

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA
PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA

O cuidado da pessoa tabagista



40

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM
DOENÇA CRÔNICA
O CUIDADO DA PESSOA TABAGISTA**

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, Nº 40



BRASÍLIA – DF
2015

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**

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, Nº 40



BRASÍLIA – DF
2015

2015 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 50.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5/6, Edifício Premium
Bloco II, subsolo
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9031
Site: www.dab.saude.gov.br
E-mail: dab@saude.gov.br

Departamento de Atenção Especializada e Temática

SAF Sul, Quadra 2, lotes 5/6
Edifício Premium, bloco II, 1º andar, sala 103
CEP: 70.070-600, Brasília/DF
Telefone: (61) 3315-9052
E-mail: redes.cronicas@saude.gov.br
Site: www.saude.gov.br/doencascronicas

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
Espanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Sede, 8º andar, sala 839
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Telefone: (61) 3315-2409
Fax: (61) 3315-2307
Site: www.saude.gov.br/medicamentos
E-mail: daf@saude.gov.br

Suporte técnico, operacional e financeiro, no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – Proadi-SUS:

HOSPITAL DO CORAÇÃO
Responsabilidade social
Rua Abílio Soares, 250
CEP: 04005-909 – São Paulo/SP
Tel.: (11) 3053-6611
Site: www.hcor.com.br/
E-mail: ligress@hcor.com.br

Organização:

Lumena Almeida Castro Furtado
Jarbas Barbosa da Silva Júnior

Edição geral:

Eduardo Alves Melo
José Miguel do Nascimento Júnior
Sueli Moreira Rodrigues

Edição técnica:

Patrícia Sampaio Chueiri
Luiz Henrique Costa

Revisão geral:

Patrícia Sampaio Chueiri
Laura dos Santos Boeira
Marcelo Pellizzaro Dias Afonso

Revisão técnica:

Carolina de Campos Carvalho
Cicero Ayrton Brito Sampaio
Daniela Marques das Mercês Silva
Livia Custódio Puntel Campos
Michelle Leite da Silva
Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann
Natália Vargas Patrocínio de Campos
Rui Leandro da Silva Santos

Autoria:

Anna Luiza Braga Plá
Deborah Alencar de Oliveira
Fabiola Danielle Correia
Fernando Zanghelini
Jaqueline Silva Sousa
Laura dos Santos Boeira
Luiz Henrique Costa
Marcelo Gervilla Gregório
Marcelo Pellizzaro Dias Afonso
Nubia Mendonca Ferreira Borges
Patrícia Sampaio Chueiri
Priscila Regina Torres Bueno
Sílvia Maria Cury Ismael
Thais Severino da Silva

Coordenação editorial:

Laetícia Jensen Eble
Marco Aurélio Santana da Silva

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: www.saude.gov.br/editora
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Luciana Cerqueira Brito
Revisão: Khamila Silva e Tatiane Souza
Diagramação: Marcelo S. Rodrigues

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

154 p. : il. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40)

ISBN 978-85-334-2339-8

1. Tabagismo. 2. Doença crônica. 3. Promoção à saúde. I. Título. II. Série.

CDU 613.84

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0345

Títulos para indexação:

Em inglês: Strategies for the care of people with chronic disease : the care of smokers

Em espanhol: Estrategias para el cuidado de la persona con enfermedad crónica : el cuidado de la persona tabaquista

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fatores de risco preveníveis para as doenças crônicas não transmissíveis	23
Figura 2 – Tríade da dependência física.....	41
Figura 3 – Um episódio de cuidado.....	45
Figura 4 – Estágios motivacionais – Roda de Prochaska	51
Figura 5 – Os seis componentes do método clínico centrado na pessoa	59
Figura 6 – Substâncias químicas componentes do cigarro.....	85

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Prevalência do uso de tabaco em adultos em 14 países que completaram a Global Adult Tobacco Survey (2008-2010)	24
Gráfico 2 – Prevalência de fumantes no Brasil (1989-2013).....	25
Gráfico 3 – Prevalência de tabagistas no Brasil segundo sexo (2013).....	26
Gráfico 4 – Prevalência de tabagistas no Brasil segundo tipo de região	26
Gráfico 5 – Prevalência de fumantes no Brasil segundo escolaridade (2013)	27
Gráfico 6 – Prevalência de fumantes no Brasil segundo renda (2008).....	27
Gráfico 7 – Prevalência de tabagistas no Brasil segundo raça/cor (2013)	28

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Efeitos do fumo passivo	38
Quadro 2 – Principais sintomas de abstinência à nicotina.....	40
Quadro 3 – Classificação dos transtornos relacionados ao fumo pela CID-10.....	43
Quadro 4 – Tarefas motivacionais segundo o estágio motivacional do indivíduo	52
Quadro 5 – Principais técnicas cognitivas e comportamentais usadas no tratamento de cessação de tabagismo.....	60
Quadro 6 – Abordagem mínima ou breve (Paap).....	62
Quadro 7 – Abordagem básica (Paapa)	63
Quadro 8 – Abordagem intensiva específica (Paapa)	63
Quadro 9 – Proposta de cronograma para acompanhamento de grupo de cessação do tabagismo	65
Quadro 10 – Critérios para utilização de farmacoterapia na cessação de tabagismo	68
Quadro 12 – Dicas práticas para controle do peso durante a cessação tabágica.....	79
Quadro 13 – Principais fatores de risco para recaída.....	82
Quadro 14 – Estratégias efetivas para usuários preparados para deixar de fumar	83
Quadro 15 – Principais efeitos nocivos do cigarro para a saúde do adolescente	91
Quadro 16 – Eventos adversos relacionados ao tabagismo durante o período perinatal.....	94

LISTA DE FLUXOGRAMA

Fluxograma 1 – Fluxo de identificação e abordagem do tabagista.....	48
---	----

LISTA DE SIGLAS

- AB** Atenção Básica
- APA** Associação Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association)
- AVC/AVE** Acidente vascular cerebral/encefálico
- Ciap-2R** Classificação Internacional de Atenção Primária
- CICQTC** Comissão de Internalização da CQTC
- CID-10** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, décima edição
- CQCT** Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS
- DAB** Departamento de Atenção Básica
- DAP** Doença arterial periférica
- DCNT** Doenças crônicas não transmissíveis
- Dpoc** Doença pulmonar obstrutiva crônica
- DSM-V** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quinta edição
- ESF** Estratégia Saúde da Família
- EM** Entrevista motivacional
- GM** Gabinete do Ministro
- IAM** Infarto agudo do miocárdio
- INCA** Instituto Nacional de Câncer
- MS** Ministério da Saúde
- ONG** Organização não governamental
- OMS** Organização Mundial da Saúde
- Paap** Perguntar e avaliar, aconselhar e preparar
- Paapa** Perguntar e avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar
- PNCT** Programa Nacional de Controle do Tabagismo
- PSE** Programa Saúde na Escola
- PTA** Poluição tabagística ambiental
- TRN** Terapia de reposição de nicotina
- SES** Secretaria Estadual de Saúde
- SMS** Secretaria Municipal de Saúde
- SNC** Sistema Nervoso Central
- SOE** Sem outra especificação
- SUS** Sistema Único de Saúde
- UBS** Unidade Básica de Saúde
- VEF1** Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo
- Vigitel** Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças por inquérito telefônico

NOTA DOS AUTORES

Atenção Básica (AB), terminologia utilizada correntemente pelo Ministério da Saúde para indicar o primeiro nível de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta como sinônimos as expressões **Atenção Primária à Saúde** e **Cuidados Primários de Saúde**, comumente encontradas na literatura internacional. Independentemente do termo utilizado, deve-se ressaltar que, no Brasil, são os mesmos os seus atributos – primeiro acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária e competência cultural – e as suas responsabilidades – prover um cuidado humanizado, abrangente, qualificado, resolutivo e centrado no indivíduo (BRASIL, 2010).

SUMÁRIO

Responsabilidades e atributos da Atenção Básica	15
Primeiro acesso	15
Integralidade	15
Longitudinalidade	16
Coordenação do Cuidado	16
Apresentação	19
1 Introdução	21
1.2 Epidemiologia	22
1.2.1 Relação do tabagismo com as doenças crônicas não transmissíveis	22
1.2.2 Epidemiologia mundial	23
1.2.3 Epidemiologia no Brasil	24
1.3 Benefícios da interrupção do tabagismo	29
2 Controle do tabaco no Brasil	31
2.1 Prevenção do tabagismo	31
2.2 Evolução da legislação para controle do tabaco no Brasil	32
2.3 A Convenção-Quadro para o controle do tabaco da OMS	33
2.4 Diretrizes para tratamento da cessação do tabagismo	34
3 Tabagismo passivo	37
4 Tabagismo ativo	39
4.1 Dependência ao tabaco	39
4.1.1 Dependência física (Dependência química)	40
4.1.2 Dependência psicológica	41
4.1.3 Dependência comportamental (Condicionamento)	42
4.2 Classificação diagnóstica	42
4.2.1 CID-10	43
4.2.2 DSM-V	44
4.2.3 Ciap-2R	44

5 Avaliação da pessoa tabagista	47
5.1 Os passos da avaliação da pessoa tabagista	47
5.2 Avaliação quantitativa – Questionário de Tolerância de Fagerström	49
5.3 Avaliação qualitativa – Escala de Razões para Fumar	49
5.4 Estágios de motivação para cessação do tabagismo, segundo Prochaska e DiClemente	50
5.5 Atitudes e posturas do profissional de saúde	52
6 Intervenções e tratamento	55
6.1 Entrevista motivacional (EM).....	55
6.2 Método clínico centrado na pessoa (abordagem centrada na pessoa)	58
6.3 Abordagem cognitivo-comportamental.....	59
6.3.1 Abordagem Mínima/Breve	61
6.3.2 Abordagem básica	62
6.3.3 Abordagem intensiva/específica	63
6.3.4 Organização do grupo para cessação do tabagismo.....	64
6.4 Outras intervenções psicossociais	67
6.5 Tratamento medicamentoso	67
6.5.1 Terapia de Reposição de Nicotina (TRN).....	69
6.5.2 Cloridrato de bupropiona	73
6.5.3 Tratamento medicamentoso combinado	75
6.5.4 Comparação das eficácias.....	75
7 Obstáculos e desafios para cessação	77
7.1 Ambivalência.....	77
7.2 Ganho de peso	77
7.3 Síndrome de abstinência.....	80
7.4 Consumo de álcool	81
7.5 Prevenção de recaída.....	82
8 Doenças relacionadas ao tabaco	85
8.1 Doenças cardiovasculares.....	86
8.2 Diabetes <i>mellitus</i>	87
8.3 Doenças respiratórias	88
8.4 Neoplasias	88
9 Ciclos de vida e recortes populacionais	91
9.1 Crianças e adolescentes.....	91
9.2 Mulheres.....	93

9.3 Homens.....	96
9.4 Pessoas idosas.....	97
9.5 Indivíduo com comorbidades psiquiátricas	98
9.6 População negra	99
9.7 Indivíduo em desospitalização	100
9.8 Indivíduo com cardiopatia.....	101
9.9 Tabagista em recaída	101
Referências	103
Glossário	119
Anexos	125
Anexo A - Critérios diagnósticos para os transtornos de “uso nocivo”, “síndrome de dependência” e “síndrome de abstinência” para substâncias psicoativas em geral pela CID-10.....	125
Anexo B - Critérios diagnósticos para transtorno de uso de tabaco e abstinência de tabaco pelo DSM-V	128
Anexo C - Critérios Diagnósticos para Abuso do Tabaco pela Ciap-2R.....	131
Anexo D - Questionários de Tolerância de Fagerström	132
Anexo E - Escala de Razões para Fumar Modificada.....	133
Apêndices	135
Apêndice A - Legislação Federal vigente relacionada ao Tabagismo no Brasil.....	135
Apêndice B - Os componentes dos métodos Paap e Paapa	138
Apêndice C - Proposta de instrumento para acompanhamento dos grupos de apoio a cessação do tabagismo	143
Apêndice D - Roteiro de temas para as sessões em grupos estruturadas.....	145
Apêndice E - Instruções ao tabagista em cessação para uso correto do adesivo transdérmico de nicotina	153

Responsabilidades e atributos da Atenção Básica

A Atenção Básica (AB) ocupa uma posição privilegiada e estratégica para controle do tabaco dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como para diversos outros agravos crônicos à saúde, resultado de seus quatro atributos essenciais: (1) **primeiro acesso**; (2) **integralidade**; (3) **longitudinalidade**; e (4) **coordenação do cuidado** (BRASIL, 2010).

Para além desses quatro atributos, espera-se que as equipes de AB sejam resolutivas, ou seja, por meio de um cuidado qualificado e abrangente, resolvam a maior parte dos problemas de saúde da sua comunidade. Uma vez que o tabagismo é ainda um problema de saúde prevalente no País, é seguro que o cuidado da pessoa que fuma e a prevenção para o início deste hábito fazem parte do leque de suas responsabilidades.

Primeiro acesso

O **Primeiro Acesso** – ou **Acesso de Primeiro Contato** – do indivíduo com o sistema de saúde é, enquanto atributo, descrito como a acessibilidade e a utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas (BRASIL, 2010; STARFIELD, 2002).

O Primeiro Acesso pressupõe maior proximidade entre profissional/serviço de saúde e usuário e a construção de vínculo mais sólido entre ambos. Esses fatores se relacionam intimamente com a efetividade de tratamentos, especialmente aqueles relacionados à mudança de hábitos, incluindo a cessação tabágica.

Integralidade

A **Integralidade** é definida pelo leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de AB, ou seja, ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, de prevenção, de cura e de reabilitação adequadas ao contexto da AB, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2010; STARFIELD, 2002).

Cada indivíduo tabagista é único: cada um possui a sua história, os seus valores, as suas preferências, as suas expectativas e as suas necessidades. O reconhecimento dessa individualidade, dentro do seu contexto de momento, é essencial para o sucesso da cessação do uso do tabaco. Por vezes, a cessação tabágica não será a prioridade de momento para o indivíduo, a depender do conjunto destes fatores, isso precisa ser compreendido e respeitado. Essa postura empática permitirá uma nova abordagem posterior do assunto, para mudança do grau de motivação, segundo a roda de Prochaska.

Alguns tabagistas se motivarão para a cessação a partir das orientações sobre malefícios do cigarro, outros a partir do adoecimento de um ente próximo e outros ainda a partir do próprio adoecimento. Por trás do hábito, sempre existe um indivíduo, que pode apresentar outras demandas e necessidades: o cigarro não pode esconder o quadro de fundo mais amplo da pessoa.

Por fim, o controle do tabaco é mais um exemplo de expressão da **Integralidade**, pois exige medidas de promoção (como os hábitos saudáveis de vida), prevenção (como a restrição de publicidade e venda do tabaco), cura (o próprio tratamento de cessação de tabagismo) e reabilitação (reabilitação pulmonar em pacientes com complicações do tabaco).

Longitudinalidade

A **Longitudinalidade** é definida pela existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. Do mesmo modo que o Primeiro Acesso, a relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde (BRASIL, 2010; STARFIELD, 2002).

A pessoa que conhece e é conhecida por sua equipe de saúde tende a se engajar mais no cuidado pactuado e compartilhado de sua saúde, o que em última análise promove maior adesão e melhores desfechos, sendo bastante interessante no cenário da prevenção da iniciação e na cessação tabágica.

Coordenação do Cuidado

Entende-se por Coordenação do Cuidado a capacidade de se integrar todo cuidado que o paciente recebe em diferentes pontos, por meio do gerenciamento e da coordenação entre os serviços (BRASIL, 2010). “Sem ela, a longitudinalidade perderia muito do seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa” (STARFIELD, 2002, p. 365).

A Coordenação do Cuidado pode dizer respeito a um acompanhamento multidisciplinar, como no caso de especialidade médica ou matriciamento pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), mas também a interseções mais amplas, intersetoriais, com as áreas da

Educação e da Assistência Social, por exemplo. A AB nunca se desresponsabiliza do indivíduo, assumindo a função primordial de auxiliar no desenho e na organização da teia de serviços envolvidos no seu cuidado de saúde.

Apresentação

O tabaco é consumido pela humanidade há milhares de anos. Antes relacionado ao poder e ao *status* social, o seu uso somente se disseminou na história mais recente, principalmente a partir da industrialização do cigarro e das ações intensivas de *marketing*, tornando-se um problema para os sistemas nacionais de saúde.

O seu uso contribui diretamente para o desenvolvimento de diversos agravos de saúde, cuja prevalência vem aumentando progressivamente no último século, gerando custos sociais e econômicos enormes. O tabaco, consumido de diferentes maneiras, configura-se hoje como a principal causa evitável de morte no Brasil e no mundo.

Há um esforço mundial, envolvendo organismos governamentais, não governamentais, profissionais de saúde e sociedade civil, para regulamentação e controle do uso do tabaco, de forma a desestimular o seu consumo prevenindo a iniciação (especialmente entre os jovens) e estimulando/apoiando a cessação para os usuários.

Nos últimos anos, o Brasil aprovou diversas regulamentações que tratam desde consumo de tabaco em espaços públicos, formas de propaganda, aumentos de impostos e regulamentação do uso de aditivos, até políticas de substituição da agricultura do tabaco por outros produtos agrícolas. Deve-se, em grande parte, a essas ações de impacto populacional a queda da prevalência do tabagismo na população brasileira observada nas últimas décadas (31,7% da população adulta em 1989 para 14,7% em 2013) (BRASIL, 1990; 2014e).

Apesar disso, dados recentes mostram que dos tabagistas que tentam parar de fumar (aproximadamente metade do total de tabagistas), apenas uma minoria recebe aconselhamento de um profissional de saúde sobre como parar e uma parte menor ainda recebe um acompanhamento adequado para este fim (BRASIL, 2014e). Para enfrentar essa questão, com o intuito de universalizar o tratamento do tabagismo, o Ministério da Saúde (MS) reviu a portaria que dava as diretrizes para o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e publicou nova portaria em 2013 (Portaria MS/GM nº 571, de 5 abril de 2013), que define como *lócus* principal de cuidado, da pessoa que fuma, a Atenção Básica (AB), nível de atenção à saúde mais capilarizado e próximo dos usuários. Além da revisão das normas, o MS está trabalhando de forma a ampliar a distribuição dos medicamentos que compõem o PNCT.

O tratamento para a cessação do uso do tabaco, especialmente do tabagismo com o cigarro comum, apresenta elevado custo-efetividade e aumenta significativamente as chances do usuário de tabaco alcançar abstinência definitiva. Logo, todos os profissionais de saúde devem estar preparados (e sensibilizados) para estimular e apoiar o seu paciente a parar de fumar.

Assim, a fim de apoiar o cuidado das pessoas que fumam, a elaboração deste *Caderno de Atenção Básica* vem cumprir com três objetivos principais:

- Sensibilizar gestores e profissionais de saúde para o problema de saúde pública representado pelo tabaco e a importância do seu controle, a partir de ações de prevenção de uso e tratamento para cessação.
- Dar subsídios para os profissionais de saúde, em especial os profissionais da AB, para abordagem, avaliação, motivação e acompanhamento adequados da pessoa que fuma.
- Orientar quanto às especificidades de determinadas populações e ciclos de vida, permitindo um olhar individualizado para o usuário tabagista, de modo a aumentar a efetividade da abordagem para cessação do tabagismo, sem perder de vista o sujeito e suas prioridades.

Esperamos que os objetivos deste material sejam plenamente alcançados. Para isso, contamos ainda, como apoio didático-pedagógico complementar, com o Curso de **Cessação do Tabagismo na Atenção Básica**, curso na modalidade educação a distância, gratuito, disponível na Comunidade de Práticas¹, em <<http://atencaobasica.org.br/courses>>.

Que você, profissional de saúde, sinta-se seguro sobre o seu papel, sua importância e a sua potencialidade no cuidado das pessoas, sejam elas tabagistas ou não. Boa leitura!

¹ Criada em 2013, a Comunidade de Práticas é um espaço *on-line* onde gestores e trabalhadores da Saúde se encontram para trocar informações e compartilhar experiências sobre seu cotidiano de trabalho. Esses atores formam, assim, uma rede colaborativa voltada para a melhoria das condições de cuidado à saúde da população, que conta em 2015 com mais de 30 mil inscritos. A Comunidade de Práticas hospeda um *blog* e mais de uma centena de Comunidades específicas (a maioria delas abertas), além de conter uma seção para Relatos e oferecer Cursos gratuitos para todos os profissionais da AB. Conheça mais em: <<https://atencaobasica.org.br/>>.

Introdução

1

O tabaco representa um grave problema para os sistemas nacionais de saúde. Apesar dos esforços de controle, seu uso se mantém prevalente em todo o mundo e cresce na maioria dos países em desenvolvimento (excetuando o Brasil, onde a prevalência é decrescente desde o final do século passado), definindo a “Epidemia Mundial do Tabaco” (GARRETT; ROSE; HENNINGFIELD, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Primeira causa de morte evitável, o uso do tabaco gera altos custos sociais e econômicos.

Dessa maneira, urge fortalecer, ampliar e difundir os esforços de controle do tabaco no País, que vem apresentando importantes avanços nas últimas décadas. O controle do tabaco, no âmbito do cuidado/atenção em saúde, pode ser resumido em prevenção de iniciação e tratamento para cessação do uso do tabaco, ambos objetos deste material.

Assim, a seguir, apresentam-se algumas definições relevantes a respeito do tabaco e do tabagismo. Outras definições relevantes são apresentadas no Glossário, ao final do Caderno.

1.1 Definições

O consumo de derivados do tabaco, definido como **tabagismo**, pode ser feito de diferentes formas, definindo-se duas grandes categorias:

- Tabaco fumado.
- Tabaco não fumado.

Define-se como **tabaco fumado** o tabaco consumido a partir da sua queima (gerando “fumaça”). O principal representante deste grupo é o **cigarro industrializado**, que conta ainda com os **cachimbos**, **charutos**, **cigarros de palha** e **narguilé**. A fumaça exalada pelo produto afeta não somente o usuário, definido como **tabagismo ativo**, mas também as pessoas que estão ao seu redor e expostas à poluição tabagística ambiental em locais fechados ou cobertos, definida como **tabagismo passivo**.

Já **tabaco não fumado** é toda forma de tabaco consumido sem a sua queima (portanto, sem gerar “fumaça”). O tabaco pode ser deixado entre a gengiva e o lábio (superior ou inferior), mascado, inalado ou aplicado sobre a pele (FIORE et al., 2008a). Ao contrário do que se possa pensar, o uso de tabaco não fumado também se relaciona a diversos problemas de saúde, incluindo câncer (especialmente em cavidade oral) e dependência à nicotina (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009). No Brasil, as formas mais comuns de uso são o tabaco mascado e o rapé (tabaco em pó, aspirado pelo nariz), mas representam uma pequena minoria na proporção total de usuários de tabaco no País (BRASIL, 2011a).

Define-se como **fumante regular** o tabagista com consumo superior a 100 cigarros na vida e que continua fumando. Consumo inferior ao descrito caracteriza-se como **fase de experimentação**. A pessoa com consumo superior a 100 cigarros na vida e que interrompeu o uso é definida como **ex-fumante** (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009). Apesar de não serem consensos na literatura, essas definições podem auxiliar a equipe de saúde no planejamento e no acompanhamento do cuidado da sua população.

A **cessação definitiva** é a interrupção permanente do tabagismo (ou até que ocorra a recaída), sem que exista, porém, consenso do período de tempo necessário para se caracterizá-la. A **recaída** é o retorno do hábito tabágico após um período de interrupção, enquanto o **lapso** é o uso ocasional e isolado da substância durante o período de abstinência dela, caracterizado como um “deslize” (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009; REICHERT et al., 2008).

1.2 Epidemiologia

1.2.1 Relação do tabagismo com as doenças crônicas não transmissíveis

Com o advento da Transição Epidemiológica, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tornaram-se progressivamente mais prevalentes ao longo do último século, e representam hoje a maior carga de doença no Brasil e no mundo. Os principais integrantes desse grupo são as doenças cardiovasculares, as neoplasias e o diabetes *mellitus*. Em 2008, as DCNT representaram 63% de todas as causas de morte no mundo, sendo que 80% dessas mortes ocorreram em países de renda baixa e média (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a). No Brasil, as estatísticas também são alarmantes: em 2007, 72% das mortes foram ocasionadas em decorrência destas patologias, sendo 31% por doenças do aparelho circulatório, 16,3% por neoplasias e 5,2% por diabetes (SCHMIDT et al., 2011).

Os principais fatores de risco preveníveis para o desenvolvimento das DCNT são o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, as dietas inadequadas e a inatividade física (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a). Dentre esses, sobressai-se o tabagismo que, ao contrário dos demais fatores de risco, relaciona-se não somente com as doenças cardiovasculares, o diabetes e as neoplasias, mas também com as doenças respiratórias crônicas, dessa forma, impactando significativamente no grupo das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis na atualidade (Figura 1).

Figura 1 – Fatores de risco preveníveis para as doenças crônicas não transmissíveis

	Tabagismo	Má Alimentação	Sedentarismo	Abuso do Álcool
Cardiovascular	•	•	•	•
Diabetes	•	•	•	•
Câncer	•	•	•	•
Doenças Respiratórias Crônicas	•			

Fonte: Doenças Crônicas Não Transmissíveis e os Fatores de Risco, ACTBr, 2014 (Adaptado de Tobacco Atlas, 2009). Disponível em: <http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/968_Folder_final.pdf>.

O tabagismo é, hoje, a principal causa global de morbimortalidade prevenível. O tratamento para cessação do tabagismo está entre as intervenções médicas que apresentam a melhor relação custo-benefício, superior inclusive aos tratamentos direcionados para hipertensão arterial leve a moderada, dislipidemia e infarto do miocárdio (BRASIL, 2001).

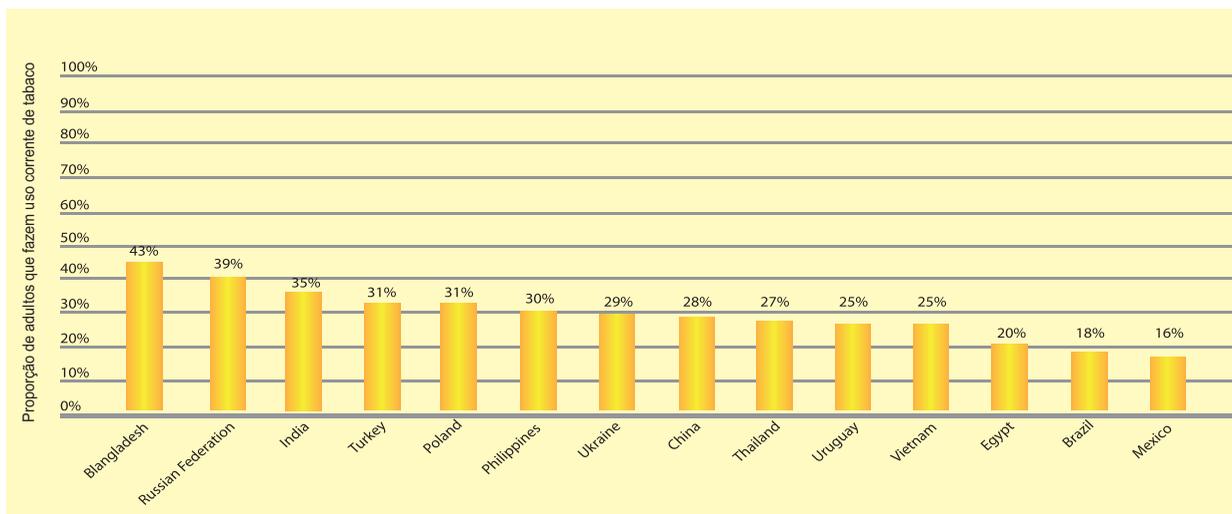
1.2.2 Epidemiologia mundial

Apesar de todo o conhecimento científico acumulado nos últimos anos sobre os malefícios relacionados ao tabaco, o seu uso continua prevalente ao redor do mundo. Embora em queda na maioria dos países desenvolvidos, o consumo do tabaco nos últimos anos, com poucas exceções (uma delas, o Brasil), aumentou expressivamente nos países em desenvolvimento (GARRETT; ROSE; HENNINGFIELD, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Uma das principais causas do crescimento da epidemia mundial do tabagismo, especialmente no Hemisfério Sul, foi o aumento expressivo do uso do tabaco entre mulheres jovens (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que um terço da população mundial adulta – 1 bilhão e 200 milhões de pessoas – seja fumante, sendo que 80% delas estão em países em desenvolvimento. Cerca de 50% morrerão precocemente devido a condições associadas ao tabagismo, abreviando, em média, 15 anos de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

A prevalência do tabagismo varia consideravelmente entre os países. Ponderando dados da pesquisa **Global Adult Tobacco Survey** no período de 2008 a 2010 (Gráfico 1), que incluiu 14 países em desenvolvimento, Bangladesh liderou a lista com o maior número de usuários de tabaco (43% da população), sendo que aproximadamente metade (21,2% da população) corresponde ao consumo de tabaco não fumado (*smokeless tobacco*) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011b). Nesta pesquisa, o Brasil (18% de prevalência de uso do tabaco à época), com as suas taxas de prevalência do tabagismo em constante queda nos últimos anos, figurou no 13º lugar,

prevalência superior apenas à do México (prevalência de 16%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011b). Em um levantamento mais abrangente da OMS de 2013, com dados referentes a 2011, a prevalência de tabagismo chegou a até 50% em algumas ilhas do Pacífico (Kiribati e Nauru) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a).

Gráfico 1 – Prevalência do uso de tabaco em adultos em 14 países que completaram a Global Adult Tobacco Survey (2008-2010)



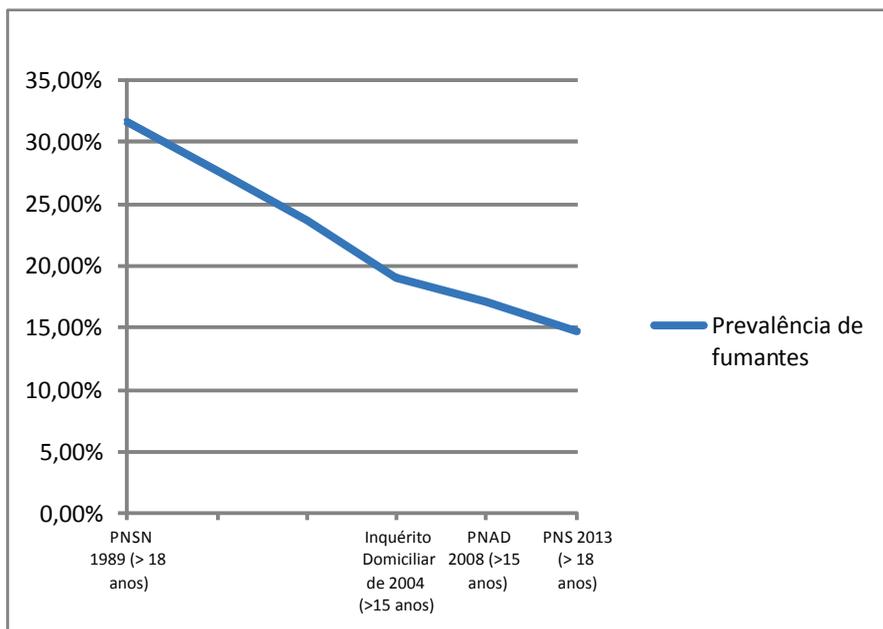
Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION.

1.2.3 Epidemiologia no Brasil

O Brasil apresenta-se, felizmente, como uma exceção frente à tendência de expansão mundial da “Epidemia do Tabaco”.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan), a prevalência de fumantes com 18 anos ou mais no Brasil em 1989 era de 31,7% (BRASIL, 1990). Entre 2002 e 2003, a prevalência total de fumantes na população acima de 15 anos já havia caído para 19% (variando de 13% em Aracaju a 25% em Porto Alegre) (BRASIL, 2004). Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2008, a prevalência total de fumantes na população maior de 15 anos chegou a 17,2% (21,6% entre os homens e 13,1% entre as mulheres) (BRASIL, 2011a). Em 2013, duas pesquisas nacionais – a vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) – com diferentes metodologias, encontraram a prevalência de fumantes na população com 18 anos ou mais de, respectivamente, 11,3% (14,4% do sexo masculino e 8,6% do sexo feminino) e 14,7% (18,9% do sexo masculino e 11,0% do sexo feminino) (BRASIL, 2014; 2014d). Todos esses dados evidenciam uma tendência de queda na prevalência de tabagistas na população brasileira nas últimas décadas.

Gráfico 2 – Prevalência de fumantes no Brasil (1989-2013)



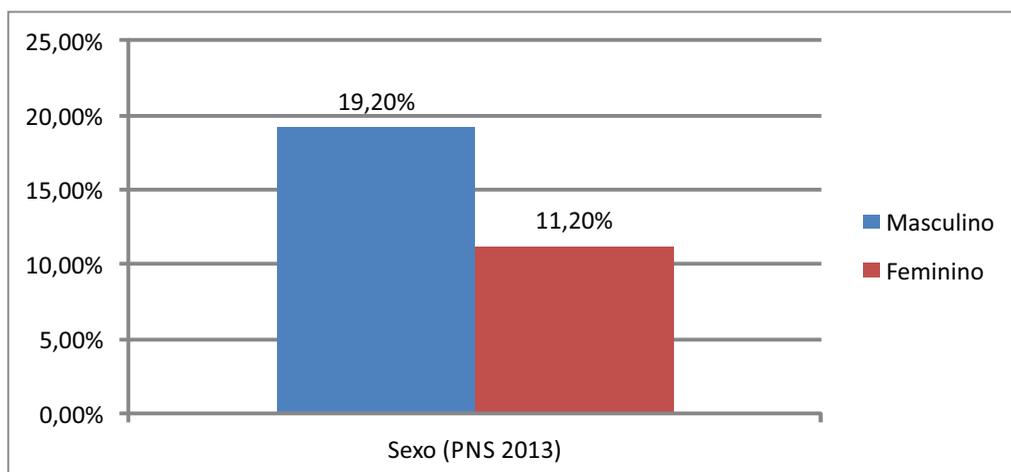
Fonte: INAN, 1990; IBGE; FIOCRUZ, 2010, 2014.

Essa redução no número de fumantes pode ser explicada como consequência de uma série de ações macrorregulatórias, visando reduzir a atratividade do cigarro como: proibição de publicidade do tabaco, aumento de impostos sobre o produto, inclusão de advertências mais explícitas sobre os efeitos danosos do tabaco nos maços, legislação para restrição do fumo em ambientes fechados, campanhas para controle do fumo e o desenvolvimento de programas de abordagem e tratamento, as quais serão abordadas adiante (BRASIL, 2014b).

- Características da população tabagista

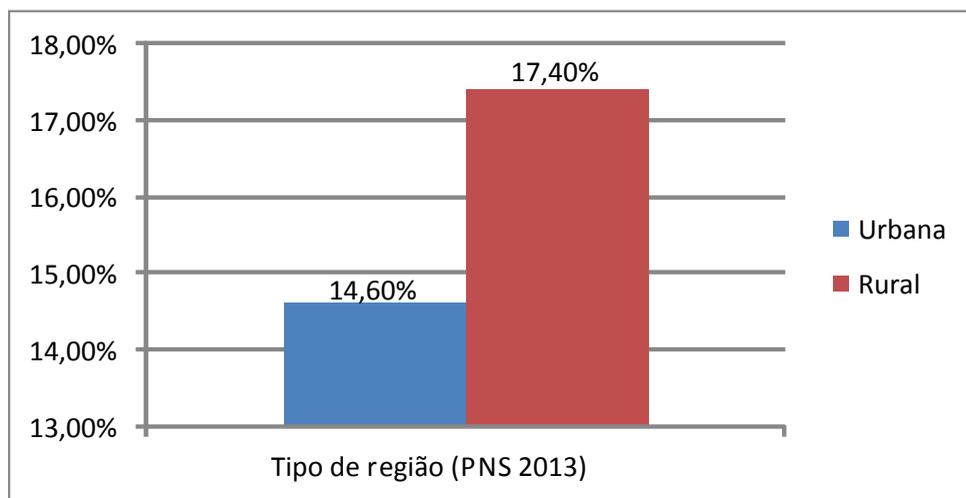
Algumas variáveis se associam à prevalência de tabagismo, em especial o sexo, a raça/cor, o tipo de região, a escolaridade e a renda. A prevalência de tabagismo é consistentemente superior no sexo masculino, na raça/cor preta e na região rural. Em relação à escolaridade, as proporções de fumantes são mais expressivas entre aqueles com menor grau de instrução, reduzindo-se progressivamente à medida que se aumentam os anos de estudo. Além disso, a prevalência de fumantes encontrada também se apresenta inversamente proporcional à renda (BRASIL, 2011a; 2014e; 2014d).

Gráfico 3 – Prevalência de tabagistas no Brasil segundo sexo (2013)



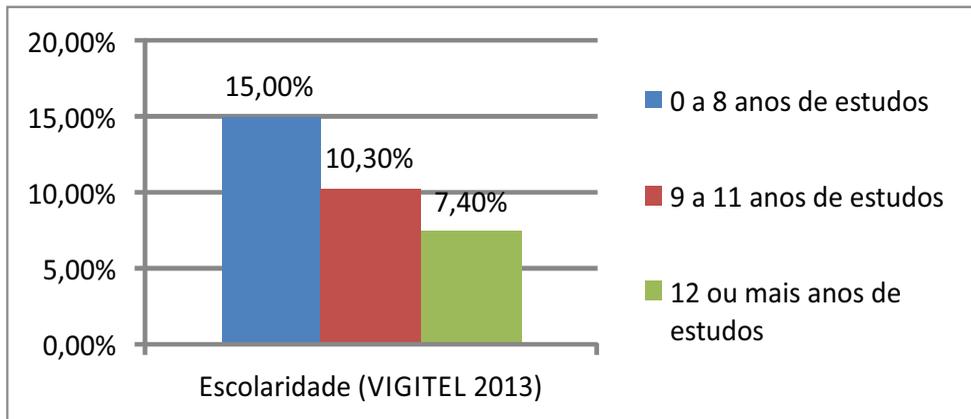
Fonte: IBGE; FIOCRUZ, 2014.

Gráfico 4 – Prevalência de tabagistas no Brasil segundo tipo de região (2013)



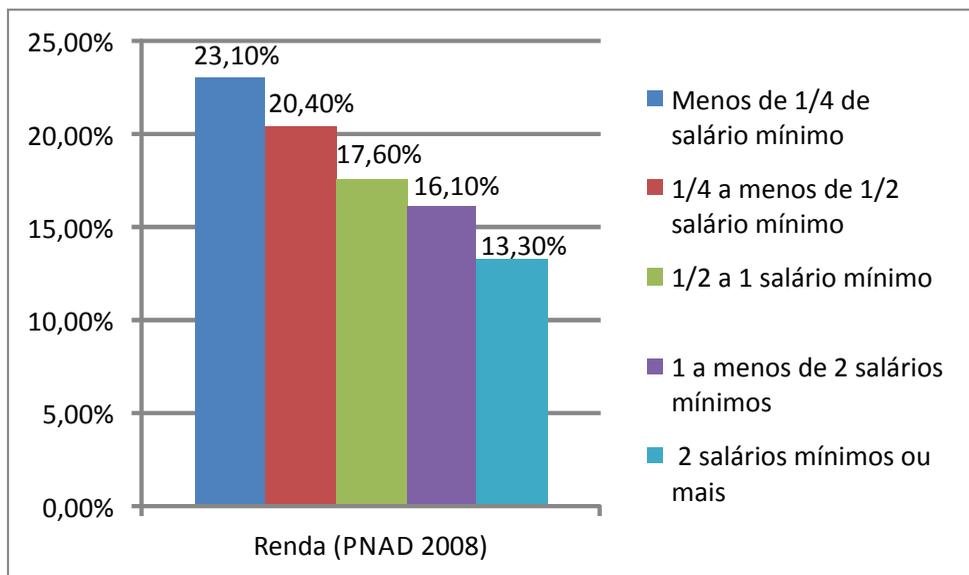
Fonte: IBGE; FIOCRUZ, 2014.

Gráfico 5 – Prevalência de fumantes no Brasil segundo escolaridade (2013)



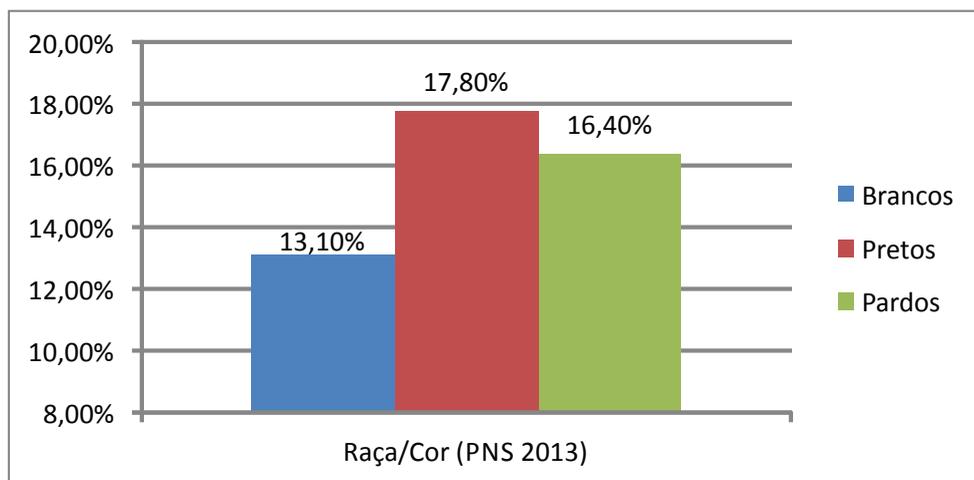
Fonte: BRASIL, 2014d.

Gráfico 6 – Prevalência de fumantes no Brasil segundo renda (2008)



Fonte: BRASIL, 2014d.

Gráfico 7 – Prevalência de tabagistas no Brasil segundo raça/cor (2013)



Fonte: IBGE; FIOCRUZ, 2014.

A PNS 2013 evidenciou outras estatísticas importantes, relacionadas aos resultados de políticas macrorregulatórias citadas anteriormente. A proporção de pessoas com 18 anos ou mais que afirmaram terem sido expostas à mídia antitabaco foi quase duas vezes maior que a proporção na mesma população exposta à mídia pró-tabaco (52,1% x 28,7%). Além disso, 86,2% dos fumantes atuais afirmaram exposição às advertências de saúde nos maços de cigarro. A pesquisa encontrou que 17,2% da população adulta brasileira é ex-fumante, superando a prevalência de tabagismo atual (IBGE; FIOCRUZ, 2014).

- O impacto do tabagismo no Brasil

Apesar da queda progressiva do seu uso, o tabaco ainda gera um alto custo social e econômico para o País, somando custos diretos de assistência e indiretos por redução da produtividade com absenteísmo, aposentadoria por invalidez e morte prematura. **A partir de dados de prevalência de 2008, o gasto calculado em saúde atribuído ao tabagismo foi R\$ 20,68 bilhões (destes, R\$ 15,71 bilhões para o sexo masculino). O tabaco foi responsável por 13% do total de mortes no Brasil, reduzindo a expectativa de vida do brasileiro fumante em cinco anos em relação ao não fumante.** Em relação aos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, a carga de doenças atribuída ao tabagismo foi de 1.873.415 *disability-adjusted life year* (DALYs), principalmente por infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), câncer de pulmão e doença pulmonar obstrutiva crônica (Dpoc) (ALIANÇA DE CONTROLE DE TABAGISMO, 2012).

- O acesso ao tratamento

Há evidências de que o apoio ofertado aos tabagistas para cessação do tabagismo pelos serviços de saúde no Brasil ainda é deficiente e insuficiente, apesar do elevado percentual dos fumantes que desejam ou tentam parar de fumar. Na PNS de 2013, dos tabagistas com idade de 18 anos ou mais entrevistados, 51,1% afirmaram que tentaram parar de fumar nos 12 meses anteriores. Do total de fumantes, porém, apenas 8,8% afirmaram ter procurado tratamento com profissional da Saúde para a tentativa de cessação (IBGE; FIOCRUZ, 2014).

Dados semelhantes foram encontrados na Pnad 2008. Do total de entrevistados com 15 anos ou mais, 51,1% referiram desejo de parar de fumar – apesar de mais da metade destes não terem planos de parada para os 12 meses subsequentes. Apenas 57,1% dos tabagistas afirmaram ter sido advertidos a parar de fumar por serviços de saúde nos 12 meses anteriores. Do total de entrevistados que pararam de fumar no mesmo período, apenas 15,2% afirmaram ter recebido aconselhamento de profissionais durante a tentativa de cessação e somente 6,7% terem usado medicamentos para isso (BRASIL, 2011a). Todos esses dados indicam ainda um baixo acesso dos fumantes aos avanços no campo do tratamento do tabagismo, que pode aumentar as taxas de cessação de 3% para até 30% em um ano (BRASIL, 2001).

Como resposta a este problema, o acesso ao tratamento para cessação do tabagismo no Brasil tem sido ampliado nos últimos anos, abrangendo as equipes da AB. **Dessa forma, a identificação, a abordagem e o tratamento da pessoa tabagista podem (e devem) ser realizadas no seu território, melhorando a saúde e a qualidade de vida do usuário, e contribuindo para o controle dos custos envolvidos no tratamento para cessação do tabagismo no País.**

Em 2011, o Brasil assumiu o compromisso, na Reunião de Alto Nível sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis, realizada pela ONU com vários chefes de Estado, de trabalhar veementemente na implementação dos artigos da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, que serão descritos com mais detalhes adiante. A meta é reduzir em dez anos a prevalência do tabagismo de 14,8% para 9,1% até o ano de 2022 (MALTA; SILVA JÚNIOR, 2013).

1.3 Benefícios da interrupção do tabagismo

Em famoso estudo prospectivo realizado no Reino Unido, constatou-se que o ato de parar de fumar, ainda que com idade mais avançada, aumenta a expectativa de vida da pessoa. Os fumantes que interromperam o processo aos 60 anos conquistaram pelo menos 3 anos de vida adicionais na expectativa de vida; aqueles que interromperam o tabagismo aos 50 anos ganharam 6; e os que o fizeram aos 40 obtiveram cerca de 9 anos adicionais. Os que pararam antes da meia-idade ganharam aproximadamente dez anos de vida e tiveram curvas de sobrevivência semelhantes às de pessoas que nunca fumaram (DOLL et al., 2004).

A cessação do tabagismo gera importantes benefícios em longo prazo na saúde das pessoas. Parar de fumar antes dos 50 anos provoca uma redução de 50% no risco de morte por doenças relacionadas ao tabagismo após 16 anos de abstinência. O risco de morte por câncer de pulmão sofre uma redução de 30% a 50% em ambos os sexos após dez anos sem fumar, e o risco de doenças cardiovasculares cai pela metade após um ano sem fumar (BRASIL, 2001).

Além da importante redução no risco relacionado às doenças crônicas, há outros benefícios relevantes com a cessação do tabagismo, como (BRASIL, 2001):

- Melhora da autoestima, do hálito, da coloração dos dentes e da vitalidade da pele.
- Melhora do convívio social com pessoas não tabagistas.
- Melhora no desempenho de atividades físicas.

- Redução dos danos ao meio ambiente: para cada 300 cigarros produzidos uma árvore é derrubada e o filtro do cigarro leva cerca de 100 anos para ser degradado na natureza.

Todos esses dados justificam o esforço mundial de controle do tabaco, incluindo as ações de cessação do tabagismo. Os profissionais de saúde devem, sempre que possível, promover ações de informação, incentivo e apoio ao abandono do tabagismo. Pesquisas confirmam que abordagens rápidas, repetidas em cada consulta, reforçando os malefícios do tabaco e a importância da cessação do seu uso, aumentam significativamente as taxas de abstinência. Apesar de as taxas de sucesso aumentarem individualmente com o aumento da intensidade da abordagem do tabagista, o impacto em termos de saúde pública parece ser superior com abordagens breves em um maior número de usuários em relação a abordagens intensivas direcionadas a poucos usuários (FIORE et al., 2008a).

Os profissionais da AB assumem um papel de destaque nesse cenário já que, a partir da oferta de cuidado longitudinal, integral e mais próximo ao usuário, se encontram em posição privilegiada para o fortalecimento do vínculo, aumentando sensivelmente a efetividade do tratamento para cessação de tabagismo.

Controle do tabaco no Brasil

2

2.1 Prevenção do tabagismo

O Brasil é considerado referência mundial no controle do tabaco, resultado de um longo trabalho voltado a este propósito, intensificado desde a década de 1980. Para tanto, foram fundamentais o incentivo e a adoção de ações educativas e de tratamento, aliados a medidas legislativas, publicitárias e econômicas.

Visto o impacto na saúde, individual e coletivamente, é essencial que sejam desenvolvidas ações de prevenção ao uso do tabaco, especialmente no âmbito da Saúde e da Educação. Nesse sentido, informar os usuários da unidade de saúde acerca dos malefícios do tabagismo é uma das ferramentas mais importantes, bem como estabelecer parcerias intersetoriais para divulgação dessas informações em escolas, parques ou outros espaços da comunidade (BRASIL, 2001).

O profissional de saúde pode articular ações com os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (que podem auxiliar no manejo de usuários com comorbidades psiquiátricas ou que estejam com dificuldades em relação à nutrição para frear o ganho de peso, por exemplo), bem como acionar ferramentas e equipamentos de saúde, como a **Academia da Saúde**, inclusive realizando os grupos de acompanhamento nos polos, de modo a estimular as práticas coletivas e de exercício físico.

Saiba mais sobre a Academia da Saúde acessando: <www.saude.gov.br/academiadasaude>.

Um grupo especialmente vulnerável para iniciação do tabagismo e, por isso, prioritário para as ações de prevenção do uso de tabaco, são as crianças e os adolescentes. Nesse sentido, o Programa Saúde na Escola pode ser mais um espaço para os profissionais de saúde tratarem do tema tabagismo nas intervenções que realizam nas escolas (BRASIL, 2007).

Você conhece o Programa Saúde na Escola? Conheça mais em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>.

2.2 Evolução da legislação para controle do tabaco no Brasil

As ações para o controle do tabaco no Brasil evoluíram marcadamente nas últimas décadas do século XX, paralelamente ao aumento expressivo da prevalência de fumantes no País. Em 1979, foi criado o primeiro programa nacional de combate ao fumo, elaborado por 46 entidades, entre entidades médicas, universitárias, secretarias de saúde e outras, sob a liderança da Sociedade Brasileira de Cancerologia. Contudo, somente a partir de 1985 houve uma participação mais efetiva do governo federal, primeiro com a criação do Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil e, no ano seguinte, com a criação do Programa Nacional de Combate ao Fumo, vinculado ao Ministério da Saúde (ROMERO; COSTA E SILVA, 2011).

A partir de 1989, a governança do controle do tabagismo no Brasil passa a ser articulada pelo Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer, o que inclui um conjunto de ações nacionais que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). O Programa tem como objetivo geral reduzir a prevalência de fumantes e, conseqüentemente, a morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil, seguindo um modelo lógico onde ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, com ações legislativas e econômicas, potencializam-se para prevenir a iniciação do tabagismo, promover a cessação do tabagismo e proteger a população dos riscos do tabagismo passivo, alcançando, assim, o objetivo proposto.

Apesar das ações governamentais e não governamentais para controle do tabaco antecederem, em muito, o ano de 1989, foi a partir da Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS, dentro de um contexto de crescente reconhecimento e valorização do conceito da Promoção de Saúde, que se iniciou a organização efetiva dessas iniciativas. Há, então, a ampliação marcante da legislação e a definição das responsabilidades de órgãos específicos, culminando no desenho de Políticas Nacionais específicas, por exemplo, a Política Nacional de Promoção da Saúde, revisada em 2014. Nessa perspectiva, um dos marcos estratégicos essenciais para propiciar o alcance nacional dessas ações foi a articulação de uma rede de parcerias, envolvendo representações de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (que permitiu a descentralização da gerência das ações de controle do tabagismo em estados e municípios), de diferentes setores do Ministério da Saúde, de outros ministérios, assim como de organizações não governamentais e de organizações internacionais intergovernamentais no âmbito regional e global (BRASIL, 2001; ROMERO; COSTA E SILVA, 2011).

A inclusão do tabagismo em importantes instrumentos legislativos retrata a importância do tema na agenda de saúde do País. A partir da Portaria MS/GM nº 2.608, de 28 de dezembro de 2005, as ações para a criação de ambientes mais saudáveis são incentivadas financeiramente no âmbito da Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. As Vigilâncias Sanitárias dos municípios, desde então, podem e devem ser capacitadas para as ações de controle do tabagismo, orientando a população e os estabelecimentos comerciais sobre a importância dos ambientes saudáveis, sem fumaça de derivados de tabaco. O cumprimento da Lei Federal nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre o uso de derivados de tabaco em recintos de uso coletivo, estende as medidas de proteção da saúde (por meio de ações educativas e regulatórias para ambientes livres de fumaça) a todas as Unidades de Saúde, escolas e ambientes de trabalho em todos os municípios brasileiros.

Nesse âmbito, ainda se destaca a **Política Nacional de Promoção de Saúde**, redefinida pela Portaria MS/GM nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Esta Política traz, entre suas ações específicas, a **Prevenção e controle do tabagismo** e descreve como tema prioritário o “enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados, que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução e controle do uso do tabaco, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais” (BRASIL, 2014f).

O avanço do Brasil no controle do tabaco pode ser observado pelo avanço em medidas legislativas e econômicas ao longo dos anos, com destaque às restrições à publicidade de derivados de tabaco, criação de ambientes livres de fumaça do tabaco, inclusão de advertências sanitárias (com imagens aversivas) nos maços de cigarro, inclusão de tratamento do tabagismo no SUS, entre outras.

Foi compilada e apresentada, no Apêndice A, a Legislação Federal Brasileira mais relevante vigente relacionado ao Tabagismo.

2.3 A Convenção-Quadro para o controle do tabaco da OMS

Reconhecendo o tabagismo como importante e globalizado problema de saúde pública, por ocasião da **52ª Assembleia Mundial da Saúde**, foi aprovado o texto final da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), entrando em vigor em **27 de fevereiro de 2005, sendo o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da OMS**. As principais medidas para controle do tabaco definidas pela CQCT estão elencadas no Quadro 1. Até **19 de outubro de 2014**, a CQCT contava com **168 países signatários e 179 ratificações**, alcançando uma cobertura expressiva da população mundial, o que evidencia o reconhecimento da relevância da pauta e da necessidade de um esforço mundial, a partir de políticas globais, para o efetivo controle desta epidemia. O Brasil teve sua adesão ao CQCT ratificada em **27 de outubro de 2005**, pelo Senado Federal, e progressivamente incorpora as medidas definidas na CQCT dentro de seu PNCT, especialmente por meio da **Comissão Nacional para Implementação da CQCT (CONICQ)** e da **Comissão de Internalização da CQCT (CICQTC)** (BRASIL, 2014b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b; 2014).

A OMS preconiza seis ações centrais para redução e prevenção do consumo do tabaco no âmbito mundial, a saber (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008):

- Monitorar o consumo do tabaco e as políticas de prevenção.
- Garantir às pessoas que não fumam um ambiente livre de tabaco.
- Oferecer ajuda a quem deseja parar de fumar.
- Advertir sobre os perigos do tabaco (incluindo as advertências nas carteiras de cigarro).
- Aplicar as proibições de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco.
- Elevar os impostos sobre o cigarro (um aumento de 10% nos preços dos cigarros poderia reduzir o seu consumo de 4% – nos países de renda alta – a 8% – nos países de média e baixa renda).

Conheça mais sobre a CQCT no site oficial da OMS: <<http://www.who.int/fctc/en/>>.

A versão completa do texto final da CQCT está disponível nos links <http://www.who.int/fctc/text_download/en/> (língua inglesa) e <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/convencao_quadro_texto_oficial.PDF> (traduzida para o português).

A Legislação Federal Brasileira relacionada à adesão e à implementação das medidas elencadas pela CQCT encontra-se compilada no Apêndice A.

Embora o Brasil seja o segundo maior produtor e o maior exportador mundial de tabaco, o País tem conseguido desenvolver ações importantes para o controle do tabagismo, das quais se destacam: (1) as campanhas alertando sobre as armadilhas dos cigarros de baixo teor de nicotina, proibindo as expressões light e mild nas embalagens; (2) a proibição das propagandas de cigarro, exceto nos pontos de venda; (3) a colocação de gravuras nas embalagens de cigarro, mostrando os efeitos danosos do tabaco; (4) a criação de ambientes 100% livres de fumaça; e (5) a descentralização do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, oferecendo tratamento para o fumante que deseja parar de fumar, com ênfase na Atenção Básica (AB). Todas essas ações, refletidas na queda contínua da prevalência de tabagismo no País nas últimas décadas, têm conferido ao Brasil o reconhecimento enquanto uma liderança internacional no controle do tabaco (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2003; BRASIL, 2014d).

2.4 Diretrizes para tratamento da cessação do tabagismo

Apartir de 1996, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) passou a implementações com vistas a promover a cessação do tabagismo no País. No ano seguinte foi lançado o livro *Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar*, com informações sobre dependência da nicotina, abordagem mínima ao tabagista e uso de medicamentos no tratamento do tabagismo (BRASIL, 1997; 2001).

Em 2000, o INCA organizou e coordenou o I Encontro Nacional de Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, com o objetivo de oferecer recomendações sobre condutas a serem empregadas no tratamento do tabagista no Brasil. Participaram desse Encontro profissionais de diferentes regiões do País com reconhecida experiência na prática da cessação do tabagismo, além de Conselhos e Associações Profissionais, Sociedades Científicas da área da Saúde e os membros da Câmara Técnica de Tabagismo do INCA. Este encontro gerou a publicação do *Consenso em Abordagem e Tratamento do Fumante*, em 2001. Nele apresentam-se recomendações para avaliação, acompanhamento e tratamento dos fumantes, com ênfase na abordagem cognitivo-comportamental (base da cessação do tabagismo) e informações básicas sobre o tratamento medicamentoso, baseadas nas evidências científicas disponíveis à época, servindo de base para as ações de implantação do tratamento do tabagismo na rede SUS (BRASIL, 2001).

Da legislação referente à cessação do tabagismo, **destaca-se a Portaria MS/GM nº 571, de 5 de abril de 2013**, a qual atualizou as diretrizes do tratamento do tabagismo no âmbito do SUS, reforçando a Atenção Básica (AB) enquanto um espaço privilegiado e estratégico para o desenvolvimento das ações de estímulo e apoio à adoção de hábitos mais saudáveis. **A Portaria MS/GM 571/2013 está disponível na íntegra no link** <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html>.

Pelas reconhecidas consequências do tabagismo para a saúde, o tratamento para cessação do tabagismo deve ser valorizado e priorizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tanto quanto os tratamentos para hipertensão ou diabetes. O tratamento para cessação do tabagismo tem sido referido como o “padrão-ouro” de custo-efetividade nos cuidados em saúde, tendo em vista que o custo de implementação do programa de controle do tabagismo, incluindo os dispositivos de capacitação profissional e a aquisição de medicamentos, é muito menos oneroso do que o tratamento dos demais fatores de risco cardiovascular ou o tratamento das doenças relacionadas ao tabaco (FIORE et al., 2008a; KAHENDE et al., 2009).

É apresentada, no Apêndice A, a principal Legislação Federal vigente relacionada ao tratamento para a cessação do tabagismo no Brasil.

No momento da elaboração deste material, está sendo avaliado concomitantemente pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) do Ministério da Saúde o 3º *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina*, que atualizará o Protocolo Clínico prévio, revogado (com a Portaria MS/SAS nº 442/2004) pela Portaria MS/GM nº 571/2013.

Tabagismo passivo

3

O tabagismo passivo consiste na inalação da fumaça de derivados do tabaco – cigarro, charuto, cigarrilhas, cachimbo, narguilé e outros produtores de fumaça – por indivíduos não fumantes que convivem com fumantes (especialmente em ambientes fechados), também descrito como exposição à Poluição Tabagística Ambiental (PTA). A fumaça expelida contém, em média, três vezes mais nicotina, três vezes mais monóxido de carbono e até 50 vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça inalada pelo fumante após passar pelo filtro do cigarro. Estudos mostram que não há nível seguro de exposição ambiental à fumaça de tabaco (GLANTZ; PARMLEY, 1995; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1987; 2009a).

Estima-se que um terço dos adultos no mundo estão expostos à PTA e que cerca de 40% de todas as crianças também o estão. Estas, por terem a frequência respiratória mais elevada que o adulto, são mais vulneráveis aos efeitos da exposição, sendo que frequentemente já foram expostas às substâncias tóxicas do tabaco desde a vida intraútero. Presume-se que o tabagismo passivo seja responsável por aproximadamente 600 mil mortes prematuras por ano em todo o mundo, sendo 64% delas em mulheres e 31% em crianças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

O fumo passivo está relacionado a diversas doenças respiratórias como rinite, sinusite, otite, asma, Dpoc e câncer de pulmão, além do aumento em 30% do risco cardiovascular (RCV) do indivíduo. Gestantes e seus recém-nascidos expostos à fumaça de derivados do tabaco apresentam mais problemas de saúde. Além de doenças e óbitos, o tabagismo passivo contribui também para a diminuição na fertilidade de homens e mulheres (FAUGHT; FLOURIS; CAIRNEY, 2009; FLOURIS; KOUTEDAKIS, 2011).

O Quadro 1 sumariza os principais efeitos em saúde do tabagismo passivo.

Quadro 1 – Efeitos do fumo passivo

Efeitos imediatos do fumo passivo:
Irritação dos olhos e nariz Dor de cabeça Dor de garganta Tosse
Efeitos de longo prazo do fumo passivo:
Em lactentes: Risco cinco vezes maior de Síndrome da Morte Súbita Infantil Aumento da frequência de doenças pulmonares diversas
Em crianças: Redução do crescimento Redução da função pulmonar Aumento da frequência de tosse e chieira torácica Desenvolvimento e/ou agravamento de asma Aumento da frequência de outras doenças respiratórias, como pneumonia e bronquite Aumento do risco cardiovascular quando na idade adulta
Em adultos: Risco aumentado em 30% de câncer de pulmão Risco aumentado em 24% de infarto do miocárdio Aumento do risco de câncer de seios da face Desenvolvimento e agravamento de bronquite crônica e enfisema

Fonte: Tabagismo Passivo (INCA, s/data).

Os dados do Vigitel de 2013 apontam que 10,2% dos adultos brasileiros (9,6% dos homens e 10,7% das mulheres) não fumantes moram com pelo menos uma pessoa tabagista dentro de casa (BRASIL, 2014d). Dados semelhantes foram encontrados na PNS, com a prevalência de 10,7% dos adultos (9,5% em homens e 11,7% em mulheres) (IBGE; FIOCRUZ, 2014). Além disso, 9,8% (14,1% dos homens e 6,1% das mulheres) e 13,9% (16,9% dos homens e 10,4% das mulheres) dos adultos que não fumam, segundo, respectivamente, Vigitel e PNS, convivem com ao menos um colega que fuma no local de trabalho (BRASIL, 2014d; IBGE; FIOCRUZ, 2014).

Recomenda-se que, pelo risco que oferece à saúde do indivíduo, o tabagismo passivo seja frequentemente indagado aos usuários dos serviços de saúde (tanto quanto o tabagismo ativo), incluindo também as crianças, podendo constituir-se como importante estratégia de identificação de fumantes e motivação destes para abandono do tabaco.

Tabagismo ativo

4

Como apresentado anteriormente, o tabagismo ativo por definição refere-se ao uso engajado pelo indivíduo de qualquer produto derivado do tabaco. A seguir, são descritas as diversas faces da dependência ao tabaco.

4.1 Dependência ao tabaco

A nicotina é considerada uma droga psicoativa (ou psicotrópica) estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC), uma vez que é capaz de alterá-lo, provocando mudanças no humor, na percepção, no estado emocional, no comportamento e na aprendizagem. Para que a droga seja considerada de efeito psicoativo, é necessário haver evidências de que o comportamento para seu uso seja reforçado, em certa medida, pelo próprio efeito da substância, e esta situação se aplica ao cigarro. A nicotina provoca dependência, já que gera a necessidade compulsiva do uso dela, e o resultado disso é que o cigarro passa a ser controlador do comportamento do indivíduo (ISMAEL, 2007).

Observa-se que o indivíduo fuma por diferentes razões, destacando-se como as principais (CARVALHO, 2000; LABBADIA et al., 1995; LESHNER, 1996; SOUZA et al., 2009):

- **Estimulação**, onde o fumar pode ser percebido como modulador de algumas funções fisiológicas, melhorando a atenção, a concentração e a energia pessoal.
- **Ritual**, já que estão envolvidos vários passos até que se acenda o cigarro.
- **Prazer**, pois a nicotina induz a liberação de substâncias endógenas que aumentam a sensação de bem-estar por meio da estimulação no cérebro dos circuitos neuroquímicos de recompensa.
- **Redução de ansiedade e estresse**, importante efeito resultante da ligação química da nicotina com o seu receptor cerebral, com uma sensação momentânea de alívio dos sintomas de ansiedade e estresse.
- **Hábito**, aqui entendido como um condicionamento do fumar em determinadas situações ou circunstâncias, tais como logo após o almoço, por exemplo.

- **Dependência**, relacionada à perda do controle, compulsão do uso e tolerância da nicotina, classificada como dependência física/farmacológica, dependência psicológica ou dependência social/comportamental.

4.1.1 Dependência física (Dependência química)

A nicotina, assim como as demais **Drogas de Dependência**, aumenta a liberação de diversos neurotransmissores no SNC, especialmente da dopamina nas sinapses neuronais do sistema mesolímbico. O cérebro dependente de nicotina, dessa forma, tem modificada a sua neurobiologia pelo uso contínuo da substância (ROSEMBERG, 2002; WISE; BOZARTH, 1987).

A nicotina inalada na fumaça do cigarro chega ao cérebro em um curto período de tempo – aproximadamente 10 segundos – onde alimenta os receptores das células cerebrais capazes de reconhecê-la. O organismo então reage à nicotina e adapta a sua funcionalidade à presença da substância, configurando o quadro de **dependência física**, geralmente no decorrer de um a três meses de uso.

“A Dependência Física indica que o corpo se adaptou fisiologicamente ao consumo habitual da substância, surgindo sintomas quando o uso da droga termina ou é diminuído” (SCHUCKIT, 1991, p. 6). As principais adaptações relacionadas à Dependência Física são os fenômenos de **Tolerância e Síndrome (ou Sintomas) de Abstinência** (ROSEMBERG, 2002).

Define-se como **Tolerância** o aumento gradativo da quantidade necessária da droga – no caso, a nicotina – a ser consumida pelo indivíduo para se alcançar os mesmos efeitos. Dessa forma, quanto maior a tolerância, maior a necessidade da substância, o que acaba por resultar em maior dependência física dela (ROSEMBERG, 2002).

Já a **Síndrome de Abstinência (ou Sintomas de Abstinência)** refere-se ao surgimento de sinais e sintomas fisiológicos a partir da supressão do efeito da droga, conseqüente à redução dos estímulos no SNC, e que geralmente desaparecem rapidamente após o consumo da droga – no caso, o cigarro fumado. Os principais sintomas de abstinência da nicotina são elencados no Quadro 2 (BRASIL, 1997; CARVALHO, 2000; ISMAEL 2007; ROSEMBERG, 2002).

Quadro 2 – Principais sintomas de abstinência à nicotina

- Forte desejo de fumar
- Inquietação
- Transpiração súbita e/ou excessiva
- Alterações do sono/insônia
- Sensação de tristeza/depressão
- Ansiedade
- Irritabilidade
- Agressividade
- Dificuldades de concentração
- Dor de cabeça
- Tontura
- Constipação intestinal

Fonte: Elaboração própria.

Tolerância e Sintomas de Abstinência levam o indivíduo ao uso cada vez mais frequente e intenso da droga, o que resulta na perda (ou dificuldade) do controle do seu consumo, ainda que consciente dos problemas interpessoais e/ou de saúde advindos do comportamento, definindo a **Compulsão**. Compõe-se, assim, a tríade da dependência física: (1) tolerância; (2) sintomas de abstinência; (3) compulsão (ROSEMBERG, 2003), conforme Figura 2.

Figura 2 – Tríade da dependência física



Fonte: Elaboração própria.

4.1.2 Dependência psicológica

A **dependência psicológica** consiste na ideação que a pessoa desenvolve quanto à necessidade da substância para se alcançar um equilíbrio ou percepção de bem-estar e, portanto, desempenha papel importante na manutenção do tabagismo. O cigarro atua como um regulador de situações emocionais e o seu uso pode ser associado pelo fumante a um melhor desempenho de suas funções cognitivas – a atenção, por exemplo – e conseqüentemente do seu rendimento. Em diversas circunstâncias, não existe necessidade orgânica de nicotina, porém o fumante usa o cigarro pela expectativa de alcançar uma sensação prazerosa e, dessa forma, passar por situações adversas da vida de uma maneira menos sofrida (BRASIL, 1997; 2001; REINA; DAMASCENO; ORIVE, 2003; SCHUCKIT, 1991).

Esse tipo de dependência ocorre paralelamente à dependência física (química) e pode ser difícil de ser percebida e tratada. O cigarro frequentemente é usado para redução da ansiedade pelo fumante quando diante de uma situação de estresse. O fumo é ainda associado pela pessoa tabagista como meio de alívio da sensação de vazio e tristeza, e de busca por um “companheiro” em situações de solidão (ISMAEL, 2007).

4.1.3 Dependência comportamental (Condicionamento)

Além das dependências física e psicológica, existe uma associação do uso do cigarro a outros comportamentos e situações da pessoa fumante. Descreve-se como **Dependência comportamental** a compulsividade na busca por e no consumo da substância – no caso, a nicotina – a fim de evitar estados disfóricos, sendo resultante ou relacionada a determinadas atividades cotidianas (sociais, ocupacionais ou relacionais), que passam então a girar em torno daquela (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

O comportamento dependente é reforçado pelas consequências descritas acima da ação farmacológica (euforia/prazer) da nicotina, ou seja, o dependente de nicotina começa a associar humores, situações ou fatores ambientais específicos aos efeitos reforçadores da droga. Este é um aspecto de extrema importância na abordagem da cessação do tabagismo, já que pode com frequência acometer e acarretar a recidiva do uso da droga após um período de abstinência (ISMAEL, 2007).

Pela **Teoria Comportamental da Dependência**, o ato de fumar pode ser mantido especialmente pelo condicionamento, quando a associação do fumar após eventos específicos faz com que estes eventos se tornem fortes estímulos para manutenção do hábito. Os comportamentos visam à busca de prazer imediato e à fuga das situações que privam o sujeito de satisfação ou lhe causam sofrimento. A partir desta premissa, o **Condicionamento clássico** descreve como um estímulo neutro pode ser transformado em estímulo condicionado por meio do aprendizado. Assim, o fumante passa a buscar o cigarro em algumas situações condicionadas, referidas como **Gatilhos**. São situações frequentes de Gatilhos para o ato de fumar as refeições, as atividades intelectuais (como o uso do computador), a relação sexual, o consumo de café ou de bebidas alcoólicas, as ações de dirigir, usar o telefone ou ir ao banheiro (ISMAEL, 2007).

A imagem e a aceitação social referentes ao tabagismo, incluindo o desejo de “fazer parte do grupo”, já contribuíram intensamente na direção de se iniciar o consumo do cigarro, principalmente entre os adolescentes. Felizmente, a partir do esforço social e governamental para o controle do tabaco, elas têm sido paulatinamente desconstruídas, sendo a rejeição ao tabaco nos dias de hoje, com frequência, um motivo para a cessação do tabagismo, devido os problemas de socialização causados pelo cigarro.

4.2 Classificação diagnóstica

Os principais instrumentos de classificação de doenças da atualidade são a **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde** em sua décima edição (CID-10) e o **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) em sua quinta edição (DSM-V), sendo este último específico para os transtornos mentais. Além desses, destaca-se também a **Classificação Internacional de Atenção Primária**, em sua segunda edição revisada (**Ciap-2R**), crescentemente difundida, desenhada especificamente para o cenário da Atenção Primária à Saúde. Cada instrumento classifica distintamente os transtornos relacionados ao uso do tabaco, conforme a seguir.

4.2.1 CID-10

A CID-10 apresenta os transtornos relacionados ao fumo dentro do **Capítulo V (F00-F99) – Transtornos Mentais e Comportamentais**, sendo classificados conforme exposto no Quadro 3. Além disso, a CID-10 inclui o **Uso do Tabaco (Z72.0)** dentro de **Problemas Relacionados ao Estilo de Vida (Z72)**, presente no **Capítulo XXI (Z00-Z99) – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde** (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Quadro 3 – Classificação dos transtornos relacionados ao fumo pela CID-10

Capítulo V – Transtornos Mentais e Comportamentais (F00-F99)

F17 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de fumo

- F17.0 – Intoxicação aguda.
- F17.1 – Uso nocivo para a saúde.
- F17.2 – Síndrome de dependência.
- F17.3 – Síndrome (estado) de abstinência.
- F17.4 – Síndrome de abstinência com delirium.
- F17.5 – Transtorno psicótico.
- F17.6 – Síndrome amnésica.
- F17.7 – Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia.
- F17.8 – Outros transtornos mentais ou comportamentais.
- F17.9 – Transtorno mental ou comportamental não especificado.

Capítulo XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)

Z72 – Problemas Relacionados ao Estilo de Vida

- Z72.0 – Uso do Tabaco.

Notas:

Em relação ao código Z72.0 – **Uso do Tabaco**:

- O código não apresenta critérios diagnósticos definidos como existem para os transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de fumo, referindo-se apenas a *uso de tabaco SOE (sem outra especificação)*.
- São considerados sinônimos: *Uso contínuo do tabaco; Eritrocitose devido ao uso ou abuso do tabaco; Eritrocitose secundária ao uso do tabaco; Eritrocitose secundária ao uso ou abuso de tabaco; Dependência do tabaco continuada; e Usuário de tabaco.*
- Este código exclui os diagnósticos:
 - o História da dependência do tabaco (Z87.891).
 - o Dependência de nicotina (F17.2-).
 - o Dependência do tabaco (F17.2-).
 - o Uso do tabaco durante a gravidez (O99.33-).
- código Z72.0 é considerado inaceitável como diagnóstico principal, uma vez que descreve uma circunstância que influencia o estado de saúde de um indivíduo, mas não uma doença atual ou lesão, ou o diagnóstico não pode ser uma manifestação específica, mas pode ser devido a uma causa subjacente.

Fonte: ALKALINE SOFTWARE, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004. Com adaptações.

A forma de classificação e os critérios utilizados para os Transtornos Mentais e Comportamentais Relacionados ao Fumo na CID-10 (F17) seguem a mesma padronização usada para os transtornos relacionados às demais substâncias psicoativas/de dependência (F1x), às quais se incluem álcool, opiáceos, *cannabis* e cocaína, por exemplo. Algumas categorias são individualizadas, como “**uso nocivo**” (F17.1), “**síndrome de dependência**” (F17.2) e “**síndrome (ou estado) de abstinência**” (F17.3), o que pode conceitualmente gerar confusão aos profissionais de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993; 2004).

Os critérios diagnósticos para estas três categorias da CID-10 estão explicitados no Anexo A.

4.2.2 DSM-V

O **DSM-V**, versão mais recente do instrumento de classificação da Associação Psiquiátrica Americana (*American Psychiatric Association – APA*), publicada em maio de 2013, traz algumas mudanças em relação ao DSM-IV. No âmbito dos **Transtornos Relacionados a Substâncias e Adição**, houve, na nova versão, a remoção da divisão existente até o DSM-IV entre os diagnósticos de **Abuso e Dependência de Substâncias**, reunindo estes em uma única categoria diagnóstica de **Transtorno por Uso de Substâncias**. Os antigos critérios para Abuso e Dependência, porém, foram conservados com mínimas alterações para o novo diagnóstico. O **Transtorno por Uso de Nicotina (DSM-IV)** foi substituído por **Transtorno por Uso de Tabaco no DSM-V**, os especificadores “*Com Dependência Fisiológica/Sem Dependência Fisiológica*” foram removidos, uma **classificação de gravidade** foi adotada e os especificadores de remissão reorganizados em **Remissão Precoce e Remissão Sustentada**. De forma semelhante à CID-10, o manual também incluiu os especificadores que descrevem indivíduos “*em um Ambiente Controlado*” e aqueles que estão “*em Terapia de Manutenção*” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; ARAUJO; LOTUFO NETO, 2014).

Os critérios diagnósticos de Transtorno por Uso de Tabaco e Abstinência pela DSM-V são apresentados no Anexo B.

4.2.3 Ciap-2R

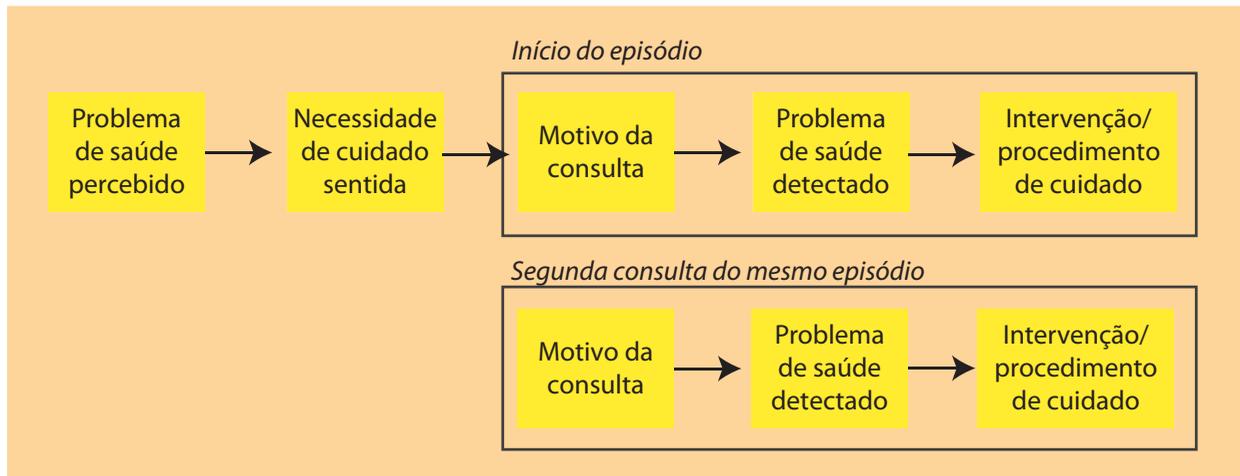
A **Classificação Internacional de Atenção Primária (Ciap)** (*International Classification of Primary Care – ICPC*), diferentemente das anteriores, foi um instrumento desenvolvido especificamente para o cenário da Atenção Primária à Saúde. Atualmente em sua segunda edição (**Ciap-2**), apresenta diversas vantagens em relação às outras classificações (WORLD ORGANIZATION..., 2009):

- Centra-se no processo de cuidado em saúde do indivíduo (em contraste ao foco na doença/diagnóstico das demais), classificando não somente o diagnóstico (Problema de Saúde), mas também o Motivo de Consulta e a Intervenção/Procedimento de Cuidado.
- Relaciona-se com o Registro Clínico Orientado por Problemas (ReSOAP) e permite o registro codificado do Episódio de Cuidado² (Figura 3), conceito profundamente relacionado à longitudinalidade, fundamental para a prática do cuidado em saúde na Atenção Básica (AB).

² “Os motivos da consulta, os problemas de saúde / diagnósticos, e os procedimentos para o cuidado / intervenções são a base de um episódio de cuidados, constituído por uma ou mais consultas incluindo as alterações ao longo do tempo. Por conseguinte, um episódio de cuidados refere-se a todo tipo de atenção prestada a um determinado indivíduo que apresente um problema de saúde ou uma doença. Quando esses episódios são introduzidos no processo informatizado de um paciente com base na CIAP, é possível avaliar a necessidade de cuidados de saúde, a abrangência, o grau de integração, de acessibilidade e responsabilidade.” (WORLD ORGANIZATION..., 2009).

- Graças à sua característica mnemônica, pode ser facilmente usada pelo profissional de saúde, constituindo uma forma simplificada de registro, manual ou eletrônico.
- Contribui de modo importante, a partir de uma codificação apropriada e facilitada, para a realização de levantamentos e pesquisas no âmbito da AB.

Figura 3 – Um episódio de cuidado



Fonte: WORLD ORGANIZATION..., 2009.

A Ciap-2R, além de frequentemente usada em diversos países do mundo, passou a ser usada também pelo e-SUS AB, no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC – e-SUS AB).

A Ciap-2R é descrita detalhadamente no material técnico **Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)**, de livre acesso pelo link <http://www.sbmfc.org.br/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf> (WORLD ORGANIZATION..., 2009).

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica no âmbito nacional. Essa ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico. Saiba mais em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>.

Os transtornos relacionados ao tabaco são classificados pela Ciap-2R com o código P17 (Abuso de Tabaco), pertencendo assim ao Capítulo P (Psicológico). Os seus critérios diagnósticos são apresentados no Anexo C, lembrando que esse código pode se referir a **Motivo de Consulta** ou **Problema de Saúde/Diagnóstico**.

Avaliação da pessoa tabagista

5

O usuário tabagista precisa ser acolhido e avaliado por sua equipe de saúde. Essa avaliação deve incluir uma investigação das principais doenças e fatores de risco relacionados ao tabagismo, bem como da avaliação do grau de dependência da pessoa ao cigarro, seu estágio de motivação para a cessação do tabagismo e suas preferências para o tratamento.

5.1 Os passos da avaliação da pessoa tabagista

O primeiro passo para a Avaliação da Pessoa Tabagista é o **reconhecimento** do tabagista na comunidade adstrita à Unidade Básica de Saúde (UBS). Esse reconhecimento pode ocorrer basicamente:

- Por meio do preenchimento da Ficha de Cadastro Individual (CDS – e-SUS AB), por qualquer profissional de saúde, sendo os agentes comunitários de saúde (ACS) os profissionais-chave para esse momento; ou
- Durante qualquer atendimento na UBS.

É essencial que o profissional de saúde dialogue com o usuário, estimulando-o a pensar sobre o seu consumo de cigarro. Podem-se incluir perguntas simples acerca do tabagismo no acolhimento ou na visita domiciliar, em especial as perguntas "*you smoke?*", "*how many cigarettes do you smoke per day?*" e "*anytime you have tried to stop smoking?*". São essas abordagens iniciais que aproximam o usuário das equipes, facilitando também a procura por tratamento.

Após a etapa de reconhecimento dos tabagistas no território, passa-se ao momento de **estratificação**, onde se verifica quem são os fumantes que não desejam parar de fumar e quem são os fumantes dispostos a parar de fumar/iniciar alguma forma de tratamento para cessação. **Para aqueles que não desejarem cessar o uso do tabaco, é essencial que o profissional de saúde oriente eles acerca: (a) dos malefícios do tabagismo; (b) dos tipos de tratamento disponíveis para a cessação do tabagismo; e (c) da disponibilidade de tratamento na Unidade Básica e dos fluxos que os usuários devem seguir para iniciá-lo. Uma abordagem com vistas à (d) redução de danos pode ser utilizada, desde que encarada não como uma meta final, mas como uma possível**

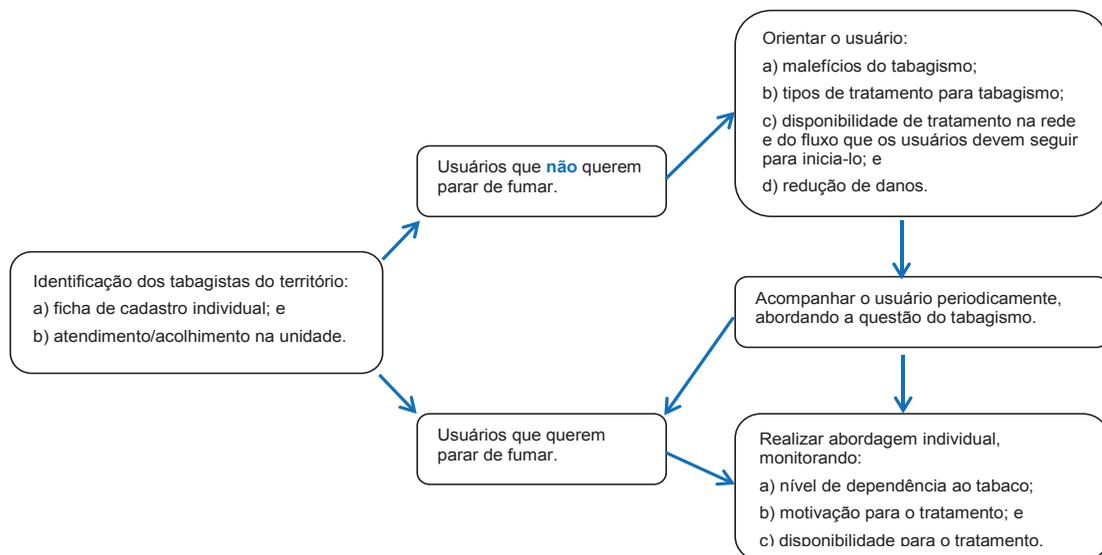
estratégia para a cessação definitiva. Deve lembrar-se de que a redução de cigarros fumados não reduz o risco de doenças relacionadas ao tabaco.

Estimular que o tabagista não faça uso do cigarro em ambientes fechados, especialmente na presença de pessoas não fumantes, é uma boa forma de conscientizá-lo acerca dos riscos que o tabagismo representa para ele e para as demais pessoas. Além disso, faz-se necessário realizar um acompanhamento periódico destes usuários, visando monitorar a questão do tabagismo, reavaliando o grau de motivação para cessação (que pode se alterar ao longo do tempo) e sempre ofertando a possibilidade de tratamento.

Para os usuários que desejarem cessar o uso do tabaco, antes de se iniciar o tratamento, é essencial esclarecê-los quanto aos tipos de tratamento que estão disponíveis, avaliando também suas possibilidades singulares de participação nas atividades oferecidas pela equipe de saúde. Mesmo o usuário que deseja cessar o tabagismo pode necessitar de estratégias de motivação, sendo indispensável uma avaliação individual para se identificar o nível de dependência, o grau de motivação e a história pregressa da pessoa, situando o tabagismo na integralidade do sujeito.

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

Fluxograma 1 – Fluxo de identificação e abordagem do tabagista no território



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

5.2 Avaliação quantitativa – Questionário de Tolerância de Fagerström

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

O **Questionário de Tolerância de Fagerström** é apresentado no Anexo D deste material.

5.3 Avaliação qualitativa – Escala de Razões para Fumar

A Avaliação Qualitativa pretende identificar em quais situações o fumante usa o cigarro, relacionando-se não só com a dependência física mas também com a dependência psicológica e o condicionamento. Dessa forma, a avaliação ajuda o próprio fumante a tomar consciência das situações de risco do seu dia a dia, além de auxiliar o profissional de saúde a identificar os principais pontos a serem trabalhados durante todo o processo da abordagem intensiva do fumante (SOUZA et al., 2009).

A principal escala usada para esta avaliação é a **Escala de Razões para Fumar Modificada**, desenvolvida em Língua Inglesa, atualmente traduzida e validada para a Língua Portuguesa. Este instrumento pode ser usado na primeira abordagem e, também, como instrumento de acompanhamento do processo do usuário após algumas intervenções. Para aplicação dessa escala, o profissional pode solicitar ao usuário que preencha sozinho após orientação inicial, ou conduzir a leitura das afirmações, anotando as respostas fornecidas. É uma escala de rápida aplicação e deve ser aplicada de forma complementar ao Questionário de Tolerância de Fagerström com os usuários que demonstrarem disposição ou motivação para o tratamento do tabagismo (SOUZA et al., 2010).

As razões para fumar são agrupadas em nove fatores principais, sendo eles: **dependência, prazer de fumar, redução da tensão, estimulação, automatismo, manuseio, tabagismo social, controle de peso e associação estreita**. O escore final para cada um destes fatores é calculado a partir da média

simples dos escores individuais para as questões relacionadas. Fatores com resultado superior a dois devem ser considerados **Fatores de Atenção** na abordagem e no acompanhamento do tabagista em cessação, pelo risco que representam de levar à recaída (SOUZA et al., 2010).

A **Escala de Razões para Fumar** está apresentada no Anexo E.

5.4 Estágios de motivação para cessação do tabagismo, segundo Prochaska e DiClemente

A **motivação do fumante é um fator essencial de se trabalhar no processo de cessação do uso do tabaco e, contraditoriamente, um dos principais obstáculos para a equipe de saúde**. Entende-se por **motivação** como uma “força interna” que leva a pessoa à ação e, no campo dos cuidados em saúde, pode ser entendida como o estado de prontidão ou de avidez para uma determinada mudança (ou manutenção), ou seja, a intenção em engajar-se para esta, que pode oscilar ao longo do tempo a depender do contexto em que o tabagista se encontra (VERNON, 1973).

Prochaska, DiClemente e Norcross (1992) desenvolveram um **Modelo de Avaliação do Grau de Motivação para a Mudança**, descrevendo etapas que podem ser identificadas no discurso da pessoa quando indagada acerca de sua vontade de mudança de hábito e de seus planos para buscar tratamento. A aplicação deste método no contexto da cessação do tabagismo é simples, baseando-se em informações que podem ser coletadas por qualquer profissional da equipe de saúde no acolhimento ao usuário. Cabe ao profissional identificar quais os elementos que mais surgem na fala da pessoa e aplicá-los a um dos seis estágios, descritas a seguir e esquematizadas na Roda de Prochaska (Figura 4) (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992):

- Pré-contemplação (“Eu não vou”) – Não considera a possibilidade de mudar, nem se preocupa com a questão.

“Eu não quero parar de fumar”.

- Contemplação (“Eu poderia”) – Admite o problema, é ambivalente e considera adotar mudanças eventualmente.

“Eu quero parar de fumar, mas não sei quando”.

- Preparação (“Eu vou / Eu posso”) – Inicia algumas mudanças, planeja, cria condições para mudar, revisa tentativas passadas.

“Eu tenho tentado parar de fumar de um tempo para cá” ou “Eu tenho uma data e um esquema para começar nos próximos 30 dias”.

- Ação (“Eu faço”) – Implementa mudanças ambientais e comportamentais, investe tempo e energia na execução da mudança.

“Eu tenho feito uso descontínuo do cigarro de um mês para cá, ficando sem fumar pelo menos um dia inteiro durante este período”.

- Manutenção (“Eu tenho”) – Processo de continuidade do trabalho iniciado com ação, para manter os ganhos e prevenir a recaída.

“Eu parei de fumar”.

- Recaída – Falha na manutenção e retomada do hábito ou comportamento anterior – retorno a qualquer dos estágios anteriores.

“Eu voltei a fumar regularmente”.

Figura 4 – Estágios motivacionais – Roda de Prochaska



Fonte: PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992. Com adaptações.

A identificação de qual estágio motivacional o usuário se encontra é de extrema importância no momento de se elaborar estratégias para intervenções. Cabe ao profissional de saúde assistente auxiliar o indivíduo na mudança de estágio de motivação em direção à manutenção da cessação do tabaco. A meta deve ser alcançar o estágio motivacional adjacente: as estratégias de abordagem, portanto, variam radicalmente a depender do estágio motivacional onde o indivíduo se encontra (Quadro 4).

Quadro 4 – Tarefas motivacionais segundo o estágio motivacional do indivíduo

Estágios de Mudança de Prochaska e DiClemente	Tarefas Motivacionais do Profissional de Saúde
Pré-contemplação	Levantar dúvidas – aumentar a percepção do usuário sobre os riscos e problemas do comportamento atual.
Contemplação	“Inclinar a balança” – evocar as razões para a mudança, os riscos de não mudar; fortalecer a autossuficiência do usuário para a mudança do comportamento atual.
Preparação	Ajudar o usuário a determinar a melhor linha de ação a ser seguida na busca da mudança.
Ação	Ajudar o usuário a dar passos rumo à mudança.
Manutenção	Ajudar o usuário a identificar e a utilizar estratégias de prevenção da recaída.
Recaída	Ajudar o usuário a renovar os processos de contemplação, preparação e ação, sem que este fique imobilizado ou desmoralizado devido à recaída.

Fonte: DIAS, 2009. Com adaptações.

As etapas da “pré-contemplação” e da “recaída” podem exigir um manejo menos demandante por parte do profissional de saúde. Na primeira, o usuário tabagista ainda apresenta resistência à ideia da cessação e se utiliza de mecanismos de defesa, como a negação, para evitar enxergar a situação que vive como um problema. Nesse momento, o mais importante é buscar o fortalecimento do vínculo da pessoa com a unidade de saúde e oferecer orientações acerca do tabagismo, sem ser insistente ou excessivamente afirmativo na abordagem. Já na etapa de recaída, o usuário pode estar bastante frágil, sendo necessário investir num acolhimento empático frente ao momento, valorizando o esforço da pessoa e evitando julgamentos ou cobranças que possam resultar em um afastamento da pessoa do serviço.

5.5 Atitudes e posturas do profissional de saúde

O sucesso do tratamento está estreitamente ligado à interação que se estabelece entre o usuário, a equipe profissional e o apoio sociofamiliar. Para a efetividade do tratamento para cessação, os seguintes aspectos relacionados a atitudes e posturas do profissional de saúde são fundamentais que sejam observados, desde o primeiro momento do atendimento, e mantidos ao longo de todo o acompanhamento:

- a) **Acolhimento e empatia** – Importante entender que a relação do usuário com o tabagismo, muitas vezes, é permeada por um sentimento de ambivalência, por meio do qual ele pode estar consciente dos malefícios do hábito e da importância do tratamento, mas pese intimamente a dimensão “positiva” (“o cigarro me ajuda a ficar mais calmo”, por exemplo) ou prazerosa de fumar.
- b) **Estimular a mudança de atitude** para alcance da abstinência.
- c) **Informar o usuário** sobre o que é a dependência química, os seus malefícios, quais sintomas ele poderá experimentar ao parar de fumar, quais métodos para cessação estão disponíveis, qual o papel do medicamento e quais os tipos de medicamentos.
- d) **Estimular que o usuário defina uma data de parada (“dia D”) ou pense em estabelecê-la futuramente**, podendo, para isso, reduzir gradualmente o número de cigarros diários ou estipular uma interrupção súbita, sendo esta uma escolha da pessoa, e enfatizando que se não conseguir na primeira tentativa outras vezes poderão ser tentadas, até que ele obtenha êxito em sua meta.
- e) **Alertar o usuário sobre os riscos de recaída** e da necessidade de desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.
- f) **Destacar que é importante que o usuário permaneça em acompanhamento** até o final do tratamento, mesmo após ter parado de fumar.
- g) Havendo recaída, o profissional não deve se sentir fracassado, e sim entender as dificuldades **da manutenção da abstinência** devido à síndrome de abstinência e, a partir, daí estimular o usuário a tentar novamente e aprender a identificar as situações de risco que culminaram com a recaída, lembrando que a grande maioria dos tabagistas alcançarão a cessação definitiva com duas ou mais tentativas.

Intervenções e tratamento

6

As estratégias usadas para o tratamento para cessação do tabagismo podem ser divididas em **intervenções psicossociais** e **tratamento medicamentoso**. As **intervenções psicossociais** incluem **aconselhamento**, **materiais de autoajuda** e **abordagem cognitivo-comportamental**, com ênfase nesta última, que representa o alicerce principal do tratamento. O **tratamento medicamentoso** aumenta significativamente as chances de o fumante alcançar a cessação completa, mas desempenha um papel auxiliar no acompanhamento do indivíduo.

Algumas teorias embasam o tratamento não farmacológico, empoderando e motivando o indivíduo para a cessação definitiva, sendo as principais a **entrevista motivacional** e a **abordagem centrada na pessoa**.

Veja como funciona cada uma delas.

6.1 Entrevista motivacional (EM)

A **entrevista motivacional (EM)** é uma forma de entrevista clínica cujo objetivo é trabalhar e aumentar a motivação do usuário para mudança de comportamento, geralmente referente a mudanças de hábitos de vida e adesão a tratamentos. Para isso, assume um espírito **colaborativo**; **evocativo** e **que respeita a autonomia da pessoa**³. A **EM**, portanto, nada mais é do que um diálogo entre usuário e profissional da Saúde, que por meio de estratégias bem definidas, traz o indivíduo para o foco do tratamento em questão. A **EM** possui, para isso, quatro princípios orientadores, que são: (1) resistir ao reflexo de consertar as coisas; (2) entender e explorar as motivações do usuário; (3) escutar com empatia e (4) fortalecer o usuário, estimulando a esperança e o otimismo (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Segundo Miller e Rollnick (2001), a **EM** é uma alternativa viável no tratamento de comportamentos dependentes, dentro das intervenções breves, uma vez que o impacto inicial

³ Colaborativo porque entende que a função do profissional de saúde é de auxiliar e somar com a pessoa; evocativo porque entende que a motivação já existe dentro da pessoa e que é esta motivação (e não a motivação do profissional de saúde) que promoverá a mudança de comportamento almejada; e que respeita a autonomia da pessoa porque reconhece que a decisão pela mudança de comportamento é absolutamente individual.

parece ter influência na mudança de comportamento e na motivação que a promove. Algumas estratégias apoiam substancialmente a adesão da pessoa ao tratamento proposto. Elas foram didaticamente divididas em **sete passos**, expostos a seguir, com a sua devida interpretação para aplicação no contexto da cessação do tabagismo (MILLER; ROLLNICK, 2001):

Passo 1 – Oferecer orientação/informação: pequenas informações dadas a respeito dos malefícios do cigarro e dos benefícios de sua cessação em uma consulta podem ajudar efetivamente o indivíduo a ponderar sobre a decisão de parar de fumar – e mais do que os profissionais de saúde imaginam.

Exemplos: *“o cigarro aumenta as chances de se ter um infarto do miocárdio”, “quando uma pessoa para de fumar, em dez anos o risco de câncer de pulmão já cai pela metade”, ou “quando se para de fumar, em 48 horas já há uma importante melhora no olfato e no paladar”* etc.

Passo 2 – Remover as barreiras e auxiliar nos obstáculos: as barreiras e os obstáculos são todos os aspectos que impedem e/ou dificultam a pessoa a procurar/receber ajuda. Analisando-se as barreiras e ponderando com o indivíduo, o profissional de saúde pode ajudá-lo a seguir adiante para a resolução do problema.

Exemplo: *“o usuário aponta que o horário de funcionamento da unidade não torna possível aderir ao grupo ou alega que é um momento difícil de vida para parar de fumar”*. Nesses casos, pode-se ponderar com o indivíduo a importância de se colocar o objetivo de parar de fumar em um lugar de destaque e apontar possíveis soluções/ajustes: *“podemos enviar um atestado de comparecimento para seu trabalho”, “não há algum colega que possa assumir seu turno nesses dias?”, “não existe ‘momento certo’ ou ‘fácil’ para parar de fumar, o importante é você estar motivado com a nossa ajuda”*.

Passo 3 – Proporcionar escolhas: ajudar a pessoa a fazer escolhas não é menos importante, pois aumenta a probabilidade de sucesso quando ela pode escolher a que melhor lhe convenha. O profissional deve auxiliar o usuário ao oferecer e estimular a busca pelo máximo de informações acerca das opções disponíveis, ajudando, posteriormente, a organizar listas de prós e contras ou de desfechos possíveis para cada escolha realizada, facilitando o processo de decisão consciente.

Exemplo: *“a goma de nicotina mostrou aumentar as chances de se parar de fumar, mas muitas pessoas se queixam que ela deixa um gosto ruim na boca”*.

Passo 4 – Diminuir o aspecto indesejável do comportamento: é comum o fumante dizer que, fumando, ele consegue relaxar. Ora, realmente ele relaxa por 20 ou 30 minutos. Passado o efeito da nicotina, porém, ele precisará acender outro cigarro. Discute-se com ele se esta é a melhor forma de lidar com a ansiedade ou se ele pode pensar em outras coisas que solucionem e não adiem o problema.

Passo 5 – Praticar empatia: a empatia, neste caso, traduz-se por uma compreensão daquilo que o fumante vivencia e sente através da escuta reflexiva. Praticar a empatia é uma maneira também de acolher o fumante e mostrar a ele que tem com quem contar durante o processo de cessação.

Passo 6 – Dar feedbacks: o *feedback* é necessário a cada encontro, pois é por intermédio dele que reforçamos as condutas positivas do indivíduo em busca da mudança de comportamento. É de extrema importância valorizar verbalmente quando o usuário fala sobre suas dificuldades no processo do tratamento, apontando os resultados atingidos até o momento e estipulando os próximos passos.

Exemplos: *“percebo que você está mais aberto para falar no grupo sobre esse processo, que está trazendo as dificuldades que sente em não fumar nos finais de semana. Até agora você conseguiu diminuir o número de cigarros consumidos durante o dia de trabalho, isso é bastante importante, agora vamos buscar fumar menos à noite*

Passo 7 – Esclarecer objetivos e ajudar ativamente: em relação aos objetivos, a partir do momento que se estabelecem metas alcançáveis e se dá *feedback*, a mudança torna-se mais provável e mais duradoura. É fundamental que o profissional de saúde conheça bem o problema que estará enfrentando e transmita segurança ao indivíduo para poder ajudá-lo ativamente, demonstrando interesse real, garantindo que o indivíduo possa buscar ajuda quando necessário, evitando que ele desista do tratamento proposto.

Durante esse processo de acompanhamento para a mudança, o profissional da Saúde deve evitar (MILLER; ROLLNICK, 2001):

- Argumentações e confrontos: lembrar-se do respeito à autonomia da pessoa.
- Perguntas para respostas curtas (do tipo “sim” e “não”).
- Rotulações.
- Foco em questões que o usuário ainda não está aceitando bem ou pronto para falar: as razões para motivação devem ser do indivíduo e não do profissional de saúde.
- Culpabilização do usuário: a motivação é flutuante e depende estreitamente do contexto de vida da pessoa.
- Prescrição exagerada (de medicamentos, de condutas, de exigências etc.) ou orientação insuficiente.
- Subestimar a ambivalência.

Mais adiante, serão expostas as abordagens propostas para avaliação e seguimento das pessoas tabagistas motivadas para cessação. Em todas elas, os elementos da EM apresentados anteriormente estarão presentes, intrinsecamente relacionados aos Estágios de motivação para mudança – “Roda de Prochaska” (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

6.2 Método clínico centrado na pessoa (abordagem centrada na pessoa)

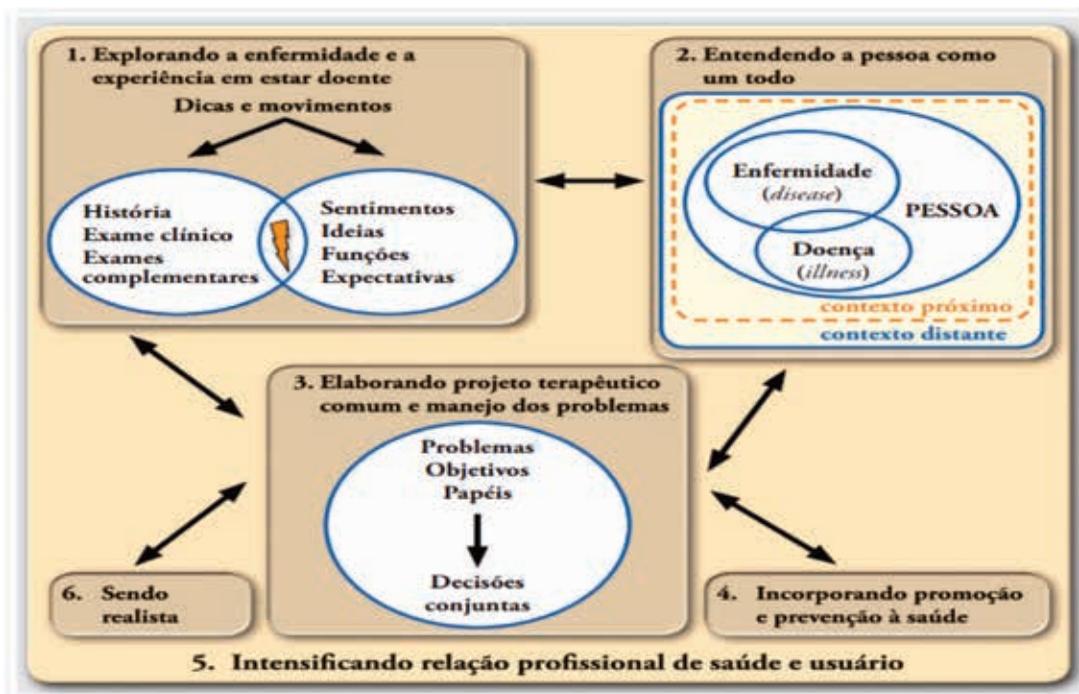
A entrevista motivacional diferencia-se da abordagem clínica tradicional por, com a finalidade de promover a motivação para mudança, desviar o foco do tratamento para a pessoa atendida. Lógica semelhante embasou diversas teorias do que ficou conhecida como **abordagem centrada na pessoa**. Esta propõe um novo modelo para a relação médico-usuário (adequado também para a relação terapêutica estabelecida por outros profissionais de saúde), motivada pela insatisfação de usuários e profissionais de saúde, tanto ao modelo tradicional de consulta (denominada ora “centrada no médico/profissional”, ora “centrada na doença”) quanto ao processo comunicativo desenvolvido durante a consulta e aos resultados dela, respectivamente. Apesar das semelhanças e correspondências, a **abordagem centrada na pessoa** é mais ampla que a **EM**, já que diz respeito a todo o processo comunicativo no acompanhamento das pessoas e não somente direcionada à motivação.

Entre as várias teorias existentes neste campo, destaca-se a desenvolvida por Ian McWhinney, Moira Stewart e Joseph Levenstein, denominada como **método clínico centrado na pessoa**, onde são identificados seis componentes inter-relacionados: 1) **explorar a doença e o adoecimento**; 2) **compreender a pessoa como um todo**; 3) **negociar um terreno comum**; 4) **incorporar prevenção e promoção**; 5) **incrementar a relação médico-paciente**; 6) **ser realista** (STEWART et al., 2010).

O método clínico centrado na pessoa auxilia no entendimento que nenhum fumante é igual a outro. Sentimentos e ideias, funcionalidades e expectativas variam radicalmente de pessoa para pessoa, da mesma maneira como são distintas as razões de fumar para cada indivíduo – **primeiro componente** (expostas na Avaliação Qualitativa do Tabagismo, descrita anteriormente). Cada indivíduo possui um contexto próprio, seja este mais próximo, como o ambiente familiar e os círculos sociais, seja mais distante, como o momento histórico da sua comunidade, cidade ou país – **segundo componente**. E, por fim, a cessação frequentemente se torna inviável se oferecida de modo vertical e intransigente pelo profissional de saúde, sendo essencial a definição de um plano comum, partindo das preferências e possibilidades apresentadas pelo indivíduo quanto à modalidade e ao momento mais adequado – **terceiro componente**.

A Figura 5 esquematiza os seis componentes do método clínico centrado na pessoa.

Figura 5 – Os seis componentes do método clínico centrado na pessoa



Fonte: CERON, 2012 (adaptado de STEWART et al., 2010).

Para aprofundar nesse tema, você pode acessar o material didático da UNA-SUS (Universidade Aberta do SUS), gratuito, disponível nos formatos videoaula e texto, em: <<http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/406>> e <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade24.pdf>.

Desta forma, a EM e o **método clínico centrado na pessoa** embasam teoricamente a relação e a comunicação desejáveis entre profissional de saúde e indivíduo no contexto da cessação do tabagismo, e podem também ser aproveitadas nos demais cenários da prática clínica, dentro da lógica de um cuidado integral e longitudinal de saúde do indivíduo.

Estas e outras ferramentas são apresentadas mais detalhadamente no *Caderno de Atenção Básica*, nº 35 – *Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica*, disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf>.

6.3 Abordagem cognitivo-comportamental

O acompanhamento para cessação do tabagismo embasa-se principalmente na **abordagem cognitivo-comportamental**, que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. Os dois principais componentes dessa abordagem são: (1) **detecção de situações de risco de recaída** e (2) **desenvolvimento de estratégias de enfrentamento** (BRASIL, 2001).

A dependência química em geral, incluída aqui a **dependência à nicotina**, resulta de uma interação complexa entre cognição (pensamentos, crenças, ideias, esquemas, valores, opiniões, expectativas e suposições), comportamentos, emoções, relacionamentos familiares e sociais, influências culturais e processos biológicos e fisiológicos. Para se alterar efetivamente, portanto, um comportamento (por exemplo, o ato de fumar), deve-se inicialmente identificar os pensamentos disfuncionais e as crenças associados a este ato (SILVA; SERRA, 2004; ISMAEL, 2007).

Os fumantes frequentemente sofrem de ansiedade e o tabaco acaba sendo usado por estes como um meio (muitas vezes, o único) de minimizar o problema. Fumar gera sensação de tranquilidade na situação vivenciada, muitas vezes proporcionando ao fumante o adiamento de um enfrentamento real da situação. Os recursos pessoais para lidar com situações de estresse são muitas vezes subestimados e/ou ignorados. Com a redução do efeito da nicotina, a ansiedade progressivamente retorna, o que leva o fumante ao próximo cigarro, perpetuando o ciclo.

A abordagem cognitivo-comportamental ajuda a reestruturar cognições disfuncionais e dar flexibilidade cognitiva para avaliar situações específicas. Dessa forma, a abordagem cognitivo-comportamental é a base do tratamento para a Cessação do Tabagismo, tendo o tratamento medicamentoso – quando presente – um papel auxiliar neste contexto (BRASIL, 2001; DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001).

A abordagem procura, a partir dos seus dois principais pilares – (1) detecção de situações de risco de recaída; e (2) desenvolvimento de estratégias de enfrentamento – produzir modificações no pensamento e no sistema de crenças do usuário, para assim promover mudanças emocionais e comportamentais duradouras. Diversas estratégias podem ser usadas para este fim, algumas das quais estão expostas no Quadro 5.

Quadro 5 – Principais técnicas cognitivas e comportamentais usadas no tratamento de cessação de tabagismo

- Identificação de pensamentos disfuncionais que trazem sentimentos ruins.
- Auto-observação dos comportamentos relacionados ao hábito de fumar.
- Orientação para identificação do pensamento relacionado às suas crenças.
- Identificação e aprendizado de padrões de pensamentos funcionais.
- Reatribuição, que significa treinar o usuário para mudar a forma como ele atribui significado a determinadas situações.
- Descatastrofização, que é ensinar ao usuário como lidar em determinadas situações, mostrando que a ansiedade, naquele momento, dura muito pouco.
- Técnicas de relaxamento, nas quais são mais utilizados o exercício de respiração profunda e o relaxamento muscular progressivo, para aprender a lidar com a ansiedade.
- Adiamento, quando o usuário adia cada momento antes de acender o cigarro, como forma de autocontrole.
- Treino de assertividade, para que ele possa enfrentar situações onde é tentado a fumar. Ou mesmo procurar dizer, da forma mais adequada, algo que o incomode, como forma de não aumentar sua ansiedade.
- Quebra de condicionamento, que significa sair do local ao qual o usuário associou o cigarro.
- Autoinstrução, situação em que o participante é ensinado a argumentar consigo mesmo sobre a situação que tenta induzi-lo a fumar.
- Solução de problemas, para que o usuário seja ensinado sobre formas adequadas de resolver uma situação problemática (onde antes a resposta seria fumar). Portanto, ele é treinado a buscar estas respostas.
- Exposição e prevenção de respostas – por exemplo, o fumante é treinado em várias situações reais que podem levá-lo a fumar, e ele deve achar a resposta alternativa para não fazê-lo.

Fonte: ISMAEL, 2007; RANGÉ, 2001.

Vale ressaltar que tais técnicas, utilizadas como importantes ferramentas para o trabalho cognitivo dos usuários, não representam solução protocolar e mágica para um indivíduo “robotizado”. É essencial verificar como ele se sente quando tenta usar cada técnica, do ponto de vista das emoções e sentimentos. Para que a técnica funcione, a pessoa deve ser incentivada a usá-la, escolhendo as modalidades em que percebe uma resposta mais satisfatória e apropriando-se delas, e reconhecer que tipo de sentimento surge em cada circunstância, aprendendo a como lidar com ele.

As abordagens para cessação de tabagismo são classificadas como (1) **Mínima** (ou **Breve**), (2) **Básica** ou (3) **Intensiva**, a partir do tempo investido no contato entre a pessoa e o profissional de saúde – respectivamente menor que 3 minutos, entre 3 e 10 minutos, e maior que 10 minutos (BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a).

A abordagem **intensiva** mostrou-se mais eficaz que as demais. Por outro lado, a abordagem mínima, com seus efeitos apenas modestos para o indivíduo, apresenta potencial substancial em termos de saúde pública e, por isso, não deve ser menosprezada pelos profissionais de saúde (ZWAR et al., 2011).

Estudos de meta-análise revelaram que o aconselhamento dado por qualquer profissional de saúde aumenta as taxas de cessação do tabagismo (FIORE et al., 2008a; GORIN; HECK, 2004;).

6.3.1 Abordagem Mínima/Breve

A abordagem **mínima (breve)** é definida como o contato profissional-usuário inferior a 3 minutos para cada encontro. Embora não seja considerada a forma ideal de atendimento, mostrou-se que ela pode produzir resultados significativos e, pela maior disponibilidade dos profissionais para realizarem este tipo de abordagem na prática clínica, o impacto final no âmbito de saúde pública é potencialmente substancial. Ela é especialmente interessante para profissionais de saúde que apresentam dificuldades no acompanhamento do indivíduo, como aqueles trabalhadores de Pronto Atendimento e Triagens (BRASIL, 2001; ZWAR et al., 2011).

A abordagem **mínima** é resumida no mnemônico **Paap**: **perguntar** e **avaliar**, **aconselhar** e **preparar** o fumante para a cessação, sem haver um acompanhamento posterior. Os aspectos essenciais da abordagem **mínima** são resumidos no Quadro 6. Uma proposta de organização dos passos Paap, baseado segundo o *Consenso Abordagem e Tratamento do Fumante* (2001) é apresentada no Apêndice B.

Quadro 6 – Abordagem mínima ou breve (Paap)

Objetivo:

Perguntar, avaliar, aconselhar a pessoa a parar de fumar sem que seja feito o acompanhamento do processo de cessação.

Quem faz?

Ela deve ser oferecida por TODOS os profissionais de saúde em suas consultas de rotina, pois, apesar de seu efeito ser relativamente pequeno, essa intervenção pode ter um importante impacto em termos populacionais, devido ao grande número de fumantes que são rotineiramente atendidos por profissionais de saúde. Estudos compararam os resultados dos aconselhamentos dados por médicos com os dados por outros profissionais (dentistas, enfermeiros, psicólogos), evidenciando que as intervenções dos profissionais de saúde, em geral, apresentam efetividade similar no aconselhamento para cessação do tabagismo (FIORE et al., 2008a).

Quando se faz?

Pode ser feita em um pronto atendimento, no acolhimento à demanda espontânea na UBS ou durante as consultas. A demanda espontânea pode ser um bom momento para sensibilizar o fumante para tratamento, principalmente quando a sua queixa tem relação com o hábito de fumar.

Quais os benefícios?

Abordagem prática, pode ser realizada durante um contato breve com o usuário e pode propiciar resultados positivos como instrumento de cessação, pois permite que muitas pessoas sejam beneficiados.

Fonte: BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a; PINÉ-ABATA et al. 2013.

6.3.2 Abordagem básica

A abordagem **básica** é definida como o contato profissional-usuário entre 3 e 10 minutos de duração para cada encontro. Um pouco mais prolongada, é mais indicada por apresentar maiores taxas de sucesso para cessação definitiva do tabagismo que a anterior (abordagem mínima/breve). Uma diferença importante desta abordagem é a previsão de um acompanhamento do indivíduo, essencial para o *feedback* entre profissional e tabagista em cessação sobre os avanços alcançados e as dificuldades encontradas (BRASIL, 2001).

A abordagem **básica** é resumida no mnemônico **Paapa**: **perguntar** e **avaliar**, **aconselhar**, **preparar** e **acompanhar**. Os aspectos essenciais para a abordagem **básica** são resumidos no Quadro 7. Uma proposta de organização dos passos **Paapa**, baseado segundo o **Consenso Abordagem e Tratamento do Fumante** (2001) é apresentada no Apêndice B.

Quadro 7 – Abordagem básica (Paapa)

Objetivo:

Perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar a pessoa para a interrupção do tabagismo.

Quem faz?

Qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, com duração, no mínimo, de 3 minutos e, no máximo, de 10 minutos, em média, em cada contato que o usuário faz. Ele deve ser questionado e perguntado sistematicamente a cada consulta e retorno sobre a evolução do processo de cessação. Indicada a todos os fumantes.

Quais os benefícios?

É mais recomendada que a anterior (Paap), porque prevê o retorno do usuário para acompanhamento na fase crítica da abstinência, constituindo-se em uma importante estratégia para manutenção da cessação.

Fonte: BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a; SERLIN et al., 2012.

6.3.3 Abordagem intensiva/específica

A abordagem **intensiva** (também denominada **específica**) é definida como o contato profissional-usuário superior a 10 minutos de duração para cada encontro. É a abordagem mais indicada, sempre que factível, por apresentar as maiores taxas de sucesso para cessação definitiva do tabagismo. Uma meta-análise concluiu que a chance de se alcançar a abstinência do tabaco, em comparação a nenhum contato profissional-usuário, é **1,3 vezes para a abordagem mínima/breve** (< 3 minutos), **1,6 vezes a abordagem de baixa intensidade/básica** (3-10 minutos), e **2,3 vezes para a abordagem de alta intensidade/intensiva** (> 10 minutos).

A principal diferença para a abordagem básica, como o próprio nome sugere, é a intensidade do acompanhamento, disponibilizando um maior período de tempo para análise e discussão dos avanços alcançados, das dificuldades encontradas e das informações relacionadas (BRASIL, 2001).

A abordagem **intensiva** é resumida, tal qual a abordagem básica, no mnemônico **Paapa**: **perguntar** e **avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar**. Os aspectos essenciais para a abordagem **intensiva** são resumidos no Quadro 8. Uma proposta de organização dos passos **Paapa**, baseado segundo o *Consenso Abordagem e Tratamento do Fumante* (2001) é apresentada no Apêndice B.

Quadro 8 – Abordagem intensiva específica (Paapa)

Objetivo:

Perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar sistematicamente o fumante para a interrupção do tabagismo.

Quem faz?

Profissionais de saúde, prioritariamente da Atenção Básica, com disponibilidade para realizar acompanhamento mais aprofundado e prolongado com o tabagista em cessação.

Quais os benefícios?

Neste caso, o usuário terá acompanhamento intensivo e sequencial, permitindo uma taxa de abandono ao tratamento maior do que a esperada nos casos anteriores. Estudos mostram que, quanto maior o tempo total da abordagem, maior a taxa de abstinência. Porém, a partir de um tempo de abordagem de 90 minutos, não há aumento adicional da taxa de abandono.

Como fazer?

Usa-se, assim como para as demais abordagens, aspectos da abordagem cognitivo-comportamental, tanto em grupo quanto individualmente, podendo ter ou não apoio medicamentoso. A intervenção motivacional é ferramenta importante que deve ser constantemente usada durante o processo de tratamento do fumante, desde a motivação para a tentativa da cessação até a manutenção a fim de se evitar a recaída.

Fonte: BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a; LANCASTER; STEAD, 2005; SERLIN et al., 2012.

A abordagem intensiva pode ser realizada nas modalidades individual ou em grupo, com eficácias semelhantes para a cessação do tabagismo. A depender das condições da equipe de saúde, ambas as modalidades podem ser oferecidas ao fumante que, ao ter opção de escolha, sente-se mais motivado e apresenta maior sucesso para cessação definitiva do tabagismo. Entretanto, a depender das circunstâncias do indivíduo, uma modalidade poderá ser mais indicada do que outra. Aspectos importantes a serem considerados são (LANCASTER; STEAD, 2005; ZIEDONIS et al., 2008):

- A aptidão e o conforto do usuário para participar de sessões individuais ou em grupo.
- Transtornos de ansiedade, distúrbio de pânico, esquizofrenia, depressão maior ou outros transtornos de Saúde Mental não estabilizados, os quais justificam um acompanhamento individual mais próximo.
- Déficits auditivos, cognitivos ou outras situações especiais que prejudique o indivíduo em uma abordagem em grupo.

A **abordagem individual** permite ao profissional dispensar de mais tempo a um mesmo usuário, o que permite a exposição e a compreensão de suas dificuldades e reações diante de situações de risco em fumar, bem como o detalhamento e os ajustes no seu plano de tratamento. Entretanto, deve-se considerar que a opção individual não precisa necessariamente ser definitiva. A evolução do tratamento pode indicar uma mudança na modalidade de acompanhamento que se mostre mais adequada à pessoa em diferentes momentos. Além disso, o acompanhamento individual exige do profissional uma importante disponibilidade de tempo, enquanto o tratamento em grupo permite que um número maior de pessoas seja tratado, quando possível, podendo tornar este último mais viável e custo-efetivo que a abordagem individual. Esta situação remete ao sexto componente do **método clínico centrado na pessoa**, que evidencia a necessidade do profissional de saúde **ser realista** quanto às condições presentes, a fim de não prejudicar a coletividade que acompanha (LANCASTER; STEAD, 2005).

O **tratamento em grupo** tem como uma de suas principais vantagens o fato de possibilitar a troca de experiências entre os participantes, aspecto terapêutico de grande valia e que contribui significativamente para o processo de cessação. Por outro lado, há de se destacar a necessária habilidade e empatia do profissional para que este possa conduzir adequadamente o tratamento em grupo (LANCASTER; STEAD, 2005).

6.3.4 Organização do grupo para cessação do tabagismo

A organização de grupos para cessação de tabagismo proposta pelo *Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante* (2001) e adotada aqui é de **quatro sessões estruturadas** de duração de 90 minutos cada, com periodicidade semanal. Essa proposição de estrutura de grupo requer, ainda, que cada profissional e equipe adaptem o método à sua realidade e às necessidades da sua comunidade: por vezes será necessário aumentar o número de sessões ou condensá-las, para garantir mais acesso. É essencial que o profissional e a equipe avaliem os resultados encontrados com o modelo de intervenção adotado (BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a).

– Por que quatro sessões?

A partir de estudos de tratamento combinado (abordagem cognitivo-comportamental e medicamentos), demonstrou-se que quanto maior o número de sessões, maior é a taxa de abstinência ao tabaco alcançada. Entretanto, o tratamento com **quatro a oito sessões** é o que apresenta com melhor relação custo-benefício. Embora a utilização das intervenções mais intensivas possa produzir maiores taxas de abstinência, as diferenças são menos expressivas, e estas intervenções frequentemente apresentam alcance limitado por conseguir incluir apenas poucos fumantes, o que pode ser inviável em alguns muitos cenários da Atenção Básica (BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a).

– Por que 90 minutos por sessão?

Em relação à duração das sessões, o **tempo de 90 minutos** parece ser o ideal. A efetividade do tratamento para cessação do tabagismo aumenta constantemente desde duração do contato profissional-usuário de 1-3 minutos até 31-90 minutos. Abordagens mais prolongadas que isso não se mostraram significativamente mais efetivas para alcance da abstinência e, portanto, sugere-se ser evitadas, a fim de prevenir sobrecarga à equipe (BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a).

– O acompanhamento

Após as quatro sessões iniciais, recomenda-se acompanhamento posterior, com retornos inicialmente quinzenais, no primeiro mês após o término do grupo, e progressivamente espaçados, a fim de aumentar as taxas de manutenção da cessação (Quadro 9). Ao contrário das quatro primeiras sessões, nas quais se recomenda uma estruturação prévia, o seguimento de prevenção de recaída pode seguir no modelo de grupos abertos, prescindindo de uma estrutura fixa, cuja função principal seja a promoção de um espaço de apoio mútuo e disposição de informações. O objetivo central da abordagem é ajudar efetivamente os participantes a deixarem de fumar, fornecendo-lhes todas as informações e estratégias necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido (BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a).

Quadro 9 – Proposta de cronograma para acompanhamento de grupo de cessação do tabagismo

Proposta de seguimento de prevenção de recaída:

- 1º encontro de seguimento – 15 dias
- 2º encontro de seguimento – 30 dias
- 3º encontro de seguimento – 60 dias
- 4º encontro de seguimento – 90 dias
- 5º encontro de seguimento – 180 dias
- 6º encontro de seguimento – 12 meses

Notas:

Esta proposta se aplica tanto para acompanhamento individual quanto em grupo.
A proposta acima deve ser adaptada à realidade e às necessidades locais.

Fonte: BRASIL, 2001.

– Coordenação do grupo

Sugere-se que cada grupo seja conduzido, quando possível, por **dois profissionais**, para que, enquanto um exerça a função de **coordenador**, o outro possa desempenhar o papel de **observador**. O perfil adequado do profissional para estes papéis inclui as características: (1) *compromisso com a preservação da saúde*; (2) *satisfação por trabalhar com grupos*; (3) *facilidade de relacionamento interpessoal*; (4) *flexibilidade*; (5) *bom senso*; (6) *capacidade de fala simples e assertiva*; e (7) *não serem fumantes*.

O coordenador é o responsável por manter todos os participantes envolvidos no processo, envolvendo-os nas discussões em grupo sempre que for necessário. É também sua responsabilidade resumir para os participantes o conteúdo de cada sessão, para o qual é necessário estar familiarizado com o material a ser usado no grupo.

O papel do coordenador do grupo não é o de um professor e, apesar de se esperar que tenha domínio nos assuntos a serem abordados, não há a necessidade de que seja especialista em todos os aspectos do tabagismo. O coordenador deve preparar-se para as questões cujas respostas não saiba ou não tenha certeza, e isso é natural que ocorra. É importante nesta situação reconhecer a sua dúvida com os participantes, questionando se outros membros do grupo tem a resposta para a questão e, se não, informar ao grupo que pesquisará a resposta até o próximo encontro.

É seu papel ainda cuidar para que as sessões de grupo iniciem e terminem no horário preestabelecido, manter os seus próprios comentários e as discussões do grupo dentro da pauta, manter registro dos progressos feitos pelos participantes e guardar essas anotações para estudo e observações posteriores (BRASIL, 2011c). É apresentado, no Apêndice C, um exemplo de instrumento para auxiliar o profissional de saúde a acompanhar os grupos.

A participação dos tabagistas ao longo das sessões é importante para os resultados. A assiduidade no grupo correlaciona-se positivamente com o sucesso da cessação definitiva: fumantes com participação inferior a 50% das sessões têm chance significativamente maior de insucesso e recaída (ISMAEL, 2007).

No Apêndice D é apresentada uma proposta de roteiro para as quatro sessões estruturadas, adaptada pelos autores a partir do programa **Deixando de Fumar sem Mistérios**, de autoria do INCA. Ressalta-se, porém, que adaptações são possíveis, desejáveis e/ou necessárias a depender da realidade local, bastante diversa pelo País (BRASIL, 2011c).

O material *Deixando de Fumar sem Mistérios – Manual do Participante* é disponibilizado em formato impresso e virtual. O conteúdo *on-line* das quatro sessões está disponível na íntegra nos *links* a seguir:

- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_01.pdf
- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_02.pdf
- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_03.pdf
- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_04.pdf

6.4 Outras intervenções psicossociais

Diversas outras intervenções psicossociais são frequentemente recomendadas para auxiliar na cessação do tabagismo, mas poucas têm evidência científica de benefício para esse fim.

Materiais de autoajuda demonstraram aumentar as chances de se alcançar a abstinência definitiva, apesar de persistirem dúvidas quanto à magnitude do efeito e o resultado de sua associação com outras intervenções (BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a). Algumas estratégias parecem promissoras, devido a seu baixo custo e boa amplitude, como apoio por mensagens de texto para celulares e material de suporte disponibilizado via internet (ZWAR et al., 2011).

Apoio por telefone (*helplines* ou *quitlines*) indicaram benefício, apesar dos resultados serem heterogêneos a depender do perfil do fumante e de magnitude ainda não bem estabelecida. **Aconselhamento via internet**, da mesma forma, parece também oferecer benefícios, mas a evidência ainda é escassa e de baixa qualidade (FIORE et al., 2008a; ZWAR et al., 2011).

6.5 Tratamento medicamentoso

Como exposto anteriormente, os principais componentes do tratamento para cessação do tabagismo são a abordagem **cognitivo-comportamental** e o **apoio farmacológico**, sendo o primeiro o principal alicerce do acompanhamento e o segundo, um auxiliar. O tratamento medicamentoso visa, basicamente, ao controle dos sintomas de abstinência provocados pela suspensão do uso da nicotina, portanto voltado **apenas** ao que se refere à dependência física. Assim, entende-se seu papel de **auxiliar** na cessação do tabagismo, que envolve dependências física, psíquica e social (condicionamento) (FIORE, 2000; SULS et al., 2012).

Meta-análises descobriram que a abordagem farmacológica, associada a cognitivo-comportamental aumenta substancialmente o sucesso da cessação de fumar (FIORE, 2000, FIORE et al., 2008b, FIORE et al., 2009; GORIN; HECK, 2004). A taxa de abstinência chega a triplicar com o tratamento farmacológico associado às intervenções comportamentais e motivacionais, sendo significativamente superior a qualquer uma dessas intervenções isoladas (LAI et al., 2010; STEAD; LANCASTER, 2012).

Os critérios para utilização de farmacoterapia na cessação do tabagismo, estabelecidos pelo *Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante* (2001), expostos no Quadro 10, podem auxiliar o profissional na oferta do tratamento medicamento ao usuário, levando sempre em conta as expectativas e preferências do indivíduo.

Quadro 10 – Critérios para utilização de farmacoterapia na cessação de tabagismo

Preencher **algum** dos critérios a seguir:

1. Ser fumantes pesados, definidos pelo consumo de 20 ou mais cigarros ao dia.
2. Fumar o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar com consumo mínimo de dez cigarros por dia.
3. Escore de Fagerström igual ou maior a cinco, ou dependência moderada ou grave segundo avaliação individual.
4. Tentativa anterior sem êxito devido a sintomas de abstinência a nicotina.

E obrigatoriamente:

5. Não haver contraindicações clínicas para o tratamento.

Fonte: BRASIL, 2001. Com adaptações.

A intervenção farmacológica deve ser feita de forma individualizada. A decisão terapêutica e o início da intervenção farmacológica dependerão de uma avaliação clínica do fumante, onde deve ser analisado o perfil e as preferências do fumante, bem como suas condições clínicas e seu histórico de saúde. Uso de medicamentos, patologias atuais ou pregressas e sinais e sintomas da pessoa podem representar tanto complicações causadas pelo cigarro (devendo inclusive ser trabalhadas como motivadoras para a cessação) quanto contraindicações ao tratamento medicamentoso.

A avaliação individual deve ser pelo enfermeiro ou pelo médico de família. Deve-se levar em conta o estágio de motivação da pessoa e a possibilidade de outras mudanças de estilo de vida que, apesar de não ser obrigatória, pode ajudar no controle da sintomatologia de abstinência, principalmente quando relacionada à atividade física. Devido à probabilidade de ocorrência de eventos adversos, todos os usuários em uso de farmacoterapia devem ser acompanhados regularmente até o final do tratamento.

As opções para tratamento farmacológico dividem-se em: (a) **os medicamentos nicotínicos** (Terapia de Reposição de Nicotina – TRN); e (b) **os não nicotínicos**. A Tabela 1 apresenta os medicamentos disponíveis para tratamento de cessação do tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS), presentes na *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais de 2013* (Rename 2013) (BRASIL, 2014c).

Quadro 11 – Medicamentos disponíveis para tratamento da cessação de tabagismo no SUS (Rename 2013)

1) NICOTÍNICOS (TRN)		
Denominação genérica	Concentração	Apresentação
Nicotina	21 mg	adesivo transdérmico
Nicotina	14 mg	adesivo transdérmico
Nicotina	7 mg	adesivo transdérmico
Nicotina	2 mg	goma de mascar
Nicotina	2 mg	pastilha

continua

conclusão

2) ANTIDEPRESSIVOS – NÃO NICOTÍNICOS		
Denominação genérica	Concentração	Apresentação
Cloridrato de Bupropiona	150 mg	comprimidos

Os **medicamentos** usados para tratamento do tabagismo são comprados de forma centralizada pelo Ministério da Saúde. Estes medicamentos são distribuídos diretamente aos estados, capitais e municípios com mais de 500 mil habitantes. Para os municípios com população inferior a 500 mil habitantes, a distribuição é de responsabilidade dos estados.

Fonte: BRASIL, 2014c.

São considerados **medicamentos de primeira linha** para Tratamento de Cessação do Tabagismo no SUS: (1) Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), isolada ou associada; (2) **bupropiona**, isolada ou associada à TRN.

6.5.1 Terapia de Reposição de Nicotina (TRN)

O objetivo da TRN é oferecer a nicotina sem o uso de tabaco e assim aliviar os sintomas de abstinência, quebrando o comportamento de consumo de cigarros relacionado à dependência física. A TRN é dividida em **agentes de ação rápida** – goma e pastilha – e **agente de ação longa** – adesivo.

– Eficácia:

Importante revisão sistemática da Cochrane mostrou que todas as formas de reposição de nicotina disponíveis no mercado mundial aumentam em 50% a 70% as possibilidades de abstinência em longo prazo, quando se trata de fumantes motivados para cessação e com elevada dependência à nicotina (STEAD et al., 2012). A TRN aparenta ainda ser tão efetiva quanto à bupropiona, e o tratamento combinado com adesivo e goma de nicotina promove um maior benefício em comparação com o uso isolado de ambos (STEAD et al., 2012).

A efetividade da TRN aparenta ser independente da intensidade do suporte cognitivo-comportamental. A apresentação a ser usada, portanto, deve ser definida a partir das preferências e das necessidades da pessoa, da sua tolerabilidade e dos seus custos (STEAD et al., 2012).

– Posologia:

A **dose da reposição baseia-se no grau de dependência de nicotina** e, principalmente, no consumo diário de cigarros. Um cigarro libera em média o equivalente a 1 mg de nicotina. Nas semanas iniciais, a dose de nicotina deve ser aproximada do consumo diário de cigarros e ser gradativamente reduzida nas semanas seguintes, uma vez que os sintomas de abstinência tendem a diminuir (DAUTZENBERG et al., 2007).

As apresentações dos produtos disponíveis variam o suficiente para uma posologia ajustada para a quantidade de reposição pretendida. O tempo de tratamento preconizado para todas as formas de apresentação é de até três meses, podendo ser adaptada em casos individuais (FIORE et al., 2008a; SCHNOLL et al., 2010).

- **Adesivo transdérmico de nicotina**

O adesivo transdérmico de nicotina é encontrado nas apresentações de 21 mg, 14 mg e 7 mg, e sua posologia varia de acordo com o grau de dependência física à nicotina, avaliada por meio do escore obtido no Questionário de Fagerström ou simplesmente pelo número de cigarros fumados por dia.

O adesivo deve ser fixado na pele, trocado a cada 24 horas⁴, fazendo um rodízio do local da aplicação a cada 24 horas. Deve-se evitar colocá-lo no seio (em mulheres), em regiões de pelos ou em áreas expostas ao sol. Não há, porém, restrição quanto ao uso na água. Recomenda-se o início do uso a partir da cessação tabágica⁵, devido à possibilidade, embora remota, de intoxicação nicotínica em indivíduos que usam o adesivo e continuam fumando (BRASIL, 2001). A posologia recomendada é decrescente⁶, uma vez os sintomas de abstinência são controlados com o passar do tempo.

Para tabagistas com escore do teste de Fagerström entre 8 a 10, e/ou tabagistas que fumam mais de 20 cigarros por dia, recomenda-se o seguinte esquema (BRASIL, 2001):

Semana 1 a 4: 1 adesivo de 21 mg a cada 24 horas.
Semana 5 a 8: 1 adesivo de 14 mg a cada 24 horas.
Semana 9 a 12: 1 adesivo de 7 mg a cada 24 horas.
Duração total do tratamento: 12 semanas.

Para tabagistas com escore do teste de Fagerström entre 5 a 7; e/ou tabagistas que fumam de 10 a 20 cigarros por dia e que fumam seu primeiro cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, recomenda-se o seguinte esquema (BRASIL, 2001):

Semana 1 a 4: 1 adesivo de 14 mg a cada 24 horas.
Semana 5 a 8: 1 adesivo de 7 mg a cada 24 horas.
Duração total do tratamento: 8 semanas.

O efeito colateral mais comum é irritação local, podendo chegar a eritema infiltrativo. Com menos frequência, podem ocorrer náuseas, vômitos, hipersalivação e diarreia. Raramente pode haver palpitação e angina pectoris (BRASIL, 2001).

O Apêndice E apresenta um compilado de instruções para o uso correto do adesivo transdérmico de nicotina pelo tabagista em cessação, que pode ser entregue ao paciente no momento da sua prescrição.

⁴ Apesar de a recomendação atual indicar a troca de adesivo a cada 24 horas, o uso de adesivo de nicotina ao longo de 16 horas ao dia parece ser tão efetivo quanto o seu uso por todo o dia (STEAD et al., 2012).

⁵ Evidências recentes apontam que iniciar o uso de adesivo de nicotina por um curto período antes da tentativa de parar é moderadamente mais efetivo que o início do adesivo na data de cessação, o que pode justificar adequação da posologia em casos individuais. Não há evidência a respeito de outras formas de TRN para uso anterior à tentativa de parada (STEAD et al., 2012).

⁶ Apesar de a recomendação atual indicar a redução gradual da dose administrada, o uso do adesivo de nicotina por oito semanas parece ser tão efetivo quanto por períodos mais longos, e não há evidências de que a redução gradual de dose seja melhor do que a interrupção abrupta do tratamento (STEAD et al., 2012).

- **Goma de mascar de nicotina**

A concentração da goma de mascar de nicotina disponível é de 2 mg. Os usuários devem ser orientados a não fumar após o início do medicamento.

Recomenda-se que a goma seja mascarada com força várias vezes até sentir uma sensação de formigamento ou gosto picante na boca. A partir desse momento, ele deve parar de mascar, repousar a goma entre a bochecha e a gengiva, até passar essa sensação, e voltar a fazer a mastigação com força, repetindo essa operação por 30 minutos, após os quais deve jogar a goma fora. Não se pode ingerir líquidos ou alimentos, mesmo que seja água, 15 minutos antes, durante e após 30 minutos do uso.

Sua absorção, através da mucosa oral, não é contínua e sim em picos, variando com a força da mastigação, e leva entre 2 a 3 minutos para a nicotina atingir o cérebro. O usuário deve ser orientado a respeito disso, para adequada utilização do medicamento.

Os usuários necessariamente precisam ser orientados a não fumar após o início do medicamento. Recomenda-se o seguinte esquema, a partir da cessação tabágica, não extrapolando a dose máxima recomendada de 15 gomas ao dia (BRASIL, 2001):

Semana 1 a 4: 1 tablete de 2 mg a cada 1 a 2 horas.
Semana 5 a 8: 1 tablete de 2 mg a cada 2 a 4 horas;
Semana 9 a 12: 1 tablete de 2 mg a cada 4 a 8 horas.
Duração total do tratamento: 12 semanas.

Devido à dificuldade de seu uso e ao gosto extremamente desagradável, a goma de mascar de nicotina dificilmente é utilizada na dosagem recomendada, podendo ser usada como um complemento naqueles que estão em uso de adesivo transdérmico de nicotina e/ou cloridrato de bupropiona e ainda fumam poucos cigarros por dia. Esses poucos cigarros podem ser substituídos pelas gomas de mascar de nicotina.

Além do gosto desagradável, outros possíveis efeitos colaterais são: vertigem, cefaleia, náuseas, vômitos, desconforto gastrointestinal, soluços, dor de garganta, dor bucal, aftas, fadiga muscular com dor na região mandibular, hipersalivação e amolecimento dos dentes (BRASIL, 2001).

- **Pastilha de nicotina**

A pastilha de nicotina está disponível na concentração de 2 mg.

As pastilhas devem ser acondicionadas na boca, aguardando sua dissolução completa (o que dura em torno de 20 a 30 minutos), propiciando a absorção oral da nicotina. Não se deve, portanto, morder a pastilha, bem como ingerir bebidas ou alimentos durante o uso para não interferir na absorção de nicotina.

Os usuários devem ser orientados a não fumar após o início do medicamento. Recomenda-se o seguinte esquema a partir da cessação tabágica, **não extrapolando a dose máxima recomendada de 15 pastilhas ao dia** (BRASIL, 2001):

Semana 1 a 4: 1 pastilha a cada 1 a 2 horas.
Semana 5 a 8: 1 pastilha a cada 2 a 4 horas.
Semana 9 a 12: 1 pastilha a cada 4 a 8 horas.
Duração total do tratamento: 12 semanas.

Os efeitos colaterais mais comuns são: tonteira, cefaleia, náuseas, vômitos, desconforto gastrointestinal, eructação, diarreia, flatulência, constipação, ulceração na boca ou língua (BRASIL, 2001).

Semelhante à goma de mascar de nicotina, a pastilha de nicotina também pode ser usada como um complemento aos que estão em uso de adesivo transdérmico de nicotina e/ou cloridrato de bupropiona e ainda fumam poucos cigarros por dia. Esses poucos cigarros podem ser substituídos pelas pastilhas de nicotina.

– Segurança

Fumantes frequentemente manifestam duas preocupações em relação ao uso de reposição de nicotina. A primeira relacionada à possível toxicidade e a segunda ao desenvolvimento de dependência aos medicamentos. Antes de iniciar o tratamento, portanto, é necessário informar que a nocividade do cigarro vai muito além dos efeitos da nicotina (que é o agente viciante) e que a concentração de nicotina no sangue que os medicamentos liberam é menor que a atingida pelo fumo do tabaco inalado, o que desfavorece a dependência (FIORE et al., 2008a).

Há evidências de que a TRN não leva a um aumento no risco de eventos adversos cardiovasculares, mesmo em fumantes com história de doença cardiovascular estabelecida (JOSEPH et al., 1996; STEAD et al., 2012). Os benefícios da reposição de nicotina por meio de cessação do tabagismo superam os eventuais riscos na maioria dos fumantes com doenças cardiovasculares nos estudos. Recomenda-se, porém, que problemas como hipertensão arterial, insuficiência coronariana e arritmia devam estar compensados, uma vez que medicamentos com ação adrenérgica, como as diversas formas de TRN, podem ser prejudiciais (TONSTAD et al., 2003).

Dessa forma, as principais contraindicações à TRN são (BRASIL, 2001; DAUTZENBERG et al., 2007; FIORE et al., 2008a; FORD; ZLABEK 2005; GONÇALVES; MEIRELLES, 2005; MOHIUDDIN et al., 2007, MURRAY et al., 1996; ZWAR et al., 2011.):

- Absolutas:
 - o Qualquer apresentação:
 - Hipersensibilidade ao medicamento.
 - Doença cardiovascular não compensada.
 - Quadro de angina pectoris constante.
 - Eventos coronarianos agudos em um período inferior a duas semanas.
 - o Adesivo:
 - Vigência de doenças dermatológicas que impeçam a adequada aplicação.

- o Goma:
 - Incapacidade de mascar.
 - Afecções ativas da articulação temporomandibular.
 - Úlcera péptica ativa.
- o Pastilha:
 - Fenilcetonúria (devido à presença de aspartame na composição).
 - Úlcera péptica ativa.
- Relativas:
 - o Gravidez e amamentação (preferir agentes de ação rápida).
 - o Idade inferior a 18 anos.

6.5.2 Cloridrato de bupropiona

O **cloridrato de bupropiona** é um antidepressivo e fármaco de primeira linha para tratamento de cessação de tabagismo para fumantes que necessitam auxílio farmacológico para abandonar o hábito. O seu efeito antidepressivo não explica completamente o seu efeito para cessação do tabagismo, que pode ter relação com a redução do transporte neuronal de neurotransmissores – dopamina e noradrenalina – ou do antagonismo aos receptores nicotínicos (REICHERT et al., 2008).

– Eficácia

Múltiplos estudos apontam a eficácia da bupropiona para se alcançar a abstinência do tabaco em longo prazo. Uma meta-análise de 2008 encontrou um OR 2,0 (IC 95% 1,8-2,2), enquanto outra de 2012 encontrou um RR de 1,62 (IC 95% 1,49-1,76) para abstinência do tabaco em seis meses ou mais após uso do medicamento em comparação com placebo (FIORE et al., 2008a; HUGHES; STEAD; LANCASTER, 2014).

– Posologia

O cloridrato de bupropiona está disponível na apresentação de 150 mg por comprimido. Recomenda-se o seguinte esquema de tratamento:

Primeiros três dias de tratamento: 1 comprimido de 150 mg pela manhã.
A partir do quarto dia de tratamento, até completar 12 semanas: 1 comprimido de 150 mg duas vezes ao dia (manhã e tarde, com intervalo de 8 horas entre as doses).

Como a bupropiona leva de cinco a sete dias para atingir níveis terapêuticos, **deve ser iniciada uma semana antes da data marcada para parar de fumar**. Recomenda-se que os comprimidos sejam tomados pela manhã e pela tarde, evitando a proximidade da segunda dose com o horário de dormir, já que a insônia é um dos principais efeitos colaterais (FIORE et al., 2008a; REICHERT et al., 2008).

A utilização de uma dose mais baixa do medicamento é uma opção, especialmente para os fumantes que não toleram a dose total devido aos efeitos colaterais. A utilização da dose de 150 mg por dia, em comparação com a dosagem de 300 mg por dia, mostrou causar menos efeitos colaterais sem prejuízo da efetividade do tratamento (HURT et al., 1997; HUGHES; STEAD; LANCASTER, 2014; MURAMOTO et al., 2007; SWAN et al., 2003).

Em geral, a bupropiona é bem tolerada, e seus efeitos colaterais mais comuns são boca seca, insônia (sono entrecortado), cefaleia, constipação intestinal, urticária e, em altas doses, risco de convulsão (BRASIL, 2001). Quando usada em associação à TRN, recomenda-se a monitorização da pressão arterial, que pode se elevar. Um efeito adverso interessante do medicamento é a tendência à perda de peso, o que pode compensar em parte o risco de ganho ponderal conferido pela cessação tabágica (FIORE et al., 2008a; REICHERT et al., 2008, ZWAR et al., 2011).

A duração recomendada para o tratamento é de 12 semanas. Entretanto, um tratamento mais prolongado pode ser considerado em casos selecionados, como em ocorrência de recaídas prévias ou no intuito de manter o efeito antidepressivo da bupropiona (HAYS et al., 2001).

– Segurança

Recomenda-se que problemas como hipertensão arterial, insuficiência coronariana e arritmia devam estar compensados, uma vez que medicamentos com ação adrenérgica, como a bupropiona, podem ser prejudiciais (TONSTAD et al., 2003).

A bupropiona parece reduzir o limiar de convulsão: ensaios clínicos de cessação do tabagismo encontraram uma incidência de crise convulsiva em 0,1% das pessoas em uso do medicamento. O risco de convulsão com uso da bupropiona é dose-dependente e ocorre mais frequentemente em situações de sobredose ou em pessoas com outros fatores de risco para convulsões. É recomendável evitar o seu uso caso o indivíduo faça uso de outros medicamentos que também diminuam o limiar convulsivo, como antimaláricos, hipoglicemiantes orais ou antidepressivos (FIORE et al., 2008a; ZWAR et al., 2011).

São, portanto, contraindicações absolutas ao uso de bupropiona (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2004; GONÇALVES; MEIRELLES, 2005; THORDIS; NETE; MERETE, 2010):

- Hipersensibilidade ao medicamento.
- Antecedente convulsivo ou epilepsia ou qualquer outro risco para convulsão.
- Alcoolistas em fase de retirada do álcool.
- Doença cerebrovascular.
- Bulimia ou anorexia nervosa.
- Uso de inibidor da MAO há menos de 15 dias.
- Gestação e amamentação.

As contraindicações relativas são (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2004; GONÇALVES; MEIRELLES, 2005; THORDIS; NETE; MERETE, 2010):

- Uso concomitante de carbamazepina, cimetidina, barbitúricos, fenitoína, antipsicóticos, antidepressivos, teofilina, corticoesteroides sistêmicos, pseudoefedrina ou benzodiazepínicos.
- Diabetes *mellitus* em uso de hipoglicemiante oral ou insulina.
- Hipertensão arterial não controlada.

6.5.3 Tratamento medicamentoso combinado

Algumas combinações de medicamentos mostraram ser efetivas no tratamento do tabagismo. Diversos estudos apontaram que a associação entre as formas de TRN ou entre TRN e bupropiona pode minorar os sintomas da síndrome de abstinência e aumentar as taxas de cessação, quando comparada às opções de monoterapia (FIORE et al., 2008a; STEAD et al., 2012; ZWAR et al., 2011). Entretanto, deve-se ter cuidado na sua utilização, devido ao aumento dos seus efeitos colaterais em relação ao uso isolado de um medicamento (ANTHONISEN et al., 2005; GONÇALVES; MEIRELLES; 2005).

Dessa forma, recomenda-se que o uso da terapia combinada seja reservado para usuários que não conseguiram parar de fumar com monoterapia, ou para aqueles que apresentem “fissura” por fumar importante, apesar do uso da monoterapia. Neste caso, recomenda-se dar preferência para associações com goma de mascar ou pastilha de nicotina.

- São possibilidades de associação de medicamentos:
- Adesivo de nicotina + goma de mascar de nicotina
- Adesivo de nicotina + pastilha de nicotina
- Adesivo de nicotina + bupropiona
- Bupropiona + goma de mascar de nicotina
- Bupropiona + pastilha de nicotina
- Adesivo de nicotina + bupropiona + goma de mascar de nicotina
- Adesivo de nicotina + bupropiona + pastilha de nicotina

Nas opções envolvendo o **cloridrato de bupropiona**, recomenda-se que este seja iniciado uma semana antes da data de parada e, então, no dia da interrupção do uso de cigarro (geralmente oitavo dia do tratamento) inicia-se o uso da **TRN**, continuando os comprimidos de bupropiona de forma associada. Durante o período de associação, é recomendada a monitorização da pressão arterial (ZWAR et al., 2011).

6.5.4 Comparação das eficácias

A eficácia comparada dos tratamentos farmacológicos isolados ou em combinação foi publicada em 2008, em uma diretriz de tratamento para cessação do tabagismo, por meio da comparação de vários estudos (FIORE et al., 2009). Observou-se que as taxas de abstinência para tratamentos com monoterapia – como **goma, adesivo e bupropiona** – são próximas. Comparações

diretas entre elas não encontraram diferenças significativas (STEAD et al., 2012). Entretanto, o tratamento combinado – **adesivo (TRN) + goma (TRN) ou adesivo (TRN) + bupropiona** – mostrou resultados significativamente superiores em comparação às monoterapias (FIORE et al., 2008a; STEAD et al., 2012).

Enfatiza-se, novamente, que a escolha inicial do tratamento deve basear-se no perfil e nas preferências do paciente, tentativas prévias de cessação, na experiência do profissional que acompanha e também na disponibilidade dos medicamentos.

Obstáculos e desafios para cessação

7

Diversos obstáculos e desafios para cessação de tabagismo foram apresentados ao longo do Caderno. Aqui discutiremos os principais deles – a ambivalência, o ganho de peso, a síndrome de abstinência, o consumo concomitante de álcool e a recaída – de uma forma mais detalhada e aprofundada.

7.1 Ambivalência

É comum que o usuário apresente ambivalência durante o processo de cessação, trazendo em seus relatos ou atitudes o entendimento de que “precisam” parar de fumar, mas ao mesmo tempo de que “gostam de fumar”, questionando “como enfrentar suas dificuldades na vida sem o cigarro”. Muitas vezes, essa ambivalência é percebida pelo profissional como falta de motivação. No entanto, é importante que o profissional compreenda e esclareça-o que é natural que se sinta dividido entre parar e continuar, pois ele associou, ao longo dos anos como tabagista, o ato de fumar a muitos espaços e momentos de sua vida.

O usuário deve ser estimulado a desenvolver atividades alternativas, de modo a substituir o lugar que o cigarro ocupa em sua vida e, assim, ir desvinculando em sua rotina as associações estabelecidas. Portanto, a ambivalência não deve ser interpretada como falta de motivação, mas sim um aspecto esperado durante o tratamento do tabagismo, como com qualquer outra droga. Esta ambivalência precisa ser exposta, acolhida e explicada como um sentimento esperado e comum para pessoas que estão passando por este processo, debatendo estratégias para trabalhá-la e usá-la a seu favor: “o que você quer mais?”.

7.2 Ganho de peso

O ganho de peso é um importante obstáculo para a cessação tabágica. Estima-se que ocorra uma redução da taxa metabólica basal de 4% a 16% ao se deixar de fumar. Além disso, alguns estudos indicaram um aumento significativo no consumo calórico diário ao se deixar de fumar,

oscilando entre 100 a 250 kcal/dia, embora outros estudos não mostrarem esse aumento no consumo calórico, apesar do ganho ponderal (NEVES, 2012).

Ex-fumantes, na falta do cigarro, podem sentir falta de manusear algo com a boca e com as mãos. O comer (incluindo o hábito de “petiscar” ou “beliscar”) apresenta algumas semelhanças à ação repetitiva do fumar. Por isso, ex-tabagistas podem comer com os mesmos propósitos que os levava a fumar, como lidar com o estresse, escapar do tédio, controlar a tensão, passar o tempo ou auxiliar na integração social.

A preocupação com o ganho de peso ao deixar de fumar torna-se uma importante barreira para que alguns fumantes tomem essa decisão, principalmente entre as mulheres. Em um estudo, 50% das mulheres e 26% dos homens tabagistas afirmam que o medo de engordar após a cessação do tabagismo desencoraja que tomem a decisão de parar de fumar (CLARK et al., 2006). Após a cessação, o ganho de peso pode ser um importante fator para a recaída (BRASIL, 2001; NEVES, 2012).

Dos indivíduos que param de fumar, 10% dos homens e 13% das mulheres apresentam ganho de peso acima de 13 kg. No entanto, a grande maioria apresentará um ganho mais modesto, em média, de 3 kg a 5,5 kg. Ressalta-se, porém, que alguns podem não engordar e outros podem inclusive emagrecer no processo de cessação (BRASIL, 2001; NEVES, 2012; WILLIAMSON et al., 1991).

O ganho de peso após a cessação do tabagismo parece ser proporcional ao consumo de cigarros diários, ou seja, os que fumam mais que 25 cigarros por dia apresentam em média um maior aumento do peso ao deixar de fumar. Os principais fatores para o ganho de peso são: a melhora do paladar ao se parar de fumar, a repetição do hábito de se colocar algo na boca, o estresse e a ansiedade envolvidos no processo de cessação, a premiação por ter conseguido cessar o tabagismo, além da redução do metabolismo corporal (CLARK et al., 2006; FIORE et al., 2008a; NEVES, 2012; WILLIAMSON et al., 1991).

É importante salientar que geralmente o ganho de peso após a cessação do tabagismo é temporário; na maioria dos casos, ocorre nos primeiros meses após a cessação. Após um ano sem fumar, o peso tende a retornar para os níveis esperados para sexo e faixa etária de não fumantes. Essas informações são importantes de serem colocadas ao grupo e também em consultas individuais, devendo ser de conhecimento de todos na equipe, não só daqueles que estão organizando o grupo de cessação do tabagismo (BRASIL, 2001).

O profissional de saúde não deve negar, tampouco minimizar, a possibilidade de ganho de peso com a cessação do tabagismo para a pessoa motivada a parar de fumar. Deve-se reforçar que parar de fumar é sempre benéfico, mesmo com o risco de ganho de peso. É uma boa oportunidade para se recomendar uma dieta balanceada rica em frutas, verduras, legumes, com baixo teor de gordura e elevado consumo de água. Entretanto, é prudente não indicar uma dieta rigorosa logo no primeiro momento de mudança do hábito. Por fim, deve estimular o usuário a praticar atividades físicas regulares, de acordo com sua condição clínica (BRASIL, 2001; 2011c).

No Quadro 12 estão resumidas algumas dicas práticas que a equipe de saúde pode usar para orientar os usuários a pararem de fumar sem um ganho de peso importante.

Quadro 12 – Dicas práticas para controle do peso durante a cessação tabágica

- Monitore seu peso semanalmente, anote e verifique as variações.
- Organize seu dia alimentar planejando suas refeições antecipadamente. Estabeleça faixas de horários para realização das refeições e cumpra.
- Não fique muitas horas sem se alimentar, coma em intervalos de algumas horas. Recomendam-se seis refeições diárias estruturadas, sendo três principais (café da manhã, almoço e jantar) e três lanches (da manhã, da tarde e ceia). Tente não “beliscar” durante os intervalos.
- Ao fazer compras, dê preferência para comidas saudáveis e, sempre que possível, tente incluir saladas, frutas e verduras em sua alimentação. Faça uma lista de compras e procure não ir ao mercado com fome.
- Não faça compensações. Caso tenha exagerado em alguma refeição, não busque compensar comendo pouco em outra refeição. Tenha uma alimentação balanceada sempre e procure não pular refeições.
- Hidrate-se adequadamente. Beba cerca de seis a oito copos de água ao longo do dia.
- Coma devagar e sem distrações, como ver TV, usar o celular, acessar a internet. Mastigue bem e preste atenção ao que e ao quanto você está comendo.
- Coma sem culpa, mas não exagere. Pare quando estiver satisfeito.
- Reduza ou evite as bebidas alcoólicas e café ou bebidas com cafeína, como chás e refrigerantes. Elas podem ser um convite ao cigarro.
- Tenha alimentos que você possa “atacar em caso de emergência”: gelatina *diet*, palitos de cenoura, palitos de pepino, fruta, iogurte com pouca gordura devem estar sempre disponíveis.
- Caso não consiga controlar a vontade de ter algo na boca, opte por balas e chicletes sem açúcar.
- Em festas, restaurantes e ocasiões especiais, planeje mentalmente o que e quanto você vai comer e beber.
- Pratique alguma atividade física regularmente. Além de elevar o gasto energético, a atividade física auxilia no controle da ingestão de alimentos e também na vontade de fumar.
- Diante de qualquer dificuldade, procure a ajuda da sua equipe de saúde.

Fonte: Elaboração própria.

7.3 Síndrome de abstinência

A síndrome de abstinência da nicotina é uma das mais importantes barreiras para a cessação do tabagismo. Quando se para de oferecer nicotina ao cérebro, ele reage à sua ausência. Os principais sinais e sintomas dessa síndrome são (BRASIL, 2011c; FAGERSTRÖM, 2006; HENNINGFIELD; COHEN; PICKWORTH, 1993; ROSEMBERG, 2003):

- Disforia.
- Irritabilidade.
- Tonteira e vertigens.
- Cefaleia.
- Agressividade.
- Tristeza.
- Ansiedade.
- Agitação.
- Dificuldade de concentração.
- Distúrbios do sono.
- Bradicardia.
- Fissura, definida como um forte de desejo em fumar.

Esses sintomas, que caracterizam a síndrome de abstinência da nicotina, variam com o grau de dependência à nicotina, sendo mais intensos naqueles usuários de maiores doses de nicotina e podem não acontecer em alguns fumantes leves que cessam o tabagismo. Aproximadamente 75% dos fumantes que tentem parar de fumar apresentam sintomas da síndrome de abstinência da nicotina (MARTINEZ; KALIL; LIMA, 2012). Na tentativa de evitar esses sintomas desagradáveis, o usuário volta a fumar, levando a recaída do tabagismo (HAGGSTRÄM; CHATKIN, 2007).

Os sintomas iniciam cerca de 8 horas após a interrupção de uso, tendo sua intensidade aumentada nos três a quatro primeiros dias, desaparecendo em torno de uma a duas semanas. A fissura tende a permanecer por mais tempo que os demais sintomas, porém ela vai reduzindo gradativamente a sua intensidade e aumentando o intervalo entre um episódio e o outro. A fissura em geral não dura mais que cinco minutos, por isso é importante orientar ao usuário que nesse momento tenha estratégias para que ele passe mais brevemente, e que não tenha recaídas. Todas essas informações são extremamente relevantes para as pessoas motivadas a cessar o tabagismo, uma que vez, quando informadas, lidam significativamente melhor com as dificuldades encontradas (BRASIL, 2011c; HUGHES, 2012).

O profissional de saúde, durante o acompanhamento do tabagista, deve estar atento a esses sintomas e, como já mencionado, avaliar a necessidade de uso de medicamentos para seu alívio, lembrando que a orientação da pessoa neste momento, em geral, é a intervenção de maior impacto, principalmente em relação à questão de que a síndrome de abstinência cessa em alguns dias. Além disso, outros recursos podem ser usados, baseados principalmente em técnicas comportamentais para manejo do estresse, distração e substituição. No Apêndice D, você poderá encontrar diversas técnicas e dicas relacionadas com a proposta de roteiro para as sessões em grupo.

7.4 Consumo de álcool

A dependência da nicotina está relacionada ao consumo aumentado de álcool. Fumantes são mais propensos a consumir bebidas alcoólicas e os consumidores do álcool mais propensos a fumar; essa relação, portanto, pode ser considerada bidirecional e dose dependente (COVEY et al., 1994; ISTVAN; MATARAZZO, 1984; KAO; SCHNEIDER; HOFFMAN, 2000; MALBERGIER; OLIVEIRA JÚNIOR, 2005).

Por serem lícitas e de livre comercialização, o tabaco e o álcool são as drogas mais consumidas mundialmente. Um estudo acerca da associação entre o álcool e o tabaco apontou que (DROBES, 2002):

- 30% dos tabagistas são usuários nocivos ou dependentes de álcool.
- Tabagistas consomem mais álcool em relação aos não tabagistas.
- As chances de tabagistas tornarem-se dependentes de álcool são 2,7 vezes maiores se comparados aos não tabagistas.
- A prevalência de tabagismo entre os dependentes de álcool não se modificou, apesar do declínio do consumo de cigarro na população geral.
- 90% dos dependentes de álcool fumam, sendo que 70% destes fumam ao menos um maço por dia.
- Quanto mais intenso o consumo de álcool, maior o consumo de cigarro.

No caso de tabagistas, que também apresentam uso nocivo do álcool, é importante, já na abordagem inicial, averiguar o desejo do usuário em cessar o consumo de ambas as substâncias, pesando os riscos à saúde e os danos mais imediatos a sua vida e de sua família, realizando um planejamento adequado. Não há consenso quanto à melhor estratégia a se usar: propor a interrupção do tabagismo e do alcoolismo ao mesmo momento; ou se em momentos diferentes (CALDAS, 2012). Recomenda-se, portanto, que o profissional de saúde avalie cada caso individualmente, pesando os riscos e os benefícios da abordagem para cessação simultânea. O mesmo ocorre com pessoas que, além do tabaco, são dependentes de outras drogas.

Nessas situações, é interessante que profissional e usuário estejam informados acerca de outros recursos disponíveis na rede de saúde e parceiros intersetoriais (tais como Caps-ad, grupos

de Alcoólicos Anônimos da comunidade etc.), que possam oferecer atenção e acompanhamento ao usuário, após a abordagem do tabagismo realizada na unidade de saúde.

7.5 Prevenção de recaída

Durante o processo de cessação de tabagismo, o indivíduo pode se deparar com diferentes situações difíceis, que podem ser inéditas ou já vivenciadas anteriormente, em outras tentativas de parar de fumar. Neste momento, é imprescindível que o profissional de saúde esteja preparado para fornecer informações necessárias que possam subsidiá-lo no entendimento dos processos e das mudanças orgânicas que estão ocorrendo, os possíveis sintomas que poderão aparecer ao longo do tratamento, bem como o fornecimento de orientações para enfrentamento de sintomas de abstinência e situações tentadoras para o tabagismo.

Além disso, a prevenção de recaída é trabalhada durante todo o processo de tratamento. Nesse caso, ressaltam-se as técnicas utilizadas para controle da abstinência e da compulsão, entre elas: cuidar do estresse e da ansiedade; evitar ficar perto de pessoas que fumam; evitar bebida alcoólica e procurar ocupar o tempo com atividades, especialmente com a realização de atividade física.

A abertura para que sejam explicitados os receios e as dúvidas da pessoa, a orientação individualizada e o apoio oportuno podem auxiliar efetivamente na redução da ansiedade, desmistificação sobre as causas de determinados sintomas e na compreensão da “normalidade”/“previsibilidade” de determinadas dificuldades e desafios.

Os principais fatores de risco relacionados à recaída de uso do tabaco são apresentados no Quadro 13.

Quadro 13 – Principais fatores de risco para recaída

- Dificuldades importantes e fracassos em tentativas anteriores de cessação.
- Presença de outros fumantes no domicílio ou no trabalho.
- Uso pesado de tabaco.
- *Status* socioeconômico baixo.
- Cigarros mentolados.
- Circunstâncias de vida estressantes.
- Comorbidades psiquiátricas.
- Múltiplas tentativas de cessação.
- Baixa motivação.

Fonte: SERLIN et al., 2012.

Cabe ressaltar a distinção entre **lapso** e **recaída**. **Lapsos** ocorrem quando o usuário traga o cigarro ou fuma esporadicamente, após a cessação do tabagismo, sem que com isso retorne ao hábito tabagista. Algumas referências o definem como um consumo inferior a sete dias consecutivos após a cessação (“No último final de semana dei uns tragos no cigarro da minha amiga”). Já a **recaída** ocorre quando ele retorna ao hábito de fumar após uma tentativa de cessação, definido como o ato de fumar frequentemente por sete dias consecutivos (“Eu fiquei dois meses sem fumar e agora voltei a fumar igual antes”) (ISMAEL, 2007).

Tanto o lapso quanto a recaída, quando ocorrem, podem fazer com que o usuário se sinta culpado. É importante frisar para a pessoa que, tanto um como o outro, fazem parte do processo de aprendizado no que diz respeito à cessação. Ambos, quando ocorrem, devem ser avaliados em que contexto ocorreram, para que o fumante se dê conta de como e por quê aconteceu e, desta forma, de como ele poderá prevenir situações iguais ou semelhantes no futuro (ISMAEL, 2007).

O Quadro 14 sumariza algumas dicas importantes a serem repassadas aos fumantes em cessação do tabagismo, visando evitar lapsos e recaídas.

Quadro 14 – Estratégias efetivas para usuários preparados para deixar de fumar

Abordagens Psicossociais	Construção de estratégias	Exemplos
Desenvolver habilidades para resolução de problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Construção de estratégias 	Reconhecer estresse, sentimentos negativos, companhia de fumantes, álcool, angústia, ansiedade, tristeza, depressão.
	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar riscos de recaída 	Desenvolver estratégias substitutivas
	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver estratégias substitutivas 	Aprender estratégias: <ul style="list-style-type: none"> • Reduzir humor negativo (relaxar, banhar-se, fazer algo prazeroso, ouvir música, ler, exercícios). • Controlar urgência por fumar (caminhar, distrair-se, tomar água, sucos, escovar os dentes, mascar chiclete).

continua

conclusão

Apoio da equipe de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre a dependência 	<ul style="list-style-type: none"> • Saber reconhecer a abstinência (sintomas, duração). • Conhecer a natureza aditiva da nicotina (uma tragada pode gerar recaída). • Saber que a fissura cede em pouco tempo (três minutos). • Aprender estratégias substitutivas para atravessar os momentos difíceis.
	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a tentativa de abandono 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe um tratamento eficaz para deixar de fumar. • Transmitir confiança: capacidade de alcançar o êxito.
	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidar/responder às dúvidas e aos temores 	Indagar sobre o sentimento de parar, oferecendo apoio, sempre aberto a inquietações, temores e ambivalência.
	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer o plano de abandono 	Trabalhar motivos para o abandono, dúvidas e preocupações ao deixar de fumar, resultados obtidos e dificuldades.
Apoio social a familiares e amigos	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar suporte social e familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre contenção familiar e social. • Informar “dia D” aos familiares e amigos que escolher. • Estimular ambiente livre de tabaco em casa e no trabalho. • Pedir cooperação.
	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar o desenvolvimento das habilidades 	Identificar pessoas que apoiem a recuperação (pedir apoio, não fumar em sua presença, não oferecer cigarros, observar mudanças transitórias de humor).
	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular o suporte a outros fumantes 	Estimular outros fumantes a pararem.

Fonte: REICHERT et al., 2008. Com adaptações.

É muito importante que, durante o tratamento, o usuário esteja sempre subsidiado de conhecimentos que o motive a parar de fumar, e que a conscientização seja sempre focada, não necessariamente nos malefícios do cigarro, mas também nos benefícios que a vida sem o cigarro pode proporcionar. Deve-se estimulá-lo que reflita melhor sobre a relação “custo-benefício” envolvida no tabagismo. Ao parar de fumar, é natural que os primeiros dias sejam os mais difíceis, porém as dificuldades serão menores a cada dia e, acumulados os benefícios da cessação com o tempo, fica mais fácil decidir por continuar o tratamento e parar de fumar.

Doenças relacionadas ao tabaco

8

A inalação da fumaça do cigarro causa diversos efeitos nocivos à saúde, em especial doenças cardíacas, respiratórias e câncer, através de mecanismos bem conhecidos como inflamação, estresse oxidativo, alterações do DNA, dano endotelial, entre outros (CARVALHO, 2000; CEPEDA-BENITO; REYNOSO; ERATH, 2004; LAI et al., 2010; SMITH et al., 2009).

Mais de 4.700 substâncias já foram identificadas na fumaça do cigarro, sendo que mais de 60 delas são cancerígenas. Esses efeitos estão diretamente relacionados à duração e ao grau de exposição à fumaça do cigarro, apesar de pequenas quantidades ainda se relacionarem a diversas doenças, não existindo níveis seguros estabelecidos de consumo (ACHUTTI; ROSITO; ACHUTTI, 2004, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

Figura 6 – Substâncias químicas componentes do cigarro

	ELEMENTO	ENCONTRADO EM
SUBSTÂNCIAS CANCERÍGENAS	BENZENO	PESTICIDAS, DETERGENTES E GASOLINA
	POLÔNIO 210	ARMAS NUCLEARES E VELAS DE IGNIÇÃO
	CIANETO DE HIDROGÊNIO	CÂMARAS DE GÁS
	FORMALDEÍDO	FLUÍDO DE EMBALSAMENTO
METAIS TÓXICOS	XILENO	TINTAS DE CANETA
	DDT	INSETICIDAS
	FÓSFORO P4 E P6	PRODUTOS DE LIMPEZA, RATICIDAS E FERTILIZANTE
METAIS CANCERÍGENOS	ARSÊNICO	VENENO DE FORMIGA
	CÁDMIO	BATERIAS DE AUTOMÓVEL
	CHUMBO	TINTAS, SOLDAS E MUNIÇÕES
GASES TÓXICOS	MONÓXIDO DE CARBONO	FUMAÇA DE ESCAPAMENTO DOS CARROS
	TOLUENO	SOLVENTES INDUSTRIAIS
	CETONA	REMOVEDOR DE TINTAS E ESMALTES
OUTRAS SUBSTÂNCIAS	BUTANO	FLUÍDO DE ISQUEIRO E GÁS DE COZINHA
	ACETILENO	MACARÍCOS DE SOLDA INDUSTRIAL
	CLORETO DE VINILO	PLÁSTICOS
	FENOL	DESINFETANTES
	METANOL	COMBUSTÍVEL DE FOGUETES
	NICOTINA	VENENO DE BARATA
	PROPILENOGLICOL	ANTICOAGULANTES

O impacto causado pelo fumo começa pelos primeiros órgãos que entram em contato direto com a fumaça, desde a boca até os alvéolos pulmonares, seguido pelos vasos sanguíneos que absorvem parte das moléculas e sofrerão efeitos na sua parede (endotélio) e pelos componentes celulares do sangue. A distribuição ocorre em todo organismo, com formação de metabólitos nocivos para múltiplos órgãos, até que finalmente o trato urinário encarrega-se de eliminar as escórias destas moléculas, sofrendo também as consequências do contato tóxico, em última análise, representado pelo risco adicional de câncer de rim e bexiga. Os fumantes apresentam ainda problemas relacionados à cicatrização, menor densidade óssea (especialmente em homens idosos e em mulheres na fase pós-menopausa), aumento da incidência de periodontite e cáries, doenças pépticas, disfunção erétil, catarata e degeneração macular, entre outros (CARVALHO, 2000, CEPEDA-BENITO; REYNOSO; ERATH, 2004, SMITH et al., 2009, LAI et al., 2010).

A identificação de doenças relacionadas ao tabaco pode motivar o indivíduo tabagista para a cessação, do mesmo modo que a ausência delas durante a avaliação pode sinalizar ao tabagista o momento ideal para redução dos riscos. Cabe ao profissional ter conhecimento das informações que se seguem, para melhor informar e apoiar os seus usuários.

8.1 Doenças cardiovasculares

O tabagismo, conforme mencionado, é o principal fator de risco evitável para doenças cardiovasculares e maior causa de morte evitável da atualidade, especialmente por infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE), além de outras complicações graves, como amputações por doença arterial periférica (DAP). O uso de tabaco favorece aterosclerose através de seu efeito trombogênico e por estimulação neural simpática promovida pela nicotina. O monóxido de carbono, quando inalado pelos pulmões, é transferido para a corrente sanguínea, onde diminui a capacidade de transporte de oxigênio. A capacidade aeróbica do fumante é, então, prejudicada e ocorre um aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, predispondo o desencadeamento de arritmias (CRYER et al., 1976; NARKIEWICZ; SOMERS, 1998).

O risco de doença coronariana aumenta com o número de cigarros fumados por dia, o número total de anos de fumo e a precocidade da idade em que se começou a fumar. Entretanto, a maioria dos estudos aponta para uma significativa redução na incidência de doença coronariana e AVE após a cessação do tabagismo já nos primeiros anos, sendo que o risco de um AVE após 5 a 15 anos de abstinência passa a ser o mesmo de quem nunca fumou (JEMAL et al., 2011).

– O tabagismo e a hipertensão arterial sistêmica

Embora fumar seja um fator de risco para o desenvolvimento de diversas doenças cardiovasculares, o papel do tabagismo como fator de risco para hipertensão arterial sistêmica (HAS) ainda não está bem definido (KAPLAN; VICTOR, 2010; NARKIEWICZ; KJELSDEN; HEDNER, 2005). Fumar um cigarro eleva momentaneamente a pressão arterial, podendo seu efeito se manter por até duas horas, mas alguns estudos mostraram que a pressão arterial de fumantes era comparável, e algumas vezes até inferior, a de não fumantes (GREEN; JUCHA; LUZ, 1986; LEE et al., 2001). Outros estudos, porém, mostraram uma correlação significativa do tabagismo com

a prevalência da HAS, especialmente em idosos, sugerindo um papel relevante da aterosclerose no processo, mas a evidência ainda é, em sua maioria, de baixa qualidade (estudos transversais e caso-controle) (NARKIEWICZ; KJELDSEN; HEDNER, 2005).

A incidência de hipertensão é maior entre mulheres que fumam mais de 15 cigarros por dia, e a concomitância de hipertensão e o tabagismo diminuem a função ventricular esquerda em pessoas assintomáticas (BOWMAN et al., 2007; DOGAN et al., 2011). Além disso, ao promover o aumento da rigidez vascular, o cigarro parece aumentar a pressão arterial em pacientes já hipertensos e a resistência às drogas anti-hipertensivas neste grupo, fazendo com que o seu efeito seja inferior ao esperado (BRASIL, 2009b; CHOBANIAN et al., 2003; KAPLAN; VICTOR, 2010; RHEE et al., 2007).

O tabagismo também aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias e a progressão da insuficiência renal em hipertensos. A cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronariana entre 35% e 40% e parece ser a medida isolada de maior impacto para redução do risco cardiovascular no indivíduo hipertenso (KAPLAN; VICTOR, 2010). Esses achados reforçam que a cessação do tabagismo deveria ser um importante componente da estratégia para o controle da HAS (NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR CHRONIC CONDITIONS, 2006).

– A cessação do tabagismo como prevenção para doença cardiovascular

Um estudo investigou o possível impacto de medidas populacionais primárias de prevenção (em indivíduos saudáveis), em comparação com o trabalho de prevenção secundária para redução de risco em portadores de doenças cardiovasculares na Inglaterra e no País de Gales. Na população sadia, o maior e único fator de risco que contribuiu para a diminuição das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, entre 1981 e 2000, foi a cessação do tabagismo. Durante esse período, a mortalidade por essas doenças caiu 54%, e a prevalência do tabagismo, 35%. Com a interrupção do tabagismo, foram evitadas ou adiadas cerca de 24.680 mortes – quantidade substancialmente mais alta que a de óbitos adiados ou evitados pela redução do colesterol (4.710) e da pressão arterial (7.235) (UNAL; CRITCHLEY; CAPEWELL, 2005).

8.2 Diabetes *mellitus*

O tabagismo é o mais importante fator de risco cardiovascular em pessoas com diabetes *mellitus*, e a cessação do tabagismo reduz significativamente o risco de morrer. O tabaco correlaciona-se intimamente a complicações macrovasculares (IAM, AVE e DAP) neste grupo, e fumantes com diabetes apresentam um risco aumentado para desenvolvimento e agravamento de neuropatia, retinopatia e nefropatia (BRASIL, 2001; FAGARD; NILSSON, 2009).

Esse reconhecimento alterou as prioridades terapêuticas do diabetes, que por muito tempo se focaram quase que exclusivamente no controle glicêmico, o que, por sua vez, não mostrou ao longo do tempo alteração significativa da mortalidade e das complicações macrovasculares. A cessação do tabagismo é, hoje, considerada a primeira meta para o tratamento da pessoa

com diabetes, a ponto de se afirmar que no contexto do diabetes “abordar outras questões sem abordar o tabagismo é como reorganizar cadeiras no convés de um Titanic” (ERLICH; SLAWSON; SHAUGHNESSY, 2014). Fumantes possuem concentrações de VLDL, LDL e triglicérides mais elevadas e menores níveis de HDL quando comparado a não fumantes (CRAIG; PALOMAKI; HADDOW, 1989; FAGARD; NILSSON, 2009; MJØS, 1988). Os fumantes apresentam, ainda, por mecanismos desconhecidos, maiores níveis glicêmicos em comparação a não fumantes (FAGARD; NILSSON, 2009).

O tratamento do tabagismo atualmente recomendado para indivíduos com diabetes *mellitus* segue as mesmas diretrizes e recomendações para a população geral (FIORE et al., 2008a).

8.3 Doenças respiratórias

O tabagismo é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento da doença pulmonar obstrutiva crônica (Dpoc), além de predispor a pneumonia, tuberculose, asma, doenças intersticiais e rinosinusite (ARAUJO, 2012; FOREY; THORNTON; LEE, 2011; DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2006). Os fumantes estão mais susceptíveis às infecções respiratórias, com evolução mais grave e prolongada delas (ALMIRALL et al., 1999; MURPHY; SETHI; NIEDERMAN, 2000).

A função pulmonar normalmente decresce com a idade a partir da fase adulta jovem, mas os fumantes apresentam um declínio anual mais acentuado medido pelo volume expirado forçado do primeiro segundo (VEF1) (FIORE et al., 2008a). A cessação do tabagismo reduz significativamente a tendência de declínio da função pulmonar, independentemente do estágio da doença, quando comparada aos que continuam fumando (GODTFREDSSEN et al., 2008).

O tratamento do tabagismo em pessoas com doenças do sistema respiratório segue as mesmas diretrizes e recomendações para a população geral (FIORE et al., 2008a).

8.4 Neoplasias

O tabagismo favorece o desenvolvimento dos mais diversos tipos de câncer: pulmão, cavidade oral, nasofaringe, orofaringe, hipofaringe, cavidade nasal, seios paranasais, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, rim (corpo e pélvis), ureter, bexiga urinária, colo de útero e leucemia mieloide (DENISSENKO et al., 1996; SMITH et al., 2000; ZOJER et al., 1996).

Fumantes possuem uma chance de 10 a 30 vezes comparados a não fumantes de se desenvolver câncer broncogênico, e este risco se mostrou associado à carga tabagística. Já o câncer de laringe, encontrado predominantemente em homens com idade entre 50-70 anos, relaciona-se intimamente ao consumo associado do álcool e do tabaco, de maneira dose-dependente (CHOI; KAHYO, 1991; SALMASI et al., 2010; SAMET et al., 1988; SAMET, 1991).

Para usuários de tabaco já diagnosticados com câncer, os benefícios da cessação do tabagismo continuam bem definidos (FIORE et al., 2008a; ZWAR et al., 2011). Os principais são (CANTARINO; SANTIAGO, 2011):

- Redução do risco de outras doenças tabaco-relacionadas.
- Redução do risco de segundo tumor primário.
- Redução da progressão do câncer.
- Redução de complicações pós-operatórias.
- Redução da chance de pneumonite por radioterapia nos portadores de câncer de pulmão.
- Melhora da resposta ao tratamento do câncer (quimioterapia e radioterapia).
- Melhora da qualidade de vida.
- Aumento de sobrevida.

Portanto, fumantes com câncer em qualquer estágio da doença podem e devem, assim como os demais tabagistas, receber orientações quanto aos malefícios relacionados ao uso do tabaco e aos benefícios de sua cessação, devendo ser orientados e estimulados para abstinência conforme o seu estágio de motivação (Roda de Prochaska) descrito anteriormente.

A cessação do tabagismo em um paciente com câncer pode ser encarada como uma importante etapa do seu tratamento. A melhora da autoestima e da autoconfiança pelo indivíduo que consegue parar de fumar contribui para o enfrentamento da doença com uma postura mais positiva durante o período de tratamento e após (CANTARINO; SANTIAGO, 2011).

O tratamento do tabagismo em pessoas com neoplasia segue, em geral, as mesmas diretrizes e recomendações para a população geral (FIORE et al., 2008a).

Ciclos de vida e recortes populacionais

9

Cada fumante apresenta suas particularidades que, se não bem compreendidas, podem comprometer a eficácia do acompanhamento para cessação do tabagismo. É importante, portanto, reconhecer características relacionadas a algumas populações específicas.

9.1 Crianças e adolescentes

Diferentemente da tendência observada em adultos, o número de adolescentes que fumam tem permanecido elevado e até mesmo crescente, sendo a idade de iniciação de uso cada vez mais precoce no mundo. Dessa forma, o tabagismo em adolescentes tem sido um motivo de preocupação para a OMS. A iniciação precoce no uso do tabaco é um importante fator prognóstico para o adoecimento no futuro. Quanto mais cedo se estabelece a dependência ao tabaco, maior o risco de morte prematura na meia-idade ou na idade madura. A diferença em alguns anos no início do uso do tabaco pode quase dobrar os riscos de danos à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

No Quadro 15 são apresentados os principais efeitos nocivos do cigarro para a saúde do adolescente.

Quadro 15 – Principais efeitos nocivos do cigarro para a saúde do adolescente

- Dependência da nicotina.
- Aumento do risco para uso de outras drogas associadas.
- Risco de 3 vezes em relação ao não fumante de consumir álcool, 8 vezes para maconha e 22 vezes para cocaína.
- Maior probabilidade de continuação do tabagismo na idade adulta.
- Redução da taxa de crescimento do pulmão e menor nível de função pulmonar.

continua

conclusão

- Problemas respiratórios (asma, Dpoc, infecções respiratórias).
- Risco três vezes maior de apresentar falta de ar e expectoração em relação a um não fumante.
- Prejuízos na aptidão física, tanto em termos de desempenho quanto de resistência.
- Elevação do risco cardiovascular na vida adulta.
- Redução da expectativa de vida em relação ao não fumante em cerca de sete anos.
- Elevação da frequência cardíaca e do risco de arritmias.
- Aumento do risco de diversos tipos de cânceres, em especial o câncer de pulmão.

Fonte: CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b. Com adaptações.

Evidências apontam que a faixa etária mais comum de iniciação do tabagismo é de 10 a 19 anos, e diversas circunstâncias ligadas a este período podem explicar este fenômeno. O adolescente, por estar em uma fase de transição, passa por diversas situações de estresse e de insegurança, a começar pelo desconforto perante as modificações em seu corpo. O cigarro é frequentemente utilizado em situações de nervosismo, frustração, tensão e aborrecimento, a fim de controlar ou minimizar esses problemas. Além disso, o período da adolescência caracteriza-se por um marcado interesse na socialização, identificação e aceitação do indivíduo perante seus pares, levando o adolescente a seguir modelos nos grupos, o que, sem dúvida, será importante para a formação de sua identidade adulta. Por fim, padrões familiares podem ser mantidos pelo hábito tabágico. Setenta por cento dos adolescentes fumantes relataram ter pai ou a mãe fumantes dentro de casa, reforçando a ideia de que o modelo constitui um fator de importância na determinação do hábito de fumar (ISMAEL, 2007; FIORE et al., 2008a).

Ao se iniciar a abordagem desta população, devem ser evitadas as críticas e a desaprovação verbal da atitude do jovem fumante. Uma postura empática e colaborativa, dentro dos preceitos da entrevista motivacional (abordada anteriormente), propiciará uma abordagem mais adequada, permeada de compreensão, sensibilização e motivação do indivíduo (ISMAEL, 2007).

Os jovens fumantes precisam ser orientados e motivados para cessação do tabagismo da mesma forma como os demais fumantes, sendo a abordagem cognitivo-comportamental, igualmente, a peça principal no tratamento para cessação. A TRN mostrou-se segura para adolescentes, e os malefícios do uso continuado do tabaco certamente sobrepuja qualquer risco relacionado à nicotina administrada isoladamente (FIORE et al., 2008a). As evidências são escassas para o uso da bupropiona, o qual não é recomendado para o tratamento de indivíduos menores de 18 anos (ZWAR et al., 2011).

Por outro lado, crianças e adolescentes frequentemente encontram-se na condição de fumantes passivos. O acompanhamento de puericultura configura-se, então, um momento propício para a equipe de saúde indagar se os pais são fumantes e, caso positivo, orientá-los e motivá-los para a cessação, em benefício próprio e também para seus filhos.

Com o foco na prevenção da iniciação tabágica, durante os contatos rotineiros com a equipe de saúde, crianças maiores podem receber orientações sobre a importância de não começar a fumar, enquanto adolescentes devem sempre ser questionados sobre uso de cigarros e aconselhados quanto aos malefícios do hábito.

Duas importantes ferramentas disponíveis para trabalhar a prevenção de iniciação do tabagismo com crianças e adolescentes é o Programa Saúde na Escola (PSE) e Programa Saber Saúde. O PSE é uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação que visa ao fortalecimento de ações, na perspectiva do desenvolvimento integral dos estudantes e da articulação entre as redes de saúde e educação no âmbito estadual e municipal. Por meio dele, é possível elaborar e executar estratégias efetivas para orientação dos jovens, tais como oficinas, dinâmicas e palestras lúdicas acerca do tabagismo (BRASIL, 2007).

O Programa Saber Saúde, lançado em 1996 pelo INCA, é um módulo do Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco, desenvolvido especialmente para informar e educar as crianças nas escolas brasileiras quanto aos fatores de risco de câncer. Com a aprovação do Ministério da Educação, o Programa propõe-se a fornecer informações que ajudem os professores a formar cidadãos capazes de fazer opções de vida saudáveis e resistir às pressões sociais de forma consciente, que saibam preservar a saúde e o meio ambiente, tendo em vista melhor qualidade de vida para todos.

Você pode conhecer mais sobre o PSE e o Programa Saber Saúde nos links a seguir:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Saber_saude_2013.pdf

9.2 Mulheres

Apesar do esforço mundial para o seu controle, o consumo do tabaco vem aumentando consideravelmente nos países em desenvolvimento. Uma das principais causas do crescimento da epidemia mundial do tabagismo é o aumento expressivo do uso do tabaco entre mulheres jovens (GARRETT; ROSE; HENNINGFIELD, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001; 2009a; 2010).

Se, por um lado, a prevalência geral de tabagismo é superior em homens (inclusive no Brasil), estudos internacionais indicam que, no grupo de 12 a 17 anos, as mulheres são hoje mais propensas a serem fumantes diárias, ressaltando a importância de ações de prevenção à iniciação para esse grupo específico. O uso do cigarro pelas jovens pode, muitas vezes, ser interpretado como uma forma de protesto e de resistência, ainda que inconsciente ou não verbalizada, frente à opressão do cotidiano de uma sociedade sexista, e isso deve ser trabalhado durante um processo de cessação (BORGES; BARBOSA, 2009; ZWAR et al., 2011).

Em termos relativos, o tabaco promove um aumento mais substancial do risco para doenças cardiovasculares (especialmente IAM) em mulheres, comparado aos homens. Os motivos para essa diferença ainda não são conhecidos, mas podem estar relacionados a um efeito adverso da fumaça do tabaco sobre o estrogênio (TOBACCO FREE CENTER, 2011). Além disso, o risco da

mulher desenvolver os mais diversos tipos de cânceres, incluindo cânceres ginecológicos, aumenta expressivamente com o consumo do tabaco. Até 90% dos cânceres de pulmão e brônquios – segunda neoplasia que mais mata mulheres brasileiras, com incidência ascendente nas últimas décadas – são atribuídos ao cigarro, responsável ainda por 30% de todos os demais tipos de cânceres no gênero (BRASIL, 2014a). A Dpoc, na mulher, desenvolve-se com menor carga tabágica, de forma mais precoce e mais grave. O cigarro é ligado ainda a inúmeros outros malefícios, desde aumento de fraturas por fragilidade óssea até infertilidade (REICHERT et al., 2008; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2011).

A boa notícia é que estudos sugerem que as mulheres são mais propensas a procurar ajuda para cessação de tabagismo que homens. Por outro lado, elas podem enfrentar estressores e barreiras particulares durante este período, em especial depressão, um maior receio quanto ao ganho de peso (o ganho de peso médio é maior no gênero feminino), variações hormonais no ciclo menstrual, maior motivação não farmacológica para uso do tabaco (por exemplo, para a socialização) e diferenças educacionais. Dessa forma, mulheres podem se beneficiar de tratamentos de dependência do tabaco que abordam essas questões específicas, embora poucos estudos exploraram programas orientados para o gênero específico (FIORE et al., 2008a).

– Gestantes e lactantes

Fumar durante a gravidez é o fator que mais influencia a ocorrência de eventos adversos neste período. Mulheres fumantes ou expostas ao fumo passivo durante a gravidez apresentam maior risco de abortamento, parto prematuro, baixo peso ao nascer, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta e natimortos (BURTON; PALMER; DALTON, 1989; BUSH et al., 2000; DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001; LARSEN; CLAUSEN; JØNSSON, 2002). Para a criança, o tabaco representa de 1,5 a 3,0 vezes o risco de baixo peso ao nascer; 1,2 a 2,0 vezes de parto pré-termo; 1,2 a 1,6 vezes de morte fetal e 1,1 a 1,3 vezes de morte neonatal (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001).

A síndrome da morte súbita infantil também está associada com o tabagismo materno, com o risco de 3,0 vezes (IC 95% 2,5-3,5) maior entre crianças que foram expostas ao tabaco no período uterino ou pós-natal (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001). Estima-se que a exposição à Poluição Tabagística Ambiental (PTA) seja responsável por 24% a 32% do total de casos de morte súbita na primeira infância (BOLDO et al., 2010).

O Quadro 16 sumariza os principais eventos adversos do período perinatal cujo risco é aumentado pelo consumo do tabaco.

Quadro 16 – Eventos adversos relacionados ao tabagismo durante o período perinatal

Eventos relacionados ao tabaco durante a gestação:

- Abortos espontâneos e óbitos fetais.
- Nascimentos prematuros.
- Gravidez tubária.

continua

conclusão

- Descolamento prematuro de placenta.
- Placenta prévia.
- Outros episódios de sangramento.

Eventos relacionados ao tabaco em recém-nascido:

- Baixo peso.
- Redução da circunferência craniana.
- Síndrome da morte súbita infantil.
- Asma.
- Infecções respiratórias.
- Redução do desempenho cognitivo.
- Distúrbios do comportamento.

Fonte: ESKENAZI; CASTORINA, 1999; DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001. Com adaptações.

Os riscos associados ao tabaco, para a gestante e para a criança, podem ser reduzidos pela interrupção durante a gestação. O benefício mais importante ocorre com a cessação no início do primeiro trimestre: estudos sugerem que recém-nascidos de mães que interrompem o tabagismo neste momento apresentam medidas de peso e estatura ao nascer similares às de filhos de mães não fumantes. Deve-se ressaltar, porém, que a cessação a qualquer momento da gravidez resulta em benefícios para a mãe e a criança (FIORE et al., 2008a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Em relação à lactação, o cigarro associa-se ainda à redução da produção do volume de leite materno, da concentração de gordura no leite e do tempo da lactação (EVER-HADANI et al., 1994; LETSON; ROSENBERG, 2002).

A gestação e o puerpério são momentos propícios para se ofertar abordagens para cessação do tabagismo pois, em geral, a mulher está mais sensível com o seu bem-estar e com o cuidado da saúde do seu bebê. O esclarecimento e a orientação dessas mulheres sobre todos os riscos envolvidos com o hábito tabágico neste período é uma importante ferramenta para motivação da cessação, aliados às técnicas de entrevista motivacional e da abordagem cognitivo-comportamental (MELVIN et al., 2000).

A farmacoterapia com TRN de ação rápida como gomas e pastilhas pode ser empregada por grávidas e lactantes. Apesar da preocupação relacionada à toxicidade da nicotina para o feto, pesquisas sugerem que o tabagismo representa um risco muito superior para a gestante e a criança. Recomenda-se a utilização da TRN para mulheres fumantes pesadas e incapazes – ou inseguras – de parar por conta própria ou auxiliadas somente pela terapia comportamental. Os riscos e os benefícios do tratamento devem ser discutidos com a pessoa e a sua adoção ou não deve ser decidida com a mulher (VALBÖS; NYLANDER, 1994; ONCKEN et al., 2008; FIORE et al., 2008b; ZWAR et al., 2011).

Já o uso da bupropiona parece estar associado a um aumento no risco de anomalias congênitas, por isso é contraindicada neste período (FIORE et al., 2008a; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2011; ZWAR et al., 2011).

9.3 Homens

Apesar da prevalência de tabagismo em homens brasileiros apresentar, nos últimos anos, queda mais íngreme em comparação com as mulheres, eles ainda representam a maior parcela do total de fumantes, sendo a prevalência do tabagismo de 18,9% em adultos do sexo masculino e 11,0% do sexo feminino (BRASIL, 2014e).

O tabagismo é o principal fator de risco evitável à saúde do homem. Além disso, homens têm uma tendência maior de uso abusivo de álcool e outras drogas e também são mais acometidos por obesidade. Em média, homens apresentam um risco cardiovascular significativamente superior quando comparado às mulheres. O risco adicional promovido pelo tabagismo, tanto cardiovascular quanto para mortalidade geral (incluindo neoplasias) contribui para a manutenção da grande diferença entre as expectativas de vida dos gêneros, que em 2012 era de 71,0 anos para homens e 78,3 anos para mulheres. Contudo, com a constante redução da prevalência do tabagismo, mais pronunciada no sexo masculino, a tendência é de diminuição gradual desta disparidade nas próximas décadas (BRASIL, 2013a).

Ainda é presente no imaginário coletivo a associação da figura masculina com atributos como fortaleza e poder, criando-se a fantasia de que o homem está imune às mais diferentes adversidades (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Isso justifica, ao menos em parte, outros problemas de saúde pública relacionados ao gênero masculino, especialmente nos jovens, como acidentes de trânsito e outras causas externas de morbimortalidade. Homens tendem a procurar menos os serviços de saúde para prevenção e promoção de saúde, inclusive no quesito de deixar de fumar, e por esse motivo apresentam maior frequência de tentativas de paradas sem ajuda (FIORE et al., 2008a).

Todas essas características devem ser trabalhadas, individual ou coletivamente, durante o período de cessação, a fim de orientar, sensibilizar e motivar essa população e, por fim, potencializar os efeitos do acompanhamento.

Para fortalecer esse tipo de ação, foi instituída pela Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). A PNAISH, dispõe-se a qualificar a saúde da população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos, na lógica da concepção de linhas de cuidado que respeitem a integralidade da atenção à saúde desta população. Um dos principais objetivos desta Política é promover ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade masculina nos diversos contextos socioculturais e político-econômicos.

9.4 Pessoas idosas

O consumo de tabaco é a principal causa de mortalidade prematura entre as pessoas idosas de ambos os sexos, mas a literatura é escassa quanto ao estudo da cessação neste grupo específico.

A pessoa idosa de hoje vivenciou em sua juventude a fase glamorosa do tabaco, quando a pressão social a estimulava a adotar o tabagismo como estilo de vida. Normalmente, a pessoa idosa fumante já o é há décadas, sendo alta a probabilidade de um elevado nível de dependência à nicotina, o que torna a cessação mais difícil e a ajuda da equipe de saúde mais necessária. Os benefícios da cessação do uso do tabaco são mais discretos quanto mais tardia ela ocorre, e isso pode desestimular o tabagista idoso. Mas ainda que de menor magnitude, é importante reforçar para o fumante que os benefícios são reais e significativos (FIORE et al., 2008a; REICHERT et al., 2008).

Dois cenários são comuns no acompanhamento de pessoas nesta faixa etária. Alguns tabagistas crônicos aparentemente saudáveis utilizam o argumento de que já fumaram durante toda a vida e não adoeceram, justificando a crença de que são imunes aos malefícios do cigarro. Nem todos que fumam apresentarão complicações relacionadas ao tabaco, mas o risco persiste com o uso da substância, independentemente do tempo de uso e da idade do usuário. Outros, já adoecidos (muitas vezes, por complicações do uso do tabaco), argumentam que deixar de fumar não fará diferença. Mesmo em pacientes com diagnóstico de câncer, a cessação de tabagismo demonstrou benefícios, por isso cabe dialogar com a pessoa, à luz das evidências disponíveis e das preferências e valores individuais (CANTARINO; SANTIAGO, 2011).

A cessação do tabagismo é parte de um paradigma cada vez mais forte, em que são estimulados hábitos saudáveis para maior e melhor longevidade (REICHERT et al., 2008). A depender da realidade local quanto às necessidades e aos recursos, pode ser interessante a implementação de programas de cessação adequados para idosos dependentes do tabaco, nos quais sejam consideradas suas peculiaridades, com profissionais capacitados e hábeis a atender essa população, e com o foco da sensibilização voltado principalmente para os benefícios e qualidade de vida que a cessação irá produzir. O atendimento à pessoa idosa tabagista deve ser norteado pela lógica do atendimento multidisciplinar pela equipe de saúde, que envolva a abordagem deste problema, mas que leve em consideração questões individuais e familiares do paciente, sobretudo fatores dificultadores (convivência rotineira com jovens fumantes, baixa autoestima, interação medicamentosa, depressão, maior grau de dependência, entre outros) e preditores de sucesso do tratamento para cessação do tabagismo (companheiro(a) que não fume, alto grau de motivação à cessação do tabagismo, internação recente por doença relacionada ao tabagismo) (REICHERT et al., 2008).

Não existem restrições gerais à população idosa quanto ao tratamento medicamentoso. Contudo, deve-se reforçar a orientação do rodízio da aplicação do adesivo (TRN), uma vez que pessoas idosas apresentam redução do turgor da pele e, por isso, estão mais propensas a irritação local. Além disso, pessoas que usam prótese dentária podem ter dificuldade de usar a goma de nicotina (REICHERT et al., 2008). O medicamento cloridrato de bupropiona deve ter sua dose ajustada nas pessoas com

alteração da taxa de filtração glomerular por doença renal crônica. Apesar de ser também uma opção para o idoso, o tratamento medicamentoso deve ser preferencialmente evitado, uma vez que esta população tende a ser mais sensível a interações medicamentosas.

9.5 Indivíduo com comorbidades psiquiátricas

Dada a alta prevalência do consumo do tabaco na população em geral, mas sensivelmente maior entre pessoas com comorbidades psiquiátricas, torna-se de grande importância clínica o estudo e o reconhecimento da relação entre estas duas condições e suas repercussões para a saúde do indivíduo (TANSKANEN et al., 1997, MALBERGIER; OLIVEIRA JÚNIOR, 2005). Para um cuidado qualificado, faz-se necessário não só o reconhecimento da(s) comorbidade(s) psiquiátrica(s) em si, mas também das condições gerais da pessoa, de modo que o profissional esteja preparado para entender e lidar com sintomas e situações diversas advindas do hábito tabágico e/ou de sua cessação (MALBERGIER; OLIVEIRA JÚNIOR, 2005).

Fumantes com comorbidades psiquiátricas são tão motivados quanto à população geral para cessação de tabagismo. As mesmas estratégias descritas genericamente, anteriormente, são aplicáveis a este grupo, com o cuidado de um monitoramento próximo do usuário quanto à sua condição comórbida. A cessação do tabagismo associa-se à redução de sintomas depressivos, ansiedade e estresse, além de melhora significativa do humor (ZWAR et al., 2011).

Transtornos psiquiátricos descompensados podem facilitar recaídas em fumantes em cessação, sendo necessário ao profissional reconhecer possíveis comorbidades psiquiátricas que o indivíduo possa apresentar, bem como as especificidades de cada transtorno e sua relação com o tabagismo. Os indivíduos acometidos por transtornos psiquiátricos que possuem características de comportamentos mais impulsivos, como o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno de humor bipolar, transtorno *borderline* de personalidade, entre outros, podem apresentar mais dificuldades em se controlar e resistir a determinados estímulos, sendo mais propensos ao uso de drogas e facilitando o desenvolvimento de dependência química. Pessoas com esquizofrenia, transtorno bipolar ou outros transtornos do humor percebem o cigarro mais prazeroso em relação aos que não possuem comorbidades, embora tenham ciência dos fatores de risco do cigarro (LEMOS; GIGLIOTTI, 2006).

Pessoas com diagnóstico de transtorno depressivo, motivadas para cessação tabágica, podem se beneficiar do uso de bupropiona. Caso a pessoa, porém, já esteja usando outro medicamento antidepressivo, recomenda-se a avaliação de uma terapia alternativa ou, em caso de associação dos medicamentos, observação próxima do controle dos sintomas e de efeitos adversos. Deve-se avaliar cuidadosamente a possibilidade e a pertinência da participação deste usuário em grupos de cessação tabágica ou se é mais indicado um acompanhamento individual. Por fim, recomenda-se ainda que essas pessoas tenham um período de acompanhamento mais prolongado em comparação aos que não apresentam este tipo de comorbidade.

9.6 População negra

A PNS encontrou uma prevalência de tabagismo significativamente superior na população negra (17,8% em pretos e 16,40% em pardos), em comparação à população branca (13,1%) (BRASIL, 2014e). Esses dados, entretanto, podem sofrer influência de variáveis socioeconômicas, como baixa renda e baixa escolaridade, internacionalmente relacionada ao tabagismo. Os escassos estudos que avaliaram o quesito raça/cor como fator de risco independente para o tabagismo são controversos (FIORE et al., 2008a; KUHNNEN et al., 2009; SÃO PAULO, 2011; BRASIL, 2014d).

Atualmente, evita-se o uso do termo “populações vulneráveis”, uma vez que estes grupos sociais não são vulneráveis *per se*, mas o que ocorre é que a sociedade na qual se encontram os vulnerabiliza. Prefere-se, portanto, a utilização da expressão “em situação de vulnerabilidade”.

Você sabia que a maioria da população brasileira é negra? Segundo dados do Censo de 2010 do IBGE, naquele ano viviam no País 82 milhões que se declararam pardos (43,1%) e 15 milhões pretos (7,6%), que somados são 97 milhões de pessoas (50,7%), em comparação aos 91 milhões de pessoas que se classificaram como brancas (47,7%).

Grupos sociais em situação de vulnerabilidade apresentam, geralmente, taxas mais elevadas de mortalidade geral, por alguns tipos de cânceres, cardiovasculares e infantis quando comparadas ao restante da população. Parte importante desta diferença pode ser imputada ao uso do tabaco, mas isso não explica totalmente as discrepâncias observadas. Predisposição genética é outro importante fator de risco: por exemplo, o risco cardiovascular é maior na população negra. Além disso, recentemente, estudos vêm sugerindo uma maior predisposição ao câncer de pulmão em tabagistas negros quando comparados a tabagistas brancos, o que justifica uma atenção especial a este grupo para controle do tabagismo (HONMA et al., 2009).

Estudos internacionais têm evidenciado, ainda, que o acesso a serviços de saúde e a qualidade do cuidado prestado a estes grupos – chamando a atenção para o caso da população negra, maioria numérica no País – são significativamente inferiores, o que se traduz em menor orientação de saúde e menor acesso ao tratamento para cessação de tabagismo (BRASIL, 2005).

Estudos internacionais concluíram que grupos em situação de vulnerabilidade apresentam, em média, o mesmo nível de motivação que o restante da população, mas, por receberem tratamentos eficazes com menor frequência, apresentam maiores taxas de recaída. Tudo isso indica a importância e a necessidade de expansão das intervenções de tratamento para dependência ao tabaco nestes grupos de forma efetiva, o que requer esforço de gestores e profissionais de saúde no sentido de identificar e atender a necessidade de tratamento dessa população, respeitando o princípio da equidade em saúde (FIORE et al., 2008a).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, tem como marca o “Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde”. Tem entre seus principais objetivos: a produção do conhecimento em saúde da população negra, promoção do acesso a serviços de saúde de qualidade, inserção do tema étnico-racial nos processos de Educação Permanente em Saúde, qualificação da coleta do quesito raça/cor para aprimoramento das informações da situação de saúde desta população, assim como para a verificação do princípio da equidade no SUS, entre outros. O texto completo da PNSIPN está disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf>.

Com o intuito de promover a equidade em saúde, o Ministério da Saúde, com a UNA-SUS, lançou o Curso EAD sobre Saúde da População Negra. Seu objetivo é instruir os profissionais para que atuem pela perspectiva do cuidado centrado na pessoa e na família, de forma a promover a melhoria da qualidade do atendimento de todos, reduzindo as desigualdades e alinhando-se aos princípios do SUS e da Política Nacional Integral da População Negra (PNSIPN). O curso, que é gratuito, está disponível em: <<http://www.unasus.gov.br/populacaonegra>>.

9.7 Indivíduo em desospitalização

O tabaco é responsável não só por mortes, mas também por parte considerável das internações hospitalares. Por outro lado, o momento da hospitalização pode ser um momento interessante para sensibilização e motivação do indivíduo para cessação do tabagismo, tanto pelo viés do cuidado à saúde perante um episódio de adoecimento, quanto pela própria proibição do uso do tabaco no ambiente hospitalar. Apesar disso, o apoio oferecido ao fumante em abstinência nestas circunstâncias é, em geral, deficiente (REICHERT et al., 2008; FIORE et al., 2008a).

A equipe de saúde deve, caso o indivíduo já não tenha iniciado o tratamento desde a internação, estimular e ofertar apoio ao paciente fumante para cessação do tabagismo tão logo sua alta hospitalar ocorra. A abordagem cognitivo-comportamental combinada ao componente medicamentoso mostrou-se eficaz no contexto de alta hospitalar, aumentando a taxa de cessação em comparação ao aconselhamento isolado durante a internação. Como descrito anteriormente, a TRN é segura em cardiopatas estáveis, sendo contraindicada em quadros descompensados ou agudos (evento coronariano há menos de duas semanas) (REICHERT et al., 2008).

Todos os passos descritos para acompanhamento e tratamento do fumante em cessação descritos ao longo deste material se aplicam também a este grupo (FIORE et al., 2008a).

9.8 Indivíduo com cardiopatia

Como citado, há estreita relação entre tabagismo e doenças cardiovasculares, sendo a cessação do tabagismo um componente fundamental no tratamento destas doenças. Deve, portanto, sempre alertar as pessoas para a importância da cessação do tabagismo no prognóstico de sua doença de base.

Estudos demonstraram segurança do tratamento para cessação do tabagismo com o uso de TRN em pacientes com doenças cardiovasculares estáveis. Por outro lado, ainda persistem preocupações quanto à segurança da TRN em quadros instáveis e agudos, mantendo-se a contraindicação absoluta do seu uso em pessoas no pós-infarto imediato (até duas semanas após), angina instável e arritmias cardíacas graves (MIRRA et al., 2010; ISSA; MOURA, 2012; COLOMA; SOUZA, 2012; JOSEPH et al., 1996).

Apesar da possibilidade de elevação da pressão arterial, a bupropiona é também considerada segura e eficaz no tratamento do tabagismo em indivíduos com doença cardiovascular estável (COLOMA; SOUZA, 2012; TONSTAD et al., 2003).

O tratamento do tabagismo em pessoas com doenças cardiovasculares estabelecidas segue as mesmas diretrizes e recomendações para a população geral (FIORE et al., 2008a).

9.9 Tabagista em recaída

O tabagista em cessação que recair deve ser encorajado a não desistir. Em média, são necessárias cinco a sete tentativas para se alcançar a cessação definitiva, e essa informação pode incentivar o fumante a uma nova tentativa (HUGHES, 2000).

Dessa maneira, ele pode (e deve), caso motivado, ser reencaminhado a novo grupo de tratamento, com ou sem o tratamento medicamentoso associado, a depender da decisão conjunta do indivíduo com o profissional de saúde assistente. Pode ser interessante, em caso de uso de algum medicamento na tentativa anterior, a mudança da estratégia terapêutica, com o objetivo de aumentar a taxa de sucesso (BRASIL, 1997; 2001; FIORE et al., 2008a; ZWAR et al., 2011).

Referências

- ACHUTTI, A. C.; ROSITO, M. H.; ACHUTTI, V. A. Tabagismo. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 533-538.
- AHLUWALIA, J. S. et al. Sustained-release bupropion for smoking cessation in African Americans: a randomized controlled trial. **JAMA**, Chicago, v. 288, n. 4, p. 468-474, 2002.
- ALIANÇA DE CONTROLE DE TABAGISMO. **A química do cigarro**. Apresenta as substâncias tóxicas presentes no cigarro. 2011. Disponível em: <<http://www.actbr.org.br/blog/index.php/2011/11/a-quimica-do-cigarro-2/>>. Acesso em: 26 nov. 2014.
- _____. **Relatório final: carga das doenças tabaco relacionadas para o Brasil**. Rio de Janeiro: ACT, 2012.
- ALKALINE SOFTWARE. **ICD10Data.com. 2015 ICD-10-CM Diagnosis Code Z72.0**. Apresenta aplicação, descrição, exclusão, regras de codificação e outras informações relacionadas ao código Z72.0 da CID-10. Last modified 2006. Disponível em: <<http://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/Z00-Z99/Z69-Z76/Z72-/Z72.0>>. Acesso em: 25 nov. 2014.
- ALMIRALL, J. et al. Proportion of community-acquired pneumonia cases attributable to tobacco smoking. **Chest**, Chicago, v. 116, n. 2, p. 375-379, 1999.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. **Luther L. Terry Awards Leadership on Tobacco Control**. Apresenta os ganhadores do prêmio Luther L. Terry de 2003. 2003. Disponível em: <<http://www.cancer.org/AboutUs/HonoringPeopleWhoAreMakingADifference/LutherTerryAwards/LutherTerryRecipients/2003-luther-l-terry-award-winners>>. Acesso em: 26 nov. 2014.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee Opinion. Tobacco use and women's health. **Obstet. Gynecol.**, New York, v. 118, n. 503, p. 746-750, 2011. [Reaffirmed 2013].
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed. revised. Washington: APA, 2000.
- _____. **DSM-5 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANTHONISEN, N. R. et al. The Effects of a Smoking Cessation Intervention on 14.5-Year Mortality. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 142, p. 233-239, 2005.

ARAUJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A Nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.

ARAUJO, A. J. Como abordar o tabagismo no paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica?. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Manual de condutas e práticas em tabagismo**. Rio de Janeiro: Gen Editorial, 2012. p. 256-259.

ARENDDT, H. **Entre o Passado e o Futuro**. São Paulo: Perspectiva, 1979.

BATISTELLA, C. Análise da Situação de Saúde: principais problemas de saúde da população. In: FONSECA, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV; Fiocruz, 2007.

BENOWITZ, N. L. Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. **N. Engl. J. Med.**, Boston, p. 1318-1330, 1988.

BERGMAN, B. C. et al. Novel and reversible mechanisms of smoking-induced insulin resistance in humans. **Diabetes**, New York, v. 61, n. 12, p. 3156-3166, 2012.

BOLDO, E. et al. Health impact assessment of environmental tobacco smoke in European children: sudden infant death syndrome and asthma episodes. **Public Health Reports**, Washington, DC, v. 125, n. 3, p. 478, 2010.

BORGES, M. T. T.; BARBOSA, R. H. S. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1129-1139, 2009.

BOWMAN, T. S. et al. A prospective study of cigarette smoking and risk of incident hypertension in women. **JACC Journals**, New York, v. 50, n. 21, p. 2085-2092, 2007.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 234, 6 dez. 2007. Seção 1, p. 2.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Organização Pan-Americana da Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011a. 199 p.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Brasília: INCA, 2014a. 124 p.

_____. Instituto Nacional de Câncer. **Legislação Federal Vigente sobre Tabaco no Brasil**. Apresenta um resumo da legislação vigente relacionado ao controle do tabaco no Brasil. 2009a. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/102_Legislacao-Federal-Vigente-Sobre-Tabaco-no-Brasil.pdf><http://www1.inca.gov.br/tabagismo/economia/leisfederais.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

_____. Instituto Nacional de Câncer; Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. **Convenção-Quadro: o que é**. Apresenta uma descrição do que é a Convenção-Quadro para

o Controle do Tabaco. 2014b. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/convencao_quadro>. Acesso em: 26 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília: Funasa, 2005. 446 p.

_____. Ministério da Saúde; Grupo Hospitalar Conceição. **Protocolo de hipertensão arterial sistêmica para a atenção primária em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009b.

_____. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição — PNSN-1989**. Arquivo de dados da pesquisa. Brasília: INAN, 1990.

_____. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Tabagismo Passivo**. Apresenta os malefícios à saúde relacionados ao tabagismo passivo. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=passivo&link=tabagismo.htm>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Convenção-Quadro para o controle do tabaco**. Rio de Janeiro: INCA, 2011b. 58 p.

_____. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Coordenação Geral de Ações Estratégicas; Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Manual do coordenador: deixando de fumar sem mistérios**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2011c. 49 p.

_____. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer; Coordenação de Prevenção e vigilância. **Abordagem e tratamento do fumante: Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer; Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. **Ajudando seu paciente a deixar de fumar**. Rio de Janeiro: INCA, 1997. 57 p.

_____. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer; Coordenação de Prevenção e vigilância. **Abordagem e tratamento do fumante: Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção em Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool**. Brasília, 2010. 80 p.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2013**. 8. ed. Brasília, 2014c. 200 p.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2014d. 120 p.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; IBGE; Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Tábuas completas de mortalidade por sexo e idade – Brasil 2012: breve análise da mortalidade no período 2011-2012**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013a.

_____. Portaria GM/MS nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). 2014f. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 220, 13 nov. 2014. Seção 1, p. 68-70.

_____. Portaria GM/MS nº 571, de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. 2013b. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 66, 8 abr. 2013. Seção 1, p. 56-57.

BURTON, G. J.; PALMER, M. E.; DALTON, K. J. Morphometric differences between the placental vasculature of non-smokers, smokers and ex-smokers. **Br. J. Obstet. Gynaecol.** Oxford, v. 96, n. 8, p. 907-915, 1989.

BUSH, P. G. et al. Maternal cigarette smoking and oxygen diffusion across the placenta. **Placenta**, London, v. 21, n. 8, p. 824-833, 2000.

CALDAS, N. R. Como manejar os pacientes que fazem uso de álcool durante o tratamento? In: ARAÚJO, A. J. **Manual de condutas e práticas em tabagismo**. Sociedade Brasileira de Pneumologia Tisiologia. Rio de Janeiro: Gen Editorial, 2012. p. 329-333.

CANTARINO, C.; SANTIAGO, C. C. O tratamento de tabagismo para o paciente com câncer. **Rede Câncer**, Rio de Janeiro, n. 16, p. 38-40, dez. 2011.

CARVALHO, J. A. M.; RODRÍGUEZ-WONG, L. L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, mar. 2008.

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

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses--United States, 2000-2004. **MMWR**, Atlanta, v. 57, n. 45, p. 1226-1228, 2008.

_____. State-specific secondhand smoke exposure and current cigarette smoking among adults--United States, 2008. **MMWR**, Atlanta, v. 58, n. 44, p. 1232-1235, 2009.

CEPEDA-BENITO, A.; REYNOSO, J. T.; ERATH, S. Meta-analysis of the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: differences between men and women. **JCCP**, Washington, v. 72, n. 4, p. 712, 2004.

CERON, M. **Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa**. Módulo Psicossocial. São Paulo: UNA-SUS, 2012. 42 p. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_17.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2014.

CHOBANIAN, A. V. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 report. **JAMA**, Chicago, v. 289, p. 2560-2572, dez. 2003.

CHOI, S. Y.; KAHYO, H. Effect of cigarette smoking and alcohol consumption in the aetiology of cancer of the oral cavity, pharynx and larynx. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 20, n. 4, p. 878-885, 1991.

- CLARK, M. M. et al. The prevalence of weight concerns in a smoking abstinence clinical trial. **Addictive behaviors**, Oxford, v. 31, n. 7, p. 1144-1152, 2006.
- COLOMA, M; SOUZA, M. G. Como abordar o paciente com cardiopatia isquêmica crônica?. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Manual de condutas e práticas em tabagismo**. Rio de Janeiro: Gen Editorial, 2012. p. 263-264.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Vigilância em Saúde – Parte 1**. Brasília: [s.n.], 2011. 320 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v. 5).
- CORDIOLI, A. V. **Psicofármacos: consulta rápida**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- COSTA E SILVA, V. L.; ROMERO, L. C. Programa nacional de combate ao fumo: plano de trabalho para o período 1988-2000. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, n. 34, p. 245-254, 1988.
- COVEY, L. S. et al. Ever-smoking, quitting, and psychiatric disorders: evidence from the Durham, North Carolina, Epidemiologic Catchment Area. **Tobacco Control**, London, v. 3, n. 3, p. 222, 1994.
- CRAIG, W. Y.; PALOMAKI, G. E.; HADDOW, J. E. Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: an analysis of published data. **BMJ**, London, v. 298, n. 6676, p. 784, 1989.
- CRYER, P. E. et al. Norepinephrine and epinephrine release and adrenergic mediation of smoking-associated hemodynamic and metabolic events. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 295, n. 11, p. 573-577, 1976.
- DAUTZENBERG, B. et al. Pharmacokinetics, safety and efficacy from randomized controlled trials of 1 and 2 mg nicotine bitartrate lozenges (Nicotinell®). **BMC Pharmacology and Toxicology**, London, v. 7, n. 1, p. 11, 2007.
- DENISSENKO, M. F. et al. Preferential formation of benzo[a]pyrene adducts at lung cancer mutational hotspots in P53. **Science**, New York, v. 274, n. 5286, p. 430-432, 1996.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (U.S). **The Health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the surgeon general**. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; Coordinating Center for Health Promotion; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
- _____. **The Health consequences of smoking: a report of the surgeon general**. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; Office on Smoking and Health, 2004.
- _____. **Women and Smoking: a report of the surgeon general**. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Mar. 2001.
- DIAS, R. B. Diretrizes de intervenção quanto a mudanças de comportamento: a entrevista motivacional. In: PEREIRA, A. A. (Org.). **Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na atenção básica**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. p. 1-11. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1731.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2014.
- DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E OS FATORES DE RISCO (peça publicitária). São Paulo: Aliança de Controle do Tabagismo, 2014.

DOGAN, A. et al. Acute effects of passive smoking on left ventricular systolic and diastolic function in healthy volunteers. **JASE**, St. Louis, v. 24, n. 2, p. 185-191, 2011.

DOLL, R. et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. **BMJ**, [S.l.], v. 328, p. 1519-1527, jun. 2004.

DROBES, D. J. Concurrent alcohol and tobacco dependence: mechanisms and treatment. **Alcohol Research and Health**, Washington, DC, v. 26, n. 2, p. 136-142, 2002.

ERLICH D. R.; SLAWSON, D. C.; SHAUGHNESSY, A. F. "Lending a Hand" to Patients with Type 2 Diabetes: A Simple Way to Communicate Treatment Goals. **Am. Fam. Physician**, Kansas City, v. 84, n. 4, p. 275-258, 2014.

ESKENAZI, B.; CASTORINA, R. Association of prenatal maternal or postnatal child environmental tobacco smoke exposure and neurodevelopmental and behavioral problems in children. **Environmental Health Perspectives**, [S.l.], v. 107, n. 12, p. 991, 1999.

EVER-HADANI, P. et al. Breast feeding in Israel: maternal factors associated with choice and duration. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 48, n. 3, p. 281-285, 1994.

FAGARD, R. H.; NILSSON, P. M. Smoking and diabetes: the double health hazard!. **Primary care diabetes**, Kidlington, v. 3, n. 4, p. 205-209, 2009.

FAGERSTRÖM, K. O. Uma breve apresentação da neurofarmacologia e fisiologia da dependência à nicotina. In: GIGLIOTTI, A. P.; PRESMAN, S. **Atualização no tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: ABP Saúde, 2006.

FAGERSTRÖM, K. O.; SCHNEIDER, N. G. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. **Journal of Behavioral Medicine**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 159-182, 1989.

FAUGHT, B. E.; FLOURIS, A. D.; CAIRNEY, J. Epidemiological evidence associating secondhand smoke exposure with cardiovascular disease. **Inflamm Allergy Drug Targets**, San Francisco, v. 8, n. 5, p. 321-327, Dec. 2009.

FIORE, M. C. Treating tobacco use and dependence: an introduction to the US Public Health Service Clinical Practice Guideline. **Respiratory Care**, [S.l.], v. 45, n. 10, p. 1196-1199, Oct. 2000.

FIORE, M. C. et al. **Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update**. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S Department of Health and Human Services, May 2008a.

_____. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A US Public Health Service report. **Am. J. Prev. Med.**, [S.l.], v. 35, n. 2, p. 158-176, 2008b.

_____. **Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 update**. Quick Reference Guide for Clinicians. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; U.S. Public Health Service. Apr. 2009.

FLOURIS, A. D.; KOUTEDAKIS, Y. Immediate and short-term consequences of secondhand smoke exposure on the respiratory system. **Curr. Opin. Pulm. Med.**, Philadelphia, v. 17, n. 2, p. 110-115, mar. 2011.

FORD, C. L.; ZLABEK, J. A. Nicotine replacement therapy and cardiovascular disease. **Mayo Clinic. Proceedings**, Oxford, v. 80, n. 5, p. 652-656, 2005.

FOREY, B. A.; THORNTON, A. J.; LEE, P. N. Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence relating smoking to COPD, chronic bronchitis and emphysema. **BMC Pulmonary Medicine**, London, v. 11, n. 1, p. 36, 2011.

GARRETT, B. E., ROSE C. A., HENNINGFIELD, J. E. Tobacco addiction and pharmacological interventions. **Expert Opin Pharmacother**, London, v. 2, n. 10, p. 1545-1555, 2001.

GLANTZ, S. A.; PARMLEY, W. W. Passive smoking and heart disease. Mechanisms and risk. **JAMA**, Chicago, v. 273, n. 13, p. 1047-1053, 5 Apr. 1995.

GODTFREDSSEN, N. S. et al. COPD-related morbidity and mortality after smoking cessation: status of the evidence. **The European Respiratory Journal**, Sheffield, v. 32, n. 4, p. 844-853, 2008.

GOLD, P. B.; RUBEY, R. N.; HARVEY, R. T. Naturalistic, Self-Assignment Comparative Trial of Bupropion SR, a Nicotine Patch, or Both for Smoking Cessation Treatment in Primary Care. **The American Journal on Addictions**, Washington, DC, v. 11, n. 4, p. 315-331, 2002.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres?: As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.

GONÇALVES, C. M. C.; MEIRELLES, R. H. S. Abordagem e Tratamento do Fumante. In: ZAMBONI, M.; CARVALHO, W. R. (Eds.). **Câncer do Pulmão**. São Paulo: Atheneu, 2005.

GORIN, S. S.; HECK, J. E. Meta-analysis of the efficacy of tobacco counseling by health care providers. **Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention**, [S.l.], v. 13, n. 12, p. 2012-2022, 2004.

GOURLAY, S. G.; STEAD, L. F.; BENOWITZ, N. L. Clonidine for smoking cessation. **Cochrane Database Syst. Rev.**, Oxford, v. 3, 2004.

GREEN, M. S.; JUCHA, E.; LUZ, Y. Blood pressure in smokers and nonsmokers: epidemiologic findings. **American Heart Journal**, St. Louis, v. 111, n. 5, p. 932-940, 1986.

HAGGSTRÄM, F. M.; CHATKIN, J. M. Dependência à Nicotina. In: VIEGAS, C. A. A. (Ed.). **Tabagismo: do diagnóstico à saúde pública**. São Paulo: Atheneu, 2007.

HAYNES, A. et al. Maternal smoking during pregnancy and the risk of childhood type 1 diabetes in Western Australia. **Diabetologia**, Berlin, v. 57, n. 3, p. 469-472, 2014.

HAYS, J. T. et al. Sustained-Release Bupropion for Pharmacologic Relapse Prevention after Smoking Cessation: A Randomized, Controlled Trial. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 135, n. 6, p. 423-433, 2001.

HENNINGFIELD, J. E.; COHEN, C.; PICKWORTH, W. B. Psychopharmacology of nicotine. In: ORLEANS, C.T.; SLADE, J. D. (Eds.). **Nicotine addiction: principles and management**. New York: Oxford University Press, 1993.

HONMA, H. N. et al. O polimorfismo do gene CYP1A1*2A e a suscetibilidade ao câncer de pulmão na população brasileira. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, DF, v. 35, n. 8, p. 767-772, 2009.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN; Núcleo Einstein de Álcool e Drogas. Site Álcool e Drogas sem Distorção. **História do Tabaco**. Apresenta um panorama histórico, científico e cultural de um dos hábitos mais difundidos do planeta. Atualizado em 2009. Disponível em: <http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/drogas_historia_tabaco.htm>. Acesso em: 25 nov. 2014.

HUGHES, J. R. New treatments for smoking cessation. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, Hoboken, v. 50, n. 3, p. 143-151, 2000.

_____. Use of nicotine replacement after a smoking lapse. **Nicotine & Tobacco Research**, Abingdon, v. 14, n. 6, 2012.

HUGHES, J. R.; STEAD, L. F.; LANCASTER, T. Antidepressants for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 1, 2014. Reviews 2007.

HURT, R. D. et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 337, n. 17, p. 1195-1202, 1997.

IBGE; Fundação Oswaldo Cruz. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008: um panorama da saúde no Brasil: Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

IEVINS, R.; ROBERTS, S. E.; GOLDACRE, M. J. Perinatal factors associated with subsequent diabetes mellitus in the child: record linkage study. **Diabet. Med.**, New York, v. 24, n. 6, p. 664-670, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (Brasil). Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN). **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição — PNSN-1989**. Arquivo de dados da pesquisa. Brasília: INAN, 1990.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

ISMAEL, S. M. C. **Efetividade da terapia cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagista**. 2007. 153 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ISSA, J. S.; MOURA, S. S. Como abordar o paciente com cardiopatia isquêmica aguda?. In: ARAÚJO, A. J. **Manual de condutas e práticas em tabagismo**. Sociedade Brasileira de Pneumologia Tisiologia. Rio de Janeiro: Gen Editorial, 2012. p. 260-262.

- ISTVAN, J.; MATARAZZO, J. D. Tobacco, alcohol, and caffeine use: a review of their interrelationships. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 95, n. 2, p. 301, 1984.
- JACOBSON, E. **Progressive Relaxation**. Chicago: University of Chicago Press, 1938.
- JEMAL, A. et al. Global cancer statistics. **CA: a cancer journal for clinicians**, Hoboken, [S.l.], v. 61, n. 2, p. 69-90, 2011.
- JOSEPH, A. M. et al. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 335, n. 24, p. 1792-1798, 1996.
- KAHENDE, J. W. et al. A review of economic evaluations of tobacco control programs. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Basel, v. 13, n. 1, p. 51-68, 2009.
- KAO, T. C.; SCHNEIDER, S. J.; HOFFMAN, K. J. Co-occurrence of alcohol, smokeless tobacco, cigarette, and illicit drug use by lower ranking military personnel. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 25, n. 2, p. 253-262, 2000.
- KAPLAN, N. M.; VICTOR, R. G. Other Forms of Identifiable Hypertension. In: KAPLAN, N. M.; VICTOR, R. G. **Kaplan's Clinical Hypertension**. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2010. p. 400-402.
- KILLEN, J. D. et al. Randomized clinical trial of the efficacy of bupropion combined with nicotine patch in the treatment of adolescent smokers. **JCCP**, Washington, DC, v. 72, n. 4, p. 729, 2004.
- KOCH, A. et al. Acute cardiovascular reactions after cigarette smoking. **Atherosclerosis**, Limerick, v. 35, n. 1, p. 67-75, 1980.
- KOOL, M. J. et al. Short and long-term effects of smoking on arterial wall properties in habitual smokers. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 22, n. 7, p. 1881-1886, 1993.
- KUHNEN, M. et al. Tabagismo e fatores associados em adultos: um estudo de base populacional. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 615-626, 2009.
- LABBADIA, E. M. et al. Atendimento multiprofissional ao tabagista: uma opção terapêutica. **Revista SOCESP**, São Paulo, v. 5, p. 6-11, 1995. Suplemento A.
- LAI, D. T. et al. Motivational interviewing for smoking cessation. **Cochrane Database Syst. Rev.**, Oxford, v. 1, 2010.
- LANCASTER, T.; STEAD, L. F. Individual behavioural counselling for smoking cessation. **Cochrane Database Syst. Rev.**, Oxford, v. 2, 2005.
- LARSEN, L. G.; CLAUSEN, H. V.; JØNSSON, L. Stereologic examination of placentas from mothers who smoke during pregnancy. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 186, n. 3, p. 531-537, 2002.

LEE, D. H. et al. Effects of smoking cessation on changes in blood pressure and incidence of hypertension a 4-year follow-up study. **Hypertension**, Hagerstown, v. 37, n. 2, p. 194-198, 2001.

LEMOS, T.; GIGLIOTTI, A. P. Tabagismo e comorbidades psiquiátricas. In: GIGLIOTTI, A. P.; PRESMAN, S. **Atualização no tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: ABP Saúde, 2006. p. 53-70.

LESHNER, A. L. Understanding drug addiction: implications for treatment. **Hosp. Pract.**, New York, v. 15, p. 47-59, 1996

LETSON, G. W.; ROSENBERG, K. D.; WU, L. Association between smoking during pregnancy and breastfeeding at about 2 weeks of age. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 18, n. 4, p. 368-372, 2002.

LEWIS, D. C. The role of the generalist in the care of the substance-abusing patient. **Clin. Med. Am. Norte**, Philadelphia; v 4, n. 81, p. 831-843, 1997.

MALBERGIER, A.; OLIVEIRA JÚNIOR, H. P. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 276-282, 2005.

MALTA, D. C.; SILVA JÚNIOR, J. B. O Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 151-164, jan./mar. 2013.

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.

MELVIN, C. L. et al. Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. **Tobacco control**, London, v. 9, p. iii80-iii84, 2000. Suppl. 3.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. O que motiva as pessoas à mudança? In: MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional**. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 30-42.

MIRRA, A. P. et al. Tabagismo: parte I. Diretrizes em foco. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 2, n. 56, p. 127-143, 2010.

MJØS, O. D. Lipid effects of smoking. **American Heart Journal**, St. Louis, v. 115, n. 1, p. 272-275, 1988.

MOHIUDDIN, S. M. et al. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. **Chest**, Chicago, v. 131, n. 2, p. 446-452, 2007.

MORIYAMA, I. M.; LOY, R. M.; ROBB-SMITH, A. H. T. **History of the statistical classification of diseases and causes of death**. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2011.

MURAMOTO, M. L. et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of 2 dosages of sustained-release bupropion for adolescent smoking cessation. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, Chicago, v. 161, n. 11, p. 1068-1074, 2007.

- MURPHY, T. F.; SETHI, S.; NIEDERMAN, M. S. The Role of Bacteria in Exacerbations of COPD: a constructive view. **Chest**, Chicago, v. 118, n. 1, p. 204-209, 2000.
- MURRAY, R. P. et al. Safety of nicotine polacrilex gum used by 3,094 participants in the Lung Health Study. **Chest**, Chicago, v. 109, n. 2, p. 438-445, 1996.
- NARKIEWICZ, K.; KJELDSEN, S. E.; HEDNER, T. Is smoking a causative factor of hypertension? **Blood Pressure**, London, v. 14, n. 2, p. 69-71, 2005.
- NARKIEWICZ, K.; SOMERS, V. K. Chronic Orthostatic Intolerance Part of a Spectrum of Dysfunction in Orthostatic Cardiovascular Homeostasis? **Circulation**, Hagerstown, v. 98, n. 20, p. 2105-2107, 1998.
- NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR CHRONIC CONDITIONS. **Hypertension: management in adults in primary care: pharmacological update**. London: Royal College of Physicians, 2006.
- NEVES, F. J. Como manejar o ganho de peso durante a cessação do tabagismo? In: ARAÚJO, A. J. **Manual de condutas e práticas em tabagismo**. Sociedade Brasileira de Pneumologia Tisiologia. Rio de Janeiro: Gen Editorial, 2012.
- ONCKEN, C. et al. Nicotine gum for pregnant smokers: a randomized controlled trial. **Obstetrics and Gynecology**, Hagerstown, v. 112, n. 4, p. 859, 2008.
- PERRY, I. J. et al. Prospective study of risk factors for development of non-insulin dependent diabetes in middle aged British men. **BMJ**, London, v. 310, n. 6979, p. 560-564, 1995.
- PINÉ-ABATA, H. et al. A survey of tobacco dependence treatment services in 121 countries. **Addiction**, Abingdon, v. 108, n. 8, p. 1476-1484, 2013.
- PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C. C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. **J. Consult. Clin. Psychol.**, v. 51, n. 3, p. 390-395, 1983.
- PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviors. **Am. Psychol.**, Washington, DC, v. 47, n. 9, p. 1102, 1992.
- RANGÉ, B. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- REICHERT, J. et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo da SBPT – 2008. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, DF, v. 34, n. 10, p. 845-880, 2008. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/309_Diretrizes_para_a_Cessacao_do_Tabagismo.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2014.
- REINA, S.S.; DAMASCENO, A. G. T.; ORIVE, J. I. G. Iniciación y mantenimiento del hábito tabáquico. El paciente que va a dejar de fumar. In: FERRERO, M. B.; MEZQUITA, M. A. H.; GARCIA, M. T. **Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo**. Madrid: ERGON, 2003. p. 107-140.
- RHEE, M. Y. et al. Acute effects of cigarette smoking on arterial stiffness and blood pressure in male smokers with hypertension. **American Journal of Hypertension**, Oxford, v. 20, n. 6, p. 637-641, 2007.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. **Entrevista motivacional no cuidado da saúde:** ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ROMERO, L. C.; COSTA E SILVA, V. L. 23 Anos de controle do tabaco no Brasil: a atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p. 305-314, 2011.

ROSEMBERG, J. **Nicotina:** droga universal. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo; Centro de Vigilância Epidemiológica, 2003. p. 240.

_____. **Pandemia do Tabagismo:** enfoques históricos e atuais. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo; Centro de Vigilância Epidemiológica, 2002. 184 p.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde.** Rio de Janeiro: Medsi, 2003. 708 p.

SALMASI, G. et al. Environmental tobacco smoke exposure and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analyses. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, Malden, v. 89, n. 4, p. 423-441, 2010.

SAMET, J. M. et al. Cigarette Smoking and Lung Cancer in New Mexico¹⁻³. **Am. Rev. Respir. Dis.**, Baltimore, v. 137, p. 1110-1113, 1988.

SAMET, J. M. Health benefits of smoking cessation. **Clinics in Chest Medicine**, Philadelphia, v. 12, n. 4, p. 669-679, 1991.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria Municipal da Saúde; Coordenação de Epidemiologia e Informação. Transtornos Mentais Comuns: Tabagismo: Consumo de Bebida Alcoólica. **CEInfo Boletim ISA – Capital 2008**, São Paulo, n. 5, out. 2011. 64 p.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Series Health in Brazil 4. **Lancet**, London, n. 377, p. 1949-1961, 2011.

SCHNOLL, R. A. et al. Effectiveness of extended-duration transdermal nicotine therapy: a randomized trial. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 152, n. 3, p. 144-151, 2010.

SCHUCKIT, M. **Abuso de álcool e drogas:** uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

SCHWARTZ, J. L. Methods of smoking cessation. **Med. Clin. North Am.**, Philadelphia, v. 2, n. 76, p. 451-476, mar. 1992.

SERLIN, D. C. et al. **Tobacco treatment guideline.** Ann Arbor, MI: University of Michigan Health System, 2012. Disponível em: <<http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/smoking/smoking.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

SHAFÉY, O. et al. **The Tobacco Atlas.** 3th ed. Atlanta: American Cancer Society, 2009.

SILVA, C. J.; SERRA, A. M. Terapias cognitiva e cognitivo-comportamental em dependência química. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, [S.l.], v. 26, p. 33-39, 2004.

- SMITH, L. E. et al. Targeting of lung cancer mutational hotspots by polycyclic aromatic hydrocarbons. **Journal of the National Cancer Institute**, Cary, v. 92, n. 10, p. 803-811, 2000.
- SMITH, S. S. et al. Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 169, n. 22, p. 2148-2155, 2009.
- SOUZA, E. S. T. et al. Escala de razões para fumar modificada: tradução e adaptação cultural para o português para uso no Brasil e avaliação da confiabilidade teste-reteste. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 35, n. 7, p. 683-689, jul. 2009.
- _____. Escala Razões para Fumar da Universidade de São Paulo: um novo instrumento para avaliar a motivação para fumar. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 768-778, 2010.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
- STEAD, L. F.; LANCASTER, T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. **Cochrane Database Syst. Rev.**, Oxford, v. 2, 2005.
- _____. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. **Cochrane Database Syst. Rev.**, Oxford, v. 10, n. 10, 2012.
- STEAD, L. F. et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. **Cochrane Database Syst. Rev.**, Oxford, v. 11, n. 11, 2012.
- STEWART, M. et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- SULS, J. M. et al. Efficacy of smoking-cessation interventions for young adults: a meta-analysis. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 42, n. 6, p. 655-662, 2012.
- SWAN, G. E. et al. Effectiveness of bupropion sustained release for smoking cessation in a health care setting: a randomized trial. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 163, n. 19, p. 2337-2344, 2003.
- TANSKANEN, A. et al. Smoking among psychiatric patients. **The European Journal of Psychiatry**, Saragosse, v. 11, n. 3, p. 179-188, 1997.
- THORDIS, T.; NETE, V.; MERETE, M. A. M. Interventions for preoperative smoking cessation. **Cochrane Database Syst. Rev.**, Oxford, v. 7, 2010.
- TOBACCO FREE CENTER. **As mulheres e o tabaco: danos à saúde**. Apresenta os malefícios do tabagismo para a população feminina. Sept. 2011. Disponível em: <http://www.tobaccofreecenter.org/files/pdfs/pt/WT_health_harms_pt.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2014.
- TONSTAD, S. et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. **European Heart Journal**, London, v. 24, n. 10, p. 946-955, 2003.
- UNAL, B.; CRITCHLEY, J. A.; CAPEWELL, S. Modelling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981-2000: comparing contributions from primary prevention and secondary prevention. **BMJ**, London, v. 331, n. 7517, p. 614, 2005.

UNIVERSITY OF TEXAS; Department of Philosophy; University of Texas at Austin. Classical Utilitarianism. **A Counterblaste to Tobacco**. Lasted modified 2003 Sept. 24. Disponível em: <<http://www.laits.utexas.edu/poltheory/james/blaste/blaste.html>>. Acesso em: 25 nov. 2014.

VALBÖS, A.; NYLANDER, G. Smoking cessation in pregnancy: intervention among heavy smokers. **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**, Malden, v. 73, n. 3, p. 215-219, 1994.

VERNON, M. D. **Motivação humana**. Petrópolis: Vozes, 1973.

WAGENA, E. J.; KNIPSCHILD, P.; ZEEGERS, M. P. A. Should nortriptyline be used as a first-line aid to help smokers quit? Results from a systematic review and meta-analysis. **Addiction**, Oxford, v. 100, n. 3, p. 317-326, 2005.

WANNAMETHEE, S. G.; SHAPER, A. G.; PERRY, I. J. Smoking as a modifiable risk factor for type 2 diabetes in middle-aged men. **Diabetes Care**, New York, v. 24, n. 9, p. 1590-1595, 2001.

WIKIMEDIA FOUNDATION. **Wikipedia**: the free encyclopedia: Demographic transition. Apresenta a definição do conceito de Transição Demográfica. 2014a. Disponível em: <http://en.wikipedia.org/wiki/Demographic_transition>. Acesso em: 25 nov. 2014.

_____. **Wikipedia**: the free encyclopedia: Population pyramid. Apresenta a definição do conceito de Pirâmide Populacional. 2014b. Disponível em: <http://en.wikipedia.org/wiki/Population_pyramid>. Acesso em: 25 nov. 2014.

WILLIAMSON, D. F. et al. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 324, n. 11, p. 739-745, 1991.

WISE, R. A.; BOZARTH, M. A. A psychomotor stimulant theory of addiction. **Psychol. Rev.**, Washington, DC, v. 94, n. 4, p. 469-492, Oct. 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Environmental Carcinogens. Methods of analysis and exposure measurement. Volume 9: Passive Smoking. **IARC Sci. Publ.**, Lyon, v. 9, n. 81, p. 1-372, 1987.

_____. **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders**: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO, 1993.

_____. **Confronting the Tobacco Epidemic in an Era of Trade Liberalization**. Geneva: WHO, 2001.

_____. **ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems**: tenth revision. 2nd ed. Geneva: WHO, 2004. 3 v.

_____. **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008**: the MPOWER package. Geneva: WHO, 2008.

_____. **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009**: Implementing smoke-free environments. Geneva: WHO, 2009a.

_____. **History of the WHO Framework Convention on Tobacco Control**. Geneva: WHO, 2009b.

- _____. **Gender, women and the tobacco epidemic.** Geneva: WHO, 2010.
- _____. **Noncommunicable diseases country profiles 2011.** Geneva: WHO, 2011a.
- _____. **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco.** Geneva: WHO, 2011b. Disponível em : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 26 nov. 2014.
- _____. **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship.** Geneva: WHO, 2013a.
- _____. **WHO Global Report: mortality attributable to tobacco.** Geneva: WHO, 2013b.
- _____. **Global Health Observatory (GHO).** Apresenta estatísticas internacionais de saúde segundo a CID-10. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/gho/en/>>. Acesso em: 25 nov. 2014.
- WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES, AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS). **Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2).** 2. ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.
- 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.
- ZOJER, N. et al. Molecular biology of tobacco smoke associated neoplasia. *Wiener klinische Wochenschrift*, Wien, v. 108, n. 18, p. 574, 1996.
- ZWAR, N. et al. **Supporting smoking cessation: a guide for health professionals.** Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners, 2011. Updated July 2014.

Glossário

Abordagem básica (ou de baixa intensidade). Intervenção que envolve um contato intermediário entre profissional de saúde e paciente, com duração entre 3 e 10 minutos para cada contato.

Abordagem cognitivo-comportamental. Abordagem que visa a observar, identificar e modificar pensamentos e processos cognitivos disfuncionais que influenciam no comportamento das pessoas.

Abordagem comportamental. Abordagem que visa a observar, identificar e modificar comportamentos que estejam causando sofrimento para as pessoas.

Abordagem intensiva (ou de alta intensidade). Intervenção que envolve um contato entre profissional de saúde e paciente mais prolongado, superior a 10 minutos para cada contato.

Abordagem mínima (ou breve). Intervenção que envolve um contato muito breve entre profissional de saúde e paciente, com duração inferior a 3 minutos para cada contato.

Abstinência definitiva (ou contínua). Suspensão definitiva de uso de determinada substância (neste material, especificamente relacionada à nicotina). Não existe um consenso quanto ao ponto de corte para a definição de *abstinência definitiva* do tabaco, que pode variar do período de cinco meses em alguns estudos até o período de 12 meses, critério do DSM-V, sempre contado a partir da data de parada ("*Dia D*"). É o principal parâmetro utilizado para comparação da eficácia entre os tratamentos para cessação de tabagismo.

Adesivo de nicotina. Sistema de liberação transdérmica destinado a produzir um efeito sistêmico pela difusão da nicotina numa velocidade constante, por um período de tempo prolongado.

Adiamento gradual de tabagismo. Estratégia de aconselhamento para o progressivo retardamento da hora que o fumante fuma o primeiro cigarro do dia, anteriormente à data de parar ("*Dia D*" ou "*Quit Day*").

Adição. Uso compulsivo de uma droga, com: (1) perda do controle do uso, (2) desenvolvimento de dependência (definida por sintomas de abstinência quando a droga é retirada) e (3) uso continuado apesar de consequências negativas.

Agonista. Substância que imita ou aumenta o efeito de outra em um determinado receptor celular (por exemplo, neuronal). A nicotina, por exemplo, é um agonista colinérgico (acetilcolina).

Anos de vida ajustados por qualidade (“Quality Adjusted Life Year” ou QALY). Medida que avalia anos de vida ajustados pela qualidade de vida, usada para quantificar os benefícios de uma intervenção sanitária.

Antagonista. Substância que bloqueia ou neutraliza o efeito de outra no local do receptor celular (por exemplo, neuronal). A naltrexona é um exemplo de antagonista colinérgico.

Bupropiona. Medicamento não nicotínico, indicado para tratamento de cessação de tabagismo, originalmente desenvolvido e comercializado como medicamento antidepressivo.

Cessação definitiva. Vide *Abstinência definitiva*.

Cochrane Collaboration. Organização internacional independente e sem fins lucrativos, referência mundial em avaliação e publicação de revisões baseadas em evidências sobre as mais diversas intervenções em cuidados de saúde (www.cochrane.org/index.htm).

Comorbidade. Coexistência de duas ou mais doenças em um mesmo indivíduo. O tabagismo é considerado equivalente a uma doença crônica (assim como os transtornos mentais), contribuindo assim para a definição e a identificação de usuários com comorbidades nas Unidades Básicas de Saúde.

Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS (WHO Framework Convention on Tobacco Control). Primeiro tratado internacional de saúde pública da história da Organização Mundial da Saúde, efetivado em 27 de fevereiro de 2005; traz em seu texto medidas para reduzir a epidemia do tabagismo em proporções mundiais, abordando temas como propaganda, publicidade e patrocínio, advertências, marketing, tabagismo passivo, tratamento de fumantes, comércio ilegal e impostos, entre outros. Desde então é o tratado que agregou o maior número de adesões na história da Organização das Nações Unidas. Até 31 de março de 2014, 178 países haviam ratificado sua adesão a esse tratado.

Craving. Vide *Fissura*.

Custo-efetividade (Análise de Custo-efetividade). É um método sistemático que compara os custos e os resultados (efeitos) relativos a duas ou mais opções de tratamentos (incluindo a opção de não tratar). Normalmente, a análise de custo-efetividade é expressa em termos de uma razão em que o denominador é um ganho em saúde (anos de vida ganhos, nascimentos prematuros evitados etc.) e o numerador é o custo associado com o ganho de saúde.

Data de parada (ou Dia D). Dia estabelecido pelo fumante para tentativa de cessação do tabagismo, a partir do qual o paciente deve tentar abster-se totalmente do uso do tabaco.

Dependência química. Vide *Adição*.

Deslize. Vide *Lapso*.

Efetividade. Resultado obtido com um determinado tratamento ofertado no cenário do “mundo real”, cujo grau de controle pelo pesquisador é menor; habitualmente em uma Unidade de Saúde ou na comunidade.

Eficácia. Resultado obtido com um determinado tratamento fornecido em condições quase ideais de controle, tipicamente um ambiente definido de pesquisa, como, por exemplo, um laboratório, isolando os mais diversos fatores externos.

Eficiência. Relação entre a magnitude do resultado obtido e o custo envolvido por um determinado tratamento.

Ensaio clínico randomizado. Estudo em que os sujeitos são aleatoriamente separados em dois ou mais grupos (um deles definido como controle) que receberão intervenções diferentes, às quais se deseja comparar.

Entrevista motivacional. Técnica de entrevista projetada para aumentar a motivação da pessoa para o engajamento em uma determinada ação, como adesão a tratamentos e mudanças comportamentais (neste material, referente à motivação para o fumante deixar de fumar). A entrevista motivacional baseia-se em um método de aconselhamento centrado no paciente (considerando seus valores, crenças, desejos e expectativas).

Fissura. Episódio de curta duração, caracterizado por um desejo súbito e intenso de consumir determinada substância (como, por exemplo, fumar). Em geral, não dura por mais do que 5 minutos e tende a reduzir de intensidade e a frequência com o tempo, mantida a abstinência.

Food and Drug Administration. Agência Federal Norte-Americana reguladora que tem controle sobre a segurança e a liberação de medicamentos comercializados nos Estados Unidos, considerada referência mundial.

Fumante leve. Não há consenso universal quanto a sua definição, mas considerado habitualmente como qualquer pessoa que fume entre um e dez cigarros por dia.

Fumante moderado. Não há consenso universal quanto à sua definição, mas considerado habitualmente como qualquer pessoa que fume entre 10 e 20 cigarros por dia.

Fumante pesado. Não há consenso universal quanto à sua definição, mas considerado habitualmente como qualquer pessoa que fume acima de 20 cigarros por dia.

Fumante ativo. Vide *Tabagismo ativo*.

Fumante passivo. Vide *Tabagismo passivo*.

Gatilho. Estímulo que se antecipa e leva a pessoa à ação de fumar. Varia de acordo com cada indivíduo, podendo ser pessoas, lugares, circunstâncias, emoções ou outras substâncias (como café, por exemplo). É essencial o seu reconhecimento pelo indivíduo, a fim de prevenir recaídas quando em abstinência.

Goma de mascar de nicotina. Forma farmacêutica sólida, que consiste de material plástico insolúvel, contendo nicotina. Quando mastigada, libera o princípio ativo na cavidade oral. Destinada à administração pela boca e não deve ser deglutida.

Intervalos de confiança. Intervalo estimado de valores, no qual é provável (com determinado grau de certeza) que se inclua um parâmetro populacional desconhecido, calculado a partir de um determinado conjunto de dados de amostra. Normalmente, usa-se o Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%).

Intervenção em grupo. Ações para promoção, prevenção ou tratamento em saúde com grupos de indivíduos que compartilhem alguma similaridade, expandindo o cuidado para além do consultório (por vezes, para além da própria Unidade Básica de Saúde). Inclui campanhas, ações de divulgação e forças-tarefa, entre outros.

Intervenção motivacional. Vide *Entrevista motivacional*.

Intervenção. Ação que visa alcançar determinado resultado em saúde (neste material, referente à cessação do tabagismo).

Intervenções psicossociais. Estratégias de intervenção projetadas para aumentar as taxas de abstinência do tabaco, por meio de mecanismos de apoio psicológico ou social. Incluem aconselhamento, materiais de autoajuda e terapia comportamental ou cognitivo-comportamental.

Lapso. Uso isolado e breve do tabaco após a interrupção do tabagismo, definida pela *Remissão* do seu uso. Deve ser diferenciado da "*recaída*", que é o retorno ao uso regular de derivados de tabaco após uma tentativa de parada.

Meta-análise (Estudo de meta-análise). Revisão sistemática onde se usa uma técnica estatística para estimativa do impacto de um tratamento ou variável a partir de um conjunto de estudos, publicações e investigações relacionados.

Motivação. Intenção de engajar em alguma ação, habitualmente uma mudança de comportamento (neste material, referente à cessação do tabagismo). Pode ser reforçada por meio de ações, como, por exemplo, a definição de uma data para mudança, reforço positivo por meio de mensagens (cartas enviadas, mensagens telefônicas ou por internet) ou orientações sobre os riscos à saúde ao fumar.

Odds ratio (ou Razão de Chances). Medida calculada pela razão das chances de um determinado desfecho entre dois tratamentos distintos. Chance, em estatística, é definida como o número de eventos sobre o número de não eventos.

Parada abrupta de tabagismo. Estratégia de aconselhamento para a interrupção abrupta do uso de tabaco a partir de uma data estipulada, definida como *Data de Parada* (ou "*Dia D*").

Pastilha de nicotina. Forma farmacêutica sólida que contém nicotina, usualmente apresenta uma base adocicada e com sabor agradável. É usada para dissolução ou desintegração lenta na boca.

Poluição Tabagística Ambiental (Fumaça Ambiental do Tabaco). Fumaça do cigarro ou de outro produto de tabaco queimado no ambiente fechado ou coberto.

Recaída. Retorno ao uso regular de derivados de tabaco após uma tentativa de cessação do tabagismo. Deve ser diferenciada do "*lapso*", que é o uso isolado e breve do tabaco sem que haja o retorno ao hábito regular de fumar.

Redução gradual de tabagismo. Estratégia de aconselhamento para a progressiva redução do número de cigarros fumados ou do consumo de nicotina antes da data de parar ("*Dia D*").

Remissão. Suspensão de determinado comportamento (neste material, especificamente relacionada ao tabagismo). Pode ser classificada de diversas maneiras, entre elas *Completa*, *Parcial* e *Precoce*, cujas definições ainda não são consensos.

Revisão sistemática (da Literatura). Revisão da literatura científica realizada de forma sistemática, padronizada e explícita, portanto, reproduzível, que objetiva uma análise crítica da evidência científica disponível a cerca de determinada pergunta de pesquisa.

Risco relativo. Medida calculada pela razão dos riscos de um determinado desfecho entre dois tratamentos ou exposições distintos. Risco (ou risco absoluto), em estatística, é definido como o número de eventos sobre o número total.

Síndrome da morte súbita infantil. Morte inesperada e súbita de uma criança aparentemente saudável durante o sono, sem evidência de doenças à autópsia. É a principal causa de morte em crianças entre 2 semanas e 1 ano de idade. A causa é desconhecida, mas alguns fatores de risco foram identificados, tais como prematuridade; baixo peso ao nascer; nascimento nos meses de inverno; infecção respiratória recente; exposição à poluição tabagística ambiental; e mães jovens ou usuárias de drogas.

Síndrome de abstinência. Variedade de sintomas desagradáveis que ocorrem após a redução ou suspensão do uso de determinada substância (neste material, referente à cessação do tabagismo).

Sintomas de abstinência. Vide *Síndrome de abstinência*.

Tabaco sem fumaça (ou “Smokeless Tobacco”). Qualquer forma de tabaco não queimado, incluindo tabaco mastigado e rapé.

Tabagismo ativo. Uso engajado pela pessoa de produtos derivados de tabaco a partir de sua queima (cigarro, cigarrilhos, cigarro de palha, cachimbo e charuto).

Tabagismo passivo. Fumaça inalada por um indivíduo que não está ativamente engajado em fumar, mas que é exposto à fumaça exalada por um fumante ativo (*Poluição Tabagística Ambiental*).

Técnicas de aversão ao tabagismo. Diversos tipos de técnicas terapêuticas que ensinam a fumar de uma forma concentrada ou desagradável, condicionando o hábito a uma resposta negativa. Os principais exemplos são fumo rápido, retenção do fumo e saciação do fumo.

Terapia de Reposição de Nicotina. Medicamentos à base de nicotina, auxiliares para a cessação do tabagismo. No Brasil, a goma de mascar, a pastilha e o adesivo de nicotina são disponibilizados pelo SUS (RENAME 2013) para tratamento da cessação de tabagismo.

Tratamento Combinado (ou Tratamento Medicamentoso Combinado). Tratamento que combina (1) dois ou mais medicamentos nicotínicos (por exemplo, adesivo e goma de nicotina) ou (2) um medicamento nicotínico e um não nicotínico (por exemplo, goma de nicotina e bupropiona).

Anexos

Anexo A

CrITÉRIOS diagnÓsticos para os transtornos de “uso nocivo”, “síndrome de dependência” e “síndrome de abstinência” para substâncias psicoativas em geral pela CID-10

F1x.1 – Uso Nocivo

- A. Haver provas claras de que o uso da substância foi responsável por (ou contribuiu substancialmente para) danos físicos ou psicológicos, incluindo prejuízos no julgamento ou comportamento disfuncional.
- B. A natureza do dano deve ser claramente identificável (e especificada).
- C. O padrão de uso deve ter persistido por pelo menos um mês ou ter ocorrido repetidamente em um período de 12 meses.
- D. O distúrbio não satisfaz os critérios para qualquer outro transtorno mental ou comportamental relacionada com a mesma droga no mesmo período de tempo (com exceção de F1x.0 – Intoxicação Aguda).

• F1x.2 – Síndrome de Dependência

- A. Ocorrência de **três ou mais** das seguintes manifestações em conjunto, persistindo por pelo menos um mês ou, se persistindo por período inferior a um mês, repetidas vezes em conjunto ao longo de um período de 12 meses.
 - (1) Forte desejo ou sensação de compulsão por consumir a substância.
 - (2) Prejuízo da capacidade em controlar o comportamento de consumo da substância em termos de início, término ou nível de uso, evidenciado por: consumo frequente de grandes quantidades da substância, ou por períodos mais longos do que o pretendido, ou qualquer esforço malsucedido, ou desejo persistente de reduzir ou controlar o uso da substância.
 - (3) Estado de Abstinência Fisiológico (vide F1x.3) quando o uso da substância é reduzido ou cessado, como evidenciado pela Síndrome de Abstinência característica para a substância, ou utilização da mesma substância (ou de substância similar) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
 - (4) Tolerância aos efeitos da substância, de modo que exista a necessidade de aumento acentuado na quantidade a ser consumida da substância para se atingir a intoxicação ou efeito desejado, ou uma diminuição acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade da substância.

- (5) Preocupação com o uso da substância, manifestado por: alternância importante do desejo ou interesse em abandonar ou reduzir em virtude do uso da substância; ou grande quantidade de tempo gasto em atividades necessárias para obter a substância, tomar a substância ou se recuperar de seus efeitos.
- (6) Persistência no uso da substância apesar de evidências claras das suas consequências prejudiciais (vide F1x.1), evidenciado pelo uso continuado quando a pessoa está realmente ciente ou quando pode-se esperar que ela tenha conhecimento da natureza e extensão do dano causado pelo uso da substância.

Observação 1: O diagnóstico da **Síndrome de Dependência** poderá ser especificado quanto ao **estado de uso da substância**, no código de quinto e sexto caractere, conforme a seguir:

o *F1x.20 Atualmente Abstinente*

- *F1x.200 Remissão Precoce*
- *F1x.201 Remissão Parcial*
- *F1x.202 Remissão Completa*

o *F1x.21 Atualmente abstinente, mas em ambiente protegido (por exemplo: hospital, comunidade terapêutica, unidade prisional etc.)*

o *F1x.22 Atualmente em um regime de manutenção ou substituição clinicamente supervisionado [dependência controlada]*

o *F1x.23 Atualmente abstinente, mas com uso de tratamento aversivo ou drogas de bloqueio (por exemplo: naltrexona ou disulfiram)*

o *F1x.24 Atualmente usando a substância [dependência ativa]*

- *F1x.240 sem repercussões/características físicas*
- *F1x.241 com repercussões/características físicas*

Observação 2: O diagnóstico da **Síndrome de Dependência** poderá ser especificado quanto ao **curso da dependência**, se desejado, no código de quinto caractere, como se segue:

o *F1x.25 Uso contínuo*

o *F1x.26 Uso episódico [dipsomania]*

- **F1x.3 Síndrome ou Estado de Abstinência**

G1. Evidência clara de recente cessação ou redução do uso da substância após uso repetido, e usualmente prolongado e/ou de doses altas dessa substância.

G2. Sintomas e sinais compatíveis com as características conhecidas de um Estado de Abstinência da substância ou das substâncias em particular (vide F17.3 a seguir).

G3. Não explicada por um transtorno médico não relacionado ao uso de substâncias, e não é mais bem explicada por outro transtorno mental ou comportamental.

- **F17.3 Síndrome ou Estado de Abstinência à Nicotina**

- o Devem ser cumpridos os seguintes critérios:

- A. Os critérios gerais (G1, G2 e G3) para estado de abstinência (F1x.3).

- B. Presença de qualquer dois dos seguintes sintomas e sinais:

- (1) desejo de tabaco (ou outros produtos contendo nicotina);

- (2) mal-estar ou fraqueza;

- (3) a ansiedade;

- (4) humor disfórico;

- (5) irritabilidade ou agitação;

- (6) a insônia;

- (7) aumento do apetite;

- (8) aumento da tosse;

- (9) ulceração da boca;

- (10) dificuldade de concentração.

Observação 1: O diagnóstico da **Síndrome de Abstinência** poderá ser especificado quanto à **presença de complicação**, no código de quinto caractere, como se segue:

- o F1x.30 Não complicada

- o F1x.31 Com convulsões

Notas:

1) O termo "x" presente nos códigos anteriores indica que os transtornos de natureza mental ou comportamental relacionados às diferentes substâncias psicoativas são classificados de acordo com os mesmos critérios diagnósticos (por exemplo: F1x.1 refere-se ao **Uso Nocivo a substâncias psicoativas** genericamente, enquanto F17.1 se refere ao **Uso Nocivo de Nicotina** especificamente).

2) Critérios antecipados de **letras** devem ser todos satisfeitos para o referido diagnóstico enquanto critérios antecipados por **números** podem ser satisfeitos parcialmente, sendo anteriormente indicado o número necessário.

Fonte: WHO, 1993; 2004. Tradução e adaptação própria.

Anexo B

CrITÉRIOS diagnÓsticos para transtorno de uso de tabaco e abstinência de tabaco pelo DSM-V

- Transtornos Relacionados ao Tabaco
 - o Transtorno por Uso de Tabaco

CritÉrios DiagnÓsticos:

A. Um padrŁo problemático de uso de tabaco, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critÉrios ocorrendo durante um perÍodo de 12 meses:

 1. Tabaco é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um perÍodo mais longo do que o pretendido.
 2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso do tabaco.
 3. Muito tempo é gasto em atividades necessÁrias para a obtenção ou uso do tabaco.
 4. Fissura (*craving*) ou um forte desejo ou necessidade de usar o tabaco.
 5. Uso recorrente de tabaco resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (por exemplo: interferência no trabalho).
 6. Uso continuado de tabaco apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos (por exemplo: discussões com outros sobre o uso do tabaco).
 7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais sŁo abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de tabaco.
 8. Uso recorrente de tabaco em situações nas quais isso representa perigo para a integridade fÍsica (por exemplo: fumar na cama).
 9. O uso do tabaco é mantido apesar da consciéncia de ter um problema fÍsico ou psicolÓgico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado por ele.
 10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores de tabaco para atingir o efeito desejado.
 - b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de tabaco.

11. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

- a. Síndrome de Abstinência característica de tabaco (consultar Critérios A e B do conjunto de critérios para **Abstinência de Tabaco**).
- b. Tabaco (ou uma substância estreitamente relacionada, como nicotina) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Especificar se:

Em remissão inicial: Após todos os critérios para Transtorno por Uso de Tabaco terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para Transtorno por Uso de Tabaco foi preenchido durante um **período mínimo de três meses**, porém inferior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, "Fissura (*craving*) ou um forte desejo ou necessidade de usar tabaco", ainda pode ocorrer).

Em remissão sustentada: Após todos os critérios para Transtorno por Uso de Tabaco terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para Transtorno por Uso de Tabaco foi preenchido em nenhum momento durante um **período mínimo igual ou superior a 12 meses** (com exceção de que o Critério A4, "Fissura (*craving*) ou um forte desejo ou necessidade de usar tabaco", ainda pode ocorrer).

Especificar se:

Em terapia de manutenção: O indivíduo vem em uso de medicamentos de manutenção de longo prazo, como medicamentos de reposição de nicotina, e nenhum dos critérios para Transtorno por Uso de Tabaco foi satisfeito para essa classe de medicamento (exceto tolerância ou abstinência do medicamento de reposição de nicotina).

Em ambiente protegido: Este especificador adicional é usado se o indivíduo encontra-se em um ambiente no qual o acesso ao tabaco é restrito.

Código baseado na gravidade atual: Nota para códigos da CID-10-MC: Se também houver Abstinência de Tabaco ou outro Transtorno do Sono Induzido por Tabaco, não usar códigos a seguir para Transtorno por Uso de Tabaco. No caso, o Transtorno por Uso de Tabaco comórbido é indicado pelo quarto caractere do código de Transtorno Induzido por Tabaco (ver a nota para codificação para Abstinência de Tabaco ou um Transtorno do Sono Induzido por Tabaco). Por exemplo, se houver comorbidade de Transtorno do Sono Induzido por Tabaco e Transtorno por Uso de Tabaco, apenas o código para Transtorno do Sono Induzido por Tabaco é fornecido, sendo que o quarto caractere indica se o Transtorno por Uso de Tabaco comórbido é moderado ou grave: F17.208 para Transtorno por Uso de Tabaco moderado ou grave com Transtorno do Sono Induzido por Tabaco. Não é permitido codificar um Transtorno por Uso de Tabaco leve comórbido com Transtorno do Sono Induzido por Tabaco.

Especificar a gravidade atual:

305.1 (F17.200) Moderada: Presença de quatro ou cinco sintomas.

305.1 (F17.200) Grave: Presença de seis ou mais sintomas.

o Abstinência de Tabaco

Critérios Diagnósticos:

A. Uso diário de tabaco durante um período mínimo de várias semanas.

B. Cessação abrupta do uso de tabaco, ou redução da quantidade de tabaco usada, seguida, no prazo de 24 horas, por quatro (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas.

1. Irritabilidade, frustração ou raiva.

2. Ansiedade.

3. Dificuldade de concentração.

4. Aumento do apetite.

5. Inquietação.

6. Humor deprimido.

7. Ins nia.

C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo Intoxicação por ou Abstinência de outra substância.

Notas para codificação: O código da CID-9-MC   292.0. O código da CID-10-MC para abstinência de tabaco é F17.203. Observar que o código da CID-10-MC indica a presenç a comórbida de um Transtorno por Uso de Tabaco moderado ou grave, refletindo o fato de que a Abstinência de Tabaco pode ocorrer apenas na presenç a de um Transtorno por Uso do Tabaco moderado ou grave. Não é permitido codificar por Uso de Tabaco Leve comórbido com Abstinência de tabaco.

Fonte: APA, 2014.

Anexo C

Critérios Diagnósticos para Abuso do Tabaco pela Ciap-2R

- P – Psicológico
 - o P17 – Abuso do Tabaco
 - Inclui: problemas de Tabagismo
 - Critérios: perturbação devida ao consumo de tabaco que leva a uma ou mais intoxicações agudas, uso com prejuízo clinicamente grave para a saúde, dependência ou estado de privação
 - Considerar: fatores de risco NE A23 (Fator de Risco NE).

Nota: *Abuso de substâncias.*

As definições de abuso de substâncias devem levar em conta as diferenças de país para país e de cultura para cultura. Um paciente alcoólatra ou um tóxico-dependente precisa de atenção por profissional da saúde, mas as definições de “abuso de tabaco” são controversas. O profissional pode decidir chamar um episódio de “abuso de tabaco” sem a concordância do paciente e, conseqüentemente, sem a sua predisposição para concordar com qualquer intervenção.

Fonte: WONCA, 2009.

Anexo D

Questionários de Tolerância de Fagerström

1. Quantos cigarros você fuma por dia?

- (0) menos de 11
- (1) de 11 a 20
- (2) de 21 a 30
- (3) mais de 30

2. Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?

- (0) + de 60 min
- (1) entre 31 e 60 min
- (2) entre 06 e 30 min
- (3) menos de 6 min

3. Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?

- (0) não
- (1) sim

4. O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação?

- (0) não
- (1) sim

5. Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?

- (0) não
- (1) sim

6. Você fuma mesmo quando acamado por doença?

- (0) não
- (1) sim

Interpretação do Resultado:

- 0 a 2 pontos = muito baixa dependência física
- 3 a 4 pontos = baixa dependência física
- 5 pontos = média dependência física
- 6 a 7 pontos = elevada dependência física
- 8 a 10 = muito elevada dependência física

Fonte: FAGERSTRÖM; SCHNEIDER, 1989.

Anexo E

Escala de Razões para Fumar Modificada

Afirmações:

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

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

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

Fatores formados a partir dos itens elencados acima.

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

Fator 1: Dependência (*addiction*): itens 5, 19

Fator 2: Prazer de fumar (*pleasure*): itens 3, 11

Fator 3: Redução da tensão (*tension reduction*): itens 4, 12, 18

Fator 4: Estimulação (*stimulation*): itens 1, 9, 16

Fator 5: Automatismo (*automatism*): itens 7, 14, 20

Fator 6: Manuseio (*handling*): itens 2, 10

Fator 7: Tabagismo social (*social smoking*): itens 8, 15

Fator 8: Controle de peso (*weight control*): itens 13, 21

Fator 9: Associação estreita (*affiliative attachment*): itens 6, 17

Para calcular o resultado da Escala:

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

Entendendo o resultado da Escala:

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

Fonte: SOUZA et al., 2010.

Apêndices

Apêndice A

Legislação Federal vigente relacionada ao Tabagismo no Brasil

Legislação Federal Brasileira relacionada ao Controle do Tabagismo

Legislação para controle do tabaco pré-Constituição de 1988:

- **Lei nº 7.488, de 11 de junho de 1986** – Cria o Dia Nacional de Combate ao Fumo e determina a realização de comemorações no dia 29 de agosto em todo o território nacional.

Legislação acerca de restrições de uso e publicidade do tabaco:

- **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988, artigo 220** – Determina que a propaganda comercial de tabaco estará sujeita a restrições legais e conterá advertência sobre os malefícios do tabagismo.
- **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente** – Proíbe vender, fornecer ou entregar, à criança ou ao adolescente, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica.
- **Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996** – Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal.
- **Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996** – Regulamenta a Lei nº 9.294/1996, definindo os conceitos de “recinto coletivo” e “área devidamente isolada e destinada exclusivamente ao tabagismo”.
- **Lei nº 10.167, de 27 de dezembro de 2000** – Altera a Lei nº 9.294/1996, restringindo a publicidade de produtos derivados do tabaco à afixação de pôsteres, painéis e cartazes na parte interna dos locais de venda, proibindo-a, conseqüentemente, em revistas, jornais, televisão, rádio e outdoors. Proíbe a propaganda por meio eletrônico, inclusive internet, a propaganda indireta contratada, também denominada merchandising e a propaganda em estádios, pistas, palcos ou locais similares. Proíbe o patrocínio de eventos esportivos nacionais e culturais. Proíbe a participação de crianças e adolescentes na publicidade de produtos derivados do tabaco. Proíbe a venda de produtos derivados do tabaco a menores de 18 anos.

- **Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 304, de 7 de novembro de 2002** – Proíbe a produção, importação, comercialização, propaganda e distribuição de alimentos na forma de cigarros, charutos, cigarrilhas, ou qualquer outro produto derivado do tabaco. Proíbe o uso de embalagens de alimentos que simulem as embalagens de cigarros ou que utilizem nomes de marcas pertencentes a produtos derivados do tabaco.
- **Lei nº 10.702, de 14 de julho de 2003** – Altera a Lei nº 9.294/1996, proibindo a venda de produtos derivados do tabaco a menores de 18 anos. Proíbe o patrocínio de eventos esportivos internacionais por marcas de cigarros a partir de 30 de setembro de 2005. Determina a veiculação de advertências sobre os malefícios do tabagismo na abertura, no encerramento e durante a transmissão de eventos esportivos internacionais, em intervalos de 15 minutos. Faculta ao Ministério da Saúde a colocação de propagandas fixas, com advertências sobre os malefícios do tabagismo, no local da realização do evento.
- **Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014** – Altera o Decreto nº 2.018/1996, que regulamenta a Lei nº 9.294/1996, redefinindo os conceitos de “recinto coletivo” e “área devidamente isolada e destinada exclusivamente ao tabagismo.”

Legislações acerca de cultivo, comércio, tributação e fiscalização do tabaco:

- **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999** – Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), incluindo como sua responsabilidade a regulamentação, o controle e a fiscalização dos cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco.
- **Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 46, de 28 de agosto de 2009** – Proíbe a comercialização, a importação e a propaganda de quaisquer dispositivos eletrônicos para fumar, conhecidos como cigarro eletrônico.
- **Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011** – Estabelece dois regimes de tributação: geral e especial e estabelece o preço mínimo de cigarros.
- **Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 14, de 15 de março de 2012** – Resolução que restringe o uso de aditivos em produtos derivados do tabaco comercializados no Brasil.

Legislação Federal Brasileira relacionada à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e seus Protocolos

- **Decreto s/nº, 1º de agosto de 2003** – Cria a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ) e de seus Protocolos.
- **Decreto Legislativo nº 1.012, 27 de outubro de 2005** – Aprova o texto da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003.
- **Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006** – Promulga a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003.
- **Portaria do Ministério da Saúde nº 1.680, de 12 de julho de 2007** – Institui comissão para promover a internalização da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no âmbito do Sistema Único de Saúde (CIMICQ).
- **Diretrizes para Implementação do artigo 5.3, 8º, 11º, 13º da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco** – Orienta as ações e melhores práticas para implementação deste artigo do tratado internacional.

Legislação Federal Brasileira relacionada ao Tratamento para Cessação do Tabagismo no âmbito da Assistência à Saúde

- **Portaria MS/GM nº 1.575, de 29 de agosto de 2002** – Consolida o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Revogada pela Portaria MS/GM nº 1.035 de 31/5/2004.
- **Portaria MS/GM nº 1.035, de 31 de maio de 2004** – Amplia o acesso à abordagem e ao tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde. Revogada pela Portaria MS/GM nº 571, de 5/4/2013.
- **Portaria MS/GM nº 442, de 13 de agosto de 2004** – Aprova o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. Revogada pela Portaria MS/GM nº 571, de 5/4/2013.
- **Portaria MS/GM nº 571, de 5 de abril de 2013** – Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Esta portaria prevê o acolhimento do tabagista na Atenção Básica, propõe o tratamento dele ou por abordagem básica individual e/ou abordagem intensiva em grupo. Reafirma o elenco nacional de medicamentos para tratamento do tabagismo como reposição de nicotina em formato de adesivo e goma e medicamento antidepressivo. Por meio do cadastro da UBS na ferramenta Pmaq, as unidades já estarão disponibilizando o número de fumantes que poderão tratar e assim devem receber diretamente na unidade o medicamento para o tratamento proposto.

Fonte: BRASIL, 2009a. Com adaptações.

Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/economia/leisfederais.pdf>>.

Apêndice B

Os componentes dos métodos Paap e Paapa

Passo 1 – Perguntar e Avaliar

Pergunte e registre sobre o consumo de cigarros a todos os usuários. As seis perguntas seguintes fornecerão informações importantes para a abordagem inicial:

- a) **Você fuma? Há quanto tempo?** (Diferencia a experimentação do uso regular)
- b) **Quantos cigarros você fuma por dia?** (Informa sobre o grau de dependência. Fumantes que consomem mais de uma carteira – ou 20 cigarros – ao dia, possivelmente, terão mais dificuldades em deixar de fumar, podendo beneficiar-se da farmacoterapia associada à abordagem cognitivo-comportamental)
- c) **Quanto tempo após acordar você acende o primeiro cigarro?** (Fumantes que acendem o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar, também – possivelmente – terão mais dificuldades em deixar de fumar, podendo se beneficiar da farmacoterapia associada)
- d) **O que você acha de marcar uma data para deixar de fumar?** (Permite avaliar se o fumante está pronto para iniciar o processo de cessação do tabagismo. Em caso afirmativo, perguntar: Quando?)
- e) **Já tentou parar?** (Fumantes que já tentaram ou mostram interesse em deixar de fumar serão mais receptivos à abordagem);
- f) **O que aconteceu na(s) tentativa(s) anterior(es)?** (Informa o que ajudou e atrapalhou na tentativa anterior, indicando o que deve ser melhor trabalhado na próxima tentativa)

A partir dessas perguntas, pode-se também identificar a fase motivacional do usuário, por meio do modelo de Prochaska e Diclemente (1992).

Passo 2 – Aconselhar

O profissional deve orientar o usuário de acordo com a fase/grau motivacional em que ele se encontra:

a) *Pré-contemplação*

Nesta fase, o fumante não pensa em parar de fumar. O profissional deve procurar motivá-lo a cada consulta, ressaltando os riscos do cigarro (inclusive do fumo passivo para os familiares) e os benefícios da cessação, procurando encontrar aquele aspecto que é mais relevante a cada um.

Por exemplo: para um usuário jovem, o odor desagradável da fumaça do cigarro e o prejuízo aos dentes pode ser uma motivação maior do que o risco de câncer de pulmão nos próximos anos. Deve-se entender a motivação como um processo dinâmico, no qual a mudança para uma fase motivacional seguinte representa um grande avanço no tratamento da pessoa tabagista.

Deve-se informar sobre os malefícios do tabagismo sobre a saúde do fumante como a baixa resistência física, maior propensão a doenças respiratórias (asma, sinusite, bronquite crônica, enfisema), a doenças cardiovasculares (infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença arterial periférica, impotência), maior risco de câncer (pulmão, boca, faringe, laringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga e colo de útero), úlcera do trato digestivo, envelhecimento prematuro da pele, entre outros. Além disso, deve-se alertar sobre os riscos do tabagismo passivo, salientar que não existe nível de exposição segura à fumaça do cigarro e que fumar cigarros com baixos teores de nicotina não elimina o risco de desenvolver doenças causadas pelo tabaco. É importante informar que sempre há benefícios a quem para de fumar, independentemente da idade (BRASIL, 1997; 2001; FIORE et al., 2008a; SERLIN et al., 2012). Mesmo nesta fase, o profissional de saúde deve incentivar o fumante a retornar para novo contato sobre cessação.

b) *Contemplação*

O fumante deseja parar de fumar, mas não está pronto para a ação. O profissional deve identificar medos e barreiras em potencial que possam impedi-lo de largar o cigarro. Deve informar sobre a síndrome de abstinência, o surgimento de sintomas desagradáveis como dor de cabeça, tontura, irritabilidade e insônia que alguns fumantes podem desenvolver nas primeiras três semanas após parar de fumar. Informar sobre a disponibilidade de medicamentos eficazes para evitar ou minimizar estes sintomas, como a bupropiona, a goma e o adesivo de nicotina.

O fumante deve ser informado de que a fissura (desejo incontrolável por cigarro) é uma manifestação bastante comum, de duração inferior a 5 minutos e que tende a diminuir com o tempo, e deve ser orientado sobre as estratégias para enfrentá-la (tomar água, distrair-se, caminhar, colocar 'algo' na boca).

Caso o medo de ganhar peso seja uma barreira para a cessação do tabagismo, o profissional deve ressaltar que o benefício de parar de fumar supera o ganho de peso que a pessoa venha a apresentar. Em média, o ganho de peso fica entre 2 e 4 kg, sendo que metade das pessoas ganha menos do que isso. No entanto, um em cada dez fumantes pode ganhar de 11 kg a 13,5 kg. Orientar sobre a importância de uma alimentação rica em frutas e verduras, ingestão hídrica e prática de atividade física regular para evitar um ganho excessivo de peso.

Se o usuário tiver medo de fracassar, mostre que ele não está sozinho, que você estará à disposição para apoiá-lo e que a maioria dos fumantes, faz em média, três a quatro tentativas antes de parar definitivamente. Incentive-o a procurar apoio dos familiares, amigos e no ambiente de trabalho.

A prevalência de transtornos psiquiátricos é maior entre os fumantes, especialmente a depressão. O profissional de saúde deve estar atento a esta possibilidade para que o usuário receba o tratamento adequado.

A ambivalência é um sentimento muito comum nos fumantes. Ela representa a dualidade existente entre querer parar (pelos benefícios a saúde, por exemplo) e continuar fumando (pelo prazer ou pela forte ligação afetiva ao cigarro ou como apoio nas situações de estresse). O profissional deve reconhecer esta ambivalência e orientar que a pessoa não precisa se sentir culpada por este sentimento. Deve reconhecer a dificuldade de romper com esse elo, mas, ao mesmo tempo, sinalizar que ele pode ser rompido e que o papel que o cigarro representa na sua vida poderá ser substituído por alternativas, como técnicas de relaxamento, atividades manuais, atividades físicas etc. (BRASIL, 1997; 2001; FIORE et al., 2008a; SERLIN et al., 2012).

A intervenção motivacional deve ser repetida a cada encontro, quando o profissional deverá novamente, perguntar, avaliar e aconselhar.

c) *Preparação e Ação*

Os fumantes que desejam parar de fumar devem ser encaminhados, preferencialmente, para os grupos que auxiliam na cessação do tabagismo, onde se realiza a abordagem cognitivo-comportamental, podendo, no entanto – se esta for a opção do usuário e a avaliação da equipe – seguir o acompanhamento individual.

Além das informações referentes à síndrome de abstinência e fissura, um método de parada deve ser escolhido pelo usuário. Os métodos de parada incluem (BRASIL, 1997; 2001; FIORE et al., 2008a; SERLIN et al., 2012):

- **Parada abrupta:** a pessoa escolhe uma data e a partir daquela data não fuma mais. É a estratégia mais efetiva e a mais adotada pelos ex-fumantes.
- **Parada gradual por redução:** reduz gradualmente o número de cigarros diários até parar em definitivo. Por exemplo, um indivíduo que costuma fumar 30 cigarros por dia, reduzirá para 25, 20, 15, 10, 5 e 0 o número de cigarros diários. Neste caso, recomenda-se a cessação planejada em 15 dias se for utilizado medicamento antidepressivo, pois é o tempo que o ele leva para fazer seu efeito total no organismo (ISMAEL, 2007). Perceba que não são 30, 29, 28... Para aqueles que fumam poucos cigarros e tem um Fagerström muito baixo, deve-se ter atenção, pois a dependência psicológica geralmente é mais intensa e, por vezes, demanda suporte de medicamento. Para estes usuários a redução gradual pode ser realizada em uma semana, por exemplo, se fuma sete cigarros, fumá-los por três dias, quatro cigarros por quatro dias e zerar no oitavo dia (ISMAEL, 2007).
- **Parada gradual por adiamento:** pessoa adia o horário do primeiro cigarro até parar. Por exemplo, passa a fumar o primeiro cigarro às 8h no primeiro dia, às 10h no segundo, às 12h no terceiro e assim por diante, até parar.

O método gradual é recomendado para fumantes especialmente ansiosos em relação à parada, que não confiam nas suas chances de sucesso. A parada gradual por redução ou adiamento não deve levar mais que duas semanas para o fumante parar de fumar em definitivo. Diminuir o número de cigarros por um período de tempo mais longo, como várias semanas, pode ser improdutivo e indica, geralmente, que o fumante não está suficientemente motivado a parar de fumar (BRASIL, 2001; ISMAEL, 2007).

Deve-se rever com o usuário as tentativas anteriores para identificar barreiras e estratégias para superá-las, bem como buscar alternativas para lidar com o estresse, como exercícios de respiração profunda, de relaxamento muscular e de imaginação ativa (BRASIL, 1997; ISMAEL, 2007).

Recomenda-se avisar os familiares e amigos mais próximos sobre a decisão de parar de fumar, além de retirar da vista, cinzeiros, isqueiros e carteiras de cigarros. Observa-se, no entanto, que alguns usuários preferem guardar as carteiras de cigarro ou deixá-las por perto para sentirem-se “mais seguros” ou para sentirem-se “desafiados”, sem que isso dificulte o seu processo de abstinência. Devemos, portanto, sempre individualizar cada caso, monitorando o surgimento de possíveis dificuldades.

O médico deve avaliar a indicação de farmacoterapia, que é usada para minimizar os sintomas da síndrome da abstinência, facilitando a abordagem cognitivo-comportamental. Esta terá um melhor resultado se usada com a farmacoterapia, especialmente nas pessoas com maior grau de dependência (BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a; 2009; SERLIN et al., 2012; SMITH et al., 2009; WHO, 2009a).

d) *Manutenção da abstinência*

O profissional de saúde deve parabenizar o usuário que parou de fumar e reforçar os benefícios obtidos com a cessação. Reforçar também os benefícios indiretos, como a melhora da autoestima e da confiança. Deve indagar sobre situações que ele ainda associa ao cigarro e como ele lida com elas. É importante o desenvolvimento de habilidades para enfrentar situações de risco de recaída como beber com amigos, ver outras pessoas fumando, situações de estresse ou de grande pressão. Recomenda-se, também, que evite situações associadas ao cigarro nas primeiras semanas, como o convívio com fumantes e o consumo de bebidas alcoólicas. Ele deve estar preparado para dizer não, caso lhe seja oferecido cigarro. Sugere-se fazer caminhadas e procurar distrações no momento da fissura, que tende a diminuir em frequência e intensidade com o passar do tempo. Deve sempre evitar o primeiro cigarro, devendo ser encorajado a participar de grupos de manutenção, conforme descreve o Passo 4 (BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a; SERLIN et al., 2012).

e) *Recaída*

Muitas vezes, o fumante, ao recair, mostra-se envergonhado e com baixa autoestima. Cabe ao profissional de saúde acolhê-lo, ouvi-lo, não demonstrar frustração, agressividade ou preconceito. O tabagismo pode ser encarado como uma doença crônica, onde cessação e recaídas fazem parte da sua evolução. Deve-se orientar sobre as várias tentativas que os fumantes fazem antes de parar, bem como trabalhar com ele as possíveis razões para esta recaída e explorar soluções para a próxima tentativa (BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a; SERLIN et al., 2012).

Passo 3 – Preparar

Coloque-se à disposição para acompanhar os fumantes que estão prontos para marcar uma data para deixar de fumar nos próximos 30 dias.

Estabeleça um plano de ação com ele que inclua: marcação de uma data a partir da qual ele não fumará cigarro algum; informações sobre a síndrome de abstinência, seus sintomas e sua duração; informações sobre a fissura e sua duração, treinando estratégias de enfrentamento. Fale dos métodos de parada e peça que ele escolha o que mais lhe agrada. Reforce que a parada abrupta pode ser a mais efetiva. Sempre leve em conta a individualidade dele para determinar com ele seu processo de cessação.

Antes da data da parada, estimule o fumante a identificar quais cigarros podem ser dispensáveis e a exercitar habilidades para não fumá-los.

Reveja o passado e identifique o que o ajudou e o que o dificultou a deixar de fumar em tentativas anteriores. Planeje e oriente estratégias para lidar com as situações que o estimulam a fumar. Oriente a buscar alternativas para lidar com situações de estresse. Estimule-o a avisar os familiares e amigos mais próximos sobre a decisão de deixar de fumar. Sugira a ele que eleja uma pessoa em que confie, para apoiá-lo nos momentos difíceis.

Para aqueles que bebem, sugira evitar o uso de álcool nas primeiras semanas. Para aqueles que referem medo de engordar, explique sobre as possibilidades de ganho de peso e estratégias para evitar um ganho excessivo. Avalie se há necessidade de tratamento medicamentoso.

Os fumantes que deixaram de fumar precisam ser acompanhados por um período, com o objetivo de evitar a recaída.

Passo 4 – Acompanhar

As primeiras semanas são fundamentais para que o usuário torne-se, efetivamente, um ex-fumante. Preferencialmente, marque retornos na primeira e segunda semanas após a data da parada e, após, retornos mensais, até completar três meses sem fumar. Depois disso, sugere-se que ele seja reavaliado ao completar seis meses e um ano sem fumar ou antes, dependendo da avaliação clínica.

Esses retornos podem ser feitos no modelo de um grupo de manutenção, onde o usuário é encorajado, junto aos demais, a falar sobre como ele está se sentindo, sem fumar. O modelo de grupo é utilizado a fim de que os diferentes membros possam encorajar e reforçar o processo dos demais parceiros. Como facilitador do grupo, ressalte os benefícios obtidos e enfatize que ele deverá, sempre, evitar dar uma tragada ou acender um cigarro. Procure identificar quais as situações que ainda representam um perigo de recaída, buscando reforçar as habilidades para lidar com elas. E, se houver recaída, aceite-a sem críticas, procurando identificar a situação que o fez recair e ajudando-o a tirar proveito disso.

Há outras formas eficazes que o profissional de saúde pode usar para manter o acompanhamento do usuário após o final dos grupos de cessação do tabagismo, a depender da estrutura da unidade: pode-se lançar mão de contatos periódicos por telefone ou e-mail, além de oferecer esses meios de comunicação para momentos em que o usuário esteja enfrentando dificuldades em decorrência do processo de abstinência.

Cada retorno ou contato é importante para analisar as dificuldades enfrentadas e reforçar os ganhos obtidos. Lembre-se sempre de parabenizar o paciente pelos avanços alcançados, mantendo-o sempre motivado. Caso ele tenha uma recaída, recomeça todo o processo.

Fonte: BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a; SERLIN et al., 2012. Com adaptações.

Apêndice C

Proposta de instrumento para acompanhamento dos grupos de apoio a cessação do tabagismo

GRUPO DE CESSAÇÃO DE TABAGISMO – Folha de Segmento Individual	
NOME: _____	
DATA DE NASCIMENTO: ___/___/____. NÚMERO DE CADASTRO: _____	
TERAPIA MEDICAMENTOSA PROPOSTA:	
() NENHUMA () TRN () BUPROPIONA	
1º Encontro do grupo de Cessação de Tabagismo	DATA: ___/___/____.
Fumando ___ cigarros/dia.	
Observação da participação no grupo:	
2º Encontro do grupo de Cessação de Tabagismo	DATA: ___/___/____.
Fumando ___ cigarros/dia. Parou de fumar há ___ dias.	
Usando medicação há ___ dias. Se adesivo (TRN), ___mg/dia.	
Observação da participação no grupo:	
3º Encontro do grupo de Cessação de Tabagismo	DATA: ___/___/____.
Fumando ___ cigarros/dia. Parou de fumar há ___ dias.	
Usando medicação há ___ dias. Se adesivo (TRN), ___mg/dia.	
Observação da participação no grupo:	
4º Encontro do grupo de Cessação de Tabagismo	DATA: ___/___/____.
Fumando ___ cigarros/dia. Parou de fumar há ___ dias.	
Usando medicação há ___ dias. Se adesivo (TRN), ___mg/dia.	
Observação da participação no grupo:	

5º Encontro do grupo de Cessação de Tabagismo (SEGUIMENTO)	DATA: __/__/____.
Fumando ____ cigarros/dia. Parou de fumar há ____ dias.	
Usando medicação há ____ dias. Se adesivo (TRN), ____mg/dia.	
Observação da participação no grupo:	
6º Encontro do grupo de Cessação de Tabagismo (SEGUIMENTO)	DATA: __/__/____.
Fumando ____ cigarros/dia. Parou de fumar há ____ dias.	
Usando medicação há ____ dias. Se adesivo (TRN), ____mg/dia.	
Observação da participação no grupo:	
7º Encontro do grupo de Cessação de Tabagismo (SEGUIMENTO)	DATA: __/__/____.
Fumando ____ cigarros/dia. Parou de fumar há ____ dias.	
Usando medicação há ____ dias. Se adesivo (TRN), ____mg/dia.	
Observação da participação no grupo:	
8º Encontro do grupo de Cessação de Tabagismo (SEGUIMENTO)	DATA: __/__/____.
Fumando ____ cigarros/dia. Parou de fumar há ____ dias.	
Usando medicação há ____ dias. Se adesivo (TRN), ____mg/dia.	
Observação da participação no grupo:	
9º Encontro do grupo de Cessação de Tabagismo (SEGUIMENTO)	DATA: __/__/____.
Fumando ____ cigarros/dia. Parou de fumar há ____ dias.	
Usando medicação há ____ dias. Se adesivo (TRN), ____mg/dia.	
Observação da participação no grupo:	
10º Encontro do grupo de Cessação de Tabagismo (SEGUIMENTO)	DATA: __/__/____.
Fumando ____ cigarros/dia. Parou de fumar há ____ dias.	
Usando medicação há ____ dias. Se adesivo (TRN), ____mg/dia.	
Observação da participação no grupo:	

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice D

Roteiro de temas para as sessões em grupos estruturadas

Lembre-se:

Os grupos devem ter no mínimo quatro encontros, portanto o número de sessões vai variar de acordo com cada local, podendo chegar a sete encontros.

1ª Sessão: Entender por que se fuma

Passo a passo

- Realizar o acolhimento dos participantes, o profissional de saúde apresenta-se e cada pessoa faz uma breve apresentação pessoal (nome, idade, quanto tempo fuma, quantos cigarros fuma por dia, quantas vezes tentou parar de fumar, expectativas do tratamento, razão pela qual está participando do grupo); em seguida, realiza-se uma breve sensibilização dos problemas acarretados pela dependência do cigarro.
- Explicar o processo do grupo detalhadamente (como são as sessões, tempo e duração, necessidade de avaliação médica para uso de medicamento, dúvidas a respeito das sessões), dando-se, assim, início ao tratamento.
- Estabelecer as Regras de Funcionamento do Grupo: respeito a horários, número de sessões, confidencialidade, impossibilidade de reposição de faltas, importância do preenchimento de formulários e leituras.

Temas a serem abordados na 1ª Sessão:

- a) Reconhecer as ambivalências: parar versus continuar fumando.
- b) Benefícios de parar de fumar.
- c) Reforço quanto a ter uma nova experiência de parar de fumar.
- d) Explicação sobre dependência química, dependência psicológica e condicionamento.
- e) Métodos de parar de fumar: abrupto/gradual, tratamento interdisciplinar, medicamentos.
- f) Escolha da data para parar de fumar ("dia D").

Tabela 1 – Benefícios de parar de fumar

20 minutos	Pressão arterial e batimentos cardíacos voltam ao normal. Temperatura dos pés e mãos eleva.
8 horas	Diminui a quantidade de monóxido de carbono e eleva a de oxigênio no sangue.
24 horas	Diminuem os riscos de um ataque cardíaco.
48 horas	Melhoram o olfato e o paladar.

continua

conclusão

2 semanas a 3 meses	Melhora a circulação sanguínea.
1 mês a 9 meses	Reduz tosse, congestão nasal, cansaço e falta de ar. Reduz o risco do surgimento de infecções respiratórias.
1 ano	Reduz pela metade o risco de um ataque cardíaco.
5 anos	Reduz pela metade a possibilidade de desenvolver câncer de pulmão, boca, garganta e esôfago. O risco de um derrame cerebral passa a ser o mesmo de quem nunca fumou.
10 anos	O risco de desenvolver câncer de pulmão passa a ser igual ao de quem nunca fumou.
15 anos	O risco de sofrer um infarto do coração passa a ser igual ao de quem nunca fumou.

Fonte: DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2004.

2ª Sessão: Preparar para abandono do cigarro

Passo a passo

- As sessões sempre são iniciadas com os participantes trazendo questões importantes vivenciadas na semana anterior. Explicam-se detalhadamente os itens referentes às dependências física, psicológica e aos condicionamentos estabelecidos. A introdução dos adesivos e dos medicamentos ocorre na segunda sessão, quando for avaliada a necessidade de uso deles pelos usuários, e a dosagem é estabelecida de acordo com critérios clínicos.
- Discutir com cada pessoa do grupo, mediante os questionamentos durante as sessões, os pontos mais frágeis suscetíveis para recaída, no sentido de promover controle e mudança de comportamento. São introduzidas as técnicas de controle comportamental e é ressaltada a importância de trabalhar o conceito de assertividade. Também neste ponto, deve-se dar atenção às disfunções cognitivas, ou seja, às compreensões e aos pensamentos equivocados, trazidas pelos sujeitos durante a sessão.

Programa Básico da 2ª Sessão

- a) Apresentação das experiências dos participantes desde o último encontro.
- b) Planejamento das mudanças a realizar e uso de técnicas de autocontrole.
- c) Assertividade e tipos de reformulações cognitivas.
- d) Explicações sobre a Síndrome de Abstinência: quais são seus sintomas, suas possibilidades e técnicas de manejo, por exemplo, treinar com eles a técnica de respiração profunda que será útil para relaxar e melhorar a sintomatologia da abstinência.
- e) Exercício de respiração profunda e relaxamento.
- f) Orientações para iniciar o tratamento: redução gradual ou total.

Quadro 1 – Técnicas de autocontrole para parar de fumar

1. Tomar 1 ou 2 copos de água cada vez que tiver vontade de fumar.
2. Fazer exercícios de respiração profunda 5 vezes seguidas.
3. Caminhar por 5 ou 10 minutos.
4. Ler um livro, ou fazer alguma atividade que distraia.
5. Lembre-se de que a vontade premente irá passar em alguns minutos.
6. Não fique com algum cigarro, seja em casa, no carro, ou no trabalho.
7. Evite tudo o que possa dar vontade de fumar, como café, bebidas alcoólicas e doces.
8. Após as refeições, levante e deixe a mesa imediatamente.
9. Escove os dentes logo após as refeições.
10. Tire os estímulos que possam lembrar o cigarro, como cinzeiros, isqueiros etc.
11. Permaneça em áreas para “não fumantes” o maior tempo possível.
12. Não se preocupe com o amanhã, semana que vem, nem com “o resto da vida”. Pense em termos de um dia por vez, uma necessidade por vez.
13. Faça exercícios físicos: caminhada, musculação, natação, alongamento etc.
14. Tente trabalhar seus pensamentos automáticos, por exemplo: rever tentativas de parar de fumar anteriores e se lembrar dos fatores que atrapalharam.
15. Lembre-se sempre de todas as razões que levaram a parar de fumar.
16. Se a necessidade for muito forte, recorra a alimentos que não engordam, como cenoura, salsa, erva-doce, frutas, balas, ou goma de mascar *diet* e bastante líquido. Também pode ser útil, cristal de gengibre, pau-de-canela e cravo para mastigar.

Fonte: ISMAEL, 2007.

Quadro 2 – Treino de respiração profunda

A respiração correta é um dos passos para conseguir relaxar. Muitos de nós respiramos de maneira errada e ineficiente. Vamos descobrir como respiramos:

Sente de forma confortável na cadeira.

Feche os olhos.

Coloque uma mão sobre a barriga e outra sobre o peito.

Respire normalmente e observe se sua respiração é rápida ou lenta.

Observe também qual mão sobe mais, a da barriga ou a do peito.

Abra os olhos. O que observou?

A respiração é superficial quando é dominante na parte superior do tórax. A respiração abdominal é mais completa, profunda e lenta. Também deve se gastar mais tempo soltando o ar do que o trazendo para dentro.

Agora vamos tentar respirar corretamente:

1. Inspire lentamente pelas narinas, contando até três.
2. Prenda a respiração também contando até três.
3. Expire lentamente pela boca, contando até seis.
4. Ao inspirar, faça com que o ar passe pelo diafragma e encha o abdômen.
5. Mantenha por três segundos inflado dessa maneira.
6. Ao eliminar o ar, faça com que o abdômen vá se encolhendo cada vez mais, até que fique totalmente esvaziado.

Repita essa forma de respirar por 5 ou 6 vezes seguidas. Ela produzirá uma redução na ansiedade. Treinar esse tipo de respiração, algumas vezes ao dia, ajuda a estar com pleno domínio da técnica em momentos ansiosos.

Fonte: ISMAEL, 2007.

Quadro 3 – Exercício de relaxamento

Esse exercício ajuda a pessoa a descontrair gradualmente por meio da concentração e da atenção em cada parte do corpo.

- Sente-se numa posição confortável.
- Veja se tem alguma coisa apertando: relógio, cinto etc.
- Mantenha as costas retas e apoiadas na cadeira, os pés no chão, um pouco afastados, as mãos sobre o colo e feche os olhos.
- Respire com calma.
- Procure prestar atenção apenas em sua respiração.
- Agora, preste atenção nos seus pés.
- Imagine uma suave sensação de calor nos pés, como se os colocasse uma superfície com água morna, como uma banheira, uma piscina aquecida, ou o mar, em um dia de sol.
- Imagine aos poucos que vai sentir esta mesma sensação em suas pernas.
- Pense que suas pernas estão ficando aquecidas.
- Preste atenção na região do quadril até a barriga.
- A sensação de calor vai chegando devagar até os quadris, subindo para a barriga.
- Agora, peito e braços. Devagar, sinta a sensação de calor chegando e se espalhando.
- Pense que seu peito e braços estão ficando aquecidos.
- O calor leve chega aos ombros, pescoço e nuca.
- Preste atenção na sua cabeça, rosto, olhos, sobrancelhas, testa.
- Sinta que a sensação de calor suave relaxa os músculos de seu corpo.
- Veja se ainda há alguma parte tensa: se houver, mande um pouco desta sensação de aquecimento pra lá.
- Imagine um lugar onde possa estar com esta sensação e aproveite um pouco este momento.
- Lentamente, conte mentalmente até dez e abra os olhos.

Fonte: JACOBSON, 1938.

Quadro 4 – Assertividade

A assertividade refere-se a expressar ideias e emoções no momento em que o indivíduo deseja expressá-las, sem agressividade.

Muitas pessoas apresentam inibições, cedendo à vontade alheia e guardando frequentemente seus desejos. É comum que jovens e adultos, que se sintam desconfortáveis nas situações interpessoais, se apoiarem em algo para enfrentá-las.

O cigarro muitas vezes exerce essa função. É o que acontece, por exemplo, quando um jovem deseja aproximar-se de uma garota que lhe causa atração, mas não consegue fazê-lo de forma espontânea. Outro exemplo: um profissional necessita apresentar um projeto importante, no qual estarão presentes seus superiores, existindo a perspectiva de não obter aprovação.

Quando o indivíduo se percebe em uma situação que deseja ser aceito ou aprovado nem sempre consegue ser assertivo. Esta é uma das razões para muitos jovens aderirem ao tabagismo. Por esse motivo, torna-se importante identificar as situações que causam constrangimento ou estresse, nas quais o ato de fumar esteja relacionado, buscando-se formas diferentes de lidar com elas.

continua

conclusão

Algumas estratégias favorecem o desenvolvimento da assertividade:

- Falar usando frases curtas.
- Descrever fatos objetivamente, sem exagero de detalhes ou distorções.
- Falar olhando diretamente para o seu interlocutor.
- Usar expressões como eu penso, em minha opinião, eu acredito...
- Evitar justificar tudo o que faz ou diz.

Exercitar a assertividade favorece o momento em que se decidiu parar de fumar. O ex-fumante fica exposto a diversas situações “tentadoras” e deve ser assertivo para manter seu comportamento de não fumar. É importante ter sempre presente o pensamento: “Decidi parar de fumar”. Bem como a resposta aos convites para fumar: “Obrigada, mas eu não fumo”.

Fonte: ISMAEL, 2007.

3ª Sessão – Viver os primeiros dias sem o cigarro

Passo a passo

- Como nas duas sessões anteriores, esta também é iniciada com os sujeitos trazendo questões importantes vivenciadas na semana anterior, com apresentação das experiências dos participantes desde o último encontro.
- Discutir com cada participante como estavam sendo realizadas as mudanças necessárias e observadas com os resultados do questionário inicial, o uso das técnicas de controle comportamental e a importância da assertividade.
- Trabalhar as disfunções cognitivas trazidas pelos sujeitos durante a sessão com o processo de cessação e as crenças relacionadas às dificuldades encontradas, principalmente ao humor, condicionamentos e mudança de rotina.
- Usar a técnica do reforço positivo quanto aos progressos efetuados pelos participantes, assim como a identificação de situações de risco e o enfrentamento destas situações por meio de dinâmicas de grupo.

Programa Básico

- a) Reforçar aos participantes, que já estão apresentando resultados, quanto ao autocontrole.
- b) Reflexões sobre os “gatilhos” que intensificam o desejo de fumar.
- c) Identificação e enfrentamento de situações de risco.

Tabela 2 – Dicas para os sintomas de abstinência

Sintomas	Técnicas para Alívio dos Sintomas
Desejo/Vontade	Distraia-se. Respire fundo. Lembre-se de que a vontade passa em minutos.

continua

conclusão

Sintomas	Técnicas para Alívio dos Sintomas
Irritabilidade	Faça exercício de respiração/relaxamento. Imagine uma paisagem agradável. Tome um banho quente.
Insônia	Relaxe lendo um livro. Tome um banho morno. Beba um copo de leite morno. Evite bebidas com cafeína após meio-dia. Caminhe um pouco antes de se deitar. Use roupas confortáveis para dormir. Escureça o ambiente e garanta ventilação. Não faça atividades muito estimulantes antes de ir dormir.
Aumento do apetite	Prepare um "kit de sobrevivência" com vegetais picados, frutas, chicletes diet. Beba água e líquidos (de baixa caloria). Inicie ou intensifique a atividade física.
Dificuldade de concentração	Simplifique sua agenda por alguns dias. Dê uma caminha curta, saia um pouco. Beba água e líquidos (de baixa caloria). Descanse.
Fadiga	Procure dormir o suficiente a cada noite. Tire um cochilo ao longo do dia. Não exija muito de você durante duas a quatro semanas.
Constipação, gases, dor de barriga	Beba muito líquido. Acrescente fibras a sua dieta: frutas, vegetais crus, cereais integrais, mude sua dieta aos poucos.

Fonte: ISMAEL, 2007.

4ª Sessão – Vencer obstáculos e manter-se sem fumar, prevenção de recaídas, encerramento e orientações

Passo a passo

- Novamente a sessão é iniciada motivando os sujeitos a compartilharem suas experiências e discutir os resultados da semana anterior e sentimentos relacionados à ausência do cigarro; é reforçada a importância do uso das técnicas de controle comportamental e assertividade, como as disfunções cognitivas trazidas pelos sujeitos durante a sessão; verificar como estão se sentindo (físico e emocional); o que melhorou? O que ficou mais difícil? Como lidou com a situação?.
- É importante a utilização, em todas as sessões, da técnica do reforço positivo, ou seja, elogiar e destacar pontos em que os usuários tiveram quanto aos progressos efetuados; foco nas mudanças positivas.
- Perguntar e refletir sobre como que as situações de risco estavam sendo enfrentadas, analisando a busca de comportamentos assertivos e o manejo das dificuldades.

- Nesta sessão, é importante iniciar o processo de prevenção de recaídas.
- Orientar o processo terapêutico e prosseguimento do tratamento medicamentoso com a finalização do grupo.

Programa Básico

- a) Reforçar quanto a não se colocar à prova (experimental fumar) nesta fase do programa.
- b) Encorajar os que não pararam de fumar a continuar tentando.
- c) Fazer um balanço geral do funcionamento do grupo, conquistas e desafios.
- d) Orientar quanto ao prosseguimento do tratamento e retorno.

Sessões seguintes de acompanhamento – Conquistas e dificuldades, prevenção de recaídas

Passo a passo

- Como nas sessões anteriores, esta é iniciada motivando os sujeitos a compartilharem suas experiências desde o fim do grupo, assim como o sentimento relacionado à ausência do cigarro, as técnicas de autocontrole, as crenças, os pensamentos disfuncionais e o reforço positivo quanto ao progresso de cada um.
- Orientar os participantes como as situações de risco estavam sendo enfrentadas e a busca assertiva de alternativas.

Programa Básico

- a) Motivar os participantes a compartilhar as experiências vividas desde o último encontro.
- b) Perguntar como estão se sentindo (físico e emocional).
- c) Reforçar positivamente as conquistas.
- d) Alertar quanto à oscilação desejo de fumar x determinação em não fumar.
- e) Prevenção de recaídas.

Observação Importante: caso seja possível, realizar sessões mensais até completar 12 meses de abstinência ou ficar a disposição dos participantes, sempre que necessitarem de apoio.

Quadro 5 – Prevenção de recaída

Existem certas situações nas quais a maioria dos fumantes identifica como pontos de crise, que os levam a acender um cigarro. O problema não é que você deseje fisicamente o tabaco, mas costumava enfrentar tais situações com um cigarro na mão. Agora que já não fuma, pode sentir-se tentado a voltar ao conforto enganoso que o tabaco lhe proporcionava.

As situações mais comuns, que devem deixá-lo alerta são:

- Emoções negativas, como raiva, preocupação, frustração e tédio.
- Conflito com alguém ou pressão no trabalho.
- Reuniões sociais, especialmente com bebidas alcoólicas e perto de fumantes.
- Um momento relaxante em casa, depois da refeição.

PROTEJA-SE. APÓS PARAR DE FUMAR, UMA SIMPLES TRAGADA PODE LEVAR VOCÊ A UMA RECAÍDA. EVITE O PRIMEIRO CIGARRO E VOCÊ ESTARÁ EVITANDO TODOS OS OUTROS!

Não fique com algum cigarro, seja em casa, no carro ou no trabalho.

Evite estar no ambiente em que outras pessoas estejam fumando.

Livre-se de todos os objetos relacionados ao tabaco, como cinzeiros, isqueiros etc.

Procure pessoas que podem ajudá-lo

Converse com um ex-fumante, com um amigo ou parente sobre sua conquista e explique como ela é importante.

Mude sua rotina

Mantenha-se ocupado. Comece algum projeto que vem adiando há tempos.

Durma mais cedo. Faça exercícios de respiração profunda.

Permaneça em áreas para “não fumantes” o maior tempo possível.

Caso sinta vontade de fumar, deixe o lugar onde sentiu a necessidade premente por alguns minutos, se possível.

Mude seu modo de pensar sobre tabaco

Reconheça que “só um cigarrinho” pode arruinar todo o seu esforço e levá-lo de volta ao velho padrão.

Não se preocupe com amanhã, semana que vem, nem com “o resto da vida”. Pense em termos de um dia por vez, uma necessidade por vez.

Lembre-se dos benefícios do abandono do fumo e de suas razões para parar de fumar.

Avalie seu progresso frequentemente e pense em mensagens positivas. Premie-se.

Compreenda que VOCÊ tomou a decisão de abandonar o tabaco e assumiu algumas responsabilidades com essa decisão.

Desenvolva hábitos alimentares saudáveis

Restrinja (ou evite) café e bebidas que contêm cafeína. Restrinja (ou evite) bebidas alcoólicas.

Beba água. Se quiser fazer um lanche, escolha por vegetais frescos, frutas, chicletes sem açúcar, torradas ou água mineral. Reduza os alimentos ricos em gordura e açúcar.

Fonte: ISMAEL, 2007.

Apêndice E

Instruções ao tabagista em cessação para uso correto do adesivo transdérmico de nicotina

Instruções para o uso correto de adesivo transdérmico de nicotina.

- O período para uso do adesivo é de 10 a 12 semanas.
- A dosagem será estabelecida de acordo com a avaliação de cada paciente.
- Não interrompa o uso sem orientação prévia.
- Inicie o tratamento no dia estipulado nas sessões.
- Abra a embalagem, retire a película transparente e cole o adesivo na pele.
- Pressione por 10 segundos.
- Use sempre acima da linha do abdome e abaixo do pescoço, protegido da luz solar.
- Caso use trajes de banho, coloque embaixo da roupa, onde estará protegido do sol.
- Em mulheres, não usar na região das mamas.
- Prefira colocar o adesivo pela manhã.
- Troque o adesivo e o local da aplicação a cada 24 horas.
- Cuidado com crianças e animais ao descartar o adesivo usado. Para o não fumante, é altamente tóxico.
- Caso caia, recoloque trocando de lugar. Se for necessário, fixe com esparadrapo.
- Nunca coloque em lugares onde haja pelos.
- Caso tenha alguma reação alérgica, interrompa imediatamente o uso e fale com o médico.
- Se esquecer de colocar o adesivo, faça-o assim que lembrar.

ATENÇÃO:

Não usar o adesivo e fumar.

Siga corretamente as orientações de sua equipe de saúde.

Fonte: BRASIL, 2001. Com adaptações.



SAÚDE
MAIS PERTO DE VOCÊ

DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

