



O fumante, de Joos van Craesbeeck, 1605.

# **Tabagismo** **(dependência de** **nicotina)**

## **Protocolo** **Clínico**

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências científicas, para o diagnóstico, a avaliação e o tratamento de problemas de saúde vinculados ao tabagismo.

Sistema Único de Saúde  
Estado de Santa Catarina, 2015.



## 1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Dados de 2011, do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel, mostram a prevalência do uso de tabaco de 14,8%, em adultos brasileiros com mais de 18 anos. A Pesquisa Especial de Tabagismo (parte integrante da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) de 2008, apresentou um uso em 17,2% em pessoas de 15 ou mais velhas. As taxas de fumantes passivos em contato com a fumaça, têm sido calculadas, em casa e no trabalho, como estando próximas a 12%. Atingem um pouco mais o sexo masculino do que o feminino. Na cidade de Florianópolis, por exemplo, o percentual de adultos fumantes na população total é de 14,3%, sendo 17,5% da população masculina e 11,5 da feminina<sup>1</sup>. A política nacional antitabaco tem tido vários sucessos, fazendo o uso declinar nos últimos anos, com um envolvimento tripartite, dos municípios, dos estados e da federação<sup>2</sup>.

A nicotina é a substância, no tabaco, causadora da dependência química. A gravidade das doenças causadas pela fumaça do tabaco se relacionam com idade de início do tabagismo, com a duração e com o número de cigarros fumados diariamente.

Sendo a fumaça do tabaco uma mistura de gases e partículas, com mais de 4700 substâncias tóxicas, ela é responsável por 55 doenças associadas ao consumo ativo do tabaco. Isto vem tendo repercussões legais no sistema judiciário<sup>3</sup> e no mundo diplomático, onde gerou a Convenção Quadro sobre o Tabaco, assinada pelo Brasil. Esta convenção é o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da Organização Mundial da Saúde. Nele, 192 países membros da Assembleia Mundial da Saúde comprometeram-se a dar uma resposta à epidemia mundial do tabagismo<sup>4</sup>.

## 2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

### F1 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de derivados do tabaco (nicotina).

.0 - Intoxicação aguda

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel, Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <<http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agrivos/Dant/VIGITEL-2011.pdf> >.

<sup>2</sup> CONASS. **Nota técnica 1/2013: diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 26 fev. 2013. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/NT%2001\\_2013%20Diretrizes%20Tabagismo.pdf](http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/NT%2001_2013%20Diretrizes%20Tabagismo.pdf)>.

<sup>3</sup> AMB; Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer. **Evidências Científicas sobre Tabagismo para Subsídio ao Poder Judiciário**. [José Alencar Gomes da Silva et al., Aliança de Controle do Tabagismo]. Projeto Diretrizes. São Paulo: Associação Médica Brasileira, 2013. Disponível em: <<http://www.projetoDiretrizes.org.br/diretrizes12/tabagismojudiciario.pdf> >.

<sup>4</sup> INCA. **Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio\\_controle\\_tabaco/site/home/convencao\\_quadro/historico](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/convencao_quadro/historico)>

- .1 - Uso nocivo para a saúde
- .2 - Síndrome de dependência
- .3 - Síndrome de abstinência
- .8 - Outros transtornos mentais ou comportamentais
- .9 - Transtorno mental ou comportamental não especificado

### 3. DIAGNÓSTICO

#### Diagnóstico da dependência

Os critérios são os da CID-10. Comumente é aconselhável utilizar o teste de Fagerström para a dependência à nicotina, que é clássico<sup>5</sup> e mundialmente bem aceito<sup>6</sup>. Eis o teste:

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?
  - (3) nos primeiros 5 minutos
  - (2) de 6 a 30 minutos
  - (1) de 31 a 60 minutos
  - (0) mais de 60 minutos
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?
  - (1) sim
  - (0) não
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
  - (1) o 1º da manhã
  - (0) os outros
4. Quantos cigarros você fuma por dia?
  - (0) menos de 10
  - (1) 11-20
  - (2) 21-30
  - (3) mais de 31
5. Você fuma mais freqüentemente pela manhã?
  - (1) sim
  - (0) não
6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?
  - (1) sim
  - (0) não

Contagem dos pontos:

Total: 0-2 = dependência muito baixa; 3-4 = baixa; 5 = média; 6-7 = elevada; 8-10 = muito elevada.

#### Diagnóstico da síndrome de dependência

Os critérios diagnósticos para a abstinência de nicotina são os seguintes:

- A. Uso diário de nicotina por pelo menos algumas semanas.

<sup>5</sup> FAGERSTRÖM, K.O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. **Addict Behav** 1978; 3:235-41). Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0306460378900242>>.

<sup>6</sup> ETTER, J.F.; DUC, T.V.; PERNEGER, T.V. Validity of the Fagerstrom test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. **Addiction** 1999;94:269-81. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10396794>>.

- B. Cessação abrupta do uso de nicotina, ou redução na quantidade de nicotina usada, seguidas dentro de 24 horas por quatro (ou mais) dos seguintes sinais:
- (1) humor disfórico ou deprimido
  - (2) insônia
  - (3) irritabilidade, frustração ou raiva
  - (4) ansiedade
  - (5) dificuldade para concentrar-se
  - (6) inquietação
  - (7) frequência cardíaca diminuída
  - (8) aumento do apetite ou ganho de peso
- C. Os sintomas no Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas de funcionamento importantes.
- D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental

### **Diagnóstico diferencial**

Os sintomas de abstinência de nicotina sobrepõem-se às seguintes condições: outras síndromes de abstinência; intoxicação com cafeína; transtornos do humor, de ansiedade e do sono, e acatisia induzida por medicamentos. A admissão a unidades de internação onde é proibido fumar pode induzir sintomas de abstinência capazes de imitar, intensificar ou disfarçar outros diagnósticos. A redução dos sintomas associada com o reinício do fumar ou com uma terapia de substituição da nicotina confirma o diagnóstico.

Como a nicotina parece não prejudicar de forma grave o funcionamento mental, a dependência de nicotina não é facilmente confundida com outros transtornos relacionados a substâncias e transtornos mentais.

## **4. CASOS ESPECIAIS**

Compreendem situações a respeito do tratamento ou da doença em que a relação risco-benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor e nas quais um comitê de especialistas nomeados pelo gestor estadual ou municipal poderá ou não ser consultado para a decisão final.

## **5. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO**

O aconselhamento, a prevenção e a educação sobre o tabagismo devem ser desenvolvidos em todos os serviços de saúde, inclusive nos hospitais e maternidades<sup>7</sup>. Os programas formais para tratamento da dependência de nicotina são principalmente ambulatoriais. No Brasil, as atividades terapêuticas possíveis, sobre o tabagismo, no Sistema Único de Saúde, são as seguintes:

### **I. Atenção Básica:**

- a) realizar ações de promoção da saúde e de prevenção do tabagismo de forma intersetorial e com participação popular;
- b) identificar as pessoas tabagistas que fazem parte da população sobre sua responsabilidade;
- c) realizar a avaliação clínica inicial;

---

<sup>7</sup> NHS. NICE. **Smoking cessation: supporting people to stop smoking**. NICE quality standard 43. Londres: NICE, 2013. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/qs43>>.

- d) prestar assistência terapêutica e acompanhamento individual ou em grupo, abrangendo desde a abordagem mínima até a abordagem intensiva, acompanhadas se necessário de tratamento medicamentoso;
  - e) organizar a realização de consultas e grupos terapêuticos para as pessoas tabagistas;
  - f) disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME;
  - g) diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes do tabagismo;
  - h) pode-se acionar o Programa Telessaúde ou outra estratégia local, sempre que necessário, para qualificar a atenção prestada; e
- II. Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar:
- a) realizar a abordagem mínima da pessoa tabagista;
  - b) iniciar assistência terapêutica, como tratamento oportunístico decorrente do contato com o usuário por outro evento ou patologia;
  - c) disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME, quando necessário;
  - d) orientar o usuário com relação ao retorno à assistência na Atenção Básica para o tratamento do tabagismo, de acordo com diretrizes clínicas do Ministério da Saúde ou estabelecidas localmente;
  - e) realizar a contrarreferência por escrito ou por meio eletrônico para a Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas locais;
- III. Apoio diagnóstico e terapêutico:
- a) realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento das pessoas tabagistas, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas posteriormente pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente; e
  - b) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da pessoa tabagista, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas posteriormente pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente;
- IV. Sistema de Informação e Regulação:
- a) implementar sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, a gestão de casos e a regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços.

## 6. TRATAMENTO

As medidas de prevenção são importantes nas escolas, locais de trabalho e locais públicos e são valioso suporte para incentivar a busca de tratamento e sua continuidade<sup>8</sup>. São importantes dentro dos serviços de saúde, inclusive das maternidades e dos serviços de saúde mental<sup>9</sup>. Os sistemas de saúde estão conscientes da boa relação custo-efetividade dos tratamentos de reposição de nicotina e de fármacos antitabágicos<sup>10</sup>. Ações de redução de danos são empregadas com sucesso para algumas situações<sup>11</sup>. Mesmo dentistas, farmacêuticos e equipes

<sup>8</sup> NHS. NICE. School-based interventions to prevent smoking. **NICE guidelines** [PH23]. Manchester: February 2010. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/ph23>>.

<sup>9</sup> NHS. NICE. Smoking cessation in secondary care:acute, maternity and mental health services. **NICE guidelines** [PH48] Published date: November 2013  
Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/ph48>>.

<sup>10</sup> NHS. NICE.Smoking cessation services. **NICE public health guidance 10**. Manchester: NICE, 2013. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/ph10>>.

<sup>11</sup> NHS. NICE. Tobacco: harm-reduction approaches to smoking. **NICE public health guidance 45**. Manchester: NICE, 2013. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/ph45>>.

hospitalares podem auxiliar no diagnóstico e no incentivo às pessoas para pararem de fumar<sup>12</sup>.

Muitos municípios têm programas antitabágicos que são aplicados em algumas unidades sanitárias, e não em todas. Os pacientes são inscritos nestes programas, que atuam através de motivação, técnicas cognitivo-comportamentais e medicação adequada.

Os estágios de mudança quando os pacientes iniciam um tratamento para deixar de fumar são:

- 1) Pré-contemplação: Não há intenção de parar, nem mesmo uma crítica a respeito do conflito envolvendo o comportamento de fumar.
- 2) Contemplação: Há conscientização de que fumar é um problema, no entanto, há uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança.
- 3) Preparação: Prepara-se para parar de fumar (quando o paciente aceita escolher uma estratégia para realizar a mudança de comportamento).
- 4) Ação: Para de fumar (o paciente toma a atitude que o leva a concretizar a mudança de comportamento).
- 5) Manutenção: O paciente deve aprender estratégias para prevenir a recaída e consolidar os ganhos obtidos durante a fase de ação. Neste estágio pode ocorrer a finalização do processo de mudança ou a recaída<sup>13</sup>.

Como nas outras dependências, a avaliação inicial é fundamental para alcançar bons resultados. O tratamento pode ser definido a partir do consumo de cigarros e dos problemas associados, levando-se em consideração a disponibilidade de intervir de cada local.

Nos serviços de atendimento primário, um aconselhamento mínimo pode ser aplicado com dois objetivos: orientar aqueles que desejem parar de fumar ou motivar aqueles que não quiserem largar o cigarro. Caso o fumante não esteja interessado em interromper o uso, estratégias motivacionais devem ser implementadas. A estratégia de “Prós e Contras” é um dos exemplos.

Os métodos de tratamento de primeira linha são a terapia de reposição de nicotina e a terapia comportamental breve em grupo.

Os grupos de autoajuda e outros medicamentos são considerados de segunda linha e podem ser coadjuvantes efetivos. A associação de mais de um recurso melhora a efetividade do tratamento.

A maioria dos fumantes em tratamento recai em poucos dias. A abordagem de um dos sintomas mais proeminentes da síndrome de abstinência, o *craving* ou fissura, deve ser cuidadosamente considerado, já que este é o maior obstáculo para parar de fumar.

A terapia de substituição ou reposição da nicotina tem como objetivo aliviar os sintomas da síndrome de abstinência da substância. Qualquer profissional de saúde treinado pode aplicar a terapia de reposição ou substituição com nicotina para os pacientes que consomem mais de 10 cigarros/dia e que estão vinculados aos grupos de tabagismo.

O **adesivo de nicotina** é o mais indicado por ter menos efeitos colaterais. A dose inicial preconizada é de 14mg de nicotina por dia. Para fumantes pesados, 25 cigarros ou mais por dia, a dose inicial pode ser maior. No Brasil estão disponíveis adesivos com 7, 14, 21 mg de nicotina ativa. Os adesivos devem ser trocados diariamente. A utilização é feita por um prazo médio de 8 semanas. A redução da dose é progressiva e pode durar até 1 ano.

---

<sup>12</sup> NHS. NICE. Brief interventions and referral for smoking cessation. **NICE public health guidance 1**. Manchester: NICE, 2006. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/PH1>>.

<sup>13</sup> REICHERT, Jonatas, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo, 2008: diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). **J Bras Pneumol**. 2008;34(10):845-880. Disponível em:<[http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0408/pdfs/IS28%284%29116.pdf](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/is_digital/is_0408/pdfs/IS28%284%29116.pdf)>.

A **goma de mascar** de nicotina encontrada no Brasil contém 2 mg de nicotina ativa por unidade. A média de consumo é de 10 gomas por dia, podendo chegar até 20. Pode produzir irritação da língua e da cavidade oral.

Apesar da terapia de substituição da nicotina ser considerada muito mais segura do que fumar, há algumas contraindicações a sua aplicação que precisam ser observadas. Este método não deve ser indicado para grávidas, para menores de 18 anos e para aqueles pacientes portadores de doenças cardiovasculares instáveis como infarto do miocárdio recente, anginas instáveis ou determinadas arritmias.

#### Características do cloridrato de bupropiona

Classificação	Não-nicotínico, 1ª linha no tratamento do tabagismo. Aprovada pelo FDA em 1997. Nível de evidência A. <sup>(60)</sup>
Mecanismo de ação	• Atua no bloqueio da recaptação neuronal da dopamina, da noradrenalina, e da serotonina de forma expressiva no núcleo accumbens.
Absorção	• Rápida pelo sistema digestivo, atingindo pico plasmático em 3 h, permanecendo elevado na insuficiência renal.
Metabolismo	• Vida média de 21 h. Metabolização hepática, principalmente pela isoenzima CYP2B6, que pode ser afetada por drogas como a cimetidina, valproato de sódio e ciclofosfamida. Esta inibe a atividade da CYP2D6 o que reduz o metabolismo de betabloqueadores e antiarrítmicos.
Eliminação	• Liberação lenta pelo rim (87%).
Indicação	• Amenizar os efeitos da fissura e da abstinência. Grau de dependência: escore de Fagerström ≥5 pontos. Favorecer a abordagem comportamental. Considerar a preferência do paciente na ausência de contra-indicações.
Apresentação e posologia	• Comprimidos de 150 mg; usar 150 mg/dia durante 3 dias, 300 mg do 4º dia até o final do tratamento, em duas tomadas, a última até 16 h.
Tempo de tratamento	• Recomenda-se o uso até 12 semanas. Não há evidências suficientes quanto aos efeitos do uso prolongado da bupropiona para prevenir a recaída. <sup>(60)</sup>
Segurança	• Risco de convulsão na dose usual: 1:1.000 pacientes. Interação com drogas que atuam no Citocromo P-450: tricíclicos, inibidores seletivos da recaptação da serotonina, betabloqueadores, alguns antiarrítmicos e antipsicóticos. Segurança não estabelecida: gestantes, nutrízes e menores de 18 anos.
Tolerabilidade	• Em geral, é bem tolerada. Evitar uso com álcool, anoréticos, psicotrópicos e drogas ilícitas.
Efeitos adversos	• Efeitos mais comuns: insônia, cefaléia, boca seca, tonturas, aumento da PA. • Outros efeitos descritos: arritmias cardíacas, enxaqueca, náuseas, vômitos, constipação, dor abdominal, convulsões, anorexia, anemia, trombocitopenia, leucopenia, equimoses, hipoprolactinemia, urticária, etc.
Contra-indicações	• Absolutas: Epilepsia, convulsão febril na infância, tumor do SNC, anormalidades no EEG, traumatismo craniano, uso de inibidor da MAO nos últimos 15 dias. • Relativas: Evitar uso concomitante: carbamazepina, cimetidina, barbitúricos, fenitoína, antipsicóticos, teofilina, corticosteróides sistêmicos, pseudo-efedrina, hipoglicemiante oral/insulina. Hipertensão arterial sistêmica não controlada.
Intervenções combinadas	• Indicação: insucesso da monoterapia, transtornos ansiosos, ausência de contra-indicações. Há evidências quanto aos benefícios em longo prazo da associação da bupropiona com a TRN (A). <sup>(54)</sup>
Eficácia comparada	• Revisão Cochrane: OR = 1,94 (IC95%: 1,72-2,19) em favor da abstinência, quando comparada ao placebo. <sup>(60)</sup>

FDA: U.S. Food and Drug Administration; PA: pressão arterial; SNC: sistema nervoso central; EEG: eletroencefalograma; MAO: monoaminoxidase; TRN: terapia de reposição de nicotina.

Fonte: Reichert et al.<sup>14</sup>.

Para prescrição de apoio medicamentoso, deve-se seguir critérios que foram estabelecidos de acordo com o tipo de abordagem realizada<sup>15</sup>:

<sup>14</sup> REICHERT, Jonatas, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo, 2008: diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). **J Bras Pneumol**. 2008;34(10):845-880. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0408/pdfs/IS28%284%29116.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0408/pdfs/IS28%284%29116.pdf)>.

<sup>15</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante**: Consenso 2001. Rio de Janeiro:

- 1) Fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia;
- 2) Fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia;
- 3) Fumantes com escore do teste de fagerström, igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional;
- 4) Fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito, devido a sintomas da síndrome de abstinência;
- 5) Não haver contra-indicações clínicas.

A segunda linha de tratamento é utilizada se a primeira falhar. Utiliza a **bupropiona**, um estimulante do humor capaz de reduzir a fissura em adultos que consomem 15 cigarros ou mais ao dia. Para fumantes com depressão, a indicação ainda é mais precisa. Estudos mostram que, comparada com placebo, apresenta um período de abstinência duas vezes maior e menor aumento de peso após a parada do cigarro. Inicia-se a bupropiona duas semanas antes da data planejada para a cessação do uso de tabaco.

A dose inicial é de 150 mg por dia até o terceiro dia, passando em seguida para 300 mg. O tratamento pode ter duração de 7 a 12 semanas. A associação entre a terapia de reposição de nicotina e a bupropiona tem resultado em um aumento da efetividade na cessação do uso do tabaco quando comparada ao uso de bupropiona isoladamente.

A bupropiona possui algumas contraindicações absolutas (que implicam em risco de crises convulsivas), a serem investigadas: episódios anteriores de crises convulsivas; traumatismo crânio-encefálico (TCE); retirada recente de álcool; transtorno bulímico; anorexia nervosa; uso concomitante de Inibidores da monoaminoxidase (IMAO); uso concomitante de compostos contendo bupropiona.

Como terceira linha, no caso de fissura de difícil controle e falha dos fármacos utilizados, pode-se tentar um psicoanaléptico tricíclico. A nortriptilina e a amitriptilina são os mais indicados nestes casos. A nortriptilina é um antidepressivo que bloqueia a recaptção de noradrenalina na pré-sinapse, aumentando sua concentração na fenda sináptica. É um metabólito da amitriptilina. Portanto, na falta da nortriptilina pode-se usar a amitriptilina que, no organismo, gradualmente se transforma nela.

A associação entre psicoterapia e de farmacoterapia tem se mostrado a intervenção mais efetiva. A terapia comportamental e a reposição de nicotina aparecem como a associação mais indicada. Materiais didáticos de autoajuda, aconselhamento por telefone e estratégias motivacionais podem ajudar a melhorar a efetividade do tratamento.

A diretriz brasileira sobre tabagismo de 2011, para a saúde suplementar, montada por várias associações de especialidades médicas está bastante interessante e é fonte de consulta válida, levando em conta algumas diferenças entre as características dos serviços públicos, dos serviços de saúde suplementar e dos privados<sup>16</sup>. Ainda é bem atual o Consenso publicado pelo Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Câncer (INCA) em 2001<sup>17</sup>.

---

INCA, 2001. Disponível em: <[http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//tratamento\\_fumo\\_consenso.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//tratamento_fumo_consenso.pdf)>.

<sup>16</sup> AMB. **Tabagismo**. Projeto Diretrizes. [MIRRA, A.P. et al.]. São Paulo: Associação Médica Brasileira, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2011. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf>>.

<sup>17</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante**: Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: <[http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//tratamento\\_fumo\\_consenso.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//tratamento_fumo_consenso.pdf)>.

A rede qualificada para a atenção aos tabagistas no SUS poderá oferecer:

- a) - abordagem cognitivo-comportamental;
- b) - adesivo de nicotina 21, 14, 7 mg;
- c) - goma de mascar de nicotina 2mg;
- d) - cloridrato de bupropiona 150mg;
- e) - pastilha de nicotina 4mg;
- f) - pastilha de nicotina 2mg.

Em todo o mundo há atualizações contemporâneas, do trabalho de Fiore, realizado nos Estados Unidos, sobre as terapias antitabágicas, que o mantêm contemporâneo<sup>18, 19</sup>.

Estratégias tradicionais e comprovadas, utilizáveis em pacientes que entram em tratamento antitabágico.

Terapias psicossociais	Construção de estratégias	Exemplos
Desenvolver habilidades para a resolução dos problemas	Identificar o risco de recaída	Reconhecer estresse, sentimentos negativos, companhia de fumantes, álcool, angústia, ansiedade, tristeza, depressão.
	Desenvolver estratégias substitutivas	Aprender estratégias: <ul style="list-style-type: none"> <li>• reduzir humor negativo (relaxar, banhar-se, fazer algo prazeroso, ouvir música, ler, exercícios);</li> <li>• controlar urgência por fumar (caminhar, distrair-se, tomar água, sucos, escovar dentes, mascar chiclete).</li> </ul>
	Informar sobre a dependência	Saber reconhecer a abstinência (sintomas, duração); conhecer a natureza aditiva da nicotina (uma tragada pode gerar recaída); saber que a fissura cede em pouco tempo (três minutos); aprender estratégias substitutivas para atravessar os momentos difíceis.
Apoio da equipe de saúde	Encorajar a tentativa de abandono	Existe um tratamento eficaz para deixar de fumar. Metade das pessoas é capaz de parar com ajuda. Transmitir confiança: capacidade de alcançar o êxito.
	Cuidar/responder às dúvidas e aos temores	Indagar sobre o sentimento de parar, oferecendo apoio, sempre aberto a inquietações, temores e ambivalência.
Apoio social a familiares e amigos	Favorecer o plano de abandono	Trabalhar motivos para o abandono, dúvidas e preocupações ao deixar de fumar, resultados obtidos e dificuldades.
	Solicitar suporte social e familiar	Orientar sobre contenção familiar e social, informar dia "D" aos familiares e amigos que escolher; estimular ambiente livre de tabaco em casa e no trabalho e pedir cooperação.
	Facilitar o desenvolvimento das habilidades	Identificar pessoas que apoiem a recuperação (pedir apoio, não fumar em sua presença, não oferecer cigarros, observar mudanças transitórias de humor).
	Estimular o suporte a outros fumantes	Estimular outros fumantes a pararem.

Fonte: Fiore (2000)<sup>20</sup>, apud Reichert (2008).

<sup>18</sup> US Department of Health and Human Services. **Treating tobacco use and dependence 2008 update.** Tobacco use and dependence guideline panel. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>>.

<sup>19</sup> FIORE, M.C. US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. **Respir Care.** 2000 Oct;45(10):1200-62. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11054899>>.

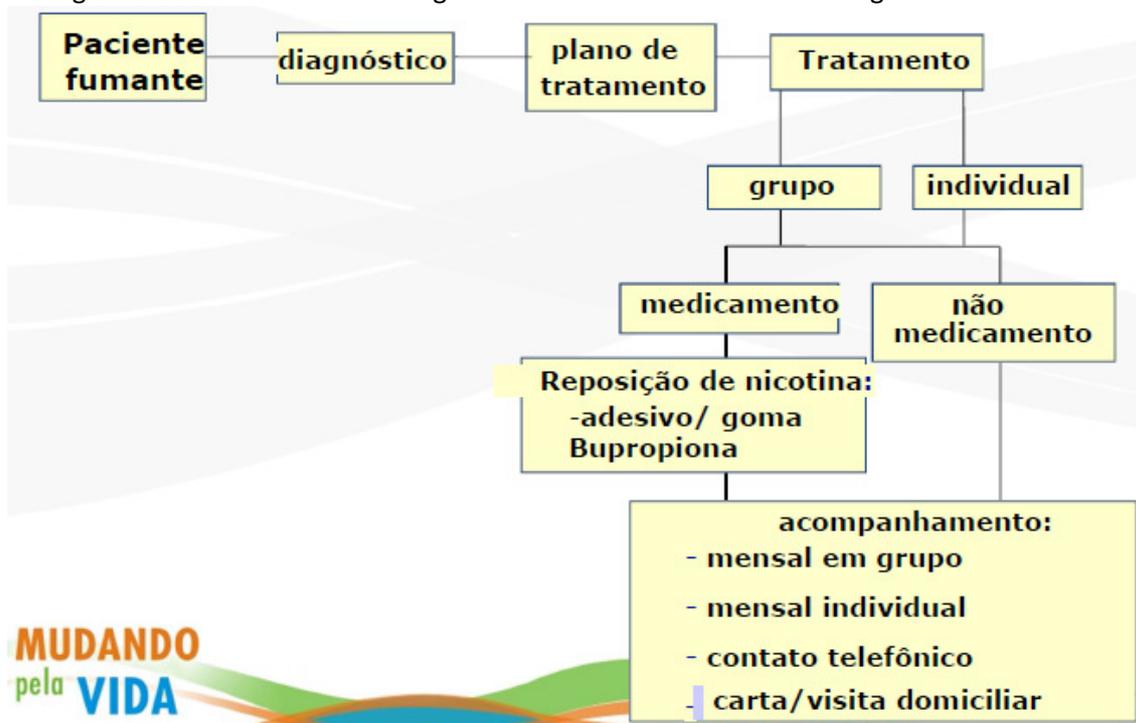
<sup>20</sup> FIORE, M. Treating tobacco use and dependence. **Clinical practice guideline**, [no. 18]. Rockville: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.

O programa do Ministério da Saúde para abordagem e tratamento do tabagismo propõe que somente seja tratado com medicamentos antitabágicos o paciente que aceitou se submeter à abordagem cognitivo-comportamental, desenvolvendo habilidades para a prevenção da recaída.

Os municípios decidindo integrar o programa e credenciar unidades, nos termos das Portarias 1.035/04 e 442/04 do Ministério da Saúde, recebem o Manual do Coordenador, o Manual do Participante, adesivos transdérmicos de nicotina 21, 14 e 7mg, goma de mascar de nicotina 2mg, pastilha de nicotina 2 e 4mg e cloridrato de bupropiona 150mg.

Alguns indicadores de saúde pública poderiam ser utilizados no monitoramento e na avaliação do cuidado ao tabagista no município. Por exemplo, poder-se-ia sugerir a manutenção de registros que possibilitem, no futuro, saber qual a proporção de usuários tabagistas cadastrados nas unidades de saúde, o número de grupos de tratamento do tabagismo realizados, a proporção de usuários tabagistas participantes de atendimento em grupo, a proporção de fumantes que deixaram de fumar e a proporção de fumantes que abandonaram o tratamento. Outros indicadores poderão ser definidos e pactuados localmente.

Fluxograma de atendimento no Programa Nacional de Controle do Tabagismo



Adaptações locais, a partir da essência do programa nacional podem ser feitas, a critério das secretarias municipais de saúde, desde que mantidas as regras básicas e o respeito às evidências científicas.