



PREFEITURA DE  
**CATANDUVA**  
SECRETARIA DE SAÚDE



# **ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO NO MUNICÍPIO DE CATANDUVA**

**Catanduva/SP  
2019**

## **Equipe Técnica de Elaboração**

### **I - Representantes da Coordenação de Atenção Básica (Secretaria de Saúde):**

Angélica Freu Costa - Enfermeira, Diretora Técnica de Saúde

Gabriela Zerbinatti Mismatch Sangalli - Enfermeira

Natália Lourenço Costa - Enfermeira

### **II - Representante da Coordenação Médica da Atenção Básica:**

Fernanda M. Martinez Perez - Médica

### **III - Representante da Assistência Farmacêutica:**

Larissa Francieli Souza Silva - Farmacêutica

### **IV - Representantes da Organização Social Mahatma Gandhi:**

Tiago Aparecido Silva - Enfermeiro, Coordenador Técnico

Eduarda Oliveira De Aro Margonar - Enfermeira Supervisora

Camila de Santis Silva - Enfermeira Supervisora

Mariana Mendonça Pansa - Enfermeira Supervisora

Fernanda Pugliani Peres Sanches – Enfermeira Supervisora

### **V - Representante do Núcleo de Educação Permanente**

Marcela Parente Bertin Monteiro - Fisioterapeuta, Educadora Permanente

## Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. OBJETIVOS.....	4
3. UNIDADES DE REFERÊNCIA .....	5
4. RECURSOS .....	6
5. PÚBLICO ALVO .....	7
5.1. Casos de recaída .....	7
5.2. Adolescentes (indivíduos menores de 18 anos).....	7
5.3. Gestantes e nutrízes .....	8
5.4. Idosos.....	8
5.5. Pacientes com tuberculose .....	8
5.6. Pacientes com câncer .....	9
5.7. Pacientes com transtorno psiquiátrico (incluindo dependência ao álcool e outras drogas).....	9
5.8. Pacientes com transtorno psiquiátrico (incluindo dependência ao álcool e outras drogas).....	10
5.9. Pacientes hospitalizados.....	10
5.10. Pacientes internados em instituições de média e longa permanência (hospitais psiquiátricos/reabilitação clínica/presídios) .....	11
6. FLUXO DE ATENDIMENTO .....	12
6.1. Avaliação quantitativa – Questionário de tolerância de Fagerström .....	13
6.2. Avaliação qualitativa – Escala de razões para fumar .....	13
6.3. Avaliação do grau de motivação .....	14
7. REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA .....	15
8. TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO .....	16
9. FÁRMACOS .....	18
9.1. Esquemas de administração .....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	19
FLUXOGRAMA 1 .....	20
ANEXO 1.....	21
ANEXO 2.....	22
PLANILHA 1 .....	24
TABELA 1.....	25

## 1. INTRODUÇÃO

O tabagismo é reconhecido como uma doença crônica causada pela dependência à nicotina presente nos produtos à base de tabaco. No mercado nacional e internacional há uma variedade de produtos derivados de tabaco que podem ser usados de várias formas: fumado/inalado, aspirado, mascado, absorvido pela mucosa oral. Todos contêm nicotina, causam dependência e aumentam o risco de contrair doenças crônicas não transmissíveis. No Brasil, a forma predominante do uso do tabaco é o fumado.

O tabaco fumado em qualquer uma de suas formas causa até 90% de todos os cânceres de pulmão e é um fator de risco significativo para acidentes cerebrovasculares e ataques cardíacos mortais. Os produtos de tabaco que não produzem fumaça também são responsáveis pelo desenvolvimento de câncer de cabeça, pescoço, esôfago e pâncreas, assim como muitas patologias buco-dentais.

No Brasil cerca de 428 pessoas morrem por dia por causa da dependência a nicotina. 56,9 bilhões de reais são perdidos a cada ano devido a despesas médicas e perda de produtividade, e 156.216 mortes anuais poderiam ser evitadas. O maior peso é dado pelo câncer, doença cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

Em Catanduva, o Programa de Abordagem e Tratamento do Tabagismo teve início em 2005 com a implantação de uma equipe centralizada para atender toda demanda do município e região.

Considerando o aumento da cobertura da Atenção Básica de Saúde no município, ao longo desses anos, através da implantação de Unidades de Saúde da Família e Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) surge então a necessidade de descentralizar o Programa do Tabagismo facilitando o acesso da população fumante.

## 2. OBJETIVOS

- 1º) Redução da morbi-mortalidade produzida pelo tabaco através de ações educativas, tratamento de fumantes e proteção ao não fumante.
- 2º) Ampliação do acesso da população ao Programa.
  - a) Tratamento de Fumantes: Avaliação clínica e acompanhamento multidisciplinar periódico. Administração medicamentosa, quando avaliada a necessidade, para auxiliar o fumante ativo a deixar de fumar (bupropiona, adesivos e goma de mascar).
  - b) Proteção ao Não Fumante: através da redução do número de fumantes ativos e da realização de ações de orientações periódicas a toda população com objetivo de esclarecer e apresentar o impacto negativo do tabagismo em nossa comunidade, principalmente do fumante passivo.

### 3. UNIDADES DE REFERÊNCIA

Distrito	Nome Unidade	CNES	Endereço	Contatos
1	USF Dr. Sérgio Banhos (Pachá)	7127731	Av. Cruzeiro do Sul, nº 305	Telefone: (17) 3521-7374 E-mail: usf.sergiobanhos@catanduva.sp.gov.br
2	USF Dr. Napoleão Pellicano (Alpino)	20260-07	Rua São Bento, nº 40	Telefone: (17) 3525-0800 E-mail: usf.napoleaopellicano@catanduva.sp.gov.br
3	UBS Enf. Diomar José dos Santos (Glória)	09001433	Rua Guariba, nº 913	Telefone: (17) 3524-1198 E-mail: ubs.diomarsantos@catanduva.sp.gov.br
4	UBS Central	2025906	Rua Recife, nº 984	Telefone: (17) 3524-1310 E-mail: ubs.central@catanduva.sp.gov.br
5	USF Dra. Isabel Etruri (Flamingo)	3055493	Rua Coroados, nº 100	Telefone: (17) 3525-0415 E-mail: usf.isabelettruri@catanduva.sp.gov.br

#### **4. RECURSOS**

- Recursos Materiais:

Tensiômetro, estetoscópio, balança antropométrica.

- Recursos Físicos:

Sala para atendimento individual e sala para atendimento grupal.

- Recursos Humanos:

Equipe mínima composta por profissionais devidamente capacitados, segundo modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo, médico, enfermeiro, farmacêutico, terapeuta ocupacional e psicólogo, além de um Coordenador do Programa como um todo.

## **5. PÚBLICO ALVO**

Tabagistas dispostos / motivados a cessar o uso do tabaco e iniciar alguma forma de tratamento para cessação.

- Casos especiais:

### **5.1. Casos de recaída**

É indicado que tabagistas previamente tratados e que tenham apresentado recaída recebam incentivo para realizar novamente o tratamento do tabagismo, sempre valorizando as experiências por eles vividas nas tentativas anteriores de cessação. Acolher o paciente na sua totalidade, reforçar os ganhos, destacando a sua importante decisão de parar de fumar, esclarecer que o fato de ter recidivado no vício não significa impossibilidade de cessá-lo e discutir as estratégias futuras são imprescindíveis para o sucesso desta nova etapa. De forma conjunta, paciente e profissional da saúde devem decidir qual medida terapêutica será utilizada. Se possível esse paciente deve ser encaminhado para acompanhamento psicológico concomitante.

Existe a liberdade para se manter ou alterar os medicamentos. Há evidências de que, independentemente do fármaco anteriormente utilizado, ele continua apresentando eficácia superior ao placebo, em um novo tratamento. É importante que os eventos adversos relatados na tentativa prévia sejam considerados na escolha do novo medicamento, de forma a aumentar a adesão ao tratamento.

### **5.2. Adolescentes (indivíduos menores de 18 anos)**

As evidências sobre a eficácia de intervenções comportamentais para a cessação do tabagismo em adolescentes são limitadas por questões como imprecisão, heterogeneidade e risco de viés dos estudos. O aconselhamento em grupo parece ser mais promissor do que as intervenções individuais, podendo ser uma escolha terapêutica apropriada. Com relação ao uso de farmacoterapia nesta faixa etária, ainda há poucos estudos com resultados imprecisos; portanto, o uso de bupropiona não é preconizado em pessoas com menos de 18 anos de idade, até que novas pesquisas possam justificar o seu uso nessa faixa etária.

Sendo assim, o adolescente deve receber tratado com o aconselhamento estruturado/abordagem intensiva, ressaltando-se a importância de oferecer



atendimento a essa população, que costuma ser mais vulnerável, principalmente com a entrada no mercado de novos produtos derivados de tabaco.

### **5.3. Gestantes e nutrizes**

Para gestantes e nutrizes, é indicado o aconselhamento estruturado para a cessação do tabagismo, sendo o efeito benéfico dessa intervenção observado tanto ao final da gestação quanto a longo prazo (medido até 17 meses após o parto).

Inexistem evidências científicas suficientes de eficácia e segurança na utilização de farmacoterapia [terapia de reposição de nicotina (TRN) e cloridrato de bupropiona] durante a gestação.

Gestantes e nutrizes devem tentar parar de fumar sem utilizar nenhum tratamento medicamentoso.

### **5.4. Idosos**

Não se preconizam condutas terapêuticas do tabagismo para idosos que sejam diferentes das utilizadas para a população adulta, exceto quando esses indivíduos apresentarem comorbidades, que contraindiquem o uso de algum medicamento.

Em indivíduos acima de 65 anos, preconiza-se a dose matinal de 150 mg/ dia de cloridrato de bupropiona.

O tratamento medicamentoso deve ser utilizado objetivando a complementação da terapia cognitivo-comportamental, tendo também como efeito o alívio dos sintomas da abstinência. Independentemente da idade, deixar de fumar pode aumentar a expectativa de vida, melhorar a saúde e a qualidade de vida. Aqueles idosos que decidem fazer uma tentativa têm elevada taxa de sucesso.

### **5.5. Pacientes com tuberculose**

Segundo dados da OMS, mais de 20% da incidência global de tuberculose pode ser atribuída ao tabagismo, que aumenta em duas vezes e meia o risco dessa doença. Tabagistas sem história anterior de tuberculose apresentam risco de morte por essa doença nove vezes maior quando comparados com os que nunca fumaram. Ao parar de fumar, o risco de morte por tuberculose reduz-se cerca de 65% em comparação aos que continuam a fumar.

A associação tabagismo e tuberculose requer medidas regulatórias e educacionais, além de estratégias terapêuticas, investigação clínica, política, pesquisa e componentes programáticos, desenvolvidos de forma articulada e coordenada por

ambos os programas – de controle do tabagismo e de controle da tuberculose - em todos os níveis de atenção à saúde. Neste sentido, as medidas terapêuticas para o controle do tabagismo deve ser uma parte integrante do cuidado do paciente com tuberculose.

É indicado que portadores de tuberculose, em qualquer fase do tratamento, sejam tratados da dependência à nicotina e utilizem as mesmas medidas terapêuticas empregadas para a população em geral. O tratamento preconizado é a associação de aconselhamento estruturado com farmacoterapia.

#### **5.6. Pacientes com câncer**

A identificação do tabagismo e as intervenções para a sua cessação são recomendadas como parte essencial da assistência oncológica. Parar de fumar diminui os riscos de doença e de complicações pós-operatórias, aumenta a eficácia da quimioterapia, diminui as complicações da radioterapia e aumenta o tempo de sobrevida e a qualidade de vida dos doentes.

Pacientes com câncer devem ser encorajados a parar de fumar e, portanto, devem receber auxílio para tal. É indicado que o tratamento do tabagismo seja iniciado o mais breve possível e que a conduta terapêutica inclua a associação de intervenções não medicamentosas e medicamentosas.

#### **5.7. Pacientes com transtorno psiquiátrico (incluindo dependência ao álcool e outras drogas)**

É indicado que intervenções para a cessação do tabagismo, incluindo a farmacoterapia e sua combinação com o aconselhamento estruturado, sejam oferecidas aos fumantes em tratamento e reabilitação da dependência de álcool e outras drogas. Inexiste evidência da eficácia do aconselhamento isolado para o tratamento de cessação do tabagismo nessa população, em ambientes hospitalares, ambulatoriais ou em reabilitação.

Pacientes com depressão atual ou pregressa apresentam melhores resultados para eficácia, quando o tratamento para a cessação do tabagismo é associado a um tratamento psicossocial para controle do humor. Em fumantes com depressão pregressa, a bupropiona aumenta a cessação do tabagismo, em comparação a placebo. Contudo, para tabagistas com depressão atual, não há evidências de que a bupropiona aumente a cessação. Também não há evidências significativas da

eficácia de TRN, em comparação a placebo, no tratamento para cessação do tabagismo em paciente com depressão atual.

#### **5.8. Pacientes com transtorno psiquiátrico (incluindo dependência ao álcool e outras drogas)**

Para pacientes com esquizofrenia, a bupropiona aumenta a cessação do tabagismo, quando comparada a placebo. Não há evidências de benefícios na utilização de outros tratamentos medicamentosos (TRN) e intervenções psicossociais como recursos terapêuticos para a dependência à nicotina nessa população.

É necessário que pacientes tabagistas que relatem história pregressa de transtorno psiquiátrico sejam encaminhados (caso ainda não o tenham sido) para avaliação de profissional da saúde mental e tratamento adequado. O tratamento para a cessação do tabagismo pode se dar após ou em paralelo ao tratamento definido para o transtorno. O mesmo deve acontecer quando, independentemente do relato de história pregressa, o profissional que faz o atendimento para a cessação do tabagismo avalie ou identifique a necessidade de encaminhamento para o atendimento especializado em saúde mental, para melhor caracterização, diagnóstico e tratamento de caso suspeito de transtorno psiquiátrico.

#### **5.9. Pacientes hospitalizados**

Não foram encontradas revisões sistemáticas que avaliassem como desfecho a redução de sintomas de abstinência em pacientes hospitalizados.

Intervenções comportamentais de alta intensidade iniciadas durante a internação hospitalar, e que incluam contato para apoio após a alta por pelo menos um mês, auxiliam na cessação do tabagismo entre os pacientes hospitalizados, independente do diagnóstico de admissão. Inexistem evidências de eficácia para intervenções de menor intensidade ou menor duração. A associação de farmacoterapia (no caso, a TRN) ao aconselhamento intensivo aumenta significativamente a cessação, em comparação ao aconselhamento intensivo isolado. Inexistem evidências de que a associação de bupropiona ao aconselhamento intensivo aumente a eficácia do tratamento para a cessação do tabagismo, quando comparada ao aconselhamento intensivo isolado nessa população.

**5.10. Pacientes internados em instituições de média e longa permanência  
(hospitais psiquiátricos/reabilitação clínica/presídios)**

Ver achados relacionados a internações em instituições psiquiátricas inseridos no subitem 5.7, acima, referentes a pacientes com transtornos psiquiátricos.

As abordagens terapêuticas e farmacoterapia aumentam a chance de cessação do tabagismo nos presídios, com resultados semelhantes aos observados na população geral. É indicado, portanto, que a população carcerária receba atendimento para tratamento desta dependência, que deve ser oferecido respeitando as regras, estruturas e especificidades do sistema carcerário.

## 6. FLUXO DE ATENDIMENTO

O primeiro passo para a Avaliação da Pessoa Tabagista será o reconhecimento do tabagista na comunidade adstrita à Unidade Básica de Saúde (UBS/USF). Esse reconhecimento ocorrerá:

- 1) Por meio do preenchimento da Ficha de Cadastro Individual (CDS – e-SUS AB).
- 2) Durante qualquer atendimento na UBS/USF.

O profissional de saúde dialogará com o usuário, estimulando-o a pensar sobre o seu consumo de cigarro. Serão incluídas perguntas simples acerca do tabagismo no acolhimento ou na visita domiciliar, em especial as perguntas “você fuma?”, “quantos cigarros você fuma por dia?” e “alguma vez você já tentou parar de fumar?”. São essas abordagens iniciais que aproximaram o usuário das equipes, facilitando também a procura por tratamento.

Após a etapa de reconhecimento dos tabagistas no território, passa-se ao momento de estratificação, onde será verificado quem são os fumantes que não desejam parar de fumar e quem são os fumantes dispostos a parar de fumar/iniciar alguma forma de tratamento para cessação. Para aqueles que não desejarem cessar o uso do tabaco, o profissional de saúde orientará eles acerca: (a) dos malefícios do tabagismo; (b) dos tipos de tratamento disponíveis para a cessação do tabagismo; e (c) da disponibilidade de tratamento na Unidade Básica e dos fluxos que os usuários devem seguir para iniciá-lo. Uma abordagem com vistas à (d) redução de danos pode ser utilizada, desde que encarada não como uma meta final, mas como uma possível estratégia para a cessação definitiva. O tabagista será estimulado a não fazer uso do cigarro em ambientes fechados, especialmente na presença de pessoas não fumantes, será conscientizado acerca dos riscos que o tabagismo representa para ele e para as demais pessoas. Além disso, será realizado um acompanhamento periódico destes usuários, visando monitorar a questão do tabagismo, reavaliando o grau de motivação para cessação (que pode se alterar ao longo do tempo) e sempre ofertando a possibilidade de tratamento.

Para os usuários que desejarem cessar o uso do tabaco, antes de se iniciar o tratamento, será esclarecido quanto aos tipos de tratamento que estão disponíveis, avaliando também suas possibilidades singulares de participação nas atividades oferecidas pela equipe de saúde. Mesmo o usuário que deseja cessar o tabagismo

será utilizado estratégias de motivação, sendo indispensável uma avaliação individual para se identificar o nível de dependência, o grau de motivação e a história pregressa da pessoa, situando o tabagismo na integralidade do sujeito.

O Fluxograma 1 apresenta uma proposta de fluxo de identificação e abordagem à pessoa tabagista que é atendida pela equipe de saúde.

A dependência à nicotina pode ser avaliada de forma qualitativa e quantitativa. A avaliação quantitativa ocorre por meio de perguntas fechadas padronizadas ao tabagista, visando reconhecer os sintomas da dependência física e sua intensidade. A avaliação qualitativa, reconhecendo os componentes psicológico e social da dependência, objetiva conhecer as razões e as situações que levam o tabagista a fumar.

#### **6.1. Avaliação quantitativa – Questionário de tolerância de Fagerström (Anexo 1)**

O principal instrumento para a Avaliação Quantitativa da pessoa tabagista é o Questionário de Tolerância de Fagerström. Este instrumento fornece uma medida quantitativa, de 0 a 10 pontos, que avalia o grau de dependência física à nicotina, incluindo o processo de tolerância e a compulsão: quanto maior o escore obtido, maior o grau de dependência física. O Questionário de Fagerström é amplamente usado devido ao seu fácil entendimento e rápida aplicação, podendo ser aproveitado por qualquer membro da equipe de saúde. O instrumento auxilia o profissional nas primeiras abordagens frente à questão do tabagismo com o usuário, de modo a provocar uma reflexão acerca do processo de dependência e da possibilidade de se procurar o tratamento (FAGERSTRÖM; SCHNEIDER, 1989).

#### **6.2. Avaliação qualitativa – Escala de razões para fumar (Anexo 2)**

A Avaliação Qualitativa pretende identificar em quais situações o fumante usa o cigarro, relacionando-se não só com a dependência física, mas também com a dependência psicológica e o condicionamento. Dessa forma, a avaliação ajuda o próprio fumante a tomar consciência das situações de risco do seu dia a dia, além de auxiliar o profissional de saúde a identificar os principais pontos a serem trabalhados durante todo o processo da abordagem intensiva do fumante.

A principal escala usada para esta avaliação é a Escala de Razões para Fumar Modificada, desenvolvida em Língua Inglesa, atualmente traduzida e validada para a Língua Portuguesa. Este instrumento pode ser usado na primeira abordagem e,

também, como instrumento de acompanhamento do processo do usuário após algumas intervenções. Para aplicação dessa escala, o profissional pode solicitar ao usuário que preencha sozinho após orientação inicial, ou conduzir a leitura das afirmações, anotando as respostas fornecidas. É uma escala de rápida aplicação e deve ser aplicada de forma complementar ao Questionário de Tolerância de Fagerström com os usuários que demonstrarem disposição ou motivação para o tratamento do tabagismo.

As razões para fumar são agrupadas em nove fatores principais, sendo eles: dependência, prazer de fumar, redução da tensão, estimulação, automatismo, manuseio, tabagismo social, controle de peso e associação estreita. O escore final para cada um destes fatores é calculado a partir da média simples dos escores individuais para as questões relacionadas. Fatores com resultado superior a dois devem ser considerados Fatores de Atenção na abordagem e no acompanhamento do tabagista em cessação, pelo risco que representam de levar à recaída.

### **6.3. Avaliação do grau de motivação**

Motivação é a probabilidade de uma pessoa se envolver em uma estratégia específica de mudança, aderir a essa estratégia e continuar nela. A motivação não deve ser encarada como um traço de personalidade inerente ao caráter da pessoa, mas como um estado de prontidão ou vontade de mudar, que pode flutuar de um momento para outro e de uma situação para outra.

- Estágios motivacionais (processo de mudança):
  - 1) Pré Contemplação: Não considera a possibilidade de mudar, nem se preocupa com a questão.
  - 2) Contemplação: Admite o problema, é ambivalente e considera adotar mudanças eventualmente.
  - 3) Preparação: Inicia algumas mudanças, planeja, cria condições para mudar, revisa tentativas passadas.
  - 4) Ação: Implementa mudanças ambientais e comportamentais, investe tempo e energia na execução da mudança.
  - 5) Manutenção: Processo de continuidade do trabalho iniciado com a ação, para manter os ganhos e prevenir a recaída.
  - 6) Recaída: Falha na manutenção e retomada do hábito ou comportamento anterior – retorno a qualquer dos estágios anteriores.

## **7. REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA**

Após a aplicação dos testes qualitativo, quantitativo e avaliação do grau de motivação, que poderá ser realizado por qualquer profissional de nível superior da unidade de atenção básica a qual o paciente pertence e após avaliação, as informações deverão ser inseridas na planilha de controle do programa tabagismo (Planilha 1).

É de responsabilidade da equipe de referência do grupo de tabagismo encaminhar via e-mail para as unidades da atenção básica o cronograma de novos grupos com 30 dias de antecedência. E esta deverá encaminhar para a unidade de referência do grupo de tabagismo a planilha consolidada por ordem de prioridade com 15 dias de antecedência da data do primeiro encontro.

No caso da verificação de co-morbidades psiquiátricas graves (alcoolismo, depressão, uso de drogas, esquizofrenia e outras psicoses) a equipe de saúde deverá continuar o acompanhamento do paciente e caso necessário realiza-se o encaminhamento desses pacientes após avaliação da equipe e NASF aos serviços de referência CAPS II e CAPS AD.

Os pacientes encaminhados pela rede hospitalar para inseridos no programa, na contra referência já terá os testes realizados, tendo apenas que os inserir nos grupos de acordo com o grau de motivação.

Os casos de urgência poderão ser acolhidos na Atenção Básica e encaminhados a UPA e/ou Hospital de referência dependendo da gravidade, regulados pelo SAMU.



## 8. TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

Todos os indivíduos em tratamento do tabagismo devem receber aconselhamento terapêutico estruturado/abordagem intensiva. O aconselhamento terapêutico da dependência à nicotina envolve a intervenção não medicamentosa, que visa ao entendimento do problema e a melhora no controle dos sintomas de abstinência.

Esse tratamento deve ser baseado na terapia cognitivo-comportamental e realizado em sessões periódicas, de preferência em grupo de apoio, podendo também ser individual. Consiste em fornecer informações sobre os riscos do tabagismo e os benefícios de se parar de fumar, e no estímulo ao autocontrole ou autocuidado para que os indivíduos possam administrar o ciclo da dependência.

O aconselhamento estruturado/abordagem intensivo deve ser coordenado por profissionais da saúde, de nível superior e capacitados.

Aconselhamento estruturado/Abordagem Intensiva:

Quatro sessões iniciais, preferencialmente semanais, são programadas, nas quais são abordados os seguintes conteúdos:

Sessão 1: Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde.
Nesta sessão serão desenvolvidas orientações sobre os aspectos do tabagismo; ambivalência do fumante em parar ou continuar fumante; métodos para deixar de fumar; as principais substâncias contidas na fumaça do produto e seus prejuízos à saúde. Também serão abordadas tarefas para que o paciente identifique e mensure sua dependência física e psicológica; pense numa data e método que usará futuramente para deixar de fumar e apresentará na sessão 2, objetivando a organização de seu processo de cessação
Sessão 2: Os primeiros dias sem fumar.
Nesta sessão serão conduzidas discussões sobre viver os primeiros dias sem fumar, síndrome de abstinência e estratégias para superá-la, exercícios de respiração e relaxamento, definição de assertividade e sua relação com o parar de fumar, o que são e quais as contribuições do pensamento construtivo diante dos sintomas da abstinência, motivação, tarefas que estimulem o fumante a efetivar a cessação na data e método escolhidos para deixar de fumar e trazer o resultado na próxima sessão.
Sessão 3: Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar.
Nesta sessão o indivíduo será estimulado a identificar os benefícios físicos obtidos após parar de fumar, descrição das causas e estratégias para lidar com o ganho de peso que se segue ao parar de fumar, o papel do álcool e sua relação com o parar de fumar, importância do apoio interpessoal para continuar sem fumar. Também serão apresentadas tarefas que envolvem leituras e estímulo à prática dos exercícios de relaxamento e dos procedimentos práticos para lidar com a fissura (ânsia).
Sessão 4: Benefícios obtidos após parar de fumar.



Nesta sessão, após a definição pelo coordenador da abordagem sobre os benefícios indiretos em parar de fumar, o indivíduo é estimulado a apresentar alguns exemplos desses benefícios. O coordenador aborda então as principais armadilhas evitáveis para permanecer sem fumar, os benefícios a longo prazo obtidos com o parar de fumar, planos de acompanhamento para prevenção da recaída.

Também faz parte dessa sessão a orientação aos que não conseguiram parar de fumar.

Duas sessões quinzenais, iniciando a fase de manutenção da abstinência.

O teor das sessões de manutenção não mais será estruturado, pois o objetivo fundamental é conhecer as dificuldades e estratégias de cada fumante para permanecer sem fumar e auxiliá-lo com orientações.

Uma sessão mensal aberta, para prevenção de recaída, até completar 1 ano.

Assim como nas sessões de manutenções quinzenais, as sessões de manutenção mensal não são estruturadas, e seu teor continua a ser conhecer as dificuldades e estratégias de cada fumante para permanecer sem fumar, orientar e fortalecer a decisão de permanecer sem fumar.

## **9. FÁRMACOS**

Os medicamentos padronizados para o tratamento são:

- Cloridrato de Bupropiona: comprimido de 150 mg (liberação prolongada);
- Nicotina (de liberação lenta): adesivo de 7, 14 e 21 mg (uso transdérmico);
- Nicotina (de liberação rápida): goma de mascar de 2 mg e pastilha de 2mg.

### **9.1. Esquemas de administração**

Ver “Tabela 1 – Medicamentos para tratamento da dependência a nicotina” na página 25 deste documento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fagerstrom, K.-O., & Schneider, N. G. (1989). Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 159-182.

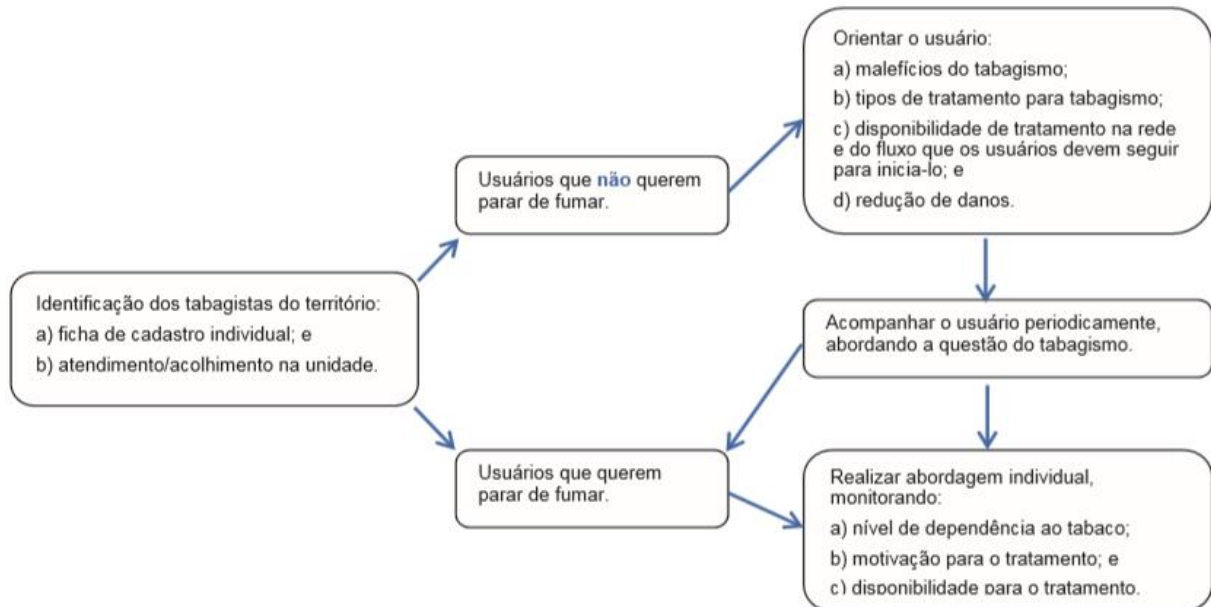
INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Tabagismo**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tabagismo>. Acesso 04. jul. 2019.

Portaria Conjunta Nº 10, de 16 de Abril de 2020: Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-conjunta-n-10-de-16-de-abril-de-2020-253756566>



### FLUXOGRAMA 1

#### Fluxo de identificação e abordagem do tabagista no território





## ANEXO 1

### Questionário de Tolerância de Fagerstrom

<p>1) Quantos cigarros você fuma por dia?</p> <p>( 0 ) Menos de 11 ( 1 ) de 11 a 20 ( 2 ) de 21 a 30 ( 3 ) mais de 30.</p>
<p>2) Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?</p> <p>( 0 ) + de 60 minutos ( 1 ) entre 31 e 60 minutos ( 2 ) entre 6 e 30 minutos ( 3 ) menos de 6 minutos</p>
<p>3) Você tem dificuldades de ficar sem fumar em locais proibidos?</p> <p>( 0 ) Não ( 1 ) Sim</p>
<p>4) O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação?</p> <p>( 0 ) Não ( 1 ) Sim</p>
<p>5) Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?</p> <p>( 0 ) Não ( 1 ) Sim</p>
<p>6) Você fuma mesmo quando acamado por doença?</p> <p>( 0 ) Não ( 1 ) Sim</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Interpretação do resultado:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 0 a 2 pontos: Muito baixa dependência física</li><li>▪ 3 a 4 pontos: Baixa dependência física</li><li>▪ 5 pontos: Média dependência física</li><li>▪ 6 a 7 pontos: Elevado dependência física</li><li>▪ 8 a 10 pontos: Muito elevada dependência física</li></ul></li></ul>



## ANEXO 2

### Escalas de razões para fumar modificada

#### **Afirmações:**

- 1) Eu fumo cigarros para me manter alerta.
- 2) Manusear um cigarro é parto do prazer de fumá-lo.
- 3) Fumar dá prazer e é relaxante.
- 4) Eu acendo um cigarro quando estou bravo com alguma coisa.
- 5) Quando meus cigarros acabam, acho isso quase insuportável até eu conseguir outro.
- 6) Cigarros me fazem companhia, com um amigo íntimo.
- 7) Eu fumo cigarros automaticamente sem mesmo me dar conta disso.
- 8) É mais fácil conversar e me relacionar com outras pessoas quando estou fumando.
- 9) Eu fumo para me estimular, para me animar.
- 10) Parte do prazer de fumar um cigarro vem dos passos que eu tomo para acendê-lo.
- 11) Eu acho os cigarros prazerosos.
- 12) Quando eu me sinto desconfortável ou chateado com alguma coisa, eu acendo um cigarro.
- 13) Controlar meu peso é uma razão muito importante pela qual eu fumo.
- 14) Eu acendo um cigarro sem perceber que ainda tenho outro aceso no cinzeiro.
- 15) Enquanto estou fumando me sinto mais seguro com outras pessoas.
- 16) Eu fumo cigarros para me “pôr para cima”.
- 17) Às vezes eu sinto que os cigarros são os meus melhores amigos.
- 18) Eu fumo cigarros quando me sinto triste ou quando quero esquecer minhas obrigações ou preocupações.
- 19) Eu sinto uma vontade enorme de pegar um cigarro se fico um tempo sem fumar.
- 20) Eu já me peguei com um cigarro na boca sem ter me lembrado de ter colocado ele lá.
- 21) Eu me preocupo em engordar se parar de fumar.

#### **As alternativas e o peso das respostas para cada questão são:**

- ( ) Nunca {1}, ( ) Raramente {2}, ( ) Às vezes {3},  
( ) Frequentemente {4}, ( ) Sempre {5}.

**Fatores formados a partir dos fatores elencados acima:**

O escore final de cada fator é a média simples dos escores individuais.

- **Fator 1:** Dependência – itens 5, 19
- **Fator 2:** Prazer de fumar – itens 3, 11
- **Fator 3:** Redução da tensão – itens 4, 12, 18
- **Fator 4:** Estimulação – itens 1, 9, 16
- **Fator 5:** Automatismo – itens 7, 14, 20
- **Fator 6:** Manuseio – itens 2, 10
- **Fator 7:** Tabagismo social – itens 8, 15
- **Fator 8:** Controle de peso – itens 13, 21
- **Fator 9:** Associação estreita – itens 6, 17

**Para calcular o resultado da escala:**

O escore final de cada fator é a média dos escores individuais. Considere como Fatores de Atenção na cessação de tabagismo aqueles com pontuação final maior que 2.

**Entendendo o resultado da escala:**

- 1) Dependência (física): caracterizada pelo tempo que o indivíduo consegue permanecer sem fumar e tem a ver com a tolerância da nicotina e com a redução dos sintomas de abstinência.
- 2) Prazer de fumar: a nicotina libera substâncias hormonais que dão maior sensação de prazer através das atividades neuroquímica do cérebro nas vias de recompensa.
- 3) Redução da tensão (relaxamento): a nicotina do cigarro chega aos receptores cerebrais, ajuda diminuir a ansiedade/estresse que o fumante apresenta, dando-lhe uma sensação momentânea de alívio dela.
- 4) Estimulação: o fumar é percebido como modulador de funções fisiológicas, melhorando a atenção, a concentração e a energia pessoal.
- 5) Automatismo (hábito): condicionamento do fumar em determinadas situações, tais como logo após o almoço.
- 6) Manuseio (ritual): envolve todos os passos dados até de acender o cigarro.
- 7) Tabagismo social: fumar junto aos amigos, em situações de festa, na balada, na praia.
- 8) Controle de peso: envolve preocupações a respeito do ganho de peso relacionado a cessação do tabagismo.
- 9) Associação estreita: definida por uma forte conexão emocional do tabagista como o fumo e o cigarro.





**TABELA 1**

**Medicamentos para tratamento da dependência a nicotina**

Denominação genérica	Forma de administração	Posologia	Modo de usar
Terapia de reposição de nicotina combinada (CTRN)	Adesivos Transdérmicos 7 mg, 14 mg e 21 mg (liberação lenta)  Goma de mascar 2 mg (liberação rápida)  Pastilhas de 2 mg (liberação rápida)	Adesivos: 1ª a 4ª semana: adesivo de 21 mg a cada 24 horas; 5ª a 8ª semana: adesivo de 14 mg a cada 24 horas; 9ª a 12ª semana: adesivo de 7 mg a cada 24 horas. Essa posologia está condicionada ao número de cigarros fumados/dia.  Gomas/Pastilhas: Uso indicado nos momentos de maior fissura. A boa prática clínica remenda que não se ultrapasse a quantidade de 5 gomas/pastilhas de 2 mg/dia de nicotina.	Deve-se aplicar o adesivo pela manhã, em áreas cobertas (parte superior do tórax ou regiões anteriores, posteriores e superiores laterais do braço). Fazer rodízio entre os locais e trocar na mesma hora do dia. Evitar exposição solar no local.  Deve-se mascar a goma, sem parar, por 30 minutos, até o surgimento de um sabor forte ou uma leve sensação de formigamento. Neste momento deve-se parar de mascar. A goma deve ser mantida entre a bochecha e a gengiva por aproximadamente 2 minutos ou até que desapareça o sabor ou o formigamento (tempo necessário para absorver a nicotina). Voltar a mascar lentamente a goma, repetindo o processo, por 30 minutos para segunda liberação da nicotina. Além disso, antes do uso da goma, é indicado ingerir um copo de água para neutralizar o PH bucal e para remoção de resíduos alimentares.  Deve-se mover a pastilha, de um lado para o outro da boca, repetidamente, até dissolver, o que leva em torno de 20 a 30 minutos. A pastilha não deve ser partida, mastigada ou engolida inteira. Não se deve comer ou beber enquanto estiver com a pastilha na boca.
Cloridrato de Bupropiona	Comprimido 150 mg	1º ao 3º dia de tratamento: 1 comp. de 150 mg pela manhã; 4º ao 84º dia de tratamento: 1 comp. de 150 mg pela manhã e outro de 150 mg após 8 horas da primeira tomada.  <u>A dose máxima recomendada é de 300 mg/dia de cloridrato de bupropiona, dividida em duas tomadas de 150 mg.</u>	Os comprimidos devem ser engolidos inteiros, não podem ser partidos, triturados e nem mastigados. Por isso, pode aumentar a chance de eventos adversos, inclusive convulsões. O intervalo de 8 horas entre a 1ª e a 2ª dose deve ser respeitado. Recomenda-se não fazer uso da segunda dose após 16 horas pelo risco da insônia.  <u>Medicamento sujeito a prescrição médica e controle especial, conforme preconizado pela Portaria SVS nº 344, 12 de maio de 1998.</u>

Denominação genérica	Forma de administração	Posologia	Modo de usar
Terapia de Reposição de Nicotina isolada (TRN)	Adesivos transdérmicos 7 mg, 14 mg e 21 mg (Liberação lenta)	1ª a 4ª semana: adesivo de 21 mg a cada 24 horas; 5ª a 8ª semana: adesivo de 14 mg a cada 24 horas; 9ª a 12ª semana: adesivo de 7 mg a cada 24 horas. Essa posologia deve estar condicionada ao número de cigarros fumados/ dia.	Deve-se aplicar o adesivo pela manhã, em áreas cobertas (parte superior do tórax ou regiões anteriores, posteriores e superiores laterais do braço). Fazer rodízio entre os locais e trocar na mesma hora do dia. Evitar exposição solar no local.
	Goma de mascar 2 mg (liberação rápida)	1ª a 4ª semana: 1 goma de 2 mg a cada 1 a 2 horas; 5ª a 8ª semana: 1 goma de 2 mg a cada 2 a 4 horas; 9ª a 12ª semana: 1 goma de 2 mg a cada 4 a 8 horas. A quantidade máxima é de 15 gomas de 2 mg de nicotina/dia.	Deve-se mascar a goma, sem parar, por 30 minutos, até o surgimento de um sabor forte ou uma leve sensação de formigamento. Neste momento, deve-se parar de mascar. A goma deve ser mantida entre a bochecha e a gengiva por aproximadamente 2 minutos ou até que desapareça o sabor ou o formigamento (tempo necessário para absorver a nicotina). Voltar a mascar lentamente a goma, repetindo o processo, por 30 minutos para segunda liberação da nicotina. Além disso, antes do uso da goma, é indicado ingerir um copo de água para neutralizar o PH bucal e para remoção de resíduos alimentares.
Terapia de Reposição de Nicotina isolada (TRN)	Pastilha 2 mg (liberação rápida)	1ª a 4ª semana: 1 pastilha de 2 mg a cada 1 a 2 horas; 5ª a 8ª semana: 1 pastilha de 2 mg a cada 2 a 4 horas; 9ª a 12ª semana: 1 pastilha de 2 mg a cada 4 a 8 horas; A quantidade máxima é de 15 pastilhas de 2 mg de nicotina/dia.	Deve-se mover a pastilha, de um lado para o outro da boca, repetidamente, até dissolver, o que leva em torno de 20 a 30 minutos. A pastilha não deve ser partida, mastigada ou engolida inteira. Não se deve comer ou beber enquanto estiver com a pastilha na boca.

## **REFERÊNCIAS:**

Ministério da Saúde. ANVISA. Bulário Eletrônico (67).

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Smoking Cessation, 2017 (40).

Portaria SAS/MS Nº 761, 21 de junho de 2016. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina (15).

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2020. SCTIE. DAF. Brasília: Ministério da Saúde, 2019 (68).