionados pela revisão sistemática que inicialmente obedeceram aos limites dos sistemas de busca, somente 17 artigos seguiram todos os critérios de inclusão e de exclusão e foram analisados integralmente. Destes 17 artigos, 16 trouxeram definições diferentes para o que é ser fumante, sendo que apenas dois artigos trouxeram uma definição coincidente. Seguem todas as definições encontradas pela revisão: 1) fumante é aquele que fumou mais de 100 cigarros na vida e o último fumo foi há menos de 30 dias (encontrada em

dois artigos); 2) fumante é aquele que declara fumar todos os dias; 3) fumante é aquele que fuma nove cigarros por dia; 4) fumante é aquele que fuma diariamente 5 ou 6 cigarros há mais de 5 anos, sem pretensão de parar de fumar; 5) fumante é aquele que fuma pelo menos sete cigarros por dia e tem uma concentração de monóxido de carbono (CO) maior ou igual a 6 ppm; 6) fumante é aquele que fuma pelo menos dez cigarros por dia e tem uma concentração de CO maior a 10 ppm; 7) fumante é aquele que fuma há pelo menos três anos, relata o uso de 5-30 cigarros por dia e não tem a intenção de parar de fumar em 3 meses; 8) fumante é dividido em fumante ocasional, tabagista diário moderado(fuma de 1 a 10 cigarros por dia) e tabagista diário pesado(mais de 10 cigarros dia); 9) fumante é aquele que tem uma pontuação entre 10-70 na Escala de Classificação de Fumantes avaliada no estudo; 10) fumante é definido considerando-se a frequência, os fatores do contexto (sozinho ou em festas), o tempo desde o início, se compra cigarros ou os pede emprestado, em termos de ter o vício e parar sem esforço, se o fumar é habitual e tem características físicas e de personalidade; 11) fumante pode ser regular ou ocasional; 12) fumante é definido de acordo com a frequência, quantidade, local e duração; 13) fumante é aquele que fuma pelo menos um cigarro por semana; 14) fumante é aquele que fumou nos últimos 30 dias; 15) fumante é aquele que fumou alguma vez na vida; 16) fumante é aquele que se autodeclara fumante.

Este resultado confirmou a nossa hipótese de pesquisa (tese), de que não havia uma definição única e generalizada do que é ser fumante e de que ser fumante não é sinônimo de ser dependente químico de tabaco. Na verdade, nenhum dos artigos analisados na revisão sistemática que realizamos utilizou integralmente os critérios recomendados pela Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e pelo Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais -DSM-IV-TR para o diagnóstico de dependência química de tabaco (American Psychiatric Association [APA], 2008; World Health Organization [WHO], 1992). Mais especificamente, 16 artigos (94,12% do total) não traziam utilização de um instrumento testado ou validado para a definição do que é ser um fumante: apenas um utilizou um questionário do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e o *California Tobacco Survey for Youths*. Do restante, oito artigos consideraram o autorrelato do fumante (este se intitular tabagista), sete utilizaram questionários desenvolvidos pelos seus grupos de pesquisa e dois, entrevistas.

Achamos este resultado instigante, pois, por um lado, talvez pelo fato de a dependência química de tabaco ter sido definida como uma doença somente na década de noventa, percebemos que ainda há uma confusão sobre o que é ser fumante, já que diversas dimensões associadas ao tabagismo ainda estão sendo descobertas. Acreditamos que estas diferentes concepções sobre quem é o tabagista podem gerar discrepâncias na comparação de estudos em uma mesma população ou dificultar a comparação de dados sobre o tabagismo em diferentes populações. Além disso, observamos que o uso de conceitos distintos pode influenciar a interpretação sobre os resultados de pesquisas sobre intervenções terapêuticas. Provavelmente, um grupo de fumantes que fuma um cigarro por semana irá responder de forma diferente a um tratamento em relação a um grupo de fumantes que fuma 30 cigarros por dia.

A Secretaria de Saúde do Município de Gravataí, por exemplo, realiza grupos terapêuticos para a cessação do tabagismo tanto em unidades de saúde da família (USFs) como no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), sendo este último o local em que Arianne de Sá Barbosa trabalha oficialmente. Como ela faz ações de matriciamento em algumas unidades de saúde, além de trabalhar no CAPS-AD, observa que o perfil do fumante que procura atendimento nas unidades de saúde é “mais leve” do que o perfil que busca ajuda no CAPS-AD, que tende a ter um nível de dependência maior, bem como mais comorbidades psiquiátricas, incluindo, a dependência química de outras substâncias. Sendo assim, percebemos que a resposta para o tratamento recomendado (grupos estruturados de terapia cognitivo-comportamental) tende a ser diferente em cada unidade nas quais os grupos são realizados.

Além disso, para se cadastrar para fazer parte do grupo para cessação do tabagismo, basta que o fumante se declare como tal. Após este primeiro momento, o tabagista é chamado pela sua ordem de inscrição na lista de espera e passa por uma avaliação inicial, na qual é utilizado o Questionário de Tolerância de Fargeström (QTF) para a detecção do nível de dependência nicotínica do fumante. Este instrumento classifica o fumante quanto ao grau de dependência química, obtendo: 1) de zero a dois pontos, o fumante com nível de dependência química muito baixa; 2) de três a quatro pontos, o fumante com nível de dependência baixa; 3) cinco pontos, o fumante com nível de dependência média; 4) de seis a sete pontos, o fumante com nível de

dependência elevada; 5) de oito a dez pontos, o fumante com nível de dependência muito elevada.

Porém, vemos claramente um problema nesse instrumento, que é amplamente utilizado pelo Sistema Único de Saúde do Brasil. Ele já traz implícito o erro de julgamento que originou este ensaio: considerar todo fumante como dependente químico de tabaco. Mesmo aquelas pessoas que não pontuam no instrumento, só por terem se declarado fumantes, já são considerados fumantes com nível de dependência química muito baixa (poderiam ser fumantes não dependentes!). Porém, na verdade, para pontuar no instrumento, o indivíduo tem, no mínimo, que fumar diariamente, o que deixa de lado os fumantes iniciantes, sociais, situacionais e negadores. Achamos este dado preocupante, pois tal erro de julgamento sobre a definição de ser fumante pelo QTF pode dificultar a detecção precoce dos fumantes não dependentes, que podem não ser encaminhados para tratamento pelos serviços de atenção primária em saúde.

Então, percebemos, não apenas através das pesquisas que realizamos na área, mas através da prática profissional diária da primeira autora, Arianne de Sá Barbosa, que podemos definir como fumante todo indivíduo que exhibe o comportamento de fumar, podendo este ocorrer diariamente ou não diariamente, sendo apenas em festas, quando está o sujeito está estressado, somente quando este bebe, na presença de alguns indivíduos, mas não de outros (...). Rondina, Gorayeb, Botelho e Silva (2005a; 2005b) consideram como fumantes pessoas que declaram consumir, pelo menos, um cigarro por dia, há pelo menos um ano, independentemente se estas preenchem ou não os critérios diagnósticos do CID-10 ou do DSM-IV-TR. Estes autores consideraram como fumantes com alto grau de dependência os sujeitos que apresentam pontuação superior a 06 no QTF e classificaram como fumantes não-dependentes os indivíduos com pontuação igual ou menor a seis.

Mas acreditamos que devemos ir além desta definição, pois ela tende a excluir um número significativo de adolescentes e adultos jovens que, porventura, tenham iniciado o hábito há menos de um ano da data da avaliação. Além disso, exclui os fumantes não diários e os fumantes que não se declaram fumantes, também chamados de fumantes negadores ou fantasmas.

Kenford et al. (2005) levantam evidências que sugerem que mais da metade dos estudantes que fumam em baixos níveis em sua juventude (ainda não considerados

dependentes) irão continuar fumando quando estiverem mais velhos, sendo que, destes, 30% fumará diariamente. Sendo assim, pensamos que os fumantes podem ser considerados uma categoria mais geral, que é dividida em fumantes diários (já dependentes químicos de tabaco, que pontuariam no QTF) e em fumantes não-diários. Neste contexto, consideramos que o fumar social seria uma subcategoria do comportamento de fumar não-diário, sendo basicamente definido como fumar, principalmente, em contextos sociais.

Também podemos definir o fumar socialmente de outras formas: 1) fumar não diariamente que ocorre na maioria das vezes em bares, restaurantes e clubes noturnos, definição defendida por Philpot e colaboradores (Philpot et al.,1999); 2) fumar não diariamente de adultos jovens que ocorre somente na presença de outros fumantes, definição elaborada por Gilpin, White e Pierce (Gilpin, White, & Pierce, 2005); 3) fumar de adultos jovens que ocorre principalmente na presença de outras pessoas ao invés de sozinhos, construída por Moran, Wechsler e Rigotti (Moran, Wechsler, & Rigotti, 2004). Defendemos que estes estudos complementam e enriquecem a conceituação do que é ser um fumante social.

Levinson et al. (2007) e Luoto, Uutela e Puska (2000) ratificam que os ditos fumantes sociais podem ainda não se identificar como fumantes, se dizendo não-fumantes. Neste caso, não são detectados por nenhum estudo que não faça perguntas mais detalhas, como: “você já fumou algum cigarro na vida?”; “Qual a última vez em que isso ocorreu?”

No estudo de Luoto et al. (2000), 1.401 estudantes universitários de 18 a 24 anos que relataram ter fumado em um ou mais dias no último mês (últimos 30 dias) responderam à pergunta: “Você se considera um fumante?”. Participantes que fumavam um ou mais cigarros nos últimos 30 dias e que não se consideravam fumantes foram classificados como “negadores”. No questionário que continha esta pergunta-chave, também havia um espaço em que os participantes poderiam se identificar como fumantes sociais. Como resultado, mais da metade dos estudantes entrevistados se consideraram não fumantes, o que nos sugere que não há uma consistente definição do que é ser um fumante, um fumante ocasional ou um fumante social entre os universitários, pesquisadores e população em geral. Este resultado também nos revela

como é comum, entre os estudantes fumantes, haver uma negação em relação ao fato de serem fumantes.

Então, diante de tantas definições diferentes sobre quem é o fumante será que é correto considerá-lo como sinônimo de dependente químico de tabaco? Será que é eficiente (em termos de prevenção, promoção de saúde e de tratamento) excluirmos tantos perfis de fumantes que, muitas vezes, nem irão se considerar como tal? Será que devemos simplesmente confiar em pesquisas que se utilizam de perguntas simplistas como “você é fumante?” Ou em outros tantos estudos que se utilizam de instrumentos que só detectam dependentes de nicotina quando queremos conhecer o tabagista?

Ora, sabemos que um diagnóstico é aquilo que pertence ou que se refere à diagnose. Este termo, por sua vez, refere-se à ação e ao efeito de diagnosticar, ou seja, de recolher e analisar dados para avaliar problemas de diversa natureza. Jurema Cunha (2000) define o psicodiagnóstico como um processo científico, limitado no tempo, que utiliza técnicas e testes psicológicos (*input*), em nível individual ou não, visando entender problemas à luz de pressupostos teóricos, identificar e avaliar aspectos específicos, ou ainda para classificar o caso e prever seu curso possível, comunicando os resultados (*output*), na base das quais são propostas soluções, se for o caso. Nós ratificamos esta definição de diagnóstico!

Sendo assim, acreditamos que o principal objetivo do diagnóstico em psicologia é compreender a natureza de um problema (se presente) para, posteriormente, se propor uma resolução, um tratamento que dê conta do problema. Desta forma, quanto mais precoce o diagnóstico, menor o problema a ser tratado e melhor o prognóstico do paciente em termos de eficácia terapêutica. Seguindo este raciocínio, frisamos que olhar para o fumante somente quando há uma dependência química já instalada é, na verdade, deixar o problema crescer, criar raízes, ou seja, permitir uma doença crônica (portanto, incurável!) se desenrolar ao invés de preveni-la, ou melhor, ao invés de promover saúde.

Segundo Ferreira (1986), o termo “prevenir” tem o significado de preparar, chegar antes de, dispor de maneira que evite (dano, mal), impedir que se realize. Devemos levar a sério o significado do que é prevenir e agir! A prevenção em saúde demanda uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença. Podemos definir as ações

preventivas como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Dina Czeresnia (2003) afirma que os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos. Já o termo “promover” tem o significado de dar impulso a, fomentar, originar, gerar (Ferreira, 1986). Podemos, assim, definir “promoção da saúde” de maneira bem mais ampla que prevenção, pois se refere a medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais. Terris (1990) traz ainda que as estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial. Nós nos apoiamos em tais definições e aplicações práticas dos conceitos de prevenção e promoção de saúde para pensarmos em alternativas para o campo do uso, abuso e dependência de substâncias, particularmente, em relação ao tabaco.

Sabemos que trabalhar com prevenção e promoção de saúde é mais eficaz do que trabalhar apenas na perspectiva de saúde curativa. Esta realidade ratifica a importância de trabalharmos com o tabagismo em uma perspectiva mais global, social, multifacetada, intersetorial. As políticas de controle do tabagismo desenvolvidas pelo governo brasileiro foram tão eficazes para a redução do número de dependentes químicos de tabaco que são referências para todo o mundo, como ilustrado nos documentos institucionais: Brasil (2001) e Brasil (2003). E qual o diferencial destas políticas que as fizeram tão eficazes? Houve uma articulação de medidas de intervenção dos mais diversos setores da sociedade (sistemas de saúde, educação, comunicação e mídia, fiscalização, tributário e judiciário) no sentido de diminuir o acesso e aumentar a aversão ao cigarro na sociedade.

As intervenções não foram direcionadas somente no sentido de promover tratamento para os dependentes químicos de nicotina, mas também foram direcionadas para os fumantes não dependentes e mais: para a população em geral, mesmo para aqueles que nunca haviam experimentado cigarro. Percebemos que toda esta mobilização é que fez com que a parcela da população brasileira acima de 18 anos que relata fumar cair em 20% nos últimos seis anos, de acordo com dados inéditos do Ministério da Saúde. A pesquisa Vigitel 2012 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), do Ministério da Saúde,

aponta que 12% da população brasileira fuma, enquanto que em 2006 o índice era de 15% (Brasil, 2013).

Diante de tais resultados, ratificamos a diferenciação entre ser fumante e ser dependente químico de cigarro (ou nicotina ou tabaco) como uma medida importante de prevenção e de promoção de saúde. Defendemos veementemente que considerar o fumante como uma categoria mais geral, que engloba fumantes dependentes (diários) e fumantes não dependentes (não diários) aumenta a capacidade de detecção de indivíduos usuários de cigarros em um nível precoce. Faz também com que a população em geral pense no uso de tabaco como um problema, mesmo antes de se tornar uma dependência (ou seja, uma doença). Isso ajuda a prevenir que os fumantes sociais, ocasionais, não diários (...) se tornem dependentes (doença crônica) e todas as consequências individuais e sociais inerentes da aquisição deste transtorno psicológico.

Referências

American Psychiatric Association (2008). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais -DSM-IV-TR*, (4ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Barbosa, A. S. (2010). *Tomada de decisão e desvalorização pelo atraso de estímulos apetitivos e aversivos em fumantes*. Masther's thesis, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil. Retrieved in April 11, 2013, from <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/31916>.

Barbosa, A.S., Barbosa, L.S., Oliveira, K.L, & Argimon, I.I. (2013). *Múltiplas definições de ser fumante e diagnóstico de tabagismo: uma revisão sistemática*. Manuscript submitted for publication.

Barbosa, A. S. , & Bizarro, L.(2012). Desvalorização de ganhos e perdas monetárias em fumantes, fumantes em tratamento e não fumantes. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 13 (3), 485-491.

Brasil. Resolução nº 104, de 31 de maio de 2001. *Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)*. Brasília, DF. Retrieved in April 19, 2013, from <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>.

Brasil (2003). *Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer: modelo lógico e avaliação*. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Brasília, DF. Retrived in April 16, 2013, from http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=programa_de_tabagismo.pdf

Brasil (2013). *População de fumantes cai 20% em seis anos no Brasil*. Retrived in October 26, 2013, from <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/12994/162/populacao-de-fumantes-cai-20-em-seis-anos-no-brasil.html>

Cunha, J.A. (2000). *Psicodiagnóstico-V*, (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Czeresnia, D. (2003). The concept of health and the difference between promotion and prevention. In: D. Czeresnia, & C.M. Freitas (Eds.), *Cadernos de Saúde Pública, Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp.39-53). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Ferreira, A. B. H. (1986). *Novo Dicionário do Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Gilpin, E.A., White, V.M., & Pierce, J.P. (2005). How effective are tobacco industry bar and club marketing efforts in reaching young adults? *Tobacco Control*, 14, 186–192.

Kenford, S.L., Wetter, D.W., Welsch, S.K., Smith, S.S., Fiore, M.C., & Baker, T.B. (2005). Progression of college-age cigarette smokers: What influences outcome? *Addictive Behaviors*, 30, 285–294.

Levinson, A.H., Campo, S., Gascoigne, J., Jolly, O., Zakharyan, A., & VuTran, Z. (2007). Smoking, but not smokers: Identity among college students who smoke cigarettes. *Nicotine & Tobacco Research*, 9(8), 845–852.

Luoto, R., Uutela, A., & Puska, P. (2000). Occasional smoking increases total and cardiovascular mortality among men. *Nicotine & Tobacco Research*, 2, 133–139.

Moran, S., Wechsler, H., & Rigotti, N.A. (2004). Social smoking among US college students. *Pediatrics*, 114, 1028–1034.

Philpot, S.J., Ryan, S.A., Torre, L.E., Wilcox, H.M., Jalleh, G., & Jamrozik, K.

(1999). Effect of smoke-free policies on the behavior of social smokers.

Tobacco Control, 8, 278–281.

Rondina, R. C., Gorayeb, R., Botelho, C., & Silva, A. M. C. da (2005a). Estudo

comparativo entre características de personalidade de universitários fumantes,

ex-fumantes e não-fumantes. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*,

27, 140-150. Retrived in April 20, 2013, from

<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n2/v27n2a04.pdf>

Rondina, R. C. , Gorayeb, R. , Botelho, C. , & Silva, A. M. C. da (2005b). A

relação entre tabagismo e características sócio-demográficas em

universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6, 35-45. Retrived in May 02,

2013, from <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n2/v27n2a04.pdf>

Terris, M. (1990). Public health policy for the 1990s. *Annual Review of Public*

Health, 11, 39-51.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and*

behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines.

Geneva: Switzerland. Retrived in April 10, 2013, from

<http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>