

2021

Livro Digital

A woman wearing a light blue surgical face mask is shown in a close-up, slightly out of focus. In the foreground, a hand holds a lit cigarette, with a thick plume of white smoke rising from it. The background is a dark, textured blue. The overall image conveys a message about smoking and health protection.

**ABORDAGEM E
TRATAMENTO
DO TABAGISMO**



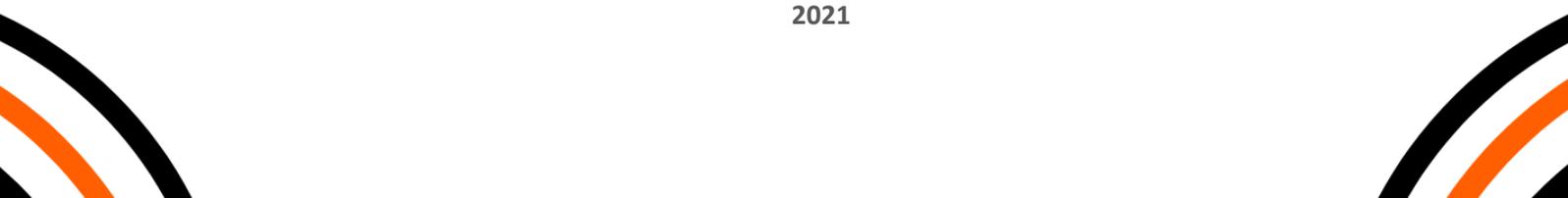
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO

1ª Edição Revista e Atualizada

Florianópolis – SC
2021





GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência de Planejamento em Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
Núcleo de Educação Integrada

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
Núcleo de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM SAÚDE
Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Colaboradores:

Ascendino Roberto dos Santos
Camila do Couto Maia
Jony Cesar de Lemos Silva
Maria de Fátima de Souza Rovaris
Ronaldo Xavier Pereira Júnior
Suelen Neide Vicente

Organização:

Adriana Elias
Alessandra Esmeraldino

Autores:

Ari Ojeda Ocampo Moré
Carolina Calado Carneiro
Leila John Marques Steidle
Marinalda Boneli da Silva
Renata de Cerqueiro Campos
Sílvia Cardoso Bittencourt
Tadeu Lemos
Thaise Alana Goronzi

Revisão técnica:

Adriana Elias
Ari Ojeda Ocampo Moré
Carolina Calado Carneiro
Leila John Marques Steidle
Marinalda Boneli da Silva
Renata de Cerqueiro Campos
Sílvia Cardoso Bittencourt
Tadeu Lemos
Thaise Alana Goronzi



© 2021 todos os direitos de reprodução são reservados à Secretaria de Estado da Saúde. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Secretaria de Estado da Saúde - Anexo 1

Rua Esteves Júnior, 390, Centro – Florianópolis – SC

Disponível em: esp.saude.sc.gov.br

Tiragem: 1ª edição revista e atualizada - 2021 - versão eletrônica

A154 Abordagem e tratamento do tabagismo [recurso eletrônico] / Adriana Elias, Alessandra Esmeraldino (organização) ; Ascendino Roberto dos Santos, Camila do Couto Maia, Jony Cesar de Lemos Silva, Maria de Fátima de Souza Rovaris, Ronaldo Xavier Pereira Júnior, Suelen Neide Vicente (colaboradores) ; Ari Ojeda Ocampo Moré et al. (autores) ; Adriana Elias et al. (revisão técnica). – 1. ed. rev. e atual. – Florianópolis : Secretaria de Estado da Saúde, 2021. 93 p.: il.

ISBN 978-65-994295-1-4
Inclui Bibliografia

1. Fumo – Vício – Tratamento. 2. Fumo – Efeito fisiológico. 3. Fumantes. I. Elias, Adriana. II. Esmeraldino, Alessandra. III. Santos, Ascendino Roberto dos. IV. Maia, Camila do Couto. V. Silva, Jony Cesar de Lemos. VI. Rovaris, Maria de Fátima de Souza. VII. Pereira Júnior, Ronaldo Xavier. VIII. Vicente, Suelen Neide. IX. Moré, Ari Ojeda Ocampo. X. Título.

CDU 613.84 -009

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Angela Schmidt da Rosa – CRB-14/1171

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

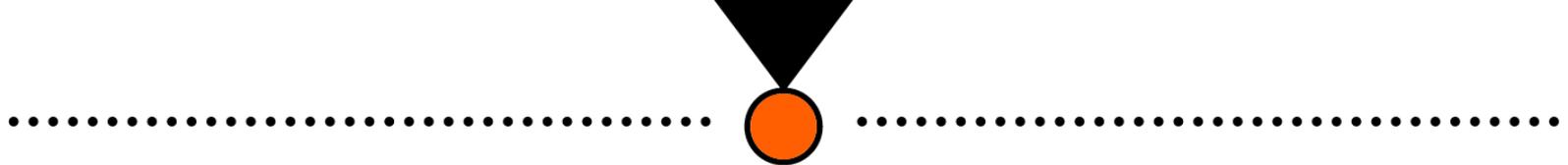
Coordenação Núcleo de Educação Integrada: Maria de Fátima de Souza Rovaris

Produção: Camila do Couto Maia; Suelen Neide Vicente

Revisão textual: Suelen Neide Vicente

Normatização: Angela Schmidt da Rosa; Jony Cesar de Lemos Silva

Design de capa e diagramação: Camila do Couto Maia; Ronaldo Xavier Pereira Júnior



Currículo dos autores

Ari Ojeda Ocampo Moré

Médico Especialista em Acupuntura e em Clínica Médica
Mestre em Neurociências
Doutor em Saúde Coletiva

Carolina Calado Carneiro

Nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
Especialista em Saúde da Família (modalidade residência) - UFSC
Coordenadora do Programa Municipal de Fórmulas Infantis de Florianópolis

Leila John Marques Steidle

Professora Associada do Departamento de Clínica Médica (área de concentração Pneumologia) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
Supervisora da Residência Médica em Pneumologia do Hospital Universitário da UFSC
Coordenadora do Projeto de Extensão Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo (NET-Tab)
Residência Médica em Pneumologia - Universidade do Estado do Rio de Janeiro -UERJ
Mestre em Pneumologia pela Universidade Federal Fluminense- UFF
Doutora em Pneumologia pela Universidade de Essen Alemanha

Marinalda Boneli da Silva

Enfermeira
Residente em Saúde da Família e Comunidade - SES-SC

Renata de Cerqueira Campos

Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
Especialista em Psicoterapia Breve Integrada, Dependência Química e Processos Educacionais em Saúde
Aperfeiçoamento profissional em Abuso de Substâncias
Certificação Internacional para o Controle do Tabagismo

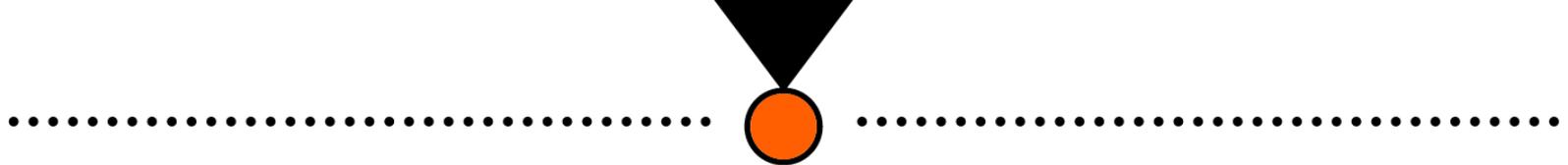
Silvia Cardoso Bittencourt

Médica
Mestre em Saúde Pública UFSC (2001)
Atualmente atua como técnica na Diretoria de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e, é membro do Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição desde 2015

Tadeu Lemos

Professor de Psicofarmacologia -UFSC
Médico especializado em Dependência Química - UNIAD/UNIFESP
Mestre em Ciências - UNIFESP
Doutor em Neurociências – UNIFESP





Currículo dos autores

Thaise Alana Goronzi

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

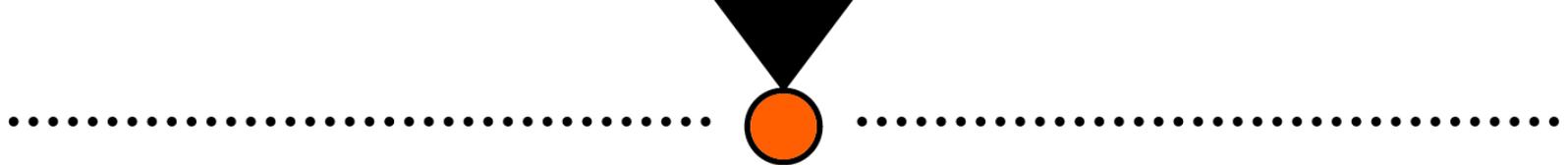
Especialista em Saúde da Família (modalidade residência) - UFSC

Especialista em Gestão da Saúde Pública – UFSC

Especialista em Políticas Públicas Baseadas em Evidências - IESL

Coordenadora Municipal do Programa de Controle do Tabagismo em Florianópolis

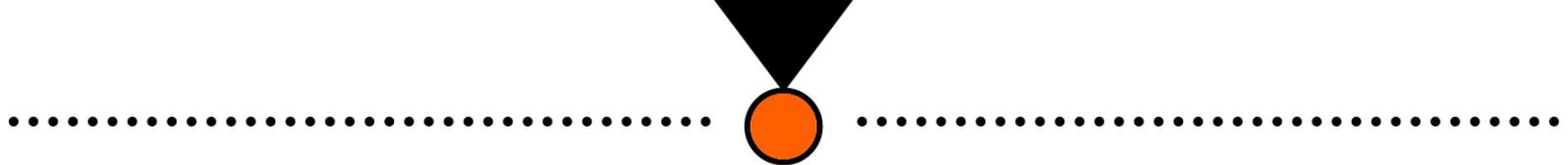




Lista de figuras

Figura 1: Doenças e alterações ocasionadas a partir do tabagismo	15
Figura 2: Dimensões relativas ao ciclo do tabaco e aspectos passíveis de intervenção, com o intuito de diminuir o tabagismo e os problemas decorrentes da sua produção e seu uso na saúde das pessoas	18
Figura 3: Ciclo da dependência	32
Figura 4: Estratégias para a cessação do tabagismo	38
Figura 5: Modelo Cognitivo-Comportamental	46
Figura 6: Recomendações alimentares do Guia Alimentar para a População Brasileira	60
Figura 7: Diferença entre alimentos <i>in natura</i> , processados e ultraprocessados	61
Figura 8: Pontos de auriculoterapia usados no protocolo NADA (<i>National Acupuncture Detoxification Association</i>).....	65
Figura 9: Pontos mais utilizados nos estudos sobre uso de auriculoterapia na cessação do tabagismo	66
Figura 10: Fluxograma de tratamento da dependência à nicotina modificado do Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para tratamento do Tabagismo (PCDT 2020)	84

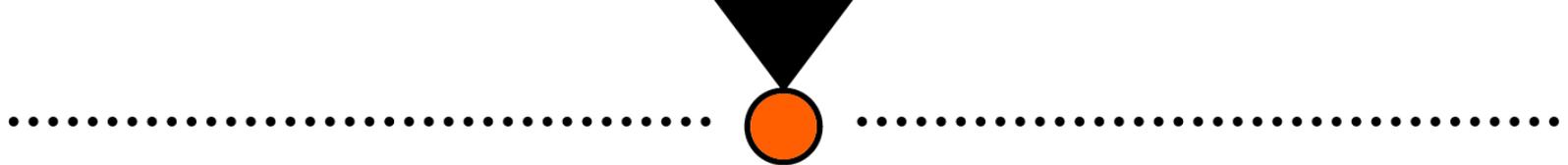




Lista de quadros e tabelas e gráficos

Tabela 1: Tendências globais na prevalência do uso de tabaco por idade entre os anos 2000 a 2025	16
Tabela 2: Óbitos por DCNT e óbitos atribuídos ao consumo de tabaco, segundo estimativa realizada a partir de modelo validado. Brasil, 2011	20
Tabela 3: Óbitos por DCNT e óbitos atribuídos ao consumo de tabaco, segundo estimativa realizada a partir de modelo validado. Brasil, 2015	20
Gráfico 1: População mundial que foi alcançada por políticas selecionadas de controle do tabaco no ano de 2007 a 2018	22
Quadro 1: Teste de Fagerström para Dependência da Nicotina	34
Quadro 2: Modelo transteórico de Prochaska e DiClemente - espectro motivacional	35
Quadro 3: Apresentação da taxa de abstinência (%) segundo realização de aconselhamento	47
Quadro 4: Eficácia e taxa de abstinência estimada conforme níveis de intensidade de duração da sessão (n = 43 estudos)	49
Quadro 5: Teste CAGE	55
Quadro 6: Medicamentos para tratamento da dependência à nicotina disponíveis no SUS	76





Lista de abreviaturas

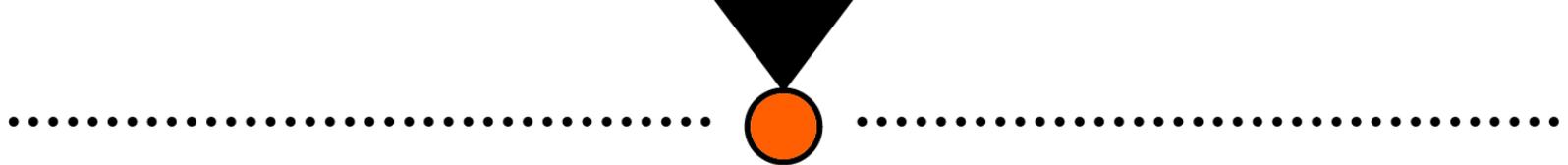
ACC	Abordagem Cognitivo-Comportamental
APS	Atenção Primária à Saúde
CQCT	Convenção Quadro para o Controle do Tabaco
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EM	Entrevista Motivacional
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico





Sumário

Apresentação do curso	12
Unidade 1 – Contexto do Tabagismo	14
1.1 O TABAGISMO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DAS PESSOAS	14
1.2 CONTEXTUALIZANDO O TABAGISMO NO BRASIL	18
1.3 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	21
Referências	25
Unidade 2 – Tabagismo é a Dependência de Nicotina	29
2.1 TABAGISMO É A DEPENDÊNCIA DE NICOTINA	30
2.1.1 Dependência de nicotina	30
2.2 ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM	32
2.2.1 Histórico de consumo e grau de dependência	33
2.2.2 Tentativas de cessação anteriores	34
2.2.3 Presença de comorbidades clínicas e ou psiquiátricas	35
2.2.4 Apoio social	35
2.2.5 Grau de motivação	35
Referências	40
Unidade 3 – Apoio Não Medicamentoso	42
3.1 TIPOS DE ABORDAGEM AO TABAGISTA	42
Controle (não aconselhamento)	49
Aconselhamento mínimo (3 -5 min.)	49
Aconselhamento de 5 a 10 min.	49
Aconselhamento de mais de 10 min.	49
3.2 RECAÍDAS.....	49
3.3 MANEJO DA ABSTINÊNCIA E FISSURA	51
3.4 MANEJO DA ABSTINÊNCIA E FISSURA	53
3.5 ABORDAGEM NUTRICIONAL NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO.....	57
3.6 USO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO.....	63
Referências	69
Unidade 4 – Apoio Medicamentoso	74
4.1 INTRODUÇÃO	74
4.2 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DO TABAGISMO	77



4.3 MEDICAMENTOS DE PRIMEIRA LINHA	78
4.3.1 Terapia de Reposição de Nicotina (TRN).....	78
4.3.2 Cloridrato de Bupropiona	82
4.3.3 Fluxograma de Tratamento – PCDT 2020.....	83
4.3.4 VARENICLINA.....	85
4.4 OUTROS MEDICAMENTOS	86
4.4.1 Nortriptilina	86
4.4.2 Outros Antidepressivos e Ansiolíticos	86
4.4.3 Clonidina	87
4.5 TRATAMENTO PRÉ-CESSAÇÃO	87
4.6 TRATAMENTO ESTENDIDO	87
4.7 TRATAMENTO DA RECAÍDA.....	88
4.8 DISPOSITIVOS ELETRÔNICOS PARA FUMAR	88
4.9.1 Adolescentes	88
4.9.2 Idosos	89
4.9.3 Gestantes e Nutrizes	89
4.9.4 Pacientes Oncológicos	89
4.9.5 Pacientes com Tuberculose	89
4.9.6 Pacientes com Distúrbios Psiquiátricos	90
4.9.7 Pacientes Hospitalizados	90
4.9.8 Instituições de Reabilitação e Presídios.....	91
Referências	92



Apresentação do curso

Prezados alunos, sejam bem-vindos ao curso!

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem papel fundamental no auxílio às pessoas que desejam parar de fumar. Para tanto, é muito importante que os profissionais atuantes na atenção básica e assistência à saúde estejam preparados para oferecer esse auxílio.

Considerando esse contexto, a **Diretoria de Vigilância Epidemiológica** da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (DIVE/SES/SC), por meio de sua Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis (GADNT) e a **Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESPSC)** disponibilizam o curso **“Abordagem e Tratamento do Tabagismo”**.

Os **objetivos de aprendizagem** deste curso são:

- **Contextualizar** o tabagismo no Brasil e em Santa Catarina;
- **Apresentar** as estratégias utilizadas no tratamento do tabagismo;
- **Apresentar** as técnicas não medicamentosas para abordagem ao tabagismo;
- **Orientar** os profissionais sobre como realizar o apoio medicamentoso ao tabagista;
- **Instrumentalizar** os profissionais para desenvolvimento do Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

Os conteúdos elaborados para atingir esses objetivos estão divididos em quatro Unidades de Aprendizagem:

- **Unidade 1** - Contexto do Tabagismo.
- **Unidade 2** - Tabagismo é a Dependência de Nicotina.
- **Unidade 3** - Apoio não Medicamentoso (parte 1).
Abordagem Nutricional e Uso de Práticas Integrativas Complementares (parte 2).
- **Unidade 4** - Apoio Medicamentoso.

Ao longo do texto foram utilizados marcadores para facilitar a compreensão dos temas propostos:

- **Saiba mais:** Indicações de outras fontes de informação sobre o assunto, como livros, trabalhos científicos, sites e outros materiais, para aprofundamento do conteúdo;
- **Para refletir:** Perguntas disparadoras realizadas ao longo do texto para promover a reflexão sobre o seu cotidiano de trabalho. Aproveite essas questões para refletir sobre os temas durante as reuniões de equipe.

Boa leitura!!!

U N I D A D E

1

CONTEXTO DO TABAGISMO

Autoras:

Marinalda Boneli da Silva
Silvia Cardoso Bittencourt

UNIDADE 1 – CONTEXTO DO TABAGISMO

Objetivos da unidade

- ✓ Indicar as implicações do tabagismo na saúde das pessoas;
- ✓ Apontar o tabagismo como problema de saúde pública;
- ✓ Apresentar dados relacionados ao tabagismo no Brasil;
- ✓ Apresentar o Programa Nacional de Controle de Tabagismo (PNCT) e seu impacto no Sistema Único de Saúde (SUS).

Apresentação da unidade

Esta unidade apresenta um panorama geral sobre alguns aspectos relacionados ao consumo do tabaco no Brasil, um problema sério de saúde pública que necessita de estratégias amplas e intersetoriais, e suas consequências para a saúde da população.

A partir dos dados apresentados evidencia-se a importância do PNCT estruturado, atuando com objetivos específicos sobre os impactos na sociedade brasileira, e sobre o SUS.

1.1 O TABAGISMO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DAS PESSOAS

O tabagismo é um dos fatores que mais contribui para o desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), tais como diferentes tipos de câncer, diabetes, doenças cardiovasculares e doença pulmonar crônica. Não apenas aqueles que fumam sofrem as consequências do uso do tabaco, mas também os fumantes passivos, como as crianças (inclusive intraútero) no âmbito do domicílio e as pessoas com quem o tabagista convive (BRASIL, 2011; DROPE; SCHLUGER, 2018; ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2013; NCI/WHO, 2016).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2019a), em 2017 ocorreram cerca de oito milhões de mortes por doenças relacionadas ao tabaco e, em 2016, foram cerca de 884.000 mortes causadas pelo tabagismo passivo. Dentre as doenças destacadas está o câncer de pulmão, vinculado de forma importante ao uso do tabaco, e a doença pulmonar crônica (cerca de 45% dos casos de doença pulmonar crônica no mundo estão relacionados ao seu uso) (DROPE; SCHLUGER, 2018).

Observe na Figura 1 algumas doenças e alterações relacionadas ao tabagismo e o(s) órgão(s) e/ou sistemas do corpo humano afetado(s) por elas.

Figura 1: Doenças e alterações ocasionadas a partir do tabagismo.

1. Olhos

- Catarata, perda de visão (degeneração macular)
- Ardência ocular, lacrimejamento, piscar excessivo

2. Sistema Nervoso e Aspectos Psicológicos

- Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- Dependência/síndrome de abstinência
- Alterações de neurotransmissão no Sistema Nervoso Central
- Ansiedade

3. Cabelos

- Odor ruim e descoloração

4. Nariz

- Neoplasias de cavidade nasal e seios paranasais
- Perda/alteração da percepção olfativa

5. Dentes

- Doença periodontal (gingivite, outros),
- Perda dentária
- Placas bacterianas, cáries
- Descoloração e manchas dentárias

6. Boca e faringe

- Neoplasias de lábios, boca, orofaringe, laringe e faringe
- Odinofagia, halitose, alteração do paladar

7. Sistema Auditivo

- Perda de audição
- Infecções otológicas

8. Pulmões

- Neoplasia de pulmões, brônquios e traqueia
- Doença Pulmonar Crônica e enfisema
- Bronquite crônica
- Vulnerabilidade aumentada para infecções respiratórias (gripe, pneumonia e tuberculose, e infecção pelo SARS-CoV-2*)

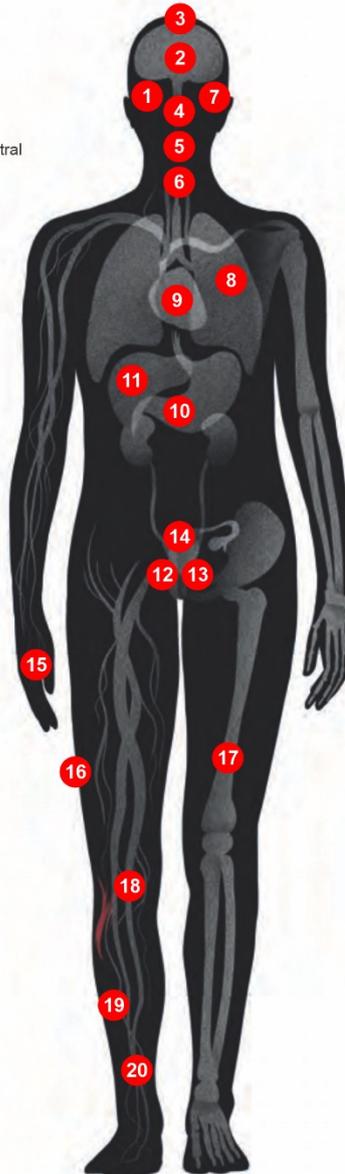
9. Coração

- Infarto do miocárdio
- Doença Arterial Coronariana

10. Tórax e abdome

- Neoplasia de esôfago
- Neoplasia gástrica, de cólon e de pâncreas
- Aneurisma abdominal de Aorta
- Úlcera péptica (de esôfago, estômago e porção inicial de intestino delgado)
- Possível aumento no risco de câncer de mama

*** Incluído pelas autoras**



11. Fígado

- Neoplasia hepática

12. Sistema Reprodutivo Masculino

- Infertilidade masculina (deformidades e perda de motilidade dos espermatozoides)
- Disfunção erétil
- Neoplasia de próstata

13. Sistema Reprodutivo Feminino

- Neoplasia de ovário e de colo de útero
- Falência ovariana prematura e menopausa precoce
- Diminuição da fertilidade
- Cólicas menstruais

14. Sistema Urinário

- Neoplasias de bexiga, ureter e rins

15. Mãos

- Doença vascular periférica
- Mãos frias por circulação deficiente

16. Pele

- Psoríase
- Perda do tônus e desenvolvimento de rugas

17. Sistema Esquelético

- Osteoporose
- Fratura de quadril
- Aumento de suscetibilidade
- Neoplasia de medula óssea
- Artrite reumatoide

18. Ferimentos e Cirurgias

- Dificuldade de cicatrização
- Dificuldade de recuperação pós-cirúrgica
- Queimaduras causadas pelo cigarro e por fogo ao acender o cigarro

19. Membros Inferiores

- Doença Vascular Periférica
- Pés frios por má circulação
- Dores nas pernas e gangrena
- Trombose Venosa Profunda

20. Sistema Circulatório

- Doença de Buerger (Tromboangeíte Obliterante)
- Leucemia mielóide aguda

21. Sistema Imune

- Imunidade diminuída para infecções
- Possível risco de doenças alérgicas

Outros

- Diabetes
- Morte Súbita

Fonte: Drope e Schluger (2018, p. 24), tradução livre das autoras.

Vale lembrar que a forma mais usual de consumo do tabaco é a forma “fumada” (charuto, cachimbo, cigarro de palha ou papel, narguilé). No entanto, o uso do tabaco “não fumado” também tem se difundido no mundo e causa prejuízos à saúde.

No ano 2000 cerca de 1.397 milhões de pessoas acima de 15 anos fumavam no mundo, considerando todas as formas de uso do tabaco. Em 2015 esse número passou para 1.351 milhões e a estimativa para 2025 é que sejam 1.299 milhões (WHO, 2019a).

Estima-se que a prevalência do tabagismo (ou seja, porcentagem de pessoas fumantes) no mundo passou de 22,5% para 19,2% entre 2007 e 2017, mostrando uma redução relativa de cerca de 15% no consumo do tabaco (WHO, 2019a). A projeção para os próximos anos é que essa prevalência continue diminuindo (WHO, 2019a; WHO, 2019b).

Na Tabela 1 é possível observar, por faixas etárias, a estimativa e a projeção da prevalência de fumantes no mundo entre os anos 2000 e 2025. Essa redução tem sido atribuída às políticas de controle de tabaco incentivadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e à adesão dos países às suas recomendações (WHO, 2019a).

Tabela 1: Tendências globais na prevalência do uso de tabaco por idade entre os anos 2000 a 2025.

Grupo de idade	Prevalência estimada (%)				Prevalência projetada (%)	
	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Ambos os sexos						
15-24	22,6	20,3	18,6	17,0	15,5	14,2
25-34	31,7	28,9	26,1	23,9	22,0	20,1
35-44	38,6	35,0	32,0	29,2	26,5	24,5
45-54	41,4	37,5	34,0	31,3	28,8	26,3
55-64	39,8	35,5	32,1	29,3	26,8	25,0
65-74	34,4	30,9	27,7	25,0	23,0	21,2
75-84	27,8	24,6	22,3	20,2	18,4	16,8
>85	19,4	18,3	15,9	14,3	13,0	11,9

Fonte: WHO (2019a, p. 8), tradução livre das autoras.

A prevalência do tabagismo varia de país para país e entre homens e mulheres, sendo maior em homens (WHO, 2019a).



Saiba mais:

Saiba mais sobre a prevalência de pessoas fumantes nos diferentes países por meio do [mapa interativo da OMS clicando aqui](#).

Para a prevalência em homens, clique na janela “*view more indicators*” que fica à sua esquerda e selecione “*male*”. Para conhecer a prevalência do tabagismo em mulheres clique na janela “*view more indicators*” que fica à sua esquerda e selecione “*female*”.

Além dos prejuízos que o tabaco causa para quem consome, inúmeros outros malefícios acontecem em todo o ciclo de produção do tabaco. Por essa razão, e no intuito de diminuir a produção e comercialização de tabaco no mundo, a OMS preconiza ações relativas a cada uma dessas etapas. A Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) foi aprovada em 2003 e passou a vigorar em 2005 com o objetivo de tornar o mundo livre do tabaco e difundir essas ações (INCA, 2015; INCA, 2020).

Até setembro de 2019, 181 países haviam ratificado sua adesão ao documento, o maior número de adesões de um tratado na história da Organização das Nações Unidas (ONU) (INCA, 2020).



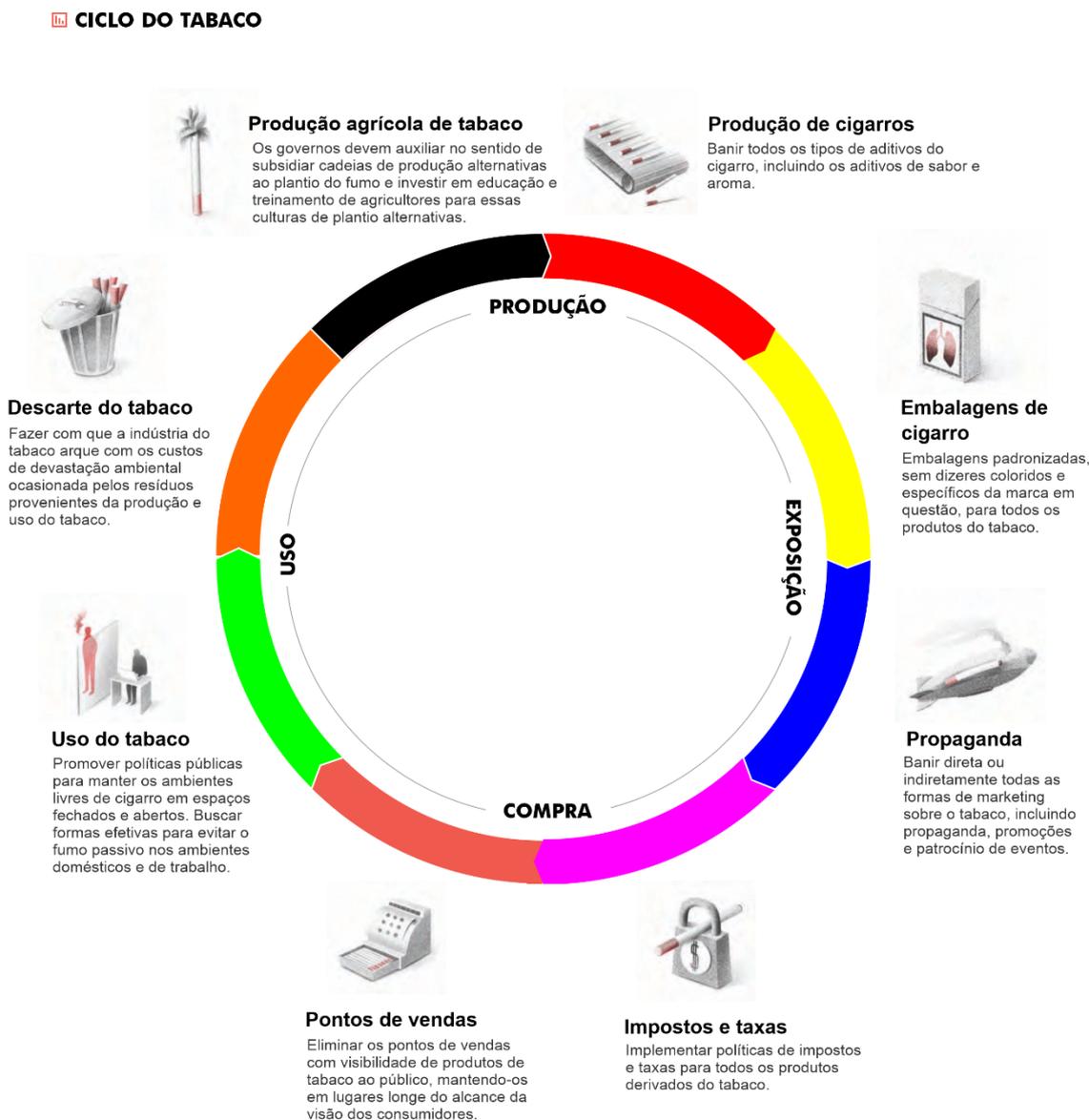
Saiba mais:

A OMS, de modo a facilitar a implantação da CQCT, propôs um conjunto de ações denominado **MPOWER**. A sigla significa *Monitoring* (monitorando a epidemia), *Protecting* (protegendo a população da fumaça do tabaco), *Offering* (oferecendo ajuda para deixar de fumar), *Warning* (advertindo sobre os perigos do tabaco), *Enforcing* (fazendo cumprir a proibição da publicidade, promoção e patrocínio) e *Raising* (aumentando impostos dos produtos do tabaco). Para acessar a versão em português do MPOWER [clique aqui](#).

Assim, a intervenção nas diferentes etapas da produção do tabaco, que também trazem prejuízos à saúde para populações vulneráveis – como crianças e adolescentes que trabalham no cultivo do fumo em países de baixa renda –, tem sido alvo de políticas públicas em todo o mundo na tentativa de diminuir os malefícios que o tabaco traz a partir do início do seu ciclo de produção (DROPE; SCHLUGER, 2018).

Na Figura 2 é possível visualizar essas diferentes dimensões do ciclo do tabaco, da produção ao descarte, que afetam a saúde de diversas formas, além do hábito de fumar, e as possíveis intervenções para lidar com cada uma delas.

Figura 2: Dimensões relativas ao ciclo do tabaco e aspectos passíveis de intervenção, com o intuito de diminuir o tabagismo e os problemas decorrentes da sua produção e seu uso na saúde das pessoas.



Fonte: Adaptado de Drope e Schluger, (2018, p. 11). Tradução livre das autoras.

1.2 CONTEXTUALIZANDO O TABAGISMO NO BRASIL

Desde 2006 a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) tem monitorado a prevalência do tabagismo em capitais brasileiras por se tratar de um fator de risco evitável para diferentes DCNT. Nessa pesquisa são avaliados, por telefone, diferentes fatores de risco para DCNT. Para avaliação da prevalência do tabagismo são incluídos maiores de 18 anos, para os quais se pergunta se fumam ou se já foram fumantes. Nesse primeiro ano da pesquisa, a prevalência para maiores de idade estava em torno de 16,2% no Brasil, sendo 20,3% para homens e 12,8% para mulheres e até 2018 esteve decrescente (BRASIL, 2007; 2019).

No ano de 2018, cerca de 12,1% dos homens e 6,9% das mulheres moradores de capitais brasileiras disseram ser fumantes e, em 2019, foram cerca de 12,3% dos homens e 7,7% das mulheres (BRASIL, 2019; 2020). Embora de 2018 para 2019 o VIGITEL aponte para um leve aumento na prevalência total de fumantes (de 9,3% para 9,8%), a prevalência teve tendência a diminuir nas últimas décadas no Brasil (MALTA *et al.*, 2019). Em Florianópolis, no ano de 2018, a frequência era de 11,2% para a população maior de 18 anos, sendo 15,4% para o sexo masculino e 7,4% para o sexo feminino. Em 2019 a frequência era de 10,7%, sendo 14,1% em homens e 7,7% em mulheres (BRASIL, 2019; 2020).

Outra fonte de dados é a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), que avaliou a prevalência de tabagismo em 2013 e 2019 (BRASIL, 2021). Segundo dados dessa pesquisa, na região Sul do Brasil a frequência de fumantes era de 16,1% no ano de 2013, e de 14,7% em 2019 para maiores de 18 anos, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), que avaliou os resultados da PNS em 2019 por inquérito domiciliar (INCA, 2021).



Saiba mais:

Saiba mais sobre a **prevalência de tabagismo no Brasil**, de acordo com a PNS, por regiões do país ou ainda separados por dados específicos (sexo, idade, escolaridade, entre outros) [clcando aqui](#) e explorando o Painel de Indicadores de Saúde da PNS (BRASIL, 2021).

Além do sofrimento causado pela doença, há impactos gerados pelo tabagismo para toda a sociedade, inclusive em relação ao âmbito financeiro, incluindo, por exemplo, os custos do tratamento de doenças relacionadas ao tabaco. Em estudos sobre a participação do tabaco na ocorrência de DCNT, estima-se que em 2011 o custo pelo seu uso, para o sistema de saúde do Brasil, foi de R\$ 23,37 bilhões (PINTO; PICHON-RIVIERE; BALDACH, 2015).

Em outro estudo foi possível atribuir cerca de R\$ 56,9 bilhões gastos com o consumo de tabaco no Brasil no ano de 2015. Cerca de 70% desse valor corresponde ao custo direto associado à assistência à saúde e os outros 30% corresponde ao custo indireto por perda de produtividade devido à morte prematura e incapacidade (PINTO *et al.*, 2019).

Além dos custos para tratamento dessas doenças, é possível relacionar as mortes que estiveram diretamente relacionadas ao tabaco. Em 2011 foram atribuídas ao tabagismo cerca de 147.072 mortes dentre as causadas por doenças crônicas, como podemos ver na tabela 2 (PINTO; PICHON-RIVIERE; BALDACH, 2015).

Tabela 2: Óbitos por DCNT e óbitos atribuídos ao consumo de tabaco, segundo estimativa realizada a partir de modelo validado. Brasil, 2011.

Óbitos, eventos agudos e crônicos e anos potenciais de vida perdidos por morte prematura atribuíveis ao tabagismo por sexo, no Brasil.

Doença	Totais (A)	Óbitos					
		Homens (B)		Mulheres (C)		Total (D = B + C)	% (D/A)
		n	%	n	%		
IAM	114.363	17.397	18	6.680	19	24.077	21%
Doença isquêmica do coração (exceto IAM)	33.391	4.212	4	1.540	4	5.752	17
Doença cardiovascular * (causas não isquêmicas)	50.536	5.439	6	1.419	4	6.858	14
AVC	83.619	8.571	9	6.534	19	15.104	18
Câncer de pulmão	27.024	15.543	16	6.363	18	21.906	81
Pneumonia	54.221	6.372	7	2.044	6	8.416	16
DPOC	31.600	19.355	20	5.401	16	24.756	78
Câncer de boca e faringe	4.318	2.554	3	417	1	2.971	69
Câncer de esôfago	9.633	5.457	6	1.127	3	6.584	68
Câncer de estômago	17.594	3.355	4	523	2	3.878	22
Câncer de pâncreas	8.857	1.137	1	777	2	1.914	22
Câncer de rins e pélvis renal	2.625	686	1	48	0	734	28
Câncer de laringe	4.724	3.509	4	392	1	3.901	83
Leucemia mielóide	4.717	606	1	178	1	783	17
Câncer de bexiga	3.681	1.254	1	234	1	1.488	40
Câncer de colo do útero	8.084	-	-	1.033	3	1.033	13
Tabagismo passivo e causas perinatais	16.920	-	-	-	-	16.920	-
Total	475.906	5.445	100	34.707	100	147.072	31

Fonte: Pinto, Pichon-Riviere e Baldach (2015).

Na tabela 3 a estimativa foi para o ano de 2015 (PINTO *et al.*, 2019). Isso quer dizer que, ainda que as DCNT tenham diferentes fatores de risco para seu desenvolvimento, muitas mortes poderiam ter sido evitadas se não houvesse o consumo de tabaco. Observe a seguir.

Tabela 3: Óbitos por DCNT e óbitos atribuídos ao consumo de tabaco, segundo estimativa realizada a partir de modelo validado. Brasil, 2015.

Doença	Total de mortes (A) *	Homens (B)		Mulheres (C)		Total (D = B + C)	% (D/A)
		n	%	n	%		
		Total	558.789	106.729	100	49.608	100
IAM	130.312	16.791	16	6.397	13	23.188	18
Doença isquêmica do coração (exceto IAM)	32.293	3.545	3	1.462	3	5.007	16
Doença cardiovascular (causas não isquêmicas)	59.944	5.182	5	1.622	3	6.804	11
AVC	80.857	6.493	6	4.319	9	10.812	13
Câncer de pulmão	30.519	16.077	15	7.686	15	23.763	78
Pneumonia	85.442	7.954	7	2.946	6	10.900	13
DPOC	41.924	17.891	17	13.229	27	31.120	74
Câncer de boca e faringe	10.269	3.845	4	2.036	4	5.881	57
Câncer de esôfago	10.597	5.695	5	1.195	2	6.890	65
Câncer de estômago	16.770	2.846	3	533	1	3.379	20
Câncer de pâncreas	10.846	1.149	1	1.058	2	2.207	20
Câncer de rins e pélvis renal	3.295	754	1	53	0	807	24
Câncer de laringe	4.796	3.433	3	397	1	3.830	80
Leucemia mielóide	11.116	1.237	1	325	1	1.562	14
Câncer de bexiga	3.720	1.060	1	296	1	1.356	36
Câncer de colo do útero	7.996	-	-	739	1	739	9
Tabagismo passivo e causas perinatais	18.092	12.777	12	5.315	11	18.093	100

Fonte: Pinto *et al.* (2019).

Na coluna Total de Mortes (A)* não são mortes atribuíveis ao tabagismo.



Estudo realizado nos Estados Unidos sobre custos relativos ao tabagismo aponta que, se a cessação ocorre antes do aparecimento de problemas de saúde relacionados ao tabaco, cerca de 70% dos custos excessivos em saúde podem ser economizados com a eliminação do consumo de tabaco. Os estudos em países com alta renda *per capita* apontam para economia significativa na área da saúde. Para os países de baixa e média renda ainda são necessários estudos para avaliar qual a magnitude do que se pode economizar em saúde com o abandono do cigarro (NCI/WHO, 2016).

No Brasil, o tabagismo tem sido associado à baixa escolaridade e à menor renda (BRASIL, 2015; BRASIL, 2021). Vale lembrar que as populações de mais baixa renda são aquelas que mais sofrem com os efeitos do tabagismo, tanto por comorbidades associadas (tuberculose, DCNT, entre outras) como pelo dinheiro gasto com a compra de cigarro que poderia ser utilizado, inclusive, na aquisição de alimentos para a família (BRASIL, 2015).

Esse foi um panorama geral sobre alguns aspectos da situação sobre o consumo de tabaco no Brasil. Agora vamos apresentar o que tem sido feito para que o tabagismo diminua cada vez mais no país, na direção de um mundo sem tabaco.

1.3 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO

O tabagismo é fator de risco passível de intervenção e esses agravos representam sofrimento para os pacientes e custos para a sociedade, os quais poderiam ser evitados com o seu abandono. No entanto, abandonar o tabaco é uma tarefa desafiadora e depende não apenas da iniciativa do fumante, mas também de outras ações, tais como formulação de políticas públicas e apoio ao fumante por parte de familiares e de profissionais de saúde no processo de abandono do hábito de fumar (DROPE; SCHLUGER, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2019; OMS, 2019).

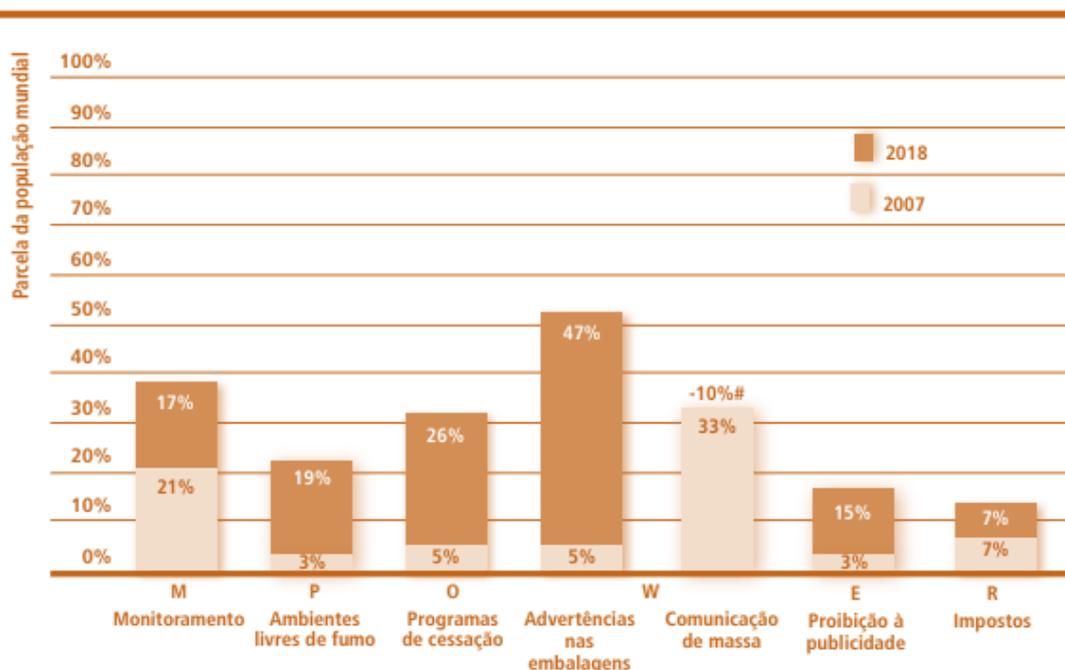
Por ser um fator de risco evitável, o tabagismo tem sido alvo das ações de Saúde Pública em todo o mundo. No ano de 2003 foi apresentada a CQCT, sendo o Brasil o segundo país a assiná-la. A convenção traz orientações para diminuir o tabagismo no mundo (TEIXEIRA, PAIVA, FERREIRA, 2017; DROPE; SCHLUGER, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2019, WHO, 2019a). Vale lembrar que, antes disso, já existiam ações para o controle do tabaco. Em 1991 as ações de controle do tabagismo foram transferidas do Ministério da Saúde para o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e, em 2003, foi instituído o PNCT (MIRRA; ROSEMBERG; ARAÚJO, 2012; PORTES *et al.*, 2018).

O Brasil tem sido destaque no mundo em relação ao enfrentamento da epidemia do tabaco. No último relatório da OMS há destaque para o Brasil e a Turquia como os dois únicos países no mundo que implementaram todas as medidas MPOWER no seu mais alto nível (DIAS, 2019; OMS, 2019). Destaca-se no artigo 14 da CQCT que os países devem adotar, em seus serviços de saúde, medidas para possibilitar o abandono do tabaco, incluindo o acompanhamento e o apoio a fumantes (OMS, 2005). O Brasil vem seguindo essa recomendação.

O conhecimento dos profissionais de saúde sobre as ações de apoio e tratamento aos fumantes que buscam auxílio nos serviços de saúde tem aumentado nos últimos anos, como mostra a pesquisa realizada por Martins e colaboradores (2021) em relação ao conhecimento das estratégias de apoio ao abandono do tabaco.

No gráfico abaixo é possível observar o aumento da população mundial que foi alcançada por políticas selecionadas de controle do tabaco comparados os anos de 2007 e 2018 (WHO, 2019a), e a maior proporção de alcance em 2018 se refere às advertências nas embalagens (47%).

Gráfico 1: População mundial que foi alcançada por políticas selecionadas de controle do tabaco no ano de 2007 a 2018.



Fonte: OMS (2019, p. 5).

Nota:

*O alcance da comunicação de massa refere-se a 2010, não 2007. A cobertura por medidas de impostos refere-se a 2008, não a 2007.

#O número de pessoas alcançadas por campanhas de comunicação de massa diminuiu desde 2010.

O INCA é o órgão do Ministério da Saúde responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer. Desde 1989 o INCA coordena as ações nacionais do Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, desenvolvidas em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com outros setores do Ministério da Saúde, bem como com representações variadas da sociedade civil organizada. O Objetivo geral do Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer é reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade relacionada ao tabagismo no Brasil (ELIAS, 2019).

Os objetivos estratégicos do programa são: reduzir a aceitação social do ato de fumar; reduzir os estímulos sociais e econômicos para o consumo; prevenir a iniciação no tabagismo; proteger a população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco; promover e apoiar a cessação de fumar (ELIAS, 2019).

Esses objetivos alicerçam-se nas seguintes ações que vêm sendo desenvolvidas nacionalmente com a parceria da rede de controle do tabagismo:

- 1) Educação e socialização do conhecimento através de campanhas como o Dia Mundial sem Tabaco/Dia Nacional de Combate ao Fumo e de ações em escolas e em ambientes de trabalho;
- 2) Tratamento para cessação de fumar em unidades de saúde SUS;
- 3) Promoção e defesa de medidas legislativas e econômicas: proibição da propaganda de produtos de tabaco; obrigatoriedade de advertências sanitárias com fotos nas embalagens de produtos de tabaco; proibição de fumar em ambientes fechados; proibição da propaganda nos pontos de venda; fiscalização e controle de venda a menores de idade; aumento de preços e impostos sobre os produtos de tabaco;
- 4) Mobilização e controle social para proteção das ações de controle do tabagismo da interferência indevida da indústria do fumo;
- 5) Fiscalização do cumprimento da legislação;
- 6) Monitoramento e avaliação das ações;
- 7) Vigilância epidemiológica de tabagismo na população geral, entre escolares, profissionais de saúde e profissionais de educação.



Saiba mais:

Visite a página do **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**, coordenado nacionalmente pelo INCA (INCA, 2020), [clcando aqui](#).

Nesta unidade vimos as implicações que o tabagismo causa na saúde das pessoas, tanto de usuários como das pessoas com as quais eles convivem, e reconhecemos o tabagismo como um problema de saúde pública. Além disso, conhecemos o panorama do tabagismo no Brasil e o PNCT e seu impacto no SUS.

Vamos retomar os pontos importantes abordados nesta Unidade?

- Fumantes passivos também sofrem as consequências, assim como todos que participam do processo de produção do tabaco. Começando pelo cultivo do fumo, que muitas vezes é produzido por crianças e adolescentes;
- Outra consequência trazida pelo tabaco é o custo com o tratamento de doenças que ele pode causar, direta ou indiretamente, e que é refletida em toda a sociedade;
- As políticas de controle do tabaco são incentivadas pela OMS e auxiliam na diminuição da prevalência de fumantes;



- Dentre as fontes de dados sobre tabagismo no Brasil, podemos destacar o VIGITEL, que monitora, por telefone, a prevalência do tabagismo nas capitais brasileiras em pessoas maiores de 18 anos; e a PNS, que avaliou a prevalência de tabagismo em 2013 e 2019 separados por região, idade, sexo, escolaridade, entre outros;

- As políticas públicas de incentivo ao abandono do hábito de fumar são de suma importância e contam com o apoio dos profissionais da saúde. O Brasil tem se destacado no cenário mundial no que diz respeito ao enfrentamento à epidemia do tabaco. Foi instituído, então, o PNCT no ano de 2003 com o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade relacionada ao tabagismo no Brasil.

Na próxima unidade vamos estudar os aspectos clínicos do tabagismo. **Bom estudo!**

Referências

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Evidências científicas sobre tabagismo para subsídio ao poder judiciário**. Brasília, DF: AMB, 2013. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes12/tabagismojudiciario.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 26 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf. Acesso em: 26 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2006**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2006.pdf. Acesso em: 27 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2018**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Vigitel, 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Vigitel, 2020. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acesso em: 26 abr. 2021.

BRASIL. **Painel de indicadores de saúde**: pesquisa nacional de saúde. 2021. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/painel-de-indicadores-mobile-desktop/>. Acesso em: 28 abr. 2021.

DIAS, J. Relatório da OMS sobre tabaco destaca Brasil. **Fiocruz**, Rio de Janeiro, 30 jul. 2019. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/relatorio-da-oms-sobre-tabaco-destaca-brasil>. Acesso em: 20 abr. 2021.

DROPE, J.; SCHLUGER, N. (ed). **The tobacco atlas**. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies, 2018. Disponível em: https://tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes_Rev0318.pdf. Acesso em: 07 abr. 2021.

ELIAS, A. *et al.* **Abordagem e tratamento do tabagismo**. 2. ed. Florianópolis: CCS/UFSC, 2019. Disponível em: https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/pluginfile.php/19057/mod_resource/content/6/Apostila_Tabagismo_2019.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CONICQ)**: texto oficial. 2. reimpr. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/convencao-quadro-para-controle-do-tabaco-texto-oficial.pdf>. Acesso em: 26. abr. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco no Brasil**: dez anos de história - 2005-2015. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/convencao-quadro-para-o-controle-do-tabaco-no-brasil-10-anos-de-historia-2005-2015-ed2.pdf>. Acesso em: 26. abr. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **O que é a convenção-quadro para o controle do tabaco**. Rio de Janeiro: INCA, 5 jun. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/en/node/1378>. Acesso em: 26 abr. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Observatório da política nacional de controle do tabaco**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>. Acesso em: 26 abr. 2021.

MALTA, D. C. *et al.* Tendências de indicadores relacionados ao tabagismo nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 e 2017. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 45, n. 5, set./out. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v45n5/pt_1806-3713-jbpneu-45-05-e20180384.pdf. Acesso em: 26 abr. 2021.

MARTINS, S. R. *et al.* Conhecimento e atitudes sobre as políticas MPOWER da OMS para redução do uso do tabaco em nível populacional: comparação entre estudantes de medicina do terceiro e sexto anos. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, vol.47, n.1. 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132021000100204&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2021.

MIRRA, A. P.; ROSEMBERG, J.; ARAÚJO, J. A. Marcos históricos do controle do tabaco no Brasil. *In*: ARAÚJO, J. A. **Manual de condutas e práticas em tabagismo**. São Paulo: GEn Editorial, 2012. p. 5-7.

NATIONAL CANCER INSTITUTE/WORLD HEALTH ORGANIZATION (NCI/WHO). **The Economics of Tobacco and Tobacco Control**. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. Washington: U.S. National Cancer Institute, WHO, 2016. (NIH Publication No. 16-CA-8029A). Disponível em: <https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/monograph-21>. Acesso em: 08 abr. 2021.

OLIVEIRA, G. M. M. de et al. Posicionamento da FSCLP. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 112, n. 4, p. 477-486, abr., 2019. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.20190071>. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/abc/a/4qzc3crWpb4VwGD5P8TY7bx/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório da OMS sobre a epidemia global do tabaco, 2019**: oferecer ajuda para deixar de fumar. Resumo. Geneva: OMS, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325968/WHO-NMH-PND-2019.5-por.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 25 abr. 2021.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Convenio marco de la OMS para el control del tabaco**. Geneva: OMS, 2005. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf?sequence=1>. Acesso em: 29 abril 2021.

PINTO, M. *et al.* Carga do tabagismo no Brasil e benefício potencial do aumento de impostos sobre os cigarros para a economia e para a redução de mortes e adoecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de



Janeiro, v. 35, n. 8, ago. 2019. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001005007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2021.

PINTO, M.T; PICHON-RIVIERE, A; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1283.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2021.

PORTES, L. H. *et al.* Política de controle do tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6, p.1837-1848, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1837.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2021.

TEIXEIRA, L. A. S.; PAIVA, C. H. A.; FERREIRA, V. N. A Convenção-quadro para o controle do tabaco da organização mundial da saúde na agenda política brasileira, 2003-2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 15, supl. 3, 2017. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001505004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025 third edition**. 2019a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition>. Acesso em: 26 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Who report on the global tobacco epidemic, 2019: offer help to quit tobacco use**. 2019b. Disponível em:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204>. Acesso em: 08 abr. 2021.

U N I D A D E

2

**TABAGISMO É A
DEPENDÊNCIA DE NICOTINA**

Autor:
Tadeu Lemos

UNIDADE 2 – TABAGISMO É A DEPENDÊNCIA DE NICOTINA

Objetivos da unidade

- ✓ Descrever os efeitos do tabagismo sobre a saúde, caracterizando suas ações no cérebro;
- ✓ Apresentar o desenvolvimento da dependência de nicotina;
- ✓ Apresentar as possíveis abordagens do dependente de nicotina.

Apresentação da unidade

Iniciaremos esta unidade resgatando um pouco da história do tabagismo até chegarmos à caracterização clínica da dependência de nicotina. Descreveremos os efeitos da nicotina no cérebro, seu potencial de dependência e estratégias para abordar o tabagista.

Ao finalizar esta unidade, você deverá saber como reconhecer a dependência de nicotina, os instrumentos disponíveis para avaliar a gravidade do tabagismo e como abordar o indivíduo dependente da nicotina.

Introdução

O uso da planta tabaco (*Nicotiniana tabacum*) é milenar, remetendo aos primeiros habitantes das américas, há pelo menos três mil anos antes dos descobrimentos, que a utilizavam com fins ritualísticos e curativos. Segundo historiadores, deve-se ao francês Jean Nicot (1530-1604), embaixador da França em Portugal, a introdução do tabaco na Europa.

Em Lisboa, Nicot conheceu as propriedades terapêuticas do tabaco originário do novo mundo e enviou folhas da planta para Catarina de Medicis, então rainha da França, que sofria de “enxaqueca”. Nicot descreveu-a como uma planta sagrada e milagrosa. O sucesso no tratamento da rainha difundiu o uso terapêutico do rapé (pó fino composto pelo tabaco e componentes de outras plantas, utilizado de forma inalada com fins curativos e ritualísticos) e das outras formas de consumo do tabaco (ARAÚJO; FERNANDES, 2021).

Em 1752 o naturalista sueco Caroleus Linneus atribuiu à planta o nome de *Nicotiniana tabacum* em homenagem a Jean Nicot. Posteriormente, em 1828, os alemães Posselt e Reimann isolaram a nicotina, que veio a ser caracterizada como a substância responsável pela dependência de tabaco, descrita em 1971, pelo inglês Hamilton Russell (RUSSELL, 1971; ROSEMBERG *et al.*, 2004).

O cigarro industrializado surgiu em 1880 com a invenção da máquina de enrolar cigarro pelo americano James Bonsack. Foi amplamente distribuído aos soldados que combatiam na primeira



guerra mundial, pois a nicotina sabidamente reduzia o apetite e aumentava o estado de alerta, o que contribuiu para a sua disseminação (ARAÚJO; FERNANDES, 2021).

Além da nicotina, a fumaça do cigarro contém aproximadamente 700.000 substâncias tóxicas, sendo que pelo menos 70 delas são carcinogênicas, como o arsênico, benzeno, formaldeído, chumbo, nitrosaminas e polônio, além dos gases monóxido de carbono, cianamida hidrogenada, butano, tolueno e amônia (PROCHASKA; BENOWITZ, 2019).

2.1 TABAGISMO É A DEPENDÊNCIA DE NICOTINA

O tabagismo é uma doença crônica e recidivante causada pela dependência de nicotina, que se instala pelo hábito de consumir cigarro ou outros produtos à base de tabaco. É a principal causa de morte evitável no mundo. Segundo a OMS, ocorrem mais de 8 milhões de mortes anuais por tabagismo, além de 1,2 milhão de mortes por tabagismo passivo. Trata-se, portanto, de uma pandemia, com importante impacto sanitário e econômico (WHO, 2020).

No Brasil, 12,6% da população adulta é tabagista, e a maioria é do sexo masculino (FIOCRUZ, 2019). Em Santa Catarina, segundo a mesma fonte, são 13% de tabagistas, sendo que a capital Florianópolis ocupa a sexta posição entre as capitais brasileiras no ranking de número de fumantes.

Nos últimos 30 anos, a prevalência de tabagistas adultos reduziu mais de 60%, fazendo do país uma referência internacional no combate ao tabagismo. Contudo, ainda morrem 443 pessoas/dia por causas atribuíveis ao tabagismo no Brasil, incluindo o tabagismo passivo.

Na pandemia da covid-19, fumantes adultos brasileiros relataram um aumento de 34% no consumo de cigarros, sendo maior entre as mulheres. Esse aumento foi associado ao desconforto pelo isolamento dos familiares, à piora da qualidade do sono, tristeza, depressão, ansiedade, queda do rendimento financeiro e pior avaliação do estado geral de saúde (MALTA; AZEVEDO, 2021).

Estima-se que mais de 80% dos fumantes tentam parar e que, aproximadamente, metade deles só o consegue a longo prazo.

2.1.1 Dependência de nicotina

A dependência de nicotina é definida como o uso compulsivo de nicotina e produtos do tabaco, com dificuldade de controle quanto ao início, à manutenção e ao término do uso. A interrupção causa síndrome de abstinência, trazendo prejuízos à saúde física e mental da pessoa. A dependência envolve aspectos físicos e psicológicos, com repercussões orgânicas, comportamentais, ecológicas e ambientais.

Essa dependência é mediada por um complexo conjunto de fatores:

- 1) Efeitos farmacológicos da nicotina;
- 2) O tipo de produto do tabaco, como cigarro convencional ou eletrônico, charuto, palheiro, narguilé, rapé;
- 3) Fatores genéticos;
- 4) Aprendizado condicionante pelo reforço prazeroso das doses frequentes;
- 5) Fatores socioculturais, como influência dos pares, de familiares e do marketing; e
- 6) Fatores econômicos, como baixo custo e fácil acesso à compra.

Listamos, a seguir, os efeitos da nicotina que são mediados pela liberação de vários neurotransmissores no Sistema Nervoso Central (SNC).

- Dopamina** Prazer e diminuição do apetite;
- Noradrenalina** Alerta e diminuição do apetite;
- Acetilcolina** Alerta e melhora cognitiva;
- Glutamato** Memória e melhora cognitiva;
- Serotonina** Modulação do humor e diminuição do apetite;
- Beta-endorfina** Redução da ansiedade e sensação de relaxamento;
- GABA** Redução da ansiedade e sensação de relaxamento.

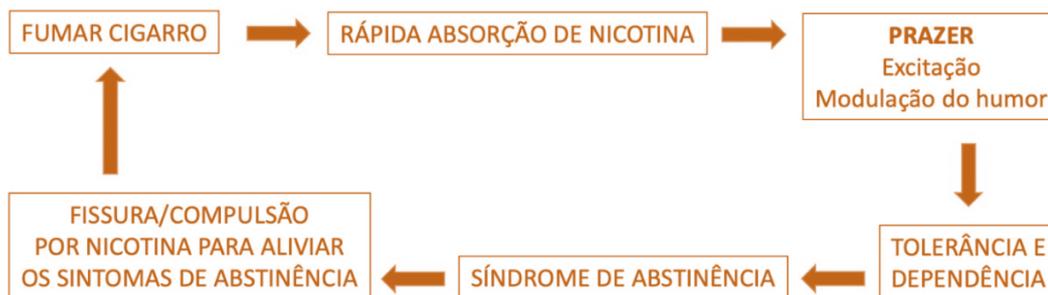
A nicotina tem alto potencial de dependência. Uma vez fumada, chega rapidamente ao cérebro (leva de sete a dez segundos), tem potente efeito prazeroso com sensação de bem-estar, aumento da cognição e memória, que passam rapidamente em 20 a 30 minutos. Além disso, é inibidora do apetite.

Alguns dos efeitos da nicotina, descritos como benéficos, se devem ao alívio das manifestações da síndrome de abstinência (irritabilidade, impaciência, dificuldade de concentração, insônia e/ou sonolência, ansiedade, humor disfórico* ou deprimido e aumento do apetite). Chamamos a isso de reforço negativo. Assim, a dependência de nicotina se instala por reforço positivo (o prazer inicial pelo consumo) associado ao reforço negativo (responsável pela manutenção do consumo) (PROCHASKA; BENOWITZ, 2019; PRESMAN; GIGLIOTTI, 2019).

*Humor disfórico: alteração súbita e desagradável do humor, com irritabilidade, amargura ou desgosto (DALGALARRONDO, 2018).

Assim, para os fumantes diários há um ciclo durante o qual os níveis de nicotina aumentam no sangue; uma tolerância rápida se desenvolve durante o dia e eles passam a fumar para aliviar os sintomas de abstinência. Alguns fumantes pesados acordam à noite para fumar, por causa de sintomas de abstinência, e acendem o primeiro cigarro logo ao acordar, pois o nível sanguíneo de nicotina está muito baixo. Este é o ciclo da dependência, descrito na figura abaixo.

Figura 3: Ciclo da dependência.



Fonte: Adaptado de Prochaska e Benewitz, 2019.

Há pessoas que são mais vulneráveis à dependência de nicotina. Além da predisposição genética mencionada anteriormente, os grupos de maior vulnerabilidade são:

- a) **Adolescentes:** Os adolescentes, por não terem completado a maturidade cerebral, tem menor controle sobre seus impulsos e emoções, seu cérebro está mais sensível a alterações provocadas pela nicotina e tornam-se fumantes pesados mais precocemente;
- b) **Portadores de transtornos mentais:** Transtornos como depressão, bipolaridade, estresse pós-traumático e esquizofrenia conferem maior vulnerabilidade ao tabagismo. Há também evidências de que começar a fumar precocemente predispõe à depressão, transtornos ansiosos e esquizofrenia.
- c) **Usuários de outras drogas:** O tabagismo pode ser “porta de entrada” para o uso de outras substâncias, assim como o consumo de tabaco é maior entre os que são usuários de álcool e drogas ilícitas; fumar precocemente aumenta o risco para abuso de álcool e a associação de álcool e tabaco potencializa a letalidade por doenças relacionadas à dependência de nicotina.

Ao identificar um indivíduo dependente de nicotina, que iniciará seu processo de cessação do consumo de tabaco, você deverá motivá-lo e alertá-lo para as mudanças que ocorrerão: perda

O PRINCÍPIO BÁSICO DA ABORDAGEM DEVE SER A EMPATIA E A EVITAÇÃO DO CONFRONTO.

momentânea da sensação de prazer e bem-estar e dos demais efeitos gratificantes da ação da nicotina no SNC e surgimento dos sinais e

sintomas de abstinência. Esses sintomas serão mais intensos logo após a cessação e durante o primeiro mês de abstinência, diminuindo progressivamente. Deverá, também, oferecer estratégias de facilitação da cessação e alívio da síndrome de abstinência.

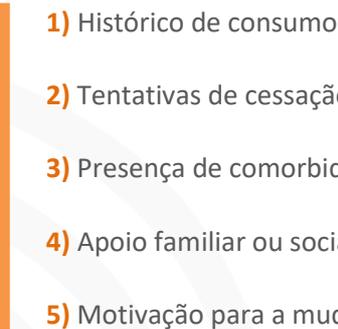
2.2 ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM

Abordar o tabagismo em todas as avaliações de saúde é de fundamental importância. Imagine, por exemplo, que no Brasil há 500 mil médicos e que, se cada um atender dez pessoas/dia, e pelo menos uma delas for fumante, serão abordados cerca de 125 milhões de fumantes/ano. Se ajudarem 10% deles a parar de fumar, serão 12,5 milhões de fumantes.



Somando aos médicos, os demais profissionais das equipes de saúde também podem abordar os tabagistas – enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos. Perceba o enorme impacto que teremos sobre o sistema de saúde pública em termos econômicos e de melhoria de qualidade de vida da população.

Ao abordar um tabagista, devemos levar em consideração os seguintes aspectos:

- 
- 1) Histórico de consumo e grau de dependência;
 - 2) Tentativas de cessação anteriores;
 - 3) Presença de comorbidades clínicas e ou psiquiátricas;
 - 4) Apoio familiar ou social;
 - 5) Motivação para a mudança de comportamento.

2.2.1 Histórico de consumo e grau de dependência

É importante conhecer a relação que o tabagista tem com o cigarro, quando iniciou, que produtos de tabaco consome regularmente e como são seus hábitos com relação a esse consumo. Pode-se pedir que ele descreva como é um dia típico seu com o cigarro. Para acessar o grau de dependência de nicotina, deve-se aplicar o Teste de Fagerström, conforme o quadro 1 a seguir.

Quadro 1: Teste de Fagerström para Dependência da Nicotina.

- 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 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 frequentemente pela manhã?**
 - (1) Sim.
 - (0) não.
- 6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado na maior parte do tempo?**
 - (1) Sim.
 - (0) não.

Fonte: Heatherton *et al.* (1991).

Total:

- 0-2** = Dependência muito leve;
- 3-4** = Dependência leve;
- 5** = Dependência moderada;
- 6-7** = Dependência pesada;
- 8-10** = Dependência muito pesada.

O Teste de Fagerström permite detectar o grau de dependência física do tabagista. Quanto maior a somatória do teste, maior desconforto (manifestações de abstinência) a pessoa apresentará durante a cessação do tabagismo. Das seis perguntas, metade está relacionada com o primeiro cigarro da manhã e a maior pontuação individual é para quem fuma o primeiro cigarro do dia nos primeiros cinco minutos após acordar.

A necessidade desse primeiro cigarro da manhã está relacionada com a baixa quantidade de nicotina no cérebro. O tabagista passou o período inteiro de sono sem fumar, e assim, logo pela manhã começam a aparecer os primeiros sintomas da abstinência.

2.2.2 Tentativas de cessação anteriores

Conhecer as tentativas anteriores de cessação ajudará a detectar as barreiras e dificuldades da pessoa para se manter abstinente. A maioria dos tabagistas passa por diversas tentativas, pois as recaídas são muito comuns. Deve-se perguntar quais métodos foram usados e os que se mostraram mais eficazes, pois eles podem ser úteis nesta nova tentativa.

2.2.3 Presença de comorbidades clínicas e ou psiquiátricas

Identificar as doenças clínicas e psiquiátricas favorece um aconselhamento mais objetivo, personalizado e impactante. Se a pessoa já apresenta uma doença relacionada ao tabaco, isso pode ser motivador para a cessação. As doenças psiquiátricas, por sua vez, podem ser facilitadoras do consumo e dificultadoras da adesão ao processo terapêutico, devendo ser adequadamente tratadas.

2.2.4 Apoio social

Identificar se a pessoa convive com tabagistas, seja em casa ou no local de trabalho, bem como se há na sua rede de relações apoiadores ou sabotadores do seu processo terapêutico, nos ajuda a desenvolver estratégias para lidar com essas situações.

2.2.5 Grau de motivação

Um dos fatores que auxilia o tabagista a parar de fumar é sua própria motivação para a mudança de seu comportamento. Para avaliar isso, é proposto o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente, que divide o espectro motivacional em 6 fases ou etapas (PROCHASKA; DICLEMENT, 1983). Vejamos o modelo transteórico no quadro 2, a seguir:

Quadro 2: Modelo transteórico de Prochaska e DiClemente - espectro motivacional.

Fase	Característica	Discurso do tabagista*
Pré-contemplação	Ausência de crítica, não pretende parar de fumar.	<i>“Minha saúde é ótima. Para mim, o cigarro não faz mal.” “Todo mundo vai morrer um dia, prefiro morrer fumando.”</i>
Contemplação	Ambivalente. Tem consciência de que é um problema, mas sem convicção para cessar.	<i>“Seria importante deixar de fumar... minha família me pede tanto, mas é tão gostoso fumar.”</i>
Preparação	Aceitar e escolher estratégias para a cessação.	<i>“Já tirei os cinzeiros de casa e preciso que você me ajude a parar de fumar.”</i>
Ação	O tabagista toma a atitude de parar efetivamente.	<i>“Ontem fumei o último cigarro, a partir de hoje não fumo mais.”</i>
Manutenção	Aprende a usar estratégias para prevenção de recaídas.	<i>“A vontade de fumar vem, mas procuro me distrair para não ceder à vontade.”</i>
Recaída	É comum. Volta aos estágios iniciais.	<i>“Já estou há tanto tempo sem fumar, unzinho só não vai fazer mal.” “Não adianta mesmo, já tentei várias vezes e sempre fracasso.”</i>

*Fonte: Adaptado de Presman e Gigliotti, 2019.

A fase de motivação em que se encontra o tabagista deve definir o foco da abordagem motivacional, como no quadro acima.

Fases e abordagem motivacional

➔ Fases pré-contemplativa e contemplativa

Pacientes nestas fases serão estimulados a interromper o consumo de tabaco, informados sobre os malefícios do hábito e os benefícios da cessação.

➔ Fase de preparação para a ação

Os que estão nesta fase devem ser estimulados a marcar uma data para parar de fumar, fazer atividades físicas, preferencialmente ao ar livre, e evitar fatores de risco como o estresse, a convivência com fumantes, etc. Neste ponto, o foco deve ser a escolha da melhor estratégia que se adapte ao paciente.

Aqui também toda informação sobre os hábitos ou condicionamentos do paciente (gatilhos) que levam ao ato de fumar devem ser evitados. O paciente precisa ser preparado para lidar com os sintomas da abstinência, bem como com os momentos agudos da fissura, que é a principal causa de recaídas. É importante alertar, principalmente as mulheres, sobre um possível ganho de peso, que poderá ser compensado com atividade física e dieta saudável.

➔ Fase de ação

Nesta fase o paciente encara a fissura e os demais sintomas da abstinência. O profissional de saúde precisa focar nas dificuldades encontradas, tentando estimular, explicar e discutir opções que impeçam o retorno ao uso da substância. Nesta etapa, é fundamental a disponibilidade do profissional de saúde envolvido ou do grupo de cessação do tabagismo.

➔ Fase de manutenção

Nesta fase o paciente deverá ser parabenizado pelo sucesso (mesmo que momentâneo) na cessação do tabagismo, consolidando os ganhos obtidos durante a fase de ação. Buscar estratégias para enfrentar as dificuldades encontradas, prevenindo recaídas (quando o tabagista retorna ao hábito diário) ou lapsos (quando o paciente fumou, mas não retornou ao uso diário).

Como na fase anterior, o empenho do terapeuta e/ou do grupo de cessação do tabagismo fará toda a diferença em relação à eficácia na manutenção da abstinência ao longo do tempo.

➔ A recaída

Recair é mais comum do que não recair. Lapsos são preditores de recaídas. Contudo, a ocorrência de um lapso ou até mesmo uma recaída não deve ser encarado como fracasso, nem causar desânimo e é importante que se reflita sobre o ocorrido. Mesmo sob abordagem intensiva, cerca de 78% dos pacientes voltarão a fumar dentro do grupo de acompanhamento após um ano da intervenção.

Finalizando, existem dois métodos recomendados para ajudar a sistematizar a abordagem ao tabagista, que contemplam tudo o que foi abordado neste capítulo e que podem ser aplicados em qualquer consulta periódica de seus pacientes. O modelo dos 5 As e a estratégia dos 5 Rs, este último visando aumentar a motivação (PRESMAN; GIGLIOTTI, 2019). Vamos conhecê-los? Acompanhe a seguir.

O modelo dos 5 As

Arguir - Pergunte a todo paciente em cada consulta se são fumantes e se desejam deixar de fumar. Registre no prontuário;

Aconselhar - Aconselhe o paciente a parar de fumar. O conselho deve ser objetivo, personalizado e impactante;

Avaliar - Avalie o grau de motivação e dependência do paciente;

Assistir - Para os pacientes que desejam parar de fumar, utilize uma abordagem cognitivo-comportamental e discuta as opções de tratamento farmacológico. Se você não está preparado para esta abordagem, encaminhe para um colega da equipe;

Acompanhar - Marque pelo menos uma consulta de seguimento para uma semana após a interrupção do uso.

A estratégia dos 5 Rs

Relevância - Auxilie o paciente a identificar por que deixar de fumar é relevante. A importância que o paciente dá à mudança é fundamental para a motivação. O paciente deve encontrar e valorizar seus próprios motivos para a cessação do tabagismo;

Risco - Ajude o paciente a identificar os potenciais riscos em sua vida em consequência do seu consumo de tabaco;

Recompensa - Ajude o paciente a identificar os benefícios de parar de fumar (por exemplo, melhora do paladar e do desempenho físico, economia de dinheiro, bom exemplo para os filhos, etc.) e reforce-os;

Resistência - Identifique as principais barreiras que dificultam a parada, como, por exemplo, falta de apoio, sintomas de abstinência e ganho de peso, entre outras;

Repetição - Repita a intervenção toda vez que um paciente pouco motivado for à consulta.

Quem já fez outras tentativas deve ser encorajado a tentar novamente e ser informado de que a maioria das pessoas precisa de várias tentativas até se abster.



Lembre-se que grande parte dos tabagistas necessita de várias tentativas para vencer a dependência à nicotina. Portanto, não pense na cessação do tabagismo como uma atividade de resultados imediatos. Mantenha a motivação e o foco em cada fase do processo, discutindo as estratégias com o paciente. Lembre-se, também, de que existem medicamentos eficazes que podem auxiliar nesse processo. O resultado virá no seu devido tempo.

Figura 4: Estratégias para a cessação do tabagismo.

PRONTO PARA PARAR DE FUMAR ?

1. ESTEJA PRONTO MESMO - defina a data - mude o ambiente - se você já tentou antes, faça um balanço do que deu ou não certo.	2. PEÇA APOIO - da família, amigos e colegas de trabalho - participe de grupos de auto-ajuda e de programas de saúde
3. UTILIZE ESTRATÉGIAS - de distração da família - de mudança de rotina - para diminuir o estresse - para ampliar o lazer - beba muita água	5. ESTEJA PREPARADO Para situações difíceis que podem desencadear uma recaída: evite álcool, evite outros fumantes, cuide do humor, faça dieta e atividade física
4. PROCURE - aconselhamento - tratamento especializado - medicação	

Fonte: Elaborado pelo autor.



Saiba mais:

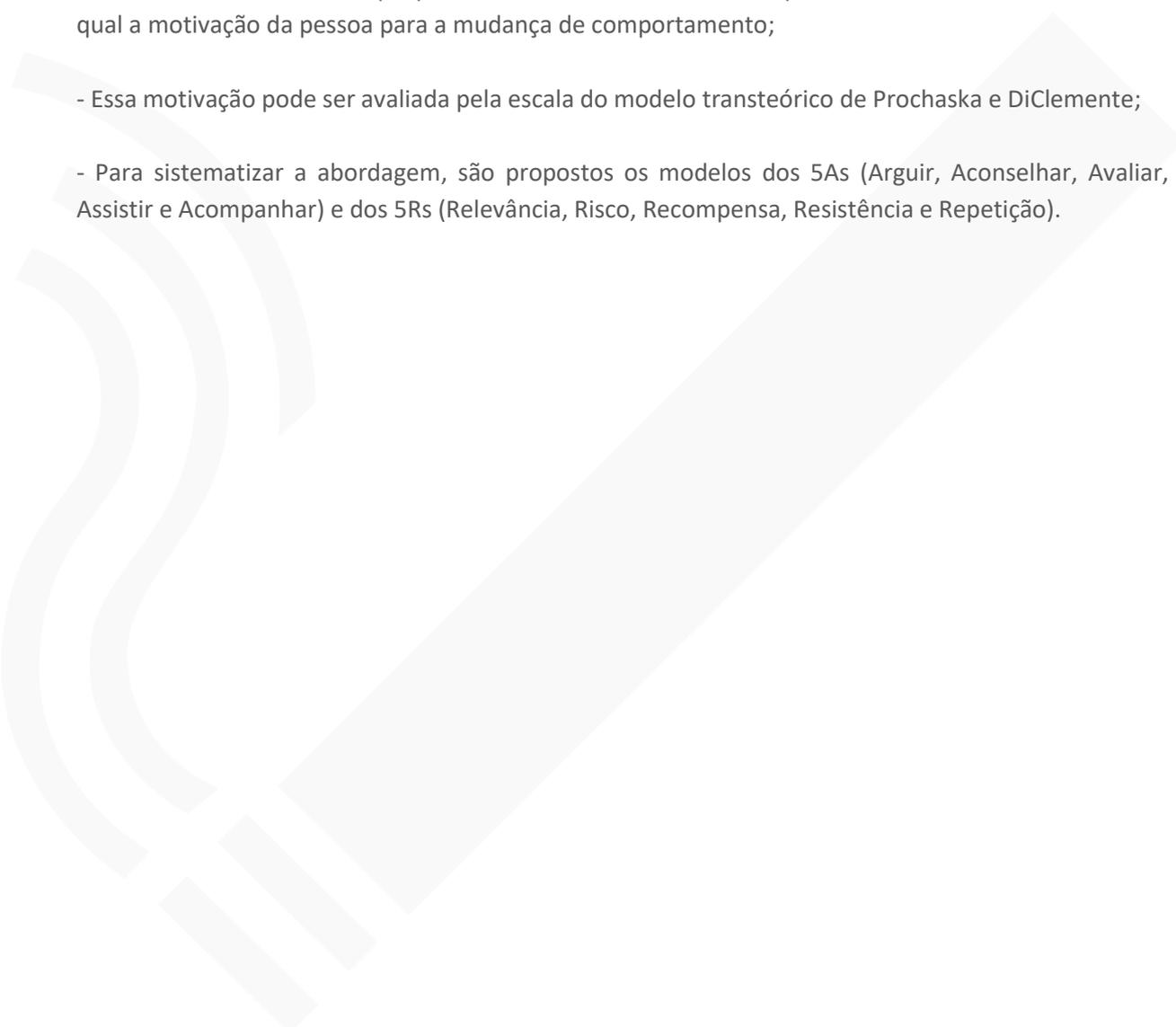
Leia o livro **TABAGISMO PREVENÇÃO E TRATAMENTO**. Pereira e colaboradores. Ed. DiLivros, Rio de Janeiro, 2021.

Assista: **FUMANDO ESPERO** (2008), dirigido por Adriana L. Dutra, com Eduardo Moscovis, Carla Camurati, Scarlet Moon, Miúcha, Ney Latorraca e Rita Guedes.

Nesta unidade você aprendeu que o tabagismo é a dependência de nicotina, descrita pela primeira vez em 1971. Essa dependência, que se instala rapidamente, é caracterizada por irritabilidade, impaciência, dificuldade de concentração, insônia e/ou sonolência, ansiedade, humor disfórico ou deprimido e aumento do apetite. A esses sinais e sintomas soma-se uma intensa fissura pelo consumo de tabaco.



Vamos retomar os pontos importantes abordados nesta Unidade?

- Adolescentes, portadores de transtornos mentais e usuários de outras drogas são mais vulneráveis ao tabagismo;
 - Na abordagem do tabagista deve-se considerar o histórico de consumo do tabaco e o grau de dependência avaliado pelo Teste de Fagerstrom, as tentativas de cessação anteriores, a presença de comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas, a existência ou não de apoio familiar ou social e reconhecer qual a motivação da pessoa para a mudança de comportamento;
 - Essa motivação pode ser avaliada pela escala do modelo transteórico de Prochaska e DiClemente;
 - Para sistematizar a abordagem, são propostos os modelos dos 5As (Arguir, Aconselhar, Avaliar, Assistir e Acompanhar) e dos 5Rs (Relevância, Risco, Recompensa, Resistência e Repetição).
- 

Referências

ARAÚJO, A. J.; FERNANDES, F. L. A. Contexto histórico do consumo de tabaco no mundo. *In*: PEREIRA *et al.* **Tabagismo prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Ed. DiLivros, 2021.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. 530 p.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Pesquisa Nacional de Saúde**. 2019. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br>. Acesso em: 24 jun. 2021.

HEATHERTON, T. F.; KOZLOWSKI, L. T.; FRECKER, L. C.; FAGERSTRÖM, K. O. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. **British Journal of Addiction**, v. 86, p. 1119-1127, 1991.

MALTA, D. C.; AZEVEDO, L. O. Fatores associados ao aumento do consumo de cigarros durante a pandemia da COVID-19 na população brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, e00252220, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00252220>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ldk3Ppq7Q4bSht4TmthTyKh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2021

PRESMAN, S.; GIGLIOTTI, A. Nicotina. *In*: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PROCHASKA, J. J.; BENOWITZ, N. L. Current advances in research in treatment and recovery: nicotine addiction. **Science Advances**, v. 5, n. 10, 16 out. 2019. Disponível em: <https://advances.sciencemag.org/content/5/10/eaay9763/tab-pdf>. Acesso em: 26 ago. 2021.

PROCHASKA, J. O. *et al.* In search of how people change. Applications to addictive behaviors. **The American Psychologist**, v. 47, n. 9, p. 1102-1114, 1992.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. v. 51, n. 3, p. 390-395, 1983.

ROSEMBERG, J. *et al.* **Nicotina: droga universal**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo; Centro de Vigilância Epidemiológica, 2004. 178 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//nicotina-droga-universal.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2021.

RUSSELL, M. A. H. Cigarette smoking: natural history of a dependence disorder. **British Journal of Medical Psychology**. v. 44, n. 1, p. 1-16, 1971.

WORLD HEALTH ORGANIZATION FACT SHEETS (WHO). **Tobacco**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. Acesso em: 23 jun. 2021.

UNIDADE

3

PARTE 1

**APOIO NÃO
MEDICAMENTOSO**

Autora:
Renata de Cerqueira Campos

UNIDADE 3 – APOIO NÃO MEDICAMENTOSO

Objetivos da unidade

- ✓ Conhecer as técnicas não medicamentosas para a abordagem ao tabagismo;
- ✓ Apresentar alguns aspectos da entrevista motivacional e da abordagem cognitivo-comportamental que podem ser utilizados no tratamento do tabagismo;
- ✓ Conhecer sobre a abordagem de casos especiais – como grávidas, adolescentes/adultos jovens, pacientes psiquiátricos e como evitar ou lidar com as recaídas;
- ✓ Apresentar tópicos especiais na abordagem da abstinência como as formas de lidar com os sintomas de abstinência e fissura, a preocupação do abandono das mulheres ao tratamento pelo ganho de peso, o incentivo a um estilo de vida mais saudável e à mudança de hábitos alimentares.

Apresentação da unidade

Nesta unidade você aprenderá as técnicas não medicamentosas para abordagem ao fumante, tópicos especiais na abordagem da abstinência e obterá uma visão geral sobre o uso de Práticas Integrativas e Complementares (PICs). Esta unidade está dividida em duas partes: a parte 1 abordará o apoio não medicamentoso e a parte 2 a abordagem nutricional e o uso de PICs.

3.1 TIPOS DE ABORDAGEM AO TABAGISTA



Você sabia que o primeiro tratamento que deve ser oferecido ao fumante é o aconselhamento? E que, caso seja necessário o auxílio de medicamentos, os estudos demonstram que a combinação do aconselhamento com o uso de medicação é mais efetiva do que a utilização isolada do medicamento?

Assim, os dois devem ser sempre oferecidos simultaneamente ao fumante, uma vez que existe comprovação de taxas superiores de sucesso com essa combinação (AMB; ANS, 2011). Vamos conhecer então quais as principais estratégias não medicamentosas utilizadas na abordagem ao tabagista.

Aconselhamento motivacional

Acredita-se pelo senso comum que, se o indivíduo não quiser, ele não conseguirá parar de fumar. Assim, a motivação para deixar de fumar é um aspecto fundamental para a mudança de comportamento e deve ser trabalhada em cada etapa do processo de cessação do tabagismo.

O aconselhamento motivacional é uma técnica indicada para se estimular a mudança de comportamento, de acordo com os graus de motivação avaliados no paciente, conforme já apresentado na unidade 2. Ela deve, portanto, ser utilizada em todos os momentos do tratamento, desde a identificação do tabagista até a sua abordagem em si, com o objetivo de fortalecer o desejo de parar de fumar.

Isso significa dizer que, em todo e qualquer encontro com o fumante, independentemente se ele é abordado sobre seu hábito de fumar em um atendimento de rotina ou busca ajuda ativamente para deixar de fumar, a conversa deve ser orientada pela abordagem motivacional.

É importante ressaltar, contudo, que não existe um formato específico para essa abordagem, podendo ser realizada por qualquer profissional de saúde, seja em um atendimento individual ou em grupo, em um acolhimento ou consulta estruturada. Pode estar presente mesmo em uma conversa informal com o usuário, ou até por telefone ou busca ativa.

A teoria que baseia o aconselhamento motivacional vem do conceito de motivação como um estado de prontidão à mudança, sendo então algo momentâneo, variável, que pode oscilar (de tempos em tempos, ou de uma situação para outra), podendo ser modificado. **Isso significa dizer que a motivação também é um comportamento que pode ser estimulado.** O aconselhamento motivacional baseia-se na Entrevista Motivacional (EM), que é considerada um marco nas abordagens de tratamento dos transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, por possibilitar a intervenção em indivíduos com pouca motivação para a mudança de comportamento. (MILLER; ROLLNICK, 2001).

Seu surgimento se deu no início da década de 80, apesar de a teoria ter sido publicada apenas em 1991. Antes disso, acreditava-se que pouco podia ser feito pelo indivíduo sem o desejo de modificar seu padrão de uso de substâncias, restando apenas a abordagem confrontativa para se lidar com a resistência à mudança.

As técnicas motivacionais são efetivas em motivar os fumantes a realizar tentativas e também instrumentalizam o profissional de saúde a abordar pacientes pré-contemplativos, ajudando-os a desenvolver habilidades para lidar com ambivalência e motivação para mudança de comportamento (FIORE, 2008).

A ambivalência é sempre uma questão central na abordagem ao tabagismo. O indivíduo encontra-se dividido entre dois lados: um prazeroso, que deseja manter a continuidade do uso pelos ganhos que pode obter, como prazer e alívio da ansiedade; e outro mais racional, que sabe que aquele comportamento é prejudicial e considera a necessidade de parada. Os tabagistas estão quase sempre divididos entre esses dois lados, como em uma balança decisória. No entanto, ficam paralisados sem saber para qual direção seguir. (BRASIL, 2001).

A grande maioria dos indivíduos que serão abordados para deixar de fumar estarão em estado pré-contemplativo ou contemplativo (HALAL; CAMPOS, 2016). Isso ocorrerá, especialmente, quando não houver uma busca ativa de tratamento para deixar de fumar e a intervenção estiver ocorrendo, por exemplo, em um acolhimento ou consulta de rotina na Unidade Básica de Saúde ou visita domiciliar.

O aconselhamento motivacional irá proporcionar a você, profissional de saúde, habilidade para lidar com a ambivalência do indivíduo, no sentido de diminuir a resistência e aumentar a motivação para a mudança do comportamento de fumar. Você precisará ter cuidado, no entanto, para não querer resolver a ambivalência do indivíduo. Para que ele mude, é fundamental que ele próprio ache seu caminho (HALAL; CAMPOS, 2016).

Os princípios fundamentais da EM são (MILLER; ROLLNICK, 2001):

➔ **Expressar empatia:** significa aceitar a ambivalência do indivíduo, compreendendo que o comportamento de fumar lhe traz algo positivo, por isso a dificuldade de mudar. É importante ter cautela para não emitir um julgamento de valor. Contudo, sem perder o foco na mudança, que é o principal objetivo;

➔ **Desenvolver discrepância:** devemos ajudar o indivíduo a perceber a diferença entre o comportamento de fumar e seus objetivos, desejos e valores na vida na tentativa de que ele perceba o tabagismo como um obstáculo que necessita ser superado. Por exemplo, uma avó nos coloca, em seu atendimento, que gostaria de ser um exemplo para seus netos. Entretanto, toda vez que fuma, eles reclamam dizendo que aprenderam na escola que ela pode morrer. Pontuar isso a ajudará a identificar sua própria ambivalência e despertar a vontade de mudar;

➔ **Rolar com (ou acompanhar) a resistência:** evitar argumentação ou confronto. Quando encontrar a resistência, usá-la como um sinal para modificar sua abordagem, no sentido de tentar construir com o indivíduo novas alternativas, sem precisar impô-las;

➔ **Promover autoeficácia:** o indivíduo precisa acreditar na sua possibilidade de parar de fumar, pois será ele o responsável por fazê-lo. É possível ajudar o tabagista a aumentar sua confiança na mudança à medida que o próprio profissional confie na habilidade dele em mudar.

Abaixo você pode entender melhor como utilizar os preceitos da EM na prática e perceber quais são as estratégias motivacionais mais eficazes, que podem sensibilizar as pessoas a mudar seu comportamento de fumar (HALAL; CAMPOS, 2016):

➔ **Dar orientações e informações:** em alguns momentos, precisaremos oferecer ao usuário informações claras e precisas com o objetivo de auxiliá-lo no processo de tomada de decisão. Um aconselhamento breve e informativo pode ajudar em momentos de dúvida, por exemplo: *“Você sabia que fumar e tomar pílula anticoncepcional pode aumentar em até 10 vezes o risco de derrames?”*;

➔ **Remover barreiras:** barreiras práticas e específicas podem interferir na decisão de mudança. Um efetivo aconselhamento motivacional, portanto, precisa ajudar a identificar e superar essas barreiras. **Vamos ver alguns exemplos?** No caso de um familiar fumante estar dificultando o tratamento do indivíduo, pode-se sugerir conversar com esse familiar e, até mesmo, encaminhá-lo

para outro grupo, caso haja interesse. Se o fumante manifestar vontade de participar do grupo, mas o horário não estiver de acordo com sua jornada de trabalho, podemos enviar uma carta ou até mesmo telefonar para o empregador explicando a importância do processo e mostrando como essas sessões de grupo podem aumentar a produtividade do funcionário, evitando inúmeras faltas no futuro. Enfim, quaisquer que sejam as barreiras identificadas pelo fumante relacionadas ao seu tratamento, é de nossa responsabilidade como profissional ajudá-lo a resolver, entendendo que ele já vai enfrentar uma série de dificuldades internas e inerentes ao processo, em uma tentativa de minimizar as resistências;

➡ **Proporcionar escolhas:** a resistência pode ser esperada quando o indivíduo tem suas opções limitadas. A verdadeira motivação aparece quando ele percebe que tem uma oportunidade de mudar. Insistir em uma estratégia particular, a despeito da percepção e do desejo do indivíduo, pode comprometer a motivação e os resultados. Você deve, então, mostrar claramente as alternativas de tratamento, medicamentoso ou não, e deixar que a pessoa escolha o que for melhor para ela;

➡ **Diminuir a atratividade:** pela ambivalência, os indivíduos estão sempre divididos entre os benefícios da parada e os ganhos em manter a continuidade de seu comportamento. Falar abertamente sobre tais ganhos, percebendo a atratividade do comportamento de fumar, pode ajudar a contrabalançá-los, adotando medidas que ajudem a diminuir o interesse, comentando, por exemplo: *“eu sei que fumar pode ajudar a aliviar a ansiedade... mas de que outras maneiras você poderia conseguir esse efeito, sem prejudicar tanto?”*;

➡ **Praticar empatia:** como já mencionado, é fundamental ser caloroso, respeitoso, dar suporte, cuidar, se preocupar, demonstrar interesse e tentar compreender, sem julgar, o indivíduo. Porém, empatia não significa se identificar com o outro, e sim ter a habilidade de se colocar em seu lugar e entender o significado que ele dá à situação ou problema. A empatia é uma habilidade que pode ser desenvolvida, embora nem sempre seja fácil, visto que exige que você saia de um papel técnico, distanciado da problemática, para um entendimento mais emocional do sujeito;

➡ **Proporcionar retorno ou “feedbacks”:** os indivíduos muitas vezes desistem da mudança por não receberem *feedbacks* claros e significativos sobre as novas atitudes adotadas, pois esses retornos são fundamentais para a motivação. Resultados de testes objetivos, auto monitoração diária de consumo ou expressões de preocupação e de cuidado auxiliam no processo;

➡ **Clarificar metas e ajudar ativamente:** pouco ou nenhum esforço será feito para atingir uma meta se ela não for percebida como importante e viável pelo indivíduo. Por isso, você deve orientá-lo a traçar objetivos simples que ajudem a criar motivação para a mudança. Ainda, você precisa ter uma postura ativa quando o indivíduo desanimar ou considerar abandonar a mudança, aumentando muito as chances de que ele mantenha seus esforços.

Dessa forma, na abordagem motivacional do fumante, você, profissional de saúde, precisa adotar uma postura não confrontativa, baseada em empatia e flexibilidade (HALAL; CAMPOS, 2016).

Abordagem cognitivo-comportamental

A abordagem baseada no modelo cognitivo-comportamental é a técnica recomendada para o tratamento do fumante, tendo como premissa básica o entendimento de que o ato de fumar é um

comportamento aprendido, desencadeado e mantido por determinadas situações e emoções, que leva à dependência devido às propriedades psicoativas da nicotina.

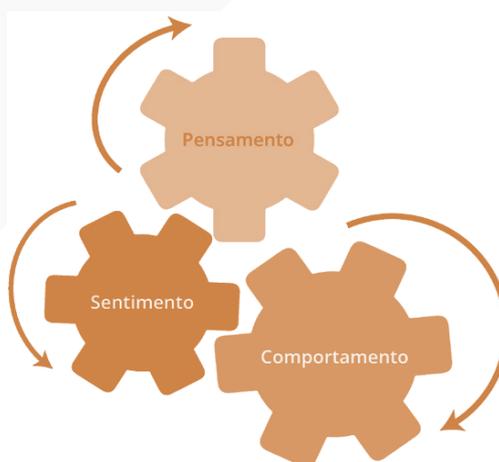
A Abordagem Cognitivo-Comportamental (ACC) é derivada de uma linha da psicologia chamada de terapia cognitivo-comportamental e baseia-se em um modelo de intervenção centrado na mudança de crenças e comportamentos que levam um indivíduo a lidar com uma determinada situação.

Não há necessidade, porém, de ser psicólogo para se conduzir a ACC com o fumante. Esse curso visa instrumentalizar os profissionais de saúde em algumas das técnicas dessa abordagem, que poderão ser aplicadas no tratamento do fumante.

Dentro do modelo cognitivo, proposto por Beck e colaboradores em 1982, temos o entendimento de que nenhum fato por si só tem a propriedade de despertar sentimentos nas pessoas. A interpretação que as pessoas fazem dos fatos é que tem a propriedade de levantar emoções, sejam elas positivas, negativas ou neutras.

Isso significa dizer que a maior parte do desconforto experimentado pelas pessoas deriva do modo como elas interpretam as situações que vivenciam. **Você já reparou nisso?** Mesmo em uma situação neutra, se você a interpretar de forma negativa, vai ter sentimentos negativos em relação a ela. E se a interpretar de forma positiva, vai ter sentimentos também positivos. E a maneira como você vai reagir na referida situação será diretamente influenciada pelo sentimento que tiver. Dentro do modelo cognitivo, isso equivale a dizer que o pensamento é quem origina o sentimento, que é o que vai determinar o comportamento. Observe a figura abaixo:

Figura 5: Modelo Cognitivo-Comportamental.



Fonte: Elias *et al.* (2019).

Ou seja, para se modificar um comportamento – como, por exemplo, o ato de fumar – precisaremos identificar os pensamentos que a pessoa teve quando vivenciou determinada situação, qual foi sua interpretação e de que forma isso acabou despertando determinados sentimentos (raiva, angústia, ansiedade, frustração), que culminaram na vontade de fumar.

O tratamento tem como objetivo a aprendizagem de um novo comportamento através da promoção de mudanças nas crenças e desconstrução de vinculações comportamentais ao ato de fumar, uma vez que combina intervenções cognitivas (no pensamento) com o treinamento de habilidades comportamentais.

Alguns objetivos da ACC na abordagem ao fumante são: preparar o fumante para a solução de seus problemas sem precisar recorrer ao cigarro; estimular suas habilidades para resistir às tentações; prepará-lo para prevenir a recaída e para lidar com o estresse.

A ACC para a cessação do tabagismo pode ser classificada como **Mínima** (ou **Breve**), **Básica** e/ou **Intensiva**, dependendo do tempo investido no contato entre o tabagista e o profissional de saúde, que pode ser menor que 3 minutos, entre 3 e 10 minutos, e maior que 10 minutos, respectivamente (BRASIL, 2001; FIORE, 2008). A forma breve já foi apresentada na unidade anterior e a forma intensiva veremos nesta unidade.

Existe uma forte relação dose-resposta entre a intensidade e a duração do contato e o número de sessões e o sucesso do tratamento, ou seja, quanto mais intensivo for o aconselhamento, maior será a taxa de abstinência.

Entretanto, apesar da abordagem intensiva ser mais efetiva que a mínima, não podemos diminuir a importância desta, que apresenta impacto significativo em termos de saúde pública. Estudos de meta-análise revelaram que o aconselhamento dado por um profissional de saúde, por mais breve que seja, aumenta as taxas de cessação do tabagismo (FIORE, 2008).

Dessa forma, a abordagem mínima pode - e deve - ser oferecida por todos os profissionais de saúde da atenção primária dentro de suas consultas de rotina, em qualquer espaço terapêutico, aumentando a disponibilidade da oferta de ajuda. Assim, quando não houver possibilidade de oferecer a abordagem intensiva, temos a responsabilidade de conduzir, pelo menos, a abordagem mínima ou básica, partindo da premissa que qualquer aconselhamento é melhor do que nenhum, como vemos a seguir no Quadro 3, que apresenta a taxa de abstinência (%) segundo a realização de aconselhamento, considerando sete estudos.

Quadro 3: Apresentação da taxa de abstinência (%) segundo realização de aconselhamento.

Aconselhamento	Taxa de abstinência (%)
Sim	10,2
Não	7,9

Fonte: Fiore, M. C. *et al.* (2008).

Na abordagem **intensiva**, dentro do modelo proposto pelo INCA, o acompanhamento é oferecido através de grupos específicos com uma hora e meia de duração conduzido, de preferência, por dois profissionais de saúde capacitados e envolvidos. São quatro sessões semanais estruturadas, seguidas de duas sessões quinzenais de manutenção e, a partir do terceiro mês, uma sessão mensal.

Em casos especiais, identificados pelo profissional na entrevista individual que antecede o tratamento, as sessões de grupo podem ser substituídas por consultas individuais, desde que sigam a mesma estrutura proposta. Tais casos podem incluir transtornos de ansiedade, distúrbio de pânico, esquizofrenia, depressão maior ou outras comorbidades psiquiátricas não estabilizadas, as quais possam justificar um acompanhamento individual mais próximo, desde que haja conforto do usuário para participar das sessões individuais. Ou ainda, casos em que o paciente possua déficits auditivos, cognitivos e outras situações que o prejudiquem em uma abordagem em grupo (LANCASTER, 2005; ZIEDONIS, 2008).



Saiba mais:

Você pode acessar o manual do coordenador do programa de controle de tabagismo no INCA para conhecer melhor o conteúdo e formato das sessões [clikando aqui](#).



Se, na sua unidade de saúde, você conseguir estruturar o grupo de manutenção semanalmente, trará um ganho significativo ao seu programa de tabagismo, uma vez que os estudos comprovam que há uma forte relação de resposta entre número, duração de sessões e o sucesso do tratamento.

Lembre-se que deixar de fumar é apenas o primeiro passo, o segundo é manter-se firme nessa decisão, e o que possibilita o alcance dessas metas é o processo de mudança de comportamento. Ou seja, é na fase de manutenção que reside o maior desafio. Há grande risco de recaída, principalmente no início do processo. Não há indícios na literatura de medicações ou aconselhamento que possam diminuir o risco de recaídas. Assim, o ideal é manter o acompanhamento (reforçando e revendo as estratégias) até pelo menos completar um ano da intervenção, mesmo que não seja em grupo. Pode-se pensar em contato telefônico, visita domiciliar pelos agentes comunitários de saúde ou outra forma de acompanhamento que a sua equipe conseguir efetivar.

Veja, no quadro 4, as taxas de abstinência conforme o nível de intensidade das sessões realizadas, com o objetivo de cessar o tabagismo, após um ano da intervenção (FIORE, 2008).

Quadro 4: Eficácia e taxa de abstinência estimada conforme níveis de intensidade de duração da sessão (n = 43 estudos).

<u>Contato</u>	<u>Taxa de abstinência</u> (%)	<u>Razão de Taxas</u>
Controle (não aconselhamento)	10.9	1.0
Aconselhamento mínimo (3 -5 min.)	13.4	1.3
Aconselhamento de 5 a 10 min.	16.0	1.5
Aconselhamento de mais de 10 min.	22.1	2.0

Fonte: Fiore *et al.* (2008).



Saiba mais:

Você pode acessar o Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina [clcando aqui](#).



Para refletir

Sua equipe utiliza alguma estratégia não medicamentosa para o tratamento do tabagismo? Que tal debater, a partir da leitura deste texto, sobre a importância dessas estratégias e de que forma vocês podem inseri-las na abordagem aos tabagistas de sua unidade de saúde?

3.2 RECAÍDAS

A recaída é o retorno ao consumo do tabaco, podendo iniciar com um lapso evoluindo para a recaída (padrão anterior de uso). Deve-se encorajar a motivação do sujeito para retomar o tratamento. Julgamentos ou repreensão são contraindicados.

Quando acontece uma recaída, o sujeito tem dificuldades de voltar a buscar ajuda, pois tem sentimentos de vergonha e fracasso. É preciso deixar claro, desde o começo do tratamento, que a recaída pode vir a acontecer, embora não seja o desejado. A literatura, inclusive, diz que são

necessárias de cinco a sete tentativas para que o fumante consiga efetivamente deixar de fumar. Isso o auxilia a aceitar sem críticas e a tentar novamente.

O momento da recaída deve ser visto como uma ocasião para refletir sobre a prevenção de futuras recaídas. Devem-se avaliar causas e circunstâncias do insucesso, procurando responder às seguintes perguntas: **o que aconteceu? O que estava fazendo nessa hora? O que estava pensando/sentindo? De onde veio o 1º cigarro? Já pensou em nova data?**

Muitas vezes é preciso reavaliar a abordagem (inclusive a farmacoterapia), negociar ou renegociar o plano de tratamento, reconhecer e elogiar progressos alcançados e necessidade de mudanças. Também é preciso identificar situações de risco e estratégias de enfrentamento e rever objetivos e metas, buscando lições aprendidas com a recaída, além de manter vínculo e suporte sempre que necessário.

Devido à taxa de recaídas no tratamento do tabagismo (assim como na dependência de substâncias em geral) ser particularmente elevado, existe a necessidade de manter o acompanhamento a longo prazo por meio de intervenções eficazes, mesmo após o fim do tratamento. O modelo chamado de Prevenção de Recaídas, também derivado da terapia cognitivo-comportamental, foi proposto por Marlatt e Gordon, em 1985, e tem sido utilizado com muita eficácia em todos os tipos de dependência. Nela, o paciente é estimulado a identificar as situações cotidianas de risco que podem precipitar suas recaídas e traçar estratégias prévias de como evitá-las ou como lidar com elas caso ocorram.

Mais recentemente, a MBRP (sigla em inglês para **terapia baseada em *mindfulness***) também vem sendo utilizada para lidar com a prevenção de recaídas. Além da identificação das situações de risco, essa terapia também inclui aulas de *mindfulness*, que ensina os pacientes a ter atenção plena ao momento presente, o que os auxilia a identificar e lidar com os sentimentos desconfortáveis associados à fissura e, conseqüentemente, à necessidade urgente de fumar.

A fissura nada mais é do que um episódio de crise de ansiedade, causando desconforto e desregulação emocional no paciente, que parece que somente será resolvido com a tragada. O *mindfulness* ensina que essa crise pode ser abordada através da prática dos seguintes passos, resumidos no acrônimo SOBER (BOWEN; CHAWLA; WITKIEWITZ, 2015):

- **STOP (PARE):** no meio da situação de fissura, o paciente deve ser orientado a fazer uma pausa;
- **OBSERV (OBSERVE):** ele deve ser estimulado a observar e acolher seus pensamentos, sentimentos e reações disfuncionais e o modo como eles se expressam no seu corpo;
- **BREATH (RESPIRE):** procure estimulá-lo a respirar, buscando em sua mente um lugar seguro de conforto que possa conectá-lo com emoções mais positivas;
- **EXPAND (EXPANDA):** ele deve buscar expandir sua mente, buscando ampliar seu foco de atuação;
- **RESPONSE (RESPONDA):** oriente-o a verificar se existem outras possibilidades de lidar com o que está provocando angústia e fissura e mostre que, por mais desconfortável que seja a situação, existem outras maneiras de lidar com ela.

3.3 MANEJO DA ABSTINÊNCIA E FISSURA

A síndrome de abstinência da nicotina tem relação com o componente físico da dependência da nicotina. É basicamente uma “reclamação” do organismo pela falta da substância. Aproximadamente 75% dos fumantes que tentam parar de fumar apresentam algum sintoma dessa síndrome (MARTINEZ; KALIL; LIMA, 2012).

Apesar disso, é importante pontuar que ela varia bastante, tratando-se de uma questão muito individual, ou seja, a forma como cada pessoa vai lidar com a falta do cigarro só será realmente conhecida quando ela de fato deixar de fumar. É comum que os fumantes nem tentem parar com medo dos sintomas que poderão ter. Você deve mencionar que, normalmente, esses sintomas são sempre piores no imaginário da pessoa do que quando efetivamente ela se propõe a tentar.

Além disso, você provavelmente precisará esclarecer que essa síndrome é um sinal do restabelecimento do organismo. Tornando-se, inclusive, um aspecto positivo por significar que o cérebro está se reorganizando para voltar a funcionar sem nicotina, para que o indivíduo, dessa forma, consiga encará-la com menos sofrimento.

Vale lembrar ao tabagista, ainda, que a abstinência tem um tempo limitado, pois, na ansiedade de se sentir bem, ele pode achar que vai ficar no desconforto permanentemente. A literatura coloca que os três primeiros dias são os piores, quando a abstinência atinge seu pico. Depois os sintomas vão perdendo intensidade lentamente, até no máximo de duas a três semanas (BRASIL, 2004).

Os sintomas que mais se destacam são: sensação de formigamento, tonturas, tosse, cefaleia, dificuldade de concentração, humor deprimido, irritabilidade, agitação, sonolência/insônia, distúrbios no estômago e intestino, entre outros.

Outro importante sintoma é a fissura, que demora significativamente mais tempo para passar, pois tem maior relação com os componentes psicológico e comportamental da dependência do que com o aspecto físico. Ou seja, a fissura aparece em situações em que o fumante anteriormente tinha o hábito de fumar ou quando ele apresenta emoções que costumava associar ao uso do cigarro.

A fissura, em geral, não dura mais que cinco minutos. Por isso é importante que você saiba orientar o usuário sobre as estratégias que podem ser utilizadas para que ela passe mais rapidamente, tais como:

- Não ter cigarros em casa, no carro, na bolsa etc. Sabemos que a questão comportamental é muito forte, de modo que, ao sentir a fissura, o usuário terá um impulso irresistível de fumar. Se, neste momento, ele tiver facilidade de acesso ao cigarro, o risco de recaída será muito grande. Mas, se houver dificuldade para obter o cigarro, pode ser que a fissura passe e ele se conscientize de não fumar;
- Beber água é o melhor “remédio” para se lidar com a fissura e não tem contraindicações! A maioria dos fumantes relata que a água, especialmente gelada, ajuda a fazer passar a vontade de fumar, por proporcionar uma sensação de anestesia na boca. Recomende que o usuário ande sempre com uma garrafinha e desenvolva o hábito de beber repetidamente, auxiliando



também na necessidade de levar algo à boca, que é comum ao fumante;

- Ter sempre à disposição alimentos de baixa caloria, tais como frutas naturais e secas, cravo, canela, gengibre e afins. Eles ajudam a manter a boca ocupada, no momento da fissura, distraindo a vontade. O usuário vai ter a tendência a escolher guloseimas tais como balas, doces e chicletes, até porque o cigarro tem um pouco de açúcar em sua composição, o que aumenta o desejo de comer doces. Porém, é sua responsabilidade ajudá-lo a eleger alimentos que sejam mais saudáveis e não contribuam para o ganho de peso. Para isso, as frutas podem ser uma escolha acertada, já que tem sacarose, um açúcar natural. E as especiarias têm um gosto forte que proporcionam uma sensação anestésica nas papilas gustativas, reduzindo a vontade de fumar;
- Se distrair/ocupar: os fumantes relatam que não fazer nada dá vontade de fumar. Portanto, para resistir à fissura, é preciso manter-se ocupado, principalmente naquelas situações consideradas gatilhos ou que antecedem a vontade de fumar, como por exemplo estar parado esperando o ônibus. Você pode sugerir, então, que ele se mantenha ocupado, o que não significa estar trabalhando o tempo todo. Tal ocupação pode – e deve – ser prazerosa, no sentido que ocupe também a mente de forma saudável e não apenas o corpo. Vale sugerir, inclusive, que mantenha as mãos ocupadas com artifícios como canetas, canudos, bolinhas, elástico ou qualquer outra coisa com a qual se identifique. Só não vale recomendar que tenha um cigarro apagado nas mãos – como muitos irão sugerir – pois o risco que ele o acenda antes mesmo de se dar conta é muito grande;
- Evitar práticas fortemente associadas ao hábito de fumar e, quando não for possível, procurar fazê-las de forma diferente. Por exemplo, uma pessoa que sente vontade de fumar sempre após o almoço não pode evitar a refeição, mas deve tentar adicionar algo diferente a essa rotina, buscando, por exemplo, escovar os dentes ou beber água logo que terminar;
- Fazer atividade física: não há necessidade de tornar-se um atleta, mas devemos recomendar que a pessoa procure trabalhar o seu corpo de uma maneira prazerosa, que possa funcionar tanto como uma válvula de escape para a vontade de fumar, quanto para o estresse. Diminuindo, ainda, a possibilidade de ganho de peso;
- Respirar profundamente, relaxar, meditar: a fissura geralmente vem associada à ansiedade e oxigenar o sangue ajuda a reequilibrar o PH que se torna ácido quando a pessoa está ansiosa. A respiração profunda ajudará o organismo a acalmar as funções autônomas que ficam desequilibradas durante uma crise de ansiedade e isso reduzirá a vontade de fumar. No manual do coordenador você terá acesso a técnicas de respiração e relaxamento mental que poderá ensinar para os tabagistas;
- Mudar a rotina: às vezes mesmo pequenas mudanças, que não parecem tão importantes, podem se tornar bastante significativas nesse processo. Por exemplo, caso haja algum ponto de venda de cigarro no caminho do usuário para o trabalho ou outro destino, pode-se recomendar que ele faça outro trajeto, mesmo que maior, para evitar o gatilho e o consequente impulso de fumar;
- Renovar seus propósitos de não fumar: vale recomendar que o usuário ande com um cartão

consigo, geralmente no lugar em que ele carregava seus cigarros, no qual ele possa escrever suas principais motivações para não fumar. Num momento de fissura, na busca automática por cigarros, ele pode encontrar esse cartão e lembrar o motivo pelo qual está se submetendo a esse processo e isso poderá ajudá-lo a lidar com a vontade (HALAL; CAMPOS, 2016).



Você e sua equipe já acompanharam e vivenciaram a recaída de um tabagista em tratamento? Como vocês lidaram com essa situação? A partir das leituras, como avaliam as estratégias utilizadas e como pensam que poderiam melhorá-las?

3.4 MANEJO DA ABSTINÊNCIA E FISSURA

Algumas situações podem tornar o processo de deixar de fumar um pouco mais delicado do que já seria. São os casos de comorbidades clínicas ou psiquiátricas, bem como dos pacientes especiais, como adolescentes e gestantes.

Nos **pacientes com diagnóstico de câncer**, enfisema ou outras doenças relacionadas ao tabaco, o tratamento do tabagismo deve seguir a recomendação para a população geral. Entretanto, a presença dessas comorbidades geralmente está associada com alta dependência à nicotina e, portanto, deve-se considerar abordagem comportamental e medicamentosa mais intensiva. O tratamento de pacientes com eventos cardiovasculares crônicos e/ou agudos também deve seguir as recomendações gerais para o tratamento do tabagismo.

Homens e mulheres se beneficiam das mesmas intervenções no tratamento do tabagismo, salvo características individuais que devem ser consideradas, como o receio do ganho de peso e a presença de depressão, que são os obstáculos mais referidos para a cessação do tabagismo em mulheres.

Nos **adolescentes e adultos jovens**, a cessação do tabagismo deve estar centralizada no aconselhamento, que parece ser a abordagem mais efetiva nessa faixa etária. Normalmente não há necessidade de uso de medicação, uma vez que, em geral, os mais jovens muitas vezes ainda não desenvolveram dependência mais severa, tendo um uso esporádico ou eventual. Também não costumam se identificar muito com os grupos de tabagismo, por se tratar de uma realidade muito distante para eles, já que são mais frequentados por adultos, muitas vezes com comorbidades associadas ao uso do cigarro. Sugere-se, então, uma abordagem individual, que utilize linguagem e elementos com os quais eles possam se identificar.

Toda **gestante** deve ser fortemente aconselhada a parar de fumar, devido aos riscos do tabagismo para o feto e para ela mesma. Porém, as gestantes podem ter fortes sentimentos de culpa

e vergonha ao participarem de um grupo de tabagismo, devendo ser abordadas individualmente ou em grupos específicos de gestantes.



Saiba mais:

Você pode realizar a leitura das Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008 da Sociedade Brasileira de Pneumologia [clcando aqui](#).

As **comorbidades psiquiátricas** constituem, sem dúvida, o maior fator dificultador para o tratamento do tabagismo (LEMOS; GIGLIOTTI, 2002). Porém, embora os pacientes com transtornos psiquiátricos e dependência de outras substâncias apresentem alta prevalência de tabagismo, dependência da nicotina elevada e maior risco de recaída, os estudos mostram que as variáveis que afetam a cessação e a taxa de abstinência são similares àquelas verificadas na população geral. De modo que o tratamento para cessação do tabagismo em pacientes com transtornos psiquiátricos deve ser o mesmo recomendado para a população geral.

A depressão é o distúrbio psiquiátrico mais frequentemente associado ao tabagismo devido à propriedade antidepressiva da nicotina e sua ação sobre a liberação de dopamina, substância que aumenta a sensação de bem estar (CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006).

Por isso, cerca de 30% dos fumantes tem histórico de depressão: eles fumam mais intensamente, têm maior dificuldade em parar de fumar, usam o tabagismo como automedicação, têm síndrome de abstinência mais severa e, conseqüentemente, maiores taxas de recaída (CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006).

Dessa forma, é preciso que você faça uma boa avaliação, na entrevista individual, do histórico de depressão do fumante, inclusive familiar, e sobre a ocorrência de sintomas atuais. Há um inventário de depressão no protocolo de entrevista do INCA que você pode usar como guia.



Saiba mais:

Acesse o Inventário de Depressão do Protocolo de Entrevista do INCA [clcando aqui](#).

Se indícios de depressão leve ou moderada forem percebidos, é possível iniciar o tratamento do tabagismo simultaneamente ao de depressão. Porém, se forem percebidos indícios de depressão grave, você deve encaminhar primeiro o paciente para o tratamento da depressão e somente após a estabilização dos sintomas é que ele deve ser encaminhado para o tratamento do tabagismo.

Em relação à esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos, estudos demonstram que de 60 a 70% dos esquizofrênicos fuma (prevalência três vezes maior que na população geral) devido ao fato de a descarga dopaminérgica reduzir os sintomas negativos da doença (apatia, abulia, embotamento afetivo), e os efeitos colaterais extrapiramidais dos neurolépticos, além de melhorar a depressão e aliviar a ansiedade, muito comuns ao quadro (CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006).

Assim, a abstinência pode agravar a sintomatologia esquizofrênica e frequentemente a medicação antipsicótica precisa ser reduzida. Portanto, o tratamento do tabagismo deve ser conduzido somente quando estabilizados os sintomas da esquizofrenia e com o apoio do profissional especialista em saúde mental.

O tabagismo é muito frequente também entre **dependentes de álcool e outras drogas**. Muitas vezes esses pacientes consideram mais difícil deixar de fumar do que largar as drogas mais “pesadas”. Poucos aceitam tratamento simultâneo e apenas 46% desejam parar de fumar. Porém, estudos recentes sugerem que a abordagem para cessação do tabagismo concomitante ao tratamento de outras dependências reforça a abstinência relativa a outra substância, não trazendo risco de recaída, o que seria ideal (LEMOS; GIGLIOTTI, 2002).

Na entrevista inicial, preste bastante atenção ao uso de álcool pelo fumante. Geralmente fumantes pesados têm bastante probabilidade de também serem etilistas, pois a prevalência de fumantes entre alcoolistas é de 80%. Procure sempre fazer o teste CAGE (Quadro 5, a seguir), também disponível no protocolo do INCA.

O CAGE é um instrumento de fácil aplicação que não faz o diagnóstico de dependência, mas detecta os bebedores de risco. O consumo de álcool é considerado fator de risco a partir de duas respostas positivas (FLORIANÓPOLIS, 2010). Ao constatar o risco de uso pesado ou abusivo de álcool, alerte o fumante que isso tornará o processo de cessação do tabagismo mais difícil, uma vez que o álcool funciona como um gatilho para o cigarro.

Quadro 5: Teste CAGE.

Cut down/Annoyed/Guilty/Eye-opener Questionnaire (CAGE)		
O consumo de álcool é considerado de risco a partir de duas respostas afirmativas.	0-NÃO	1-SIM
1. Alguma vez o (a) Sr. (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	0	1
2. As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	0	1
3. O (A) Sr. (a) se sente culpado (a) (chateado consigo mesmo) pela maneira como costuma beber?	0	1
4. O (A) Sr. (a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	0	1

Fonte: Florianópolis (2010).

Ao se defrontar com transtornos psiquiátricos no tratamento do tabagismo, a equipe da estratégia de saúde da família deve fazer uma avaliação bastante criteriosa junto aos profissionais de saúde mental por meio dos suportes existentes na sua rede, como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), matriciamento ou telessaúde, para decidir quando e quais casos encaminhar se esgotadas as alternativas de sua competência.



Existe algum caso especial, como os citados nesta unidade, na comunidade atendida por sua equipe? Que ações estão sendo realizadas para apoiar esses usuários no tratamento do tabagismo? A partir da leitura desta unidade, que outras ações poderiam ser realizadas?

U N I D A D E

3

PARTE 2

**ABORDAGEM NUTRICIONAL
E USO DE PRÁTICAS
INTEGRATIVAS
COMPLEMENTARES**

Autores:

Ari Ojeda Ocampo Moré
Carolina Calado Carneiro
Thaise Alana Goronzi

3.5 ABORDAGEM NUTRICIONAL NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Para muitos fumantes que desejam parar de fumar, a possibilidade de engordar ao fazer isso pode representar uma grande barreira para a cessação. A preocupação com o ganho de peso pode inibir as tentativas de parar de fumar, principalmente entre as mulheres. Além disso, o ganho de peso pode ser um importante fator de recaída para aqueles que estão tentando parar (INCA, 2001).

Segundo Martins e Chatkin (2019), a relação inversa entre peso corporal e tabagismo é bem reconhecida. Os fumantes geralmente apresentam menor peso corporal que os não fumantes. A redução da ingestão de alimentos em fumantes tem sido atribuída a diversos mecanismos: aumento da estimulação do sistema adrenérgico; lipólise e termogênese, secundárias ao aumento da taxa metabólica basal; aumento do gasto energético; e supressão do apetite induzida pela nicotina. Há evidências de que alguns aditivos empregados na produção industrial de cigarros são supressores de apetite, tais como ácido tartárico e 2-acetilpiridina.

Quando um indivíduo para de fumar, todos esses mecanismos deixam de funcionar, levando a um aumento do peso corporal. Estudos sobre características (MUNAFÒ; MURPHY; JOHNSTONE, 2006; SCHERR *et al.*, 2015) que podem aumentar o risco de um ganho de peso expressivo nos indivíduos que cessaram o hábito de fumar identificaram como fatores de risco: consumo de uma elevada quantidade de cigarros diariamente; menor nível socioeconômico; não ter um hábito alimentar saudável, dentre outros. Além disso, ex-fumantes buscam recompensas orais por meio do consumo de alimentos com alto teor de açúcar e gordura. Lembrando que há também uma rápida recuperação dos sentidos do olfato e paladar, o que estimula a ingestão de alimentos (MARTINS; CHATKIN, 2019).

A alteração ponderal pós-cessação tabágica traz dados conflitantes em vários estudos avaliados. Em metanálise que avaliou 62 estudos, percebeu-se que a cessação ao tabagismo é responsável pelo aumento de peso, em média, de 1,12 Kg, 2,26 Kg, 2,85 Kg, 4,23 Kg e 4,67 Kg nos períodos de um, dois, três, seis e 12 meses após parar de fumar, respectivamente. Essa variação é distinta em diversos estudos, podendo variar de 1,4Kg a 7Kg de ganho de peso. Vale ressaltar que o aumento excessivo de peso, descrito em alguns estudos como acima de 10 Kg, é atribuído a uma pequena parte da amostra, em torno de 10% (MARTINS; CHATKIN, 2019).

O controle de peso dentro do tratamento de fumantes pode ser efetivo na cessação do tabagismo, principalmente em mulheres. Há sugestão de alguns autores recomendando intervenções baseadas em terapia cognitivo-comportamental para reduzir as preocupações com o ganho de peso (PERKINS *et al.*, 2001), bem como desencadear uma mudança positiva no comportamento de fumar através de mudanças de comportamento alimentar (SALIT; CICAZZO; DIXON, 2009).

O comportamento alimentar pode ser modificado por meio de estratégias de aconselhamento nutricional abarcando a combinação de diferentes teorias de mudança de comportamento, como a Teoria Cognitivo Comportamental, Teoria Cognitiva Social e o Modelo Transteórico, que podem levar à interrupção de padrões de alimentação indesejáveis e substituir hábitos contemporâneos por outros mais saudáveis, como a diminuição de alimentos com grande densidade energética e o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras. Resultando, assim, em diminuição do peso e redução dos riscos de DCNT (SPAHN *et al.*, 2010).

Assim, a abordagem nutricional na cessação do tabagismo deve considerar a orientação para uma alimentação adequada e saudável, bem como mudanças de comportamento alimentar, com consequente diminuição do peso e redução dos riscos de DCNT, sem perder de vista a importância do aspecto social relacionado ao ato de comer e fazer escolhas saudáveis.

O Guia Alimentar para a População Brasileira, lançado em 2014, deve ser utilizado como material de consulta e orientação nesse processo. O guia é um documento oficial que aborda os princípios e as recomendações de uma alimentação adequada e saudável enquanto direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo e que deve estar em acordo com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; ser acessível do ponto de vista físico e financeiro; ser harmônica em quantidade e qualidade, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer; e baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis. E por isso configura-se como um importante instrumento para as ações de educação alimentar e nutricional no SUS e também em outros setores (BRASIL, 2014).

A abordagem inovadora deste guia traz recomendações gerais sobre a escolha de alimentos para compor uma alimentação nutricionalmente balanceada, saborosa e culturalmente apropriada e também promotora de sistemas alimentares socialmente e ambientalmente sustentáveis. Sugerindo que a base da alimentação seja de alimentos *in natura* ou frescos e minimamente processados, a orientação é que haja moderação no consumo de alimentos processados e que os ultraprocessados sejam evitados.

Além de inovar na orientação sobre a escolha alimentar baseada no tipo de processamento a que são submetidos os alimentos, a publicação traz informações de como comer e preparar a refeição, bem como sugestões para enfrentar os obstáculos do cotidiano para manter um padrão alimentar saudável, como falta de tempo e inabilidade culinária. Também fornece recomendações adicionais sobre o comportamento alimentar, ressaltando a importância em comer com atenção, em lugares apropriados e, sempre que possível, em companhia.

O Guia aborda quatro recomendações sobre a escolha dos alimentos, sendo a primeira a regra de ouro:

O que são Alimentos *in natura* e minimamente processados?

Alimentos *in natura* são obtidos diretamente de plantas ou de animais e não sofrem qualquer alteração após deixar a natureza.

1ª REGRA DE OURO:

Faça de alimentos *in natura* ou minimamente processados a base de sua alimentação.

Alimentos minimamente processados correspondem a alimentos *in natura* que foram submetidos a processos de limpeza, remoção de partes não comestíveis ou indesejáveis, fracionamento, moagem, secagem, fermentação, pasteurização, refrigeração, congelamento e processos similares que não envolvam agregação de sal, açúcar, óleos, gorduras ou outras substâncias ao alimento original.

2ª RECOMENDAÇÃO:

Utilize óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar.

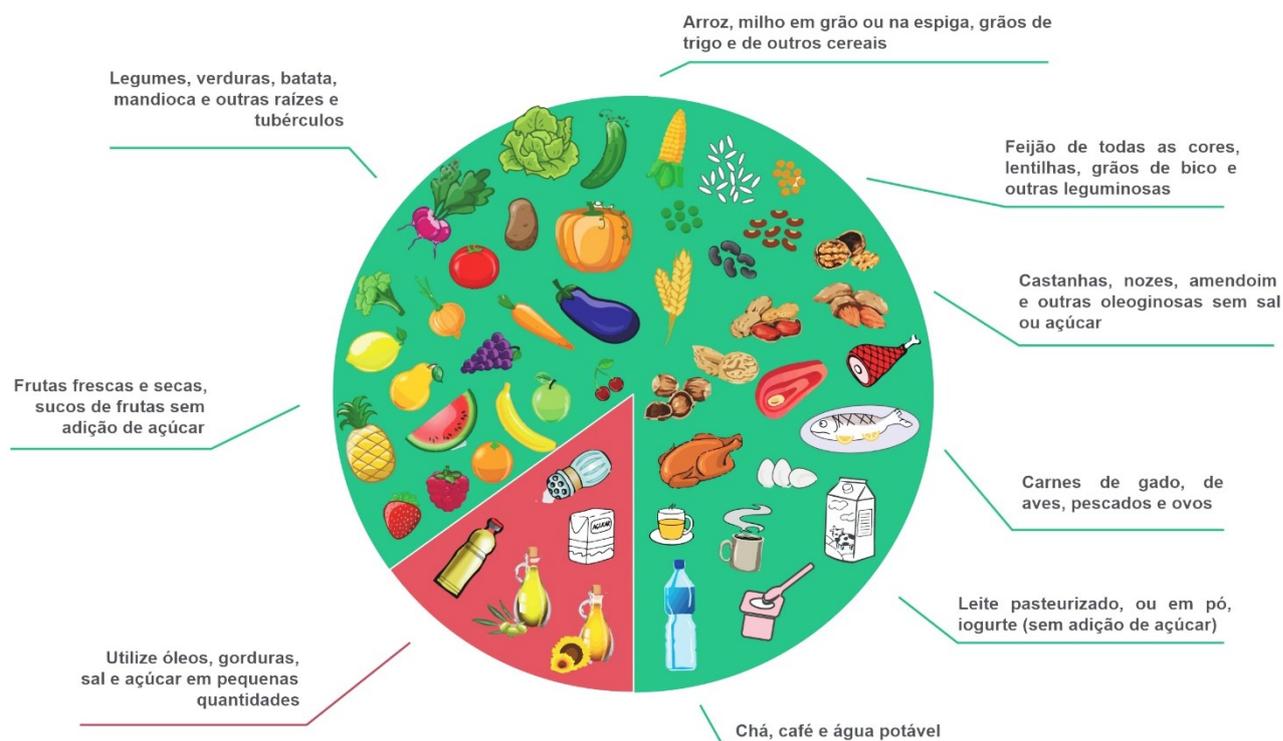
Por que utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades?

O consumo excessivo desses ingredientes favorece o ganho de peso e aumenta o risco de DCNT, por isso seu consumo deve ocorrer em pequenas quantidades e eles devem ser usados para preparar alimentos *in natura* ou minimamente processados, somente com intenção de diversificar e tornar a alimentação mais saborosa, mas sem descaracterizar o sabor real do alimento. Assim, é essencial que esses indivíduos tenham algumas informações nutricionais sobre esses itens:

- **Óleos e gorduras têm seis vezes mais calorias por grama do que grãos cozidos e 20 vezes mais do que legumes e verduras após cozimento. O açúcar tem cinco a 10 vezes mais calorias por grama do que a maioria das frutas. Se usados em pequena quantidade, é possível criar preparações culinárias saborosas, variadas e nutricionalmente balanceadas.**
- Alimentos ricos em açúcar, gordura e sal costumam ser muito apreciados por tornarem as refeições mais saborosas e, com isso, favorecerem um consumo excessivo, muito além da quantidade necessária para a manutenção do peso. Com a cessação do tabagismo pode ocorrer uma maior procura por preparações cheias de açúcar, sal e gordura, como forma de substituir o prazer que o cigarro proporciona.
- **Diversificar as maneiras e o preparo da alimentação pode ser de grande valia, ao invés de fritar a batata, pode-se pensar em fazer uma batata rústica assada. O café passado poderia ser saborizado com uma pequena pitada de canela em pó, em vez de usar açúcar. O tempero da comida pode ser feito em casa, usando sal marinho misturado em partes iguais com ervas de sua preferência.**

A figura 6, a seguir, resume as recomendações nutricionais do Guia Alimentar para a população Brasileira.

Figura 6: Recomendações alimentares do Guia Alimentar para a População Brasileira.



Fonte: Adaptado de Elias *et al.* (2019).

3ª RECOMENDAÇÃO:

Limite o uso de alimentos processados.

O que são alimentos processados?

Alimentos processados são fabricados pela indústria com a adição de sal ou açúcar ou outra substância de uso culinário a alimentos *in natura* para torná-los duráveis e mais agradáveis ao paladar. São produtos derivados diretamente de alimentos e são reconhecidos como versões dos alimentos originais. São usualmente consumidos como parte ou acompanhamento de preparações culinárias feitas com base em alimentos minimamente processados. Exemplos: cenoura, pepino, ervilhas, palmito, cebola, couve-flor preservados em salmoura ou em solução de sal e vinagre; extrato ou concentrados de tomate (com sal e/ou açúcar); frutas em calda e frutas cristalizadas; carne seca e toucinho; sardinha e atum enlatados; queijos; e pães feitos de farinha de trigo.

4ª RECOMENDAÇÃO:

Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados.

O que são alimentos ultraprocessados?

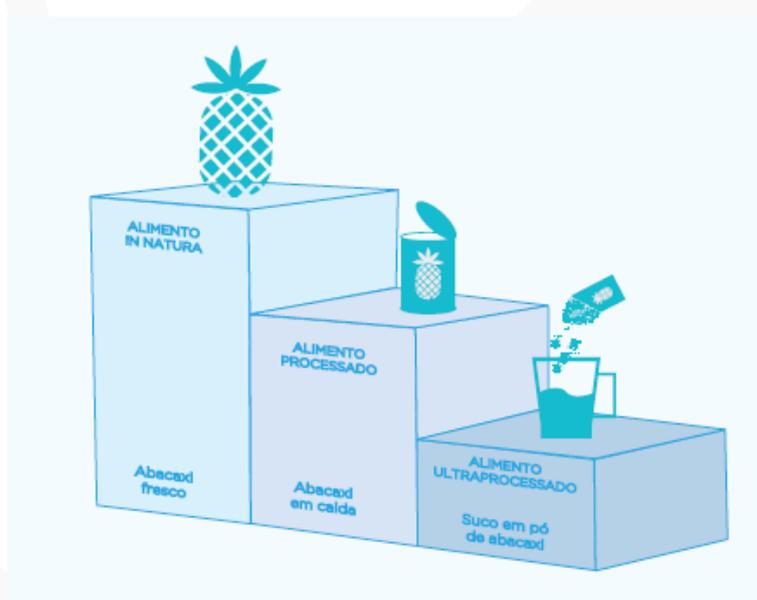
Alimentos ultraprocessados são formulações industriais feitas de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas), derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias

orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários tipos de aditivos usados para dotar os produtos de propriedades sensoriais atraentes). Alguns exemplos: Cereais açucarados, barras de cereal, sopas, macarrão e temperos “instantâneos”, molhos, iogurtes e bebidas lácteas adoçadas e aromatizadas, bebidas energéticas, produtos congelados e prontos para aquecimento como pratos de massas, pães de forma, pães para hambúrguer ou hot dog e pães doces.

Uma forma de diferenciar alimentos ultraprocessados dos demais é consultar a lista de ingredientes que, normalmente, apresentará cinco ou mais ingredientes, e constará nomes pouco familiares e não usados em preparações culinárias, como gordura vegetal hidrogenada, óleos interesterificados, xarope de frutose, isolados proteicos, agentes de massa, espessantes, emulsificantes, corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários outros tipos de aditivos.

A figura 7, a seguir, demonstra como se dão as etapas do processamento dos alimentos de forma ilustrativa.

Figura 7: Diferença entre alimentos *in natura*, processados e ultraprocessados.



Fonte: Brasil (2014).

Por que evitar o consumo de alimentos ultraprocessados?

Um alimento ultraprocessado, pela praticidade conferida ao seu consumo, faz com que a pessoa se alimente de maneira a não necessitar estar sentada à mesa. Com isso, o ato de se alimentar ocorre sem a devida atenção, podendo levar a um consumo exagerado e tendendo a limitar o consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados.

Comer sem a devida atenção pode ser abordado considerando o *Mindful eating* (Atenção Plena ao comer), também conhecido como comer com atenção plena ou então comer com consciência, como uma vertente do *Mindfulness*. Essa prática é um convite para aprender a perceber e respeitar nossas fomes antes, durante e após as refeições (RODRIGUES, 2019).

Alimentos ultraprocessados aumentam o consumo indireto de açúcar, gordura e sódio. São usados com a intenção de aumentar a duração dos produtos e intensificar o sabor, ou mesmo para encobrir sabores indesejáveis oriundos de aditivos ou de substâncias geradas pelas técnicas envolvidas no ultraprocessamento. Até as versões *diet* e *light*, ainda que vendidas como opções mais adequadas nutricionalmente, podem não trazer benefícios claros e muitos têm na lista de ingredientes cinco ou mais itens.

Consumo excessivo de calorias: o mecanismo diz respeito ao fato de que a sinalização de saciedade após a ingestão desses produtos não ocorre ou ocorre tardiamente. Como consequência, podemos comer em maiores quantidades até que a saciedade seja percebida e, assim, ingerir mais calorias do que necessitamos.

A quantidade de calorias dos alimentos ultraprocessados varia de duas e meia calorias por grama (maioria dos produtos panificados) a quatro calorias por grama (barras de cereal), podendo chegar a cinco calorias por grama, no caso de biscoitos recheados e salgadinhos “de pacote”. Essa quantidade de calorias por grama é duas a cinco vezes maior do que a da tradicional mistura de duas partes de arroz para uma de feijão.

A abordagem nutricional na cessação do tabagismo apresenta-se como essencial para incentivar e/ou manter o indivíduo livre do tabagismo. Em alguns casos, essas orientações gerais usando o guia alimentar como base serão suficientes, entretanto o aconselhamento nutricional ou acompanhamento individualizado poderão ser necessários, já que mudança de comportamento alimentar demanda processos longos e complexos.



Saiba mais:

Além das recomendações sobre a escolha dos alimentos, o guia traz orientações sobre:

- ✓ Como combinar alimentos na forma de refeições. Essas orientações se baseiam em refeições consumidas por uma parcela substancial da população brasileira que ainda tem por base alimentos *in natura* ou minimamente processados, utilizados em suas preparações culinárias;
- ✓ Orientações sobre o ato de comer e a comensalidade, abordando as circunstâncias – tempo e foco, espaço e companhia – que influenciam o aproveitamento dos alimentos e o prazer proporcionado pela alimentação;
- ✓ Fatores que podem ser obstáculos para a adesão das pessoas às recomendações deste guia – informação, oferta, custo, habilidades culinárias, tempo e publicidade – e propõe, para sua superação, a combinação de ações no plano pessoal e familiar e no plano do exercício da cidadania.

Acesse o Guia Alimentar para a População Brasileira [clcando aqui](#).

A abordagem do comportamento alimentar associada à Atenção Plena ao comer (*Mindful eating*) pode ser melhor elucidada acessando o documento: Atenção Plena Aplicada à Nutrição [clcando aqui](#).



Como é realizada a abordagem nutricional ao tabagista em sua unidade de saúde? Os casos são discutidos de forma multiprofissional?

3.6 USO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

As PICs são modalidades terapêuticas instituídas no SUS desde sua criação em 1988. Estas práticas tiveram a sua implementação incentivada, principalmente no contexto da APS, a partir de 2006 com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (HABIMORAD *et al.*, 2020).

Inicialmente, práticas de cinco grandes áreas eram ofertadas no SUS, incluindo Acupuntura/MTC, Homeopatia, Plantas Medicinais, Medicina Antroposófica e Termalismo Social. Atualmente o SUS oferece, de forma integral e gratuita, 29 procedimentos de PICs à população, entre eles yoga, aromaterapia, cromoterapia, dança circular, hipnoterapia, homeopatia, entre outras (HABIMORAD *et al.*, 2020; BRASIL, 2020).

Diversas experiências de implantação de PICs no SUS demonstraram que estas práticas podem auxiliar no manejo de problemas comuns da APS como dor crônica, transtornos do humor e de ansiedade, hipertensão, diabetes, dependência química, e outras várias condições (BARBOSA *et al.*, 2020; TESSER; DALLEGRAVE, 2020). Nesse sentido, esta parte da Unidade 3 tem o objetivo de contextualizar o uso das PICs como medidas terapêuticas adjuvantes na cessação do tabagismo e exemplificar como implementar o uso da auriculoterapia neste contexto.



Saiba mais:

Leia o artigo modelos de inserção de PICs no SUS: Medicina tradicional e complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. [Clique aqui.](#)

PICs e Tabagismo

Em diversos países as PICs têm sido amplamente adotadas como terapias adjuvantes na cessação do tabagismo (SOOD *et al.*, 2006). Estudos de revisão sugerem que terapias como acupuntura, auriculoterapia e acupressão são terapias adjuvantes com potencial para serem utilizadas por profissionais de saúde no contexto da cessação do tabagismo (WHITE *et al.*, 2014; DI *et al.*, 2014).

No Brasil, as PICs também têm papel de destaque no controle do tabagismo. Diversas iniciativas em diferentes cidades brasileiras também descrevem a homeopatia, auriculoterapia,

acupuntura e Do-in (automassagem de pontos de acupuntura) como terapias que auxiliam na cessação do tabagismo (TESSER *et al.*, 2021). Devido à iniciativa de formação em larga escala em auriculoterapia na atenção primária, observou-se um aumento expressivo do seu uso no contexto do SUS, com destaque para o uso em grupos de cessação do tabagismo (SILVA, 2020).



Saiba mais:

Leia o artigo Modelos de inserção de PICs e Tabagismo: Guia de implantação do programa de cessação do tabagismo em um hospital público referência cardiovascular para o sul do Brasil [clcando aqui](#).

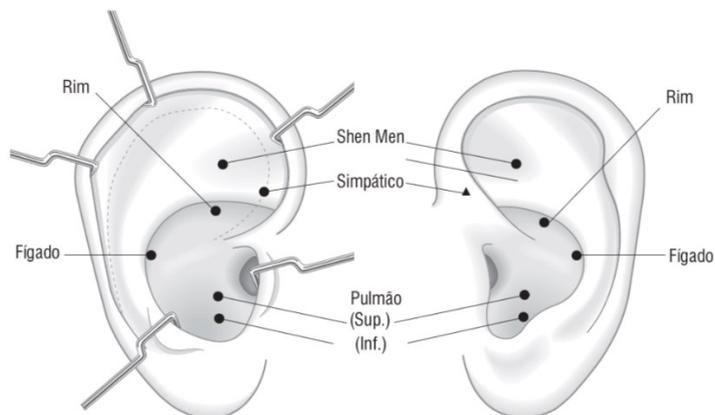
Auriculoterapia e Tabagismo

A auriculoterapia consiste em uma intervenção em saúde na qual realizam-se estímulos físicos em regiões do pavilhão auricular com fins terapêuticos (GORI; FIRENZUOLI, 2007). Essa é uma prática utilizada há centenas de anos pela Medicina Tradicional Chinesa e foi popularizada e disseminada por todo o mundo pelo médico francês Paul Nogier (HOU *et al.*, 2015).

Em seus estudos publicados na década de 1950, o Dr. Nogier conseguiu demonstrar que zonas específicas do pavilhão auricular poderiam controlar processos dolorosos de origem musculoesquelética (HOU *et al.*, 2015). Com a evolução da prática e de pesquisa em auriculoterapia, verificou-se que, para além da dor, essa terapia poderia ser utilizada também para o tratamento de outros agravos de saúde, incluindo transtornos de humor, disfunções viscerais e problemas relacionados à drogadição (BRASIL, 2016).

Nos Estados Unidos foi desenvolvido um protocolo específico de intervenção em auriculoterapia para o tratamento de drogadição conhecido como NADA (*National Acupuncture Detoxification Association*), que apresenta cinco pontos de auriculoterapia associados, usualmente, a pacientes em tratamento de dependência química, como podemos observar na Figura 8. Estudos que utilizam o protocolo NADA sugerem que ele pode contribuir na cessação do uso de drogas como heroína, álcool e cigarro (MCLELLAN *et al.*, 1993; CUI; WU; LI, 2013). Além desse protocolo, há diversos outros estudos sobre o tema (DE MARCHI; CONCINA, 2014; LEE; PARK, 2017; WU *et al.*, 2007).

Figura 8: Pontos de auriculoterapia usados no protocolo NADA (*National Acupuncture Detoxification Association*).



Fonte: Apostila do Curso de Formação em Auriculoterapia para Profissionais da Saúde da Atenção Básica.

Uma revisão sistemática publicada no ano de 2020 por pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina em parceria com o Ministério da Saúde demonstrou que oito estudos clínicos e cinco revisões sistemáticas investigaram os efeitos de intervenções em auriculoterapia na cessação do tabagismo. Esse trabalho de revisão demonstrou que a auriculoterapia mostrou-se superior à maior parte dos seus controles inativos ou a nenhum tratamento para cessação do tabagismo. Adicionalmente, não se verificou diferença do tratamento em auriculoterapia quando comparada com outros tratamentos ativos para controle do tabagismo (UFSC, 2021).

Em termos de segurança, é importante salientar que nenhum evento adverso grave foi relatado nos estudos. Dentre os eventos adversos descritos, o desconforto no pavilhão auricular foi o mais comumente listado. De forma geral, apesar dos resultados promissores encontrados, é preciso ter cautela na interpretação dessa revisão devido à heterogeneidade dos estudos, perdas amostrais e limitações metodológicas. A figura 9, a seguir, apresenta uma síntese dos principais achados da revisão, incluindo os pontos de auriculoterapia mais utilizados nos trabalhos com tabagismo.

Figura 9: Pontos mais utilizados nos estudos sobre uso de auriculoterapia na cessação do tabagismo.

Tempo de tratamento nos estudos: 1 a 8 semanas com acompanhamento posterior ao tratamento de até 12 meses.

Artigos selecionados: 8 ensaios clínicos randomizados e 5 revisões sistemáticas



Fonte: UFSC (2020).

Como é realizado o tratamento com auriculoterapia para cessação do tabagismo na prática?

Podemos encontrar, no Brasil, diversos relatos do uso da auriculoterapia na cessação do tabagismo na literatura (SILVA *et al.*, 2014). Esses relatos revelam que essa modalidade terapêutica tem sido aplicada tanto no contexto dos atendimentos individuais quanto em atendimentos coletivos em grupos terapêuticos, obtendo bons resultados. Acesse, no link abaixo, um vídeo que demonstra na prática o uso Acupuntura, Auriculoterapia e Automassagem nos grupos de tratamento do tabagismo em um Centro de Saúde de Florianópolis.



Saiba mais:

Assista ao vídeo Acupuntura, Auriculoterapia e Automassagem nos grupos de tratamento do tabagismo [clcando aqui](#).

É importante ressaltar que a auriculoterapia não é utilizada como modalidade única de tratamento na cessação do tabagismo. Conforme discutido nas unidades desta apostila, a abordagem do usuário tabagista deve ser multimodal e adaptar-se às realidades do contexto no qual o usuário se encontra, bem como seus valores e preferências individuais de tratamento. De forma geral, a auriculoterapia tem uma ótima adesão por parte dos usuários por ser um tratamento de rápida execução e com riscos mínimos de eventos adversos (como dor auricular, náuseas e cefaleia, raramente relatados pelos usuários).

Conforme orientação do Ministério da Saúde, recomenda-se o uso de esferas vegetais (sementes de mostarda, vaccaria ou couza) como material de estimulação dos pontos de auriculoterapia. Essas esferas, em geral, ficam dispostas em uma placa de auriculoterapia (detalhes no vídeo sugerido abaixo) as quais podem ser fornecidas pelo município onde o profissional de saúde habilitado trabalha. As esferas são aplicadas com o auxílio de uma pinça anatômica em pontos específicos da orelha conforme protocolo de intervenção determinado pelo profissional de saúde assistente.



Saiba mais:

Assista à sequência de vídeos explicativos com mais detalhes sobre os métodos utilizados no tratamento com auriculoterapia [clcando aqui](#).

De acordo com os estudos conduzidos na área de auriculoterapia, recomenda-se que os usuários realizem oito semanas de tratamento e que, nesse período, seja realizado um acompanhamento uma vez na semana para aplicação/replicação das esferas vegetais nos pontos auriculares. O tratamento pode ser estendido conforme resposta do tratamento e condição individual de cada usuário.

A seleção dos pontos auriculares pode ocorrer por opção de uso de protocolo específico (como protocolo NADA) ou pontos que se adaptem às demais especificidades do paciente tratado (como insônia, aumento de apetite, ansiedade, etc). A avaliação da seleção dos pontos de auriculoterapia e os ajustes na duração do tratamento devem ser realizados pelo profissional da equipe de saúde que está habilitado para o uso da auriculoterapia e, idealmente, deve estar alinhado com o plano terapêutico estabelecido pela equipe que assiste o usuário.

Como obter a formação em auriculoterapia no SUS?

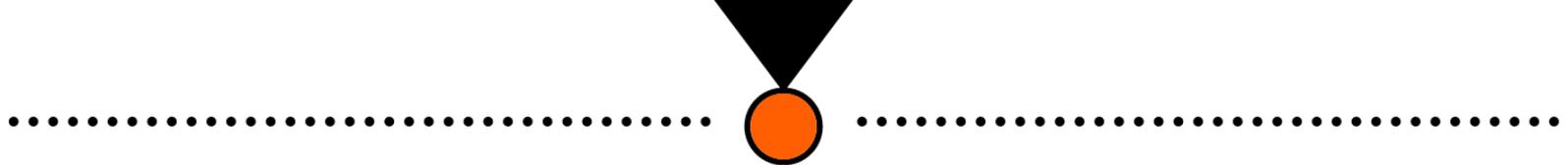
A Universidade Federal de Santa Catarina, em parceria com o Ministério da Saúde, elaborou um curso semipresencial de Formação em Auriculoterapia para Profissionais de Saúde da Atenção Básica. O curso tem carga horária de 80 horas e consiste em cinco módulos EAD (assíncronos) e um encontro síncrono com os facilitadores do curso. Estão aptos para inscrever-se no curso profissionais de saúde de nível superior que trabalhem no SUS na APS.



Saiba mais:

Saiba mais fazendo o curso de formação em auriculoterapia MS-UFSC. Para mais informações sobre como obter a formação, [clique aqui](#).

A auriculoterapia é uma intervenção em saúde segura quando realizada por profissionais capacitados para executá-la. É importante ressaltar que, de forma geral, a auriculoterapia não é utilizada isoladamente, mas como complemento ao plano terapêutico para a cessação do tabagismo. Até o ano de 2021, mais de 7000 profissionais de saúde da atenção primária já foram capacitados pela iniciativa do Ministério da Saúde em consonância com as diretrizes da Política Nacional de PICs. Nesse contexto, a auriculoterapia tornou-se a modalidade terapêutica mais conhecida entre os profissionais de saúde, tendo boa aceitação pela população brasileira.



Conclusão da unidade

Nesta unidade você pôde conhecer algumas formas de tratamento não medicamentosas do tabagista, com ênfase na abordagem cognitivo-comportamental, no manejo de casos especiais, nas mudanças de hábitos alimentares e na utilização da auriculoterapia como PIC.

Esperamos que, ao final da unidade, você tenha sido capaz de entender como a dependência da nicotina pode ser manejada com auxílio da abordagem cognitivo-comportamental e que agora você esteja apto para trabalhar os aspectos não medicamentosos do tratamento do tabagismo, garantindo a integralidade do cuidado que é fundamental para o processo de parar de fumar.

Agora que você já conhece as formas de tratamentos não medicamentosos da pessoa tabagista, na próxima unidade você receberá orientações sobre como realizar apoio medicamentoso à pessoa tabagista.

Referências

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Diretrizes clínicas na saúde suplementar: tabagismo**. 2011. Disponível em:

<http://www.projetediretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.

BARBOSA, F. E. S. *et al.* Oferta de práticas integrativas e complementares em saúde na estratégia saúde da família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, e00208818, 20 dez. 2020. DOI:

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00208818>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/SvzNQ9FJXX64TxyrvjXKJNn/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2021.

BOWEN, S; CHAWLA, N; WITKIEWITZ, K. Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors. *In*: BAER, R. A. **Mindfulness-based treatment approaches: a clinician's guide**. 2nd ed. San Diego, CA: Elsevier Academic Press, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001**. Rio de Janeiro: Inca, 2001. 38 p. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/tratamento-consenso.pdf>.

Acesso em: 30 abr. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Manual do coordenador: deixando de fumar sem mistérios**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 54 p. Disponível em:

<http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agrivos/publicacoes/manual-do-coordenador.pdf>. Acesso em:

29 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do tabagismo**. Brasília, 2020. Disponível em:

http://www.conitec.gov.br/images/Relatorios/2020/Relatrio_PCDT_Tabagismo_520_2020_FINAL.pdf

. Acesso em: 30 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf.

Acesso em: 30 mar. 2021.

CALHEIROS, P. R. V.; OLIVEIRA, M. S.; ANDRETTA, I. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo.

Aletheia, Canoas, n. 23, p. 65-74, jun. 2006. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n23/n23a07.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2021.

CUI, C. L.; WU, L. Z.; LUO, F. Acupuncture for the treatment of drug addiction. **International Review of Neurobiology**, v. 111, p. 235–256, 2013.

DE MARCHI, C. E.; CONCINA, D. Auriculotherapy for smoking cessation: an observational study of outcomes. **Medical Acupuncture**, v. 26, n. 3, p. 180-188, 2014.

DI, Y. M. *et al.* A meta-analysis of ear-acupuncture, ear-acupressure and auriculotherapy for cigarette smoking cessation. **Drug and alcohol dependence**, v. 142, p. 14–23, 1 set. 2014.

ELIAS, A. *et al.* **Abordagem e tratamento do tabagismo**. 2. ed. Florianópolis: CCS/UFSC, 2019.

Disponível em:

https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/pluginfile.php/19057/mod_resource/content/6/Apostila_Tabagismo_2019.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

FIORE, M. C. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 2, n. 35, p. 158-176, ago. 2008.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Tubarão: Copiart, 2010. 246 p. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf. Acesso em: 15 abr. 2021.

GORI, L.; FIRENZUOLI, F. Ear acupuncture in European traditional medicine. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 4, n. Suppl 1, p. 13–16, set. 2007.

HABIMORAD, P. H. L. *et al.* Implementation of Brazil's National Policy on Complementary and Integrative Practices: strengths and weaknesses. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 395–405, fev. 2020.

HALAL, A. L. C.; CAMPOS, R. C. (Orgs.) **Controle do tabagismo na atenção básica**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2016. 69 p. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13959/1/TABAGISMO_LIVRO.pdf. Acesso em: 29 abr. 2021.

HOU, P. W. *et al.* The history, mechanism, and clinical application of auricular therapy in traditional chinese medicine. **Evid Based Complement Alternat Med.**, 495684, 2015. doi: 10.1155/2015/495684. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26823672/>. Acesso em: 13 abr. 2021.

LANCASTER, T.; STEAD, L. F. Individual behavioural counselling for smoking cessation. **Cochrane Database Systematic Reviews**, Oxford, 2005. v. 2.

LEE, S.; PARK, H. The effects of auricular acupressure on smoking cessation for male college students. **Western Journal of Nursing Research**, v. 39, n. 3, p. 374–387, mar. 2017.

LEMOS, T.; E GIGLIOTTI, A. **Tabagismo e comorbidades psiquiátricas**: diretrizes sobre comorbidades psiquiátricas em dependência ao álcool e outras drogas. ABEAD, 2002.

MARLATT, G. A., GORDON, J. R. **Prevenção da recaída**: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARTINEZ, J. A. B; KALIL, M. A.; LIMA, G. C. G. A. O que é a síndrome de abstinência de nicotina? O que pode ser feito para aliviar os sintomas? *In*: ARAÚJO, A. J. **Manual de condutas e práticas em tabagismo**. Sociedade Brasileira de Pneumologia Tisiologia. Rio de Janeiro: Gen Editorial, 2012. p. 192-193.

MARTINS, E. J; CHATKIN, J. M. Todos os que param de fumar ganham peso? Estudo prospectivo de coorte do mundo real. **J Bras Pneumol.**, v. 45, n. 1, 2019. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/jornaldepneumologia.com.br/pdf/2019_45_1_6_portugues.pdf. Acesso em: 16 abr. 2021.

MCLELLAN, A. T. *et al.* Acupuncture treatment for drug abuse: a technical review. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 10, n. 6, p. 569-576, dez. 1993.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MUNAFÒ, M. R.; MURPHY, M. F.; JOHNSTONE, E. C. Smoking cessation, weight gain, and DRD4 -521 genotype. **American Journal of Medical Genetics**, Salt Lake City, v. 4, n. 141, p. 398-402, jun. 2006.

PERKINS, K.A. *et al.* Cognitive-behavioral therapy to reduce weight concerns improves smoking cessation outcome in weight-concerned women. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 69, p. 604-613, 2001.

RODRIGUES, Fernanda Rech. **Atenção plena aplicada à nutrição**. Florianópolis: CCS/UFSC, 2019. 68 p. Disponível em:

https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14888/1/Apostila_Atenc%3a7%c3%a3oPlenaNutri% c3%a7%c3%a3o_N%c3%bacleo%20Telessa%c3%bade%20SC%20UFSC.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

SALLIT, J.; CICAZZO M.; DIXON, Z. A cognitive-behavioral weight control program improves eating and smoking behaviors in weight-concerned female smokers. **J Am Diet Assoc**, v. 109, ago. 2009.

SCHERR, A. *et al.* Predictors of marked weight gain in a population of health care and industrial workers following smoking cessation. **BMC Public Health**, London, v. 15, n. 520, p. 1-11, mai. 2015.

SILVA, J. da. **Guia de implantação do programa de cessação do tabagismo em um hospital público referência cardiovascular para o sul do Brasil**. Dissertação de Mestrado (Mestrado Profissional)— Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

SILVA, R. DE P. *et al.* Contributions of auriculotherapy in smoking cessation: a pilot study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, p. 883–890, out. 2014.

SOOD, A. *et al.* Complementary treatments for tobacco cessation: a survey. **Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco**, v. 8, n. 6, p. 767-771, dez. 2006.

SPAHN, J. M. *et al.* State of the Evidence Regarding Behavior Change Theories and Strategies in Nutrition Counseling to Facilitate Health and Food Behavior Change. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 110, n. 6, p. 879-891, jun. 2010.

TESSER, C. D. *et al.* Capacitação em auriculoterapia para profissionais do SUS de 2016-2017. **REVISE - Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde**, v. 5, p. 1-18, 2 abr. 2021.

TESSER, C. D.; DALLEGRAVE, D. Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 4 set. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). **Guia de auriculoterapia para tabagismo baseado em evidências**: relatório do projeto piloto: condição clínica abordada: tabagismo. 2020. Disponível em: https://auriculoterapia.paginas.ufsc.br/files/2020/12/Guia-tabagismo-12_12_2020-.pdf. Acesso em: 12 abr. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). **Recomendações para tabagismo baseadas em evidências**. Florianópolis, 2021. Disponível em: <https://auriculoterapiasus.ufsc.br/recomendacoes/tabagismo/>. Acesso em: 30 mar. 2021.



WHITE, A. R. *et al.* Acupuncture and related interventions for smoking cessation. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 1, 23 jan. 2014.

WU, T. P. *et al.* A randomized controlled clinical trial of auricular acupuncture in smoking cessation. **Journal of the Chinese Medical Association: JCMA**, v. 70, n. 8, p. 331–338, ago. 2007.

ZIEDONIS, D. *et al.* Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. **Nicotine & Tobacco Research**, Abingdon, v. 10, n. 12, p. 1691-1715, 2008.



UNIDADE

4

APOIO MEDICAMENTOSO

Autora:
Leila John Marques Steidle

UNIDADE 4 – APOIO MEDICAMENTOSO

Objetivos da unidade

- ✓ Descrever o tratamento medicamentoso do tabagismo com base nas atuais evidências científicas;
- ✓ Revisar e atualizar os principais fármacos utilizados no manejo do tratamento do tabagismo na prática clínica.

Apresentação da unidade

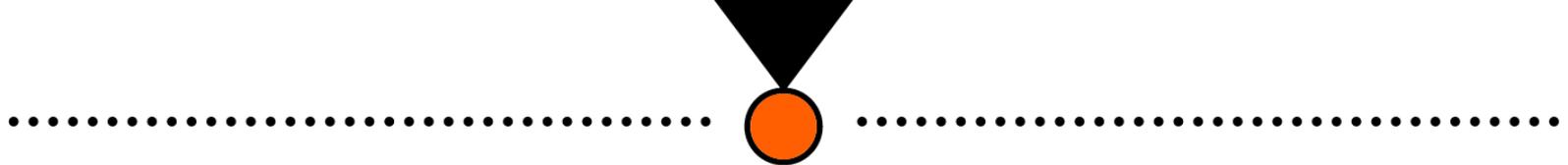
Esta unidade destaca a importância do apoio medicamentoso e apresenta as principais drogas com suas posologias, formas de apresentação, combinações, contraindicações e efeitos colaterais. Inicialmente descreveremos os medicamentos de primeira linha e, na sequência, os demais medicamentos com possibilidade de uso na prática. Também discutiremos o tempo de tratamento e o manejo na recaída do tabagista. Adicionalmente, apresentaremos informações sobre os dispositivos eletrônicos para fumar e destacaremos o manejo do tratamento em grupos especiais.

4.1 INTRODUÇÃO

Conforme vimos nas unidades anteriores, o tabagismo é um grave problema de saúde pública causado pela dependência da nicotina. É uma doença crônica de proporções pandêmicas que mata anualmente oito milhões de pessoas no mundo e demanda tratamento. Qualquer tipo de exposição ao tabaco contribui para o desenvolvimento de aproximadamente 50 doenças incapacitante e fatais. Entre elas estão a trombose, aterosclerose, doença arterial coronariana, IAM, o acidente vascular encefálico, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), enfisema pulmonar, tuberculose e câncer de pulmão. A cessação está associada a inúmeros benefícios à saúde e inclui redução do risco das referidas doenças, além do ganho de qualidade de vida. Oferecer tratamento aos fumantes é fundamental para o controle do tabagismo.

Uma vez determinado a parar de fumar, o paciente deve receber um tratamento constituído, principalmente, pelo **aconselhamento estruturado/abordagem intensiva realizado por profissionais treinados, associado a medicamentos**, sempre que possível. **As duas formas em conjunto são os pilares do tratamento e consistem em uma estratégia mais eficaz do que somente o aconselhamento estruturado/abordagem intensiva ou a farmacoterapia isolada.**

Fiore *et al.* (2008) afirma que todos os fumantes devem receber tratamento baseado em evidências, incluindo apoio farmacológico, para auxiliar na cessação (REICHERT *et al.*, 2008; FIORE *et al.*, 2008). No entanto, como o próprio nome diz, trata-se de um “apoio”. Os fármacos entram neste contexto como um suporte à abordagem comportamental à medida que contribuem para diminuir os sintomas da abstinência e tornam menos desconfortável o alcance do objetivo final, ou seja, a cessação.



Não há recomendação do uso de nenhum dos medicamentos relacionados nesta unidade como estratégia única. Intervir na mudança do comportamento do tabagista é fundamental para o sucesso terapêutico da doença tabagismo. Vale ressaltar que o tratamento dessa dependência também necessita de um acompanhamento para observar lapsos e recaídas. De modo geral, não é tarefa fácil, uma vez que a adesão ao tratamento não é alta e muitas vezes diversos fumantes tentam cessar por cerca de quatro a seis vezes até abandonarem completamente o fumo. No entanto, trata-se de uma das maiores medidas custo-efetiva em saúde. Atualmente, o tratamento do tabagismo pode ser realizado gratuitamente em qualquer nível de atenção do SUS. Devido à sua capilaridade, a APS permite um maior alcance territorial e populacional.

Os medicamentos recomendados para a cessação do tabagismo podem ser classificados em fármacos de primeira linha, ou seja, são aqueles que demonstram melhores respostas terapêuticas nos estudos publicados, com mais evidência científica e elevada eficácia e menos efeitos adversos (EA). As opções de primeira linha são utilizadas de forma prioritária e incluem a terapia de reposição de nicotina (TRN) - adesivo transdérmico, goma e pastilhas -, e medicamentos ditos não nicotínicos como a bupropiona e a vareniclina. As demais drogas são recomendadas em situações de insucesso ou efeitos colaterais evidentes com as opções iniciais, por apresentarem menor eficácia. A nortriptilina e a clonidina são exemplos desse grupo.

Diversos aspectos de diretrizes internacionais e nacionais recentemente publicadas com recomendações sobre o tratamento medicamentoso do tabagismo serão abordados nesta unidade. O leitor encontrará várias “**notas importantes**” baseadas principalmente no atual Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Tabagismo aprovado em abril de 2020 pelo Ministério da Saúde por recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e com coordenação do INCA (USPSTF *et al.*, 2021; LEONE *et al.*, 2020; HHS, 2020; PRÉCOMA *et al.*, 2019; ENSP, 2020; BRASIL, 2020).

Os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são resultados de consensos técnico-científicos e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação. O PCDT 2020 orienta e auxilia o tratamento que é oferecido no SUS (Quadro 6). A medicação deve ser dispensada para os usuários que estejam participando do aconselhamento estruturado. O tempo de tratamento total sugerido é de 12 meses e envolve as etapas de avaliação, intervenção e manutenção da abstinência.

Quadro 6: Medicamentos para tratamento da dependência à nicotina disponíveis no SUS.

Demoninação genérica	Forma de apresentação	Posologia	Modo de usar
Terapia de Reposição de Nicotina Combinada (CTR ²)	Adesivos transdérmicos 7mg, 14mg e 21mg (liberação lenta) Gomas de mascar 2mg (liberação rápida) Pastilhas 2mg (liberação rápida)	Adesivos: 1 ^ª a 4 ^ª semana: adesivo de 21mg a cada 24 horas; 5 ^ª a 8 ^ª semana: adesivo de 14mg a cada 24 horas; 9 ^ª a 12 ^ª semana: adesivo de 7mg a cada 24 horas. Posologia condicionada ao número de cigarros fumados/dia. + Gomas/pastilhas: Uso indicado nos momentos de maior fissura. A boa prática clínica recomenda que não ultrapasse a quantidade de 5 gomas/pastilhas de 2mg/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. Nesse 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 uma segunda liberação de 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 150mg	1 ^ª ao 3 ^ª dia de tratamento: 1 comprimido de 150mg pela manhã; 4 ^ª ao 8 ^ª dia de tratamento: 1 comprimido de 150mg pela manhã e outro de 150mg após oito horas da primeira tomada. A dose máxima recomendada é de 300mg/dia de cloridrato de bupropiona, dividida em duas tomadas de 150mg.	Os comprimidos devem ser engolidos inteiros, não podem ser partidos, triturados e nem mastigados. Pois isso pode aumentar a chance de eventos adversos, inclusive convulsões. O intervalo de oito horas entre a 1 ^ª e a 2 ^ª dose deve ser respeitado. Recomenda-se não fazer uso da 2 ^ª dose após as 16 horas, pelo risco de insônia. Medicamento sujeito a prescrição médica e controle especial, conforme preconizado pela Portaria SVS n.º 344, de 12 de maio de 1998.
Terapia de Reposição de Nicotina Isolada (TRI ²)	Adesivos transdérmicos 7mg, 14mg e 21mg (liberação lenta)	1 ^ª a 4 ^ª semana: adesivo de 21mg a cada 24 horas; 5 ^ª a 8 ^ª semana: adesivo de 14mg a cada 24 horas; 9 ^ª a 12 ^ª semana: adesivo de 7mg a cada 24 horas. Posologia 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 2mg (liberação rápida)	1 ^ª a 4 ^ª semana: 1 goma de 2mg a cada 1 a 2 horas; 5 ^ª a 8 ^ª semana: 1 goma de 2mg a cada 2 a 4 horas; 9 ^ª a 12 ^ª semana: 1 goma de 2mg a cada 4 a 8 horas. A quantidade máxima é de 15 gomas de 2mg 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. Nesse 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 uma segunda liberação de 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.
	Pastilha 2mg (liberação rápida)	1 ^ª a 4 ^ª semana: 1 pastilha de 2mg a cada 1 a 2 horas; 5 ^ª a 8 ^ª semana: 1 pastilha de 2mg a cada 2 a 4 horas; 9 ^ª a 12 ^ª semana: 1 pastilha de 2mg a cada 4 a 8 horas. A quantidade máxima é de 15 pastilhas de 2mg 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.

Fonte: Adaptado de Brasil (2020).

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovações em Saúde. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. CONITEC: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo – Relatório de Recomendação, No 520 (Internet). Brasília – DF; março de 2020.



Saiba mais:

Saiba mais sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo – Relatório de Recomendação, nº 520 (Internet). Brasília – DF; março / 2020 [clcando aqui](#).

4.2 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DO TABAGISMO

De modo geral, o apoio medicamentoso pode ser oferecido àquele fumante que está realmente determinado a cessar o tabagismo e quer utilizar remédios. Na prática, devido ao sucesso terapêutico, existem muito mais situações de recomendação do que não recomendação dos fármacos. Os fumantes que querem cessar devem ser encorajados a usar medicações nas condições potenciais descritas abaixo:

- 1) Usuários de cinco ou mais cigarros por dia;
- 2) Usuários do primeiro cigarro até uma hora após acordar;
- 3) Usuários com Teste de Fagerström \geq a 4 (ver Unidade 2);
- 4) Usuários com tentativas prévias de aconselhamento estruturado isolado sem sucesso devido a sintomas de abstinência intensos;
- 5) Critério médico.

O uso dos fármacos não é recomendado para tabagistas que apresentem contraindicações clínicas para o tratamento medicamentoso e nem para aqueles que optarem pelo não uso de medicamento (mesmo com o devido esclarecimento), independentemente da carga tabágica (número de cigarros/dia ou anos de tabagismo) e do grau de dependência à nicotina.

Vale ressaltar mais uma vez que a associação das duas formas de tratamento é mais eficaz do que somente o aconselhamento estruturado ou a farmacoterapia isolada. No entanto, a diretriz brasileira 2020 destaca algumas situações nas quais os medicamentos não são utilizados inicialmente. O uso do aconselhamento estruturado é preconizado sem medicamentos em uma ou mais das condições abaixo (BRASIL, 2020):

relato de ausência de sintomas de abstinência;

nº de cigarros consumidos diariamente igual ou inferior a 5;

consumo do primeiro cigarro do dia igual ou superior a 1 hora após acordar;

pontuação no teste de Fagerström igual ou inferior a 4.

4.3 MEDICAMENTOS DE PRIMEIRA LINHA

4.3.1 Terapia de Reposição de Nicotina (TRN)

A TRN é utilizada desde a década de 80 e trata-se da terapia mais estudada e empregada no mundo para a cessação do tabagismo. Seu mecanismo de ação é baseado no fornecimento de nicotina, ao SNC, em doses seguras, controladas e progressivamente menores. Em algumas semanas de tratamento ocorre uma dessensibilização dos receptores de nicotina. A absorção se dá através da circulação sanguínea.

A partir do efeito “sensação de recompensa”, semelhante à encontrada durante o ato de fumar, ocorre uma diminuição dos sintomas desconfortáveis da Síndrome de Abstinência (SA), redução da fissura e aumento da aderência do fumante ao tratamento. A TRN auxilia o paciente a passar pelo período mais crítico da abstinência. O profissional de saúde deve transmitir segurança ao paciente e explicar que ele estará exposto a quantidades cada vez menores de nicotina com o objetivo final de interromper o uso do tabaco, sem causar dependência.

A TRN pode ser de liberação lenta, como os adesivos transdérmicos que liberam a nicotina de forma constante nas 24 horas e alcançam máxima concentração plasmática em 8-10 horas. As formas classificadas por sua liberação rápida (gomas, pastilhas, comprimidos sublinguais, sprays nasais e inaladores) atingem picos de concentração da nicotina em tempo médio de 20 minutos. No Brasil são disponibilizadas no formato de adesivos, gomas e pastilhas. É importante lembrar que nenhuma das TRNs fornece nicotina ao SNC na mesma velocidade que o cigarro fumado.

Qualquer forma de TRN é considerada medicamento de primeira linha com evidências nível A para aumento significativo da taxa de cessação do tabagismo (HARTMANN-BOYCE *et al.*, 2018.).

A escolha do tipo, da dosagem e o esquema da TRN devem ser discutidos com o paciente. **É importante alertar o paciente de que o início da TRN seja realizado na mesma data do dia “D” marcado para a cessação.** A TRN não deve ser usada de forma concomitante com o cigarro ou outros derivados de tabaco, pois existe risco de intoxicação. Adicionalmente, é preciso destacar que o acompanhamento do tabagista e do seu comportamento também é fundamental (REICHERT *et al.*, 2008; BRASIL, 2020; HARTMANN-BOYCE *et al.*, 2018; FRANCO; LOPES, 2021).

Adesivos de Nicotina Transdérmicos

Estão disponíveis nas apresentações de 7, 14 e 21 mg e liberam a nicotina lentamente. Devem ser aplicados sobre a pele seca e limpa, uma vez por dia, pela manhã (ao despertar), em áreas do corpo sem pelos e sem cremes ou pomadas. Devem ser trocados a cada 24 horas em rodízio dos locais de aplicação (REICHERT *et al.*, 2008; BRASIL, 2020; HARTMANN-BOYCE *et al.*, 2018; FRANCO; LOPES, 2021). Os adesivos não devem ser cortados. A prescrição é feita com receita simples. As doses iniciais dos adesivos de nicotina transdérmicos estão descritas a seguir, conforme recomenda o PCDT (BRASIL, 2020):

De 6 a 10 cigarros/dia: iniciar com adesivo de 7mg/dia.	De 11 a 19 cigarros/dia: iniciar com adesivo de 14mg/dia.	Vinte (20) ou mais cigarros/ dia: iniciar com adesivo de 21 mg/dia.
--	--	---

- * Considerar aproximadamente 1 mg de nicotina para cada cigarro fumado.
- * Abaixo de 5 cigarros/dia - Iniciar com outra forma de TRN que não seja o adesivo.
- * Não se deve ultrapassar a dose de 42 mg/dia.

Doses maiores que as necessárias aumentam a intensidade dos efeitos colaterais, enquanto o uso de doses insuficientes pode acarretar menor eficácia da TRN e maior chance de recaída. Tabagistas de mais de 20 cigarros/dia e que apresentam dificuldade para reduzir o número de cigarros, mas que estão motivados a parar de fumar, são candidatos ao uso de mais de um adesivo, conforme orientação a seguir. As prescrições combinadas podem ser feitas de acordo com a quantidade de cigarros fumados e a intensidade dos sintomas de abstinência a nicotina, conforme recomenda o PCDT 2020 (BRASIL, 2020):

Fuma mais de 40 cigarros por dia: 21 mg + 21 mg/dia.
Fuma acima de 30 a 40 cigarros por dia: 21 mg + 14 mg/dia.
Fuma acima de 20 a 30 cigarros por dia: 21 mg + 7 mg/dia.

A dose inicial pode variar entre os pacientes, pois está baseada na necessidade cerebral da nicotina. Pacientes tabagistas com DPOC e sinais de SA podem necessitar de até 42 mg (dois adesivos de 21 mg).

As reduções das doses dos adesivos devem ser progressivas com retirada de 7mg a cada semana a depender da resposta ao tratamento e dos sintomas da SA. O tempo médio de tratamento com TRN/adesivos são três meses (12 semanas). Pode haver prorrogação de mais três meses para aqueles que tem maior dificuldade ou risco de recaída.

As contraindicações absolutas são: Infarto agudo do miocárdio (IAM) relatado nos últimos 15 dias antes do tratamento; arritmia grave; angina instável; doença cerebrovascular grave (ou acidente vascular encefálico nos últimos 15 dias); úlcera péptica ativa; doença dermatológica que interfira na absorção (ex.: psoríase; dermatites); gravidez/lactação. De modo geral os adesivos são bem tolerados. O principal efeito colateral é o aparecimento de reações cutâneas (prurido, eritema e bolhas) no local da aplicação do adesivo. Cefaleia, tontura, insônia, sonhos incomuns, náuseas, vômitos e tremores também são relatados. Palpitações e taquicardia podem ocorrer com doses mais elevadas (REICHERT *et al.*, 2008; BRASIL, 2020; HARTMANN-BOYCE *et al.*, 2018; FRANCO; LOPES, 2021).

Para auxiliar o profissional de saúde, o Quadro 6 contém informações sobre a apresentação, posologia e modo de uso dos adesivos transdérmicos.

Gomas de mascar e pastilhas de nicotina (ou nicotina oral)

As apresentações de 2 e 4 mg são atualmente comercializadas, liberam a nicotina de forma rápida (início em 2-3 minutos e atingem picos de ação em 20 minutos) e seu efeito tem curta duração (menor que 24 horas). Desta forma são mais efetivas para alívio imediato da fissura e dos sintomas da AS (REICHERT *et al.*, 2008; BRASIL, 2020; HARTMANN-BOYCE *et al.*, 2018; FRANCO; LOPES, 2021). No SUS estão disponíveis as apresentações de 2mg. A absorção da nicotina com o uso das pastilhas pode ser acima de 90%. A prescrição é feita com uma receita simples.

A goma deve ser mascarada vigorosamente até produzir um formigamento na boca. A partir daí deve-se colocar a goma entre a bochecha e a gengiva até que a sensação de formigamento e o sabor desapareçam, quando o processo de mastigação deve ser reiniciado. Repetir esse processo por 30 minutos.

As pastilhas devem ser dissolvidas naturalmente na boca por cerca de 20 a 30 minutos, sem ser mastigada, chupada, cortada ou engolida. Esta TRN contém aspartame não deve ser utilizada em pacientes com fenilcetonúria. Antes do uso da goma recomenda-se ingerir água para remover resíduos alimentares. A absorção de nicotina por meio das pastilhas é mais rápida do que a goma.

Durante o uso das gomas/pastilhas e até 15 a 30 minutos após, deve-se evitar a ingestão de alimentos ou líquidos. Podem ser consumidas até 15 gomas/pastilhas/ por dia. Em fumantes altamente dependentes há maior benefício na utilização de 4 mg/dose de goma de nicotina em comparação com 2 mg. Um paciente fumante de 20 cigarros/dia pode receber a seguinte orientação como exemplo (goma ou pastilha) de tratamento isolado (BRASIL, 2020):

1º mês 4mg (2 x 2mg) a cada 1 a 2 horas
2º mês 2mg a cada 2 a 4 horas
3º mês 2mg a cada 4 a 8 horas

Para aqueles fumantes de até 5 cigarros/dia existe a recomendação de goma ou pastilha isoladamente para controle da fissura. Nesses casos, não se recomenda ultrapassar 5 gomas/pastilhas de 2 mg ou 3 gomas/pastilhas de 4 mg.

O tempo de tratamento deve ser de três meses (12 semanas) em doses progressivamente menores. Existem relatos de que um pequeno percentual de pacientes que utilizam a goma/pastilha pode apresentar dificuldade em deixar a TRN ao final do tratamento. Até o momento não está esclarecido se é uma forma nova de dependência ou se a dependência iniciada pelo tabaco fumado fica sustentada nesses casos.

As contraindicações absolutas incluem: IAM relatado nos últimos 15 dias antes do tratamento; arritmia grave; angina instável; doença cerebrovascular grave; úlcera péptica ativa. As

contraindicações relativas são: comprometimento da articulação temporomandibular ou distúrbios que prejudiquem a mastigação; comprometimento de próteses dentárias móveis; lesões de mucosa oral; inflamação das cordas vocais (REICHERT *et al.*, 2008; BRASIL, 2020; HARTMANN-BOYCE *et al.*, 2018; FRANCO; LOPES, 2021).

As pastilhas são mais bem toleradas do que as gomas. Na prática, observa-se uma menor aderência ao tratamento com as gomas.

Não há evidências de que a TRN, em qualquer forma de apresentação, esteja relacionada a efeitos adversos graves, incluindo morte. Os EAs das gomas/pastilhas são: lesões na mucosa oral, aftas, produção de saliva em excesso (sialorreia), soluços, dor na articulação temporomandibular (musculatura da mandíbula relacionada com o processo mastigatório intenso e repetitivo relacionado com o uso da goma), cefaleia, vômitos e amolecimentos dos dentes (REICHERT *et al.*, 2008; BRASIL, 2020; HARTMANN-BOYCE *et al.*, 2018; FRANCO; LOPES, 2021).

Para adequada prescrição de acordo a apresentação, posologia e modo de usar das gomas e pastilhas, aconselha-se a consulta do Quadro 6.

Terapia de Reposição de Nicotina Combinada (TRNC)

Após a apresentação das formas disponíveis de TRN, vale ainda assinalar que essa terapia pode ser utilizada isoladamente, quando apenas um único tipo de apresentação é selecionado para o tratamento. A TRNC é definida como a associação de adesivo transdérmico como forma de TRN de liberação lenta associada a uma forma de liberação rápida para resgate e alívio dos sintomas. Por exemplo: Adesivo + goma ou adesivo + pastilha.

Baseado em estudos recentes, o PCDT de 2020 recomenda fortemente que TRNC seja utilizada preferencialmente para o tratamento da dependência à nicotina por sua superioridade em relação ao uso de adesivo isolado, principalmente naqueles pacientes que fumam mais do que 10 cigarros/dia e/ou possuem mais sintomas de abstinência. Apesar de ser um tratamento de maior custo, a possibilidade de redução de gastos com uma taxa de cessação mais elevada torna a TRNC uma boa opção. A TRNC é superior à TRN isolada (BRASIL, 2020; HARTMANN-BOYCE *et al.*, 2018; FRANCO; LOPES, 2021; LINDSON *et al.*, 2019):

Para os que tem indicação de farmacoterapia, o tratamento com Terapia de Reposição de Nicotina Combinada (TRNC) é o PREFERENCIAL por sua maior eficácia. TRNC = Adesivo (forma lenta) + goma ou pastilha (forma rápida) de liberação de nicotina.

É importante destacar que a TRN, seja isolada ou em combinação, só deve ser iniciada na data em que o paciente deixar de fumar. **As TRNs não devem ser usadas de forma concomitante com o cigarro ou outros derivados de tabaco** (BRASIL, 2020).

As combinações de adesivo + goma ou pastilha de nicotina podem ser feitas de acordo com o esquema de uso do adesivo já descrito acima para aqueles que fumam mais do que 6 cigarros/dia.

Recomenda-se que não ultrapasse 5 gomas/pastilhas de 2mg/dia ou 3 gomas/pastilhas de 4 mg para redução dos sintomas de fissura quando combinadas com o adesivo transdérmico.

Para adequada prescrição de acordo a apresentação, posologia e modo de usar a TRNC, recomenda-se a consulta do Quadro 6.

4.3.2 Cloridrato de Bupropiona

O cloridrato de bupropiona é um fármaco não nicotínico de primeira linha. É da classe dos antidepressivos e é reconhecido como inibidor seletivo da recaptção de noradrenalina e dopamina. Seu mecanismo de ação ainda não é totalmente conhecido, mas ao longo do tempo constatou-se que os usuários desse medicamento apresentaram diminuição da vontade de fumar. Sua ação pode ser explicada pela inibição da recaptção neuronal da dopamina, independente do efeito antidepressivo, embora possa aliviar sintomas depressivos. Em síntese, a bupropiona diminui o ciclo de recompensa e reduz a fissura por nicotina.

A bupropiona tem absorção rápida, pico de concentração em três horas e ação lenta (meia vida de 21 horas). A metabolização é hepática e a eliminação é renal (RUSSO, 2021).

Vários estudos demonstram aumento significativo da taxa de cessação em longo prazo utilizando apenas a bupropiona (LINDSON *et al.*, 2019; HUGHES *et al.*, 2020; RUSSO, 2021). O atual PCDT recomenda essa droga para o tratamento de dependência à nicotina com o objetivo de amenizar os sintomas da abstinência, ele confirma com alto grau de confiança que **a bupropiona é menos eficaz que a TRNC e mais eficaz do que a TRN isolada**. Deve ser preferencialmente utilizada em monoterapia em casos de contraindicação ao uso de TRN, condicionada à existência de médico prescritor, estrutura e recursos dos serviços de saúde e características dos pacientes. O tratamento com bupropiona associada a uma TRN é mais eficaz e seguro do que o tratamento com TRN isolada (BRASIL, 2020).

Desta forma está recomendada em associação com um outro TRN, quando ocorre insucesso da TRN isolada. Ainda não existem evidências suficientes para recomendar o uso da bupropiona associada à TRNC (BRASIL, 2020; HUGHES *et al.* 2020).

A bupropiona é menos eficaz que a TRNC e mais eficaz do que a TRN isolada.

Preferencialmente usar em monoterapia nos casos de contraindicação ao uso de TRN.

A bupropiona associada a uma TRN é mais eficaz do que o tratamento com TRN isolada.

Esta associação está recomendada quando ocorre insucesso da TRN isolada.

Mulheres, fumantes com tendência a recaídas e com elevado grau de dependência podem se beneficiar desse medicamento (RUSSO, 2021).

A bupropiona é apresentada em caixas de 30 e 60 comprimidos de 150 mg de liberação prolongada. Sua posologia sugerida é: do 1º ao 3º dia: um comprimido/dia sempre pela manhã; a partir do 4º dia: dois comprimidos/dia, com intervalo de oito horas entre eles e preferencialmente à tarde (no máximo até as 17 horas), para diminuir o risco de insônia. A partir do 8º dia o paciente deverá

cessar o tabagismo definitivamente (dia “D”) e manter dois comprimidos/dia. Desta forma a ação do medicamento será máxima para alívio do desconforto dos sintomas de abstinência (BRASIL, 2020; RUSSO, 2021). Recomenda-se o uso por três meses (12 semanas). Está condicionada à existência de médico prescritor (receita controlada).

A bupropiona apresenta várias interações com outros medicamentos e pode sofrer interferência no seu metabolismo através da ação sobre a isoenzima CYP2B6. Fármacos como o valproato de sódio, cimetidina e ciclofosfamida comprometem a ação da bupropiona. Vale também destacar que a bupropiona pode interferir sobre o metabolismo de alguns antiarrítmicos, betabloqueadores, hipoglicemiantes, psicotrópicos e outros antidepressivos (RUSSO, 2021).

As contraindicações absolutas são: **epilepsia, qualquer história de convulsão (inclusive febril na infância)**, alterações no eletroencefalograma, bulimia, anorexia, interrupção súbita de sedativos e álcool, uso de inibidores da monoamina oxidase (IMAO) nos últimos 15 dias. Caso o paciente faça ou tenha feito uso de IMAO, como os medicamentos selegilina, fenelzina, trancilpromina e isocarboxazida, deve ser observado um período de 15 dias a partir da suspensão para poder iniciar a bupropiona em razão do aumento do risco de crise convulsiva. As contraindicações relativas conhecidas são: hipertensão arterial não controlada, uso de cimetidina, barbitúricos, fenitoína, carbamazepina, corticoides, hipoglicemiantes orais e insulina (RUSSO, 2021).

O principal efeito colateral da bupropiona é diminuir o limiar convulsivo. Todos os episódios prévios de convulsão ou uso de outros fármacos que reduzam o limiar de crises convulsivas devem ser questionados. Insônia, cefaleia e boca seca são frequentes. Outros EAs incluem aumento da pressão arterial, náuseas, vômitos, tremores e dores abdominais. Não há evidências de EAs neuropsiquiátricos ou cardiovasculares graves com o uso da bupropiona para a cessação do tabagismo (RUSSO, 2021).

A Bupropiona deve ser iniciada 8 dias antes do dia “D” da cessação, está contraindicada em situações de risco de convulsão e necessita de prescrição médica (BRASIL, 2020; HARTMANN-BOYCE *et al.*, 2018; FRANCO; LOPES, 2021; LINDSON *et al.*, 2019).

1º ao 3º dia de tratamento: 1 comp. de 150 mg pela manhã; a partir do 4º dia de tratamento: 1 comp. de 150 mg pela manhã e outro de 150 mg após oito horas da primeira dose (até às 17h). A partir do 8º dia (dia “D” da cessação) manter dois comp./dia.

Não deve ser prescrita com história de episódios prévios de convulsão, ou uso de outros fármacos que reduzam o limiar de crises convulsivas devem ser rastreados. O principal efeito colateral da bupropiona é diminuir o limiar convulsivo.

Ressalta-se que para o medicamento cloridrato de bupropiona, há a necessidade de prescrição médica e guarda e dispensação sob responsabilidade de profissional farmacêutico, conforme preconiza a Portaria SVS n.º 344, de 12 de maio de 1998 – Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

Para auxiliar o profissional de saúde, o Quadro 6 contém informações sobre a apresentação, posologia e modo de usar da bupropiona.

4.3.3 Fluxograma de Tratamento – PCDT 2020

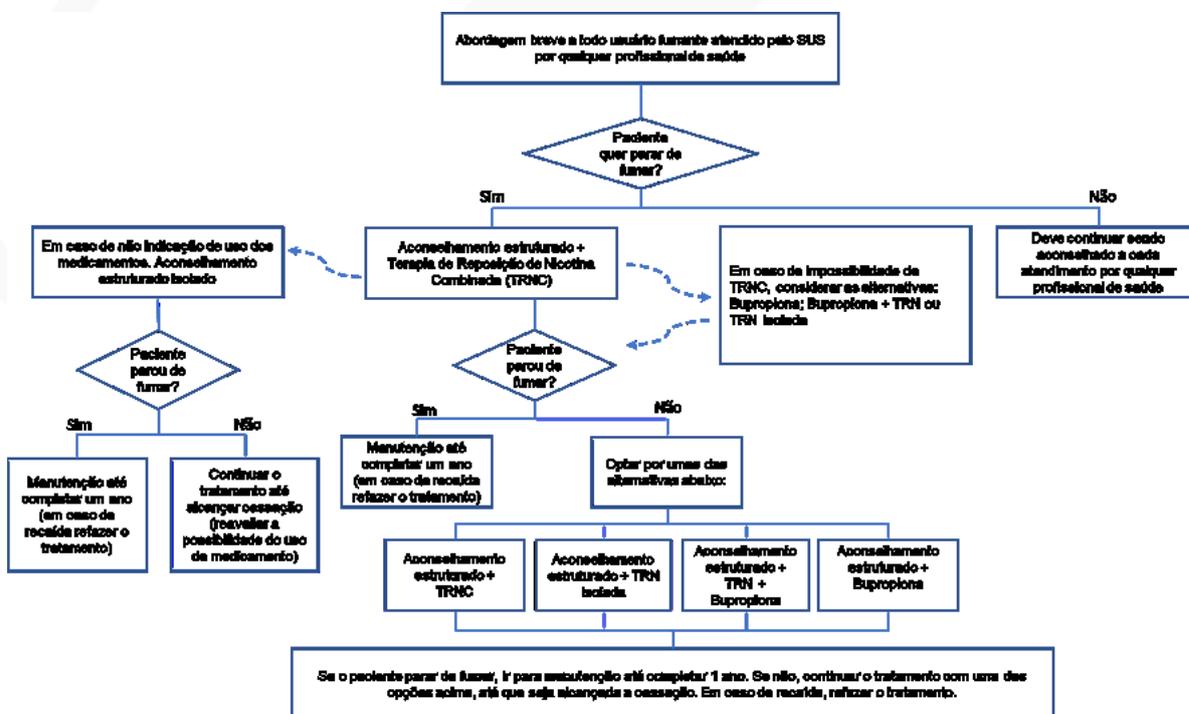
O PCDT 2020 propõe um fluxograma de tratamento com base nas opções oferecidas pelo SUS:

a) Adesivo transdérmico de 7, 14 e 21 mg; b) goma de mascar de 2 mg; c) pastilha de 2mg; e d) Cloridrato de bupropiona comprimido de liberação prolongada 150 mg. O tratamento com TRNC (forma lenta e rápida de liberação de nicotina) está indicado como **preferencial** por sua maior eficácia. Podem ser oferecidas como opções terapêuticas alternativas: bupropiona monoterapia, TRN isolada (adesivo, goma ou pastilha) ou bupropiona associada a uma TRN isolada. Em casos de pacientes com contraindicação ao uso de TRN, a indicação de bupropiona deve ser considerada. A TRN isolada está indicada no caso de contraindicação do uso de uma das formas e impossibilidade do uso de bupropiona (BRASIL, 2020).

Podem ser oferecidas como opções terapêuticas à TRN combinada: bupropiona isolada, TRN isolada (adesivo, goma ou pastilha) ou bupropiona associada a uma TRN isolada.

Em casos de falha terapêutica, o novo tratamento deve ser definido considerando os motivos da falha, como por exemplo: eventos adversos à terapia ou dificuldade de adesão. As possibilidades farmacológicas devem sempre ser precedidas pela avaliação individual e cuidadosa do paciente, pois somente mediante o conhecimento das características de seu quadro clínico e da dependência à nicotina será possível ao profissional a escolha do fármaco que potencializará as chances de cessação do tabagismo pelo paciente ou da contraindicação de seu uso (Figura 10) (BRASIL, 2020).

Figura 10: Fluxograma de tratamento da dependência à nicotina modificado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento do Tabagismo (PCDT 2020).



Fonte: Brasil (2020).

4.3.4 Vareniclina

A vareniclina é uma medicação de primeira linha dirigida ao tabagismo e desenvolvida para estimular parcialmente os receptores cerebrais nicotínicos colinérgicos $\alpha 4\beta 2$, onde a nicotina atua. Simula cerca de 50% do efeito da ativação do sistema de recompensa da nicotina. É capaz de contrabalançar a queda na dopamina no sistema límbico relacionada com a abstinência da nicotina. O fármaco age de maneira modular ao impedir que a nicotina se ligue completamente ao receptor e ao provocar uma liberação parcial de dopamina. Ocorre uma redução da sensação de satisfação ao fumar, da fissura e dos sintomas da abstinência. Mesmo que o paciente fume, a sensação de recompensa associada ao tabagismo não será a mesma.

A vareniclina é importante opção no tratamento de cessação do tabagismo. Auxilia na diminuição dos sintomas de abstinência e no aconselhamento estruturado comportamental. A atual diretriz americana de 2020 recomenda essa droga como a melhor opção para iniciar o tratamento do tabagismo (LEONE *et al.*, 2020). Destaca que é superior em relação à bupropiona ou ao uso de adesivo transdérmico isolado (LINDSON-HAWLEY; THOMPSON; BEGH, 2015). A combinação de vareniclina com bupropiona ou vareniclina com TRN parecem ser promissoras, no entanto ainda faltam estudos que comprovem esses benefícios.

No Brasil, a vareniclina não é disponível no SUS e passa por período de desabastecimento temporário devido a dificuldades com o processo regulatório do local de fabricação do produto. Em 2019, um relatório técnico foi submetido à avaliação da CONITEC com decisão inicial pela não incorporação da vareniclina como alternativa de tratamento (BRASIL, 2019). O PCDT 2020 não avaliou o papel desse medicamento no tratamento do tabagismo. Trata-se de uma opção que poderá ser incluída em futura revisão desse protocolo.

A vareniclina apresenta um pico de ação entre três e quatro horas e meia vida de 24 horas. Geralmente é iniciada cerca de oito dias antes do dia marcado para a cessação (dia D). Sua apresentação é de comprimidos de 0,5 mg e 1,0 mg. A posologia deve ser titulada nas primeiras semanas conforme o esquema: dias um a três: um comprimido de 0,5 mg dia pela manhã; do dia 4 a 8: um comprimido (0,5 mg), duas vezes ao dia; a partir do dia oito (dia D): dois comprimidos (1,0 mg), duas vezes ao dia até o término do tratamento. A duração habitual do tratamento é de três meses. Pacientes com insuficiência renal grave devem reduzir a dose máxima preconizada para 1 mg pela manhã.

A vareniclina apresenta menos interações medicamentosas do que a bupropiona. O uso em associação com a cimetidina pode aumentar a concentração da vareniclina em até 30% por provável redução da eliminação renal. No entanto, não se recomenda ajuste de dose. O uso em associação com a cimetidina aumenta a concentração desta droga em 30%. É importante ressaltar que estudos mais recentes não confirmaram as descrições iniciais de associação da vareniclina com ideação e comportamentos suicidas. O estudo EAGLES de 2016, considerado o maior estudo já realizado em tratamento do tabagismo, com mais de 6000 pacientes fumantes (psiquiátricos e não psiquiátricos), demonstrou que a vareniclina é segura e não está associada a um aumento de intercorrências psiquiátricas e graves (ANTHENELLI *et al.*, 2016). No entanto, seu uso deve ser cauteloso em pacientes com doenças psiquiátricas previamente estabelecidas.

Adicionalmente, a vareniclina apresenta segurança cardiovascular sem elevar os riscos de doenças cardíacas graves durante o tratamento. A maior contraindicação é ter hipersensibilidade à vareniclina. Os principais efeitos colaterais descritos são: náuseas (20%), insônia e sonhos anormais.

4.4 OUTROS MEDICAMENTOS

4.4.1 Nortriptilina

O uso de medicações antidepressivas por tabagistas está baseado em três pilares: a depressão é mais frequente em fumantes do que em não fumantes; a ausência da nicotina tem efeito depressivo; e os antidepressivos atuam em neurotransmissores e receptores cerebrais ligados à dependência nicotínica.

A nortriptilina é um antidepressivo bem conhecido usado há vários anos e de baixo custo, considerado de segunda linha para o tratamento do tabagismo. Atua com bloqueio na recaptação de noradrenalina e/ou serotonina e aumento das concentrações de neurotransmissores. Uma análise recente, com inclusão de dez estudos, demonstrou aumento evidente na taxa de abstinência ao fumo com a utilização da nortriptilina (HOWES *et al.*, 2020). O atual PCDT optou por recomendar somente os medicamentos considerados de 1ª linha e avalia a inclusão da nortriptilina em futuras revisões dessa diretriz (BRASIL, 2020).

As atuais características de eficácia, boa tolerância, disponibilidade no SUS (para tratamento de depressão e dor crônica) e efeitos colaterais comparáveis aos da bupropiona, torna essa droga uma opção a ser considerada na impossibilidade do uso ou do **insucesso** dos fármacos de primeira linha (HOWES *et al.*, 2020).

As apresentações são em cápsulas de 10, 2, 50 e 75 mg. Deve ser iniciada duas a três semanas antes da data marcada para a cessação (dia D) e usada em doses crescentes até 75 a 100mg por dia, conforme a tolerância do fumante. O tempo de tratamento é de 12 semanas (HOWES *et al.*, 2020).

Dentre as interações medicamentosas destaca-se o uso de fármacos que prolongam o intervalo QTc, pois podem aumentar o risco de arritmia. Um eletrocardiograma deve ser solicitado antes de iniciar o tratamento, principalmente naqueles com história de arritmias. Está contraindicada em: IAM recente (< 15 dias), arritmia grave, uso de inibidores da MAO (nos últimos 14 dias) e uso de linezolida. Os efeitos colaterais mais frequentes são: sonolência, boca seca, cansaço, visão turva, constipação, aumento do apetite, retenção urinária e dificuldade de concentração.

4.4.2 Outros Antidepressivos e Ansiolíticos

Até o momento, não há evidência de eficácia para recomendar a utilização de outros antidepressivos ou medicamentos da classe dos ansiolíticos (diazepam, buspirona ou meprobamato) para tratamento da cessação do tabagismo. São necessários mais estudos para responder sobre os benefícios dessas medicações sobre a cessação.

4.4.3 Clonidina

A clonidina é um agonista dos receptores alfa-2 adrenérgicos no SNC, com efeito hipotensor intenso. Apesar dos estudos promissores no passado, é atualmente considerada medicamento de segunda linha e de eficácia limitada para a cessação do tabagismo. Os efeitos adversos, como sonolência, fadiga e boca seca também limitam o uso da clonidina como opção para o tratamento da dependência à nicotina.

4.5 TRATAMENTO PRÉ-CESSAÇÃO

Consiste no início de tratamento medicamentoso antes da data marcada para interromper o tabagismo. Essa forma de terapia ainda é controversa, mas provavelmente auxilia na redução do número de cigarros, na percepção de recompensa, nos sintomas de abstinência e da fissura (REICHERT *et al.*, 2008). Alguns estudos sugerem que o uso da TRN por duas a quatro semanas anterior à data de parada “parece” aumentar a taxa de cessação quando comparado ao início no dia da cessação (BRASIL, 2020; LINDSON *et al.*, 2019).

O PCDT 2020 sugere o uso de adesivo em um período curto anterior à data de parada, pois pode aumentar a cessação em seis meses quando comparado ao início da utilização no dia da cessação (BRASIL, 2020). Essa estratégia deve ser individualizada e pode beneficiar principalmente dois grupos: tabagistas que não estão motivados a parar de fumar e aceitam reduzir o número de cigarros fumados; e aqueles que estão inseguros para interromper o tabagismo (REICHERT *et al.*, 2008; LINDSON *et al.*, 2019).

Conforme já citado anteriormente, fármacos como a bupropiona, vareniclina e a nortriptilina são exemplos de tratamento pré-cessação e devem ser iniciados antes da data marcada para a cessação habitualmente. O uso da vareniclina por períodos maiores (quatro a seis semanas antes da cessação) ainda é controverso. No entanto a diretriz americana de 2020 recomenda o início da vareniclina antes da cessação, mesmo naqueles que não estão prontos para ela (LEONE *et al.*, 2020).

4.6 TRATAMENTO ESTENDIDO

O tratamento chamado de estendido ou prolongado é realizado com o uso de aconselhamento estruturado e medicamentos por período de seis a doze meses, períodos superiores ao tempo padrão médio de três meses. Essa estratégia ainda é muito discutida quanto à eficácia em prevenir recaídas tardias, ao tempo de utilização, aos benefícios/riscos e às populações mais beneficiadas. É interessante destacar que, após 12 meses de tratamento estendido, o aumento de sucesso, em geral, é perdido com o tempo. O tratamento estendido parece ser mais eficaz em pacientes com elevada dependência e com maiores dificuldades para cessar. O PCDT 2020 não avaliou o tratamento estendido e sugere que pode ser incluído em futura revisão do documento (REICHERT *et al.*, 2008; PEREIRA, 2012).

4.7 TRATAMENTO DA RECAÍDA

Por ser uma doença crônica, o tabagismo necessita de um acompanhamento a longo prazo para a prevenção das frequentes recaídas e algumas estratégias têm sido propostas para preveni-las. O PCDT 2020 não detalha o monitoramento desses pacientes, mas recomenda acolher todos os pacientes que voltaram a fumar; reforçar os benefícios obtidos com as experiências anteriores; e destacar a importância da decisão de parar de fumar (BRASIL, 2020).

A diretriz brasileira ressalta ainda que, **se houver recaída, o paciente deve ser sempre incentivado a fazer nova tentativa para deixar de fumar, pois essa ocorrência pode acontecer em qualquer tratamento de dependência química** (BRASIL, 2020). O paciente e o profissional de saúde devem decidir, em conjunto, se mantêm ou se alteram os medicamentos no novo plano terapêutico. Os eventos adversos dos medicamentos utilizados nas tentativas anteriores devem ser sempre considerados. É importante ressaltar que o aconselhamento estruturado precisa estar sempre associado.

4.8 DISPOSITIVOS ELETRÔNICOS PARA FUMAR

O uso de dispositivos eletrônicos (cigarros eletrônicos com nicotina) para fumar (DEFs) têm sido cada vez maior, principalmente entre os jovens. Atualmente existe um conceito **errado** de que os cigarros eletrônicos (conhecidos como Juul®, IQOS e Eclipse) são uma forma alternativa de uso do tabaco, com menos danos à saúde e que poderiam ser usados para auxiliar na cessação do tabagismo. Os DEFs produzem um aerossol e liberam inúmeras substâncias tóxicas de risco à saúde. A grande maioria tem nicotina com aromatizantes e facilita a iniciação ao tabagismo bem como o desenvolvimento da dependência ao tabaco. Não há evidência de que o uso dos DEFs reduza danos à saúde.

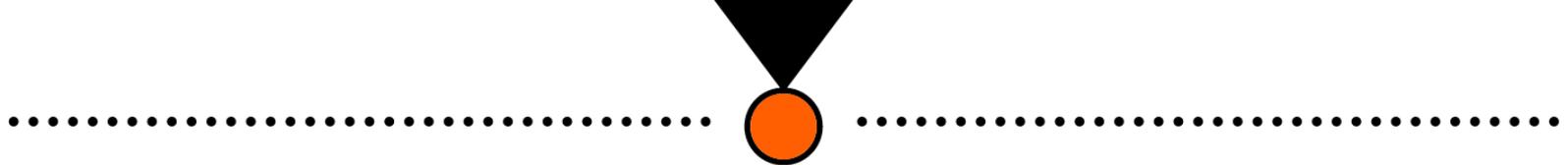
Os atuais estudos não têm comprovação científica para orientar o uso dos DEFs como tratamento do tabagismo. Vários pacientes que cessam o uso dos cigarros tradicionais mantêm dependência à nicotina com o uso dos DEFs. Outro grupo de fumantes inicia o uso de DEFs com a intenção de cessar, porém continua dependente e com uso duplo das duas formas de liberação de tabaco. Até o momento, os DEFs não estão indicados para a cessação do tabagismo (KIRCHENCHTEJN, 2021).

O PCDT 2020 não incluiu a análise dos DEFs. Vale destacar que a comercialização e a publicidade desses produtos estão proibidas no Brasil desde 2009.

4.9 GRUPOS ESPECIAIS

4.9.1 Adolescentes

Até o momento, não há recomendação suficiente para o uso de medicamentos em jovens com menos de 18 anos. Os adolescentes devem receber tratamento com o aconselhamento



estruturado/abordagem intensiva. A abordagem em grupo parece ser mais promissora do que a intervenção individual. Com a entrada de novos produtos derivados de tabaco no mercado brasileiro, o profissional de saúde deve estar atento à importância de oferecer atendimento a essa população considerada mais vulnerável (BRASIL, 2020).

4.9.2 Idosos

Os idosos podem receber o mesmo protocolo oferecido para a população adulta, exceto quando apresentarem efeitos adversos em decorrência de interações medicamentosas ou comorbidades que possam contraindicar o uso medicamentoso (BRASIL, 2020).

Os fármacos de primeira linha são seguros para essa população. Para indivíduos acima de 65 anos recomenda-se a bupropiona na dose máxima de 150 mg/dia pela manhã. A nortriptilina é bem tolerada pelos idosos, porém seu uso deve ser reservado para os casos de contraindicação ou intolerância aos medicamentos de primeira linha. No caso de utilizar essa medicação, recomenda-se acompanhar possíveis efeitos cardiovasculares (BRASIL, 2020).

4.9.3 Gestantes e Nutrizes

Os diversos malefícios da nicotina sobre o feto já são bem conhecidos. Por isso, as gestantes devem receber atenção especial com aconselhamento estruturado sempre que possível. Não há evidência sobre eficácia ou segurança da bupropiona, vareniclina ou dispositivos eletrônicos para fumar. O PCDT 2020 orienta que a cessação em gestantes e nutrizes deve ser realizada sem uso de qualquer medicamento (BRASIL, 2020). No entanto, estudos mais recentes do que esse documento já preconizam o uso de TRN durante a gestação baseados no fato de que os danos do tabaco superariam os efeitos adversos das medicações (CLAIRE *et al.*, 2020).

4.9.4 Pacientes Oncológicos

O tratamento do tabagismo em pacientes com câncer deve ser iniciado o mais breve possível e a conduta terapêutica deve incluir o mesmo protocolo oferecido para a população em geral, com aconselhamento estruturado e apoio medicamentoso. A TRNC (forma lenta mais uma forma rápida de liberação de nicotina) demonstra bom resultado. As gomas e pastilhas devem ser evitadas em pacientes com mucosite oral. A bupropiona e a vareniclina devem ser usadas com cautela devido ao risco de convulsão (BRASIL, 2020).

4.9.5 Pacientes com Tuberculose

Os pacientes tabagistas portadores de tuberculose, em qualquer fase do tratamento, podem utilizar as mesmas medidas terapêuticas empregadas para a população em geral. Sugere-se monitorar as eventuais interações medicamentosas (BRASIL, 2020).

4.9.6 Pacientes com Distúrbios Psiquiátricos

Para fumantes com transtornos psiquiátricos, inclusive aqueles em acompanhamento para a dependência de álcool e outras drogas, é recomendado oferecer tratamento para o tabagismo sempre que possível. As intervenções recomendadas envolvem o aconselhamento estruturado em conjunto com a farmacoterapia. O tratamento deve ser preferencialmente realizado quando a doença mental estiver controlada (BRASIL, 2020).

Pacientes com transtornos psiquiátricos prévios como depressão ou esquizofrenia (prévia ou atual) apresentam maior taxa de cessação com bupropiona. No entanto, tabagistas com depressão atual não demonstram benefícios com esse fármaco. Não há evidências sobre a eficácia da TRN em pacientes com depressão ou esquizofrenia (BRASIL, 2020). A vareniclina está recomendada pela atual diretriz americana como a melhor opção nesses casos. Destaca ainda que é superior em relação à bupropiona ou ao uso de adesivo transdérmico de nicotina (LEONE *et al.*, 2020).

É necessário que pacientes tabagistas com 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 ser realizado em paralelo ou após o tratamento psiquiátrico (BRASIL, 2020).

4.9.7 Pacientes Hospitalizados

A hospitalização oferece ao tabagista uma janela de oportunidade para a cessação. Pacientes hospitalizados devem receber intervenções comportamentais de alta intensidade, iniciadas já durante a internação hospitalar. Independente do diagnóstico de admissão, existem evidências de que o acompanhamento ambulatorial pós alta, por pelo menos um mês, aumenta a taxa de cessação. O hospitalizado que iniciou um medicamento para cessação durante a internação deve ser encaminhado a uma unidade de saúde para que possa receber o tratamento completo após a alta hospitalar (BRASIL, 2020).

O apoio farmacológico pode ser utilizado e oferece mais conforto durante esse período tão estressante. A TRN é a mais utilizada nesse grupo de pacientes e, quando adicionada ao aconselhamento intensivo, aumenta significativamente a taxa de cessação. Os adesivos são seguros nos internados com história de doença coronariana. Há relatos de taquicardia sem associação com mortalidade devido a eventos cardiovasculares. A bupropiona e a vareniclina não apresentam efeitos imediatos e geralmente demonstram interações medicamentosas com as demais drogas utilizadas durante a hospitalização.

4.9.8 Instituições de Reabilitação e Presídios

A abordagem terapêutica com apoio medicamentoso aumenta a chance de cessação do tabagismo de instituições como os presídios e demonstra resultados semelhantes aos observados na população geral (BRASIL, 2020).

Vamos retomar os pontos importantes abordados nesta Unidade?

- A doença tabagismo é uma velha pandemia que interrompe a vida de milhões de pessoas todo ano;
- O tratamento do tabagismo é desafiador e não é simples como uma receita culinária. Necessita de abordagem repetida e estruturada quase que personalizada para cada paciente, principalmente após o insucesso;
- Cessar é um processo e pode necessitar de várias tentativas prévias. A melhor estratégia associa pacientes motivados com profissionais de saúde treinados e apoio medicamentoso;
- A farmacoterapia não é o único elemento do tratamento, porém pode auxiliar muito na redução do desconforto causado pela falta da nicotina;
- A escolha do tipo, da dose e do esquema farmacológico utilizado deve ser decidido com o paciente pesando os riscos e benefícios.

Referências

ANTHENELLI, R. M. *et al.* Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. **Lancet**, v. 18, n. 387, jun., 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovações em Saúde. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. **CONITEC**: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo: relatório de recomendação, Brasília, n. 520, mar. 2020. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2020/Relatorio_PCDT_Tabagismo_520_2020_FINAL.pdf. Acesso em: 23 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovações em Saúde. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. **CONITEC**: vareniclina para cessação do tabagismo: relatório de recomendação. Brasília, n. 468, jul., 2019. Disponível em http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2019/Relatorio_VARENICLINA_TABAGISMO_FINAL_468.pdf. Acesso em: 23 abr. 2021.

CLAIRE, R. *et al.* Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. **Cochrane Database Syst Rev.** v. 3, n. 3, mar. 2020.

EUROPEAN NETWORK FOR SMOKING AND TOBACCO PREVENTION (ENSP). **Guidelines for treating tobacco dependence.** 2020. Disponível em: http://ensp.network/wp-content/uploads/2020/10/guidelines_2020_english_forprint.pdf. Acesso em: 23 abr. 2021.

FIORE, M. C. *et al.* **Treating tobacco use and dependence**: 2008 update: clinical practice guideline. Rockville, MD: Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>. Acesso em: 23 abr. 2021.

FRANCO, C. A.; LOPES, M. C. Quando, como e por quanto tempo prescrever a reposição de nicotina? In: PEREIRA, L. F. F. *et al* (org.). **Tabagismo prevenção e tratamento.** Rio de Janeiro: Di Livros Editora Ltda., 2021. p. 263- 270.

HARTMANN-BOYCE, J. *et al.* Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. **Cochrane Database Syst Rev.** v. 5, n. 5, maio 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29852054/>. Acesso em: 23 abr. 2021.

HOWES, S. *et al.* Antidepressant for smoking cessation. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 4, n. 4, abr., 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32319681/>. Acesso em: 23 abr. 2021.

HUGHES, J. R. *et al.* Antidepressants for smoking cessation. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 4, n. 4, abr. 2020.

KIRCHENCHTEJN, C. Dispositivos eletrônicos para fumar podem ajudar a cessar o tabagismo? In: PEREIRA, L. F. F. *et al* (org.). **Tabagismo prevenção e tratamento.** Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Rio de Janeiro: Di Livros Editora Ltda., 2021. p. 307-315.

LEONE, F. T. *et al.* Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. **Am J Respir Crit Care Med**. New York, v. 202, n. 2, p. 5-31, jul. 2020. Disponível em: <https://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.202005-1982ST>. Acesso em: 23 abr. 2021.

LINDSON, N. *et al.* Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. **Cochrane Database of Syst Rev.**, v. 4, n. 4, abr. 2019.

LINDSON-HAWLEY, N; THOMPSON, TP; BEGH, R. Motivational interviewing for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2015. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub3/epdf/full>. Acesso em: 23 abr. 2021.

PEREIRA, L. O que é terapia estendida e quando poderá ser indicada? *In*: ARAUJO, A. J. (org) **Manual de condutas e práticas em tabagismo da SBPT**. Rio de Janeiro: Gen Ac Farmaceutica, 2012. RJ. p. 229-232.

PRÉCOMA, D. B. *et al.* Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da sociedade brasileira de cardiologia. **Arq Bras Cardiol.**, v. 4, n. 113, p. 787-891, nov. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/abc/a/SMSYpcnccSgRnFCtfkKYTcp/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 29 abr. 2021.

REICHERT, J. *et al.* Diretrizes para cessação do tabagismo: 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília, v. 34, n. 10, p. 845-880, 2008.

RUSSO. Quando, como e por quanto tempo prescrever a bupropiona? *In*: PEREIRA, L. F. F. *et al.* (org.). **Tabagismo prevenção e tratamento**. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Rio de Janeiro: Di Livros Editora Ltda., 2021. p. 271- 277.

UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF) *et al.* Interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant persons: US preventive services task force recommendation statement. **JAMA.**, v. 3, n. 325, p. 265-279, jan. 2021. Disponível em: file:///C:/Users/cies-sc/Downloads/jama_krist_2021_us_200025_1610652650.95273.pdf. Acesso em: 29 abr. 2021.

UNITED STATES PUBLIC HEALTH SERVICE OFFICE OF THE SURGEON GENERAL; NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION (US). **Smoking cessation**: a report of the surgeon general Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555596/>. Acesso em: 29 abr. 2021.

ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO

