

Abordagem e Tratamento do Fumante

Consenso

© 2001- MINISTÉRIO DA SAÚDE

É PERMITIDA A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

José Serra

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Renilson Rehen de Souza

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Jacob Kligerman

TIRAGEM: 2000 exemplares

CRIAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO:

Instituto Nacional de Câncer

Coordenação de Prevenção e Vigilância - CONPREV

Rua dos Inválidos 212, 3º andar - Centro

20231-020 Rio de Janeiro - RJ

Tel: (0xx21) 3970-7400 Fax: (0xx21) 2221-7006

e-mail: conprev@inca.org.br

PROGRAMAÇÃO VISUAL E EDITORAÇÃO

Divisão de Comunicação Social / INCA e JPM Mídia Impressa

FOTOLITO:

Acerto Sistema Gráfico

IMPRESSÃO

Skil Line Gráfica Editora

Ficha Catalográfica

B 823f Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA.

Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV).

Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001

38p. il

Bibliografia

ISBN

1. 857318071-4

CDD 616.994

Este documento é o resultado de um trabalho conjunto, articulado pelo Instituto Nacional de Câncer/ Ministério da Saúde, do qual participaram representantes de Sociedades Científicas, Associações e Conselhos de profissionais da área de saúde, instituições e profissionais de saúde de reconhecida experiência com o tema.

Ministério da Saúde • MS
Instituto Nacional de Câncer • INCA

Coordenação de Prevenção e Vigilância • CONPREV

Abordagem e Tratamento do Fumante



APRESENTAÇÃO

Com o avanço da ciência, o tabagismo, antes visto como estilo de vida, é atualmente reconhecido como uma dependência química que expõe as pessoas a inúmeras substâncias tóxicas. Os dependentes do tabaco são as principais vítimas de doenças limitantes e muitas vezes fatais, como câncer. Hoje o tabagismo está classificado internacionalmente no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas. A OMS estima que, por dia, cerca de 100 mil crianças viram fumantes regulares em todo o mundo.

Diante dessa realidade, o Ministério de Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), lançou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Objetivo: prevenir a iniciação no consumo de derivados do tabaco entre crianças e adolescentes e, ainda, estimular o abandono do fumo entre os já dependentes do tabaco.

A necessidade de se investir esforços para apoiar os fumantes a deixar de fumar é cada vez mais evidente. É crescente o número de fumantes que procuram esse apoio estimulados por um contexto social cada vez mais desfavorável ao consumo de tabaco.

Um dos esforços mais recentes para ajudar os tabagistas a largar o fumo foi a realização do Encontro de Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante. Ali se estimulou a coordenação das ações entre diferentes sociedades científicas e os mais variados conselhos de profissionais da área de saúde. Em linhas gerais, o evento impulsionou novas parcerias para divulgar e debater os mais modernos métodos para parar de fumar.

Esta publicação de agora vai auxiliar que profissionais de saúde de todo o Brasil possam oferecer uma abordagem eficaz – e sobretudo humana e acolhedora – àqueles que no passado se tornaram vítimas da disseminação do tabagismo. A esses profissionais, reafirmo mais uma vez que ajudar um fumante a deixar de fumar é uma questão de ética e sobretudo de humanidade.

SUMÁRIO

I	INTRODUÇÃO	7
I.1	O Tabagismo como problema de saúde pública	7
I.2	Evolução do controle do Tabagismo no Brasil	8
II	PARTE 1	
	BASES TEÓRICAS PARA AS RECOMENDAÇÕES DOS MÉTODOS DE CESSAÇÃO DE FUMAR	11
II.1	MÉTODOS EFICAZES PARA A CESSAÇÃO DE FUMAR	13
II.1.1	Abordagem Cognitivo-comportamental	13
II.1.2	Farmacoterapia	16
II.1.3	Abordagem do Tabagismo em grupos e situações especiais	17
II.2	MÉTODOS AINDA SEM EFICÁCIA COMPROVADA PARA A CESSAÇÃO DE FUMAR	20
III	PARTE 2	
	ORIENTAÇÕES PRÁTICAS PARA A ABORDAGEM DO FUMANTE PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE	21
III.1	VALE A PENA AJUDAR UM FUMANTE A DEIXAR DE FUMAR?	23
III.2	O QUE O PROFISSIONAL DE SAÚDE PODE FAZER PARA AJUDAR UM PACIENTE A DEIXAR DE FUMAR?	23
III.3	E QUANTO AO APOIO DE MEDICAMENTOS, QUANDO USÁ-LO?	33
IV	BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	37

INTRODUÇÃO

O TABAGISMO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Durante séculos o uso do tabaco foi difundido das Américas para todo o mundo por acreditar-se que era uma erva dotada de propriedades medicinais, capaz de curar doenças diversas como a bronquite crônica, asma, doenças do fígado, e dos intestinos, reumatismo e outras. Assim, o consumo do tabaco sob diferentes formas, embora com controvérsias sobre o seu real poder de cura, foi progressivamente ganhando espaço através dos séculos (PAHO, 1992).

No final do século XIX e, sobretudo, na 1ª metade do século XX, a explosão do consumo de tabaco definiu a consolidação da potência econômica das indústrias fumageiras. Isto se deu graças a dois fatores: a produção de cigarros em escala industrial e a um processo agressivo de propaganda e marketing (PAHO, 1992). Este último foi historicamente decisivo para dar ao comportamento de fumar uma representação social positiva, através de um processo de associação entre o consumo de derivados do tabaco e o ideal de auto-imagem, como beleza, sucesso, liberdade. Assim, ao longo de décadas, o comportamento de fumar foi tornando-se familiar e o cigarro objeto de desejo de milhões de pessoas, especialmente a partir da década de 50, quando as técnicas de publicidade se desenvolveram.

Hoje, temos 1,1 bilhão de fumantes e 4 milhões de mortes anuais no mundo devido ao tabagismo (World Bank, 1999). Sem dúvida, o jogo de estratégias criado para minimizar o impacto da divulgação das evidências científicas sobre os malefícios do tabaco e a existência de um longo espaço de tempo (cerca de 3 a 4 décadas) entre o início do consumo do tabaco e as manifestações de seus efeitos mais graves (Murray & Lopez, 1996) têm contribuído para esse quadro.

Se o atual padrão de consumo não for revertido, esse número poderá chegar a 10 milhões de mortes anuais em 2020. Vale ressaltar que, dessas, 70% ocorrerão em países em desenvolvimento, onde os problemas graves associados ao tabagismo dividirão o cenário com problemas básicos de saúde como desnutrição, deficiência de saneamento e de suprimento de água, doenças infecto-contagiosas, ainda não controladas (WHO, 1999).

O tabagismo responde atualmente por 40 a 45% de todas as mortes por câncer, 90 a 95% das mortes por câncer de pulmão, 75% das mortes por DPOC, cerca de 20% das mortes por doenças vasculares, 35% das mortes por doenças cardiovasculares, entre homens de 35 a 69 anos de idade, nos países desenvolvidos (WHO, 1999). Este fato contribui para que hoje o tabaco responda por 15 % do total de mortes nesses países (Murray & Lopez, 1996).

Apesar do adoecimento e a morte causada pelo tabagismo se manifestarem entre adultos, ela começa na infância. Hoje, vários estudos corroboram que 90% dos fumantes iniciaram até os 19 anos e 50% dos que experimentaram 1 cigarro se tornaram fumantes na vida adulta (Cinciprini, 1997).

EVOLUÇÃO DO CONTROLE DO TABAGISMO NO BRASIL

A partir da década de 70 se tornaram mais evidentes as manifestações organizadas para controle do tabagismo no Brasil. Inicialmente por iniciativa de profissionais isolados, associações médicas, religiosas e outras ONGs, sem nenhum apoio governamental. Na esteira das publicações científicas e de divulgação na mídia leiga, surgiram os primeiros projetos de lei, as manifestações públicas e declarações de entidades e algumas leis municipais e estaduais restritivas, campanhas e programas de educação em saúde, principalmente dirigidos a escolares.

Ao final da década de oitenta, o Ministério da Saúde passou a assumir o papel que lhe cabia na organização de ações sistemáticas, continuadas e abrangentes, através do Instituto Nacional de Câncer (INCA).

Ao longo desse período, o **Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT)** foi construído com o apoio de alianças e parcerias e envolvendo dois grandes grupos de ações: o primeiro, voltado para a prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público-alvo, crianças e adolescentes; o segundo, envolvendo ações para estimular os fumantes a deixarem de fumar. Ambos os enfoques são reforçados por ações legislativas, econômicas e ações de comunicação social.

Durante 9 anos, as ações educativas foram apenas pontuais, e a partir de 1996 passaram a envolver também ações contínuas. O alcance nacional dessas ações se deu graças a um processo de descentralização através da parceria com secretarias estaduais e municipais de saúde e da parceria com organizações não-governamentais (ONGs). Esse processo contribuiu para uma significativa mudança de paradigma, onde o tabagismo, de um comportamento elegante e charmoso, se transformou progressivamente num comportamento indesejável. Como consequência desse efeito, no Brasil, onde em 1988 a Pesquisa Nacional sobre Estilo de Vida realizada pelo Ministério da Saúde mostrava que tínhamos cerca de 30,6 milhões de fumantes, dos quais 78% gostariam de deixar de fumar (Ministério da Saúde, 1998), ocorreu um aumento progressivo na demanda por ações de apoio à cessação o que por sua vez colocou em evidência o papel das instituições de saúde e de seus profissionais nesse âmbito. No entanto, pesquisas mostram que apesar da maioria dos fumantes desejarem parar de fumar, apenas cerca de 3% conseguem parar definitivamente a cada ano. Destes, 85% deixam de fumar sem um apoio formal, o que aponta para o grande potencial que a abordagem rotineira do fumante pelos profissionais de saúde pode oferecer para reduzir a prevalência de fumantes (Cinciprini, 1997).

Uma das prováveis causas da baixa percentagem de fumantes que conseguem parar de fumar é que as informações sobre como aconselhar e apoiar o paciente e sobre os métodos para deixar de fumar, por serem relativamente recentes, ainda não são amplamente conhecidas pela maioria dos profissionais de saúde.

Por outro lado, o aumento da procura por apoio para deixar de fumar tem impulsionado uma outra demanda: o interesse de profissionais de saúde para atender tal demanda.

Para mudar essa situação, o Ministério da Saúde, por meio do INCA, e em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e ONGs, vem investindo esforços na socialização dos conhecimentos sobre cessação de fumar para que os profissionais de saúde nas suas rotinas de atendimento possam oferecer uma abordagem eficaz ao fumante.

Para tal, uma de suas principais metas dentro do PNCT é implantar o *Programa de Controle do Tabagismo nas Unidades de Saúde* em todo o País. O Programa inclui ações para que essas unidades se tornem um ambiente favorável à cessação de fumar. Isto implica na implementação de uma política de restrição ao consumo de derivados de tabaco em unidades de saúde, para o que foi desenvolvido o *Programa Unidades de Saúde Livres de Tabaco*.

Paralelamente, foi desenvolvido o *Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar*. Sabendo-se que aconselhar isolada e pontualmente não é o bastante, sendo preciso que aqueles que querem deixar de fumar sejam preparados e acompanhados nesse processo, a ação principal desse Programa é instrumentalizar os profissionais de saúde com estratégias e material técnico de apoio, que permitam aumentar a eficácia da abordagem para cessação de fumar. O primeiro passo nessa direção foi dado com a publicação do livro "Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar", publicado em 1996. A partir de então, foi iniciado o processo de sensibilização de instituições de saúde e seus profissionais para que passem a ver o tabagismo como uma doença crônica, que merece e precisa ser abordada com o mesmo nível de prioridade que é dado, por exemplo, à abordagem da hipertensão arterial, diabetes e hipercolesterolemia.

Para apoiar a expansão do Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar, o INCA/Conprev conta com o Núcleo de Estudos Clínicos da Dependência de Nicotina que desempenha quatro grandes funções:

1. Desenvolvimento e aperfeiçoamento de dinâmicas de atendimento do fumante e materiais de apoio;
2. Desenvolvimento de ensaios clínicos para avaliar eficácia de novas metodologias;
3. Desenvolvimento de metodologias para treinamento de profissionais de saúde para atendimento na cessação de fumar;
4. Atendimento aos funcionários fumantes do INCA, como parte do Programa INCA Livre do Cigarro.

Nesse processo, o INCA em parceria com as SES capacitou 6.520 profissionais de saúde de SMS para gerenciamento do Programa de Controle do Tabagismo nas Unidades de Saúde dos seus municípios. Através desse processo de descentralização, até maio de 2001, foram treinados para abordagem mínima do fumante cerca de 5000 profissionais de saúde. Para a abordagem intensiva foram treinados 235 profissionais de 119 unidades de saúde nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Paraná.

Através desse processo de capacitação buscou-se socializar entre os profissionais de saúde a abordagem cognitivo-comportamental envolvida no método "Pergunte, Aconselhe, Prepare e Acompanhe", e estimular a sua inclusão nas rotinas de atendimento das instituições de saúde. Uma outra expectativa desse processo é de que os profissionais reconheçam que o ponto central da cessação de fumar é a mudança de comportamento; saibam identificar os componentes físicos, psicológicos e os condicionamentos envolvidos na dependência da nicotina e aprendam a lidar com a síndrome de abstinência e a "fissura" (desejo intenso de fumar) que se apresenta para uma parcela dos fumantes, durante a cessação de fumar. Por fim, é importante que saibam estimular nesses pacientes habilidades para prevenção da recaída. Para isso, o profissional de saúde recebe orientações sobre como identificar entre seus pacientes fumantes o grau de dependência da nicotina, o grau de motivação para deixar de fumar, e sobre como prepará-los e acompanhá-los durante e após a cessação de fumar.

Outro ponto essencial abordado nesse processo de capacitação é o entendimento da função exata dos medicamentos no processo de cessação de fumar. Atualmente, a eficácia de alguns medicamentos na cessação de fumar tem levantado um grande interesse na utilização dos mesmos. No entanto, a intensa publicidade desses medicamentos tem induzido a idéia de que eles representam uma "fórmula mágica" para deixar de fumar. É preciso enfatizar que eles atuam como coadjuvantes no processo de cessação de fumar, pois ao minimizar os sintomas físicos da síndrome de abstinência facilitam as mudanças de comportamento que o fumante deve incorporar no seu dia-a-dia sem o cigarro.

Dessa forma o Programa pretende, a médio prazo, contar com um contingente suficiente de profissionais, na rede pública de saúde, capazes de realizar a abordagem comportamental visando motivar e preparar os fumantes para cessação através de atendimento em grupo ou individual e preparados para utilizar, de forma adequada, o apoio da farmacoterapia.

Considerando que o tratamento do fumante é uma prática recente em todo o mundo, e que portanto, o acúmulo de experiências nessa área também o é, surge uma terceira demanda: a de que sejam estabelecidos critérios para a utilização das diferentes abordagens existentes para o tratamento do fumante.

Como órgão responsável pelas políticas públicas nacionais de controle do tabagismo, e como Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Programa Tabaco ou Saúde para todos os países da América Latina e outros países de língua portuguesa e espanhola, o INCA/MS achou por bem realizar uma reunião para obter um consenso acerca desse tema. Para estabelecer esse consenso sobre as condutas no tratamento do fumante no Brasil, considerando a abordagem cognitivo-comportamental, as terapias medicamentosas e como utilizá-los, os métodos alternativos e a abordagem para grupos especiais de pacientes, foi realizado, nos dias 22 e 23 de agosto de 2000, o *I Encontro de Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante* como parte das ações do *Programa Nacional de Controle do Tabagismo* no Brasil.

Esse encontro foi realizado nas instalações do **Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde**, Rua dos Inválidos, 212 – Centro/RJ, tendo sido organizado e gerenciado diretamente pela equipe técnica da **Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo, Prevenção e Vigilância do Câncer (CONPREV / INCA)**.

Foram convidados a participar desse Encontro profissionais identificados, em diferentes pontos do País, que, dentro da realidade atual, acumularam experiências na prática de cessação de fumar. Foram convidados ainda Conselhos e Associações Profissionais, assim como Sociedades Científicas da área de Saúde e os membros da Câmara Técnica de Tabagismo do INCA.

Estiveram representadas no Encontro a Associação Brasileira de Alcoolismo e Drogas (ABRAD), a Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD), Associação Médica Brasileira (AMB), Centro Estadual de Tratamento e Reabilitação de Adictos (CENTRA-RIO), o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI/MS), Conselho Estadual Anti-Drogas (CEAD _ antigo CONEN), o Conselho Federal de Enfermagem, o Conselho Federal de Medicina, o Conselho Federal de Psicologia, as Sociedades de Cardiologia, Pneumologia e Cancerologia .

Na mesma ocasião, reconhecendo a importância de contar com uma ampla parceria das sociedades organizadas, especificamente as Sociedades de Especialidades Médicas, Associações e Conselhos de Profissionais de Saúde cujos associados são profissionais que nas suas atividades têm o potencial de manter uma relação estreita com o tratamento do fumante, foi realizado um debate com o objetivo de aprovar uma proposta de atuação dessas entidades no contexto de uma parceria com o INCA/MS. Esse encontro está registrado em um relatório que não faz parte do presente documento, mas que estará à disposição de quem tiver interesse em conhecê-lo.

Vale ressaltar que o presente DOCUMENTO foi o resultado não só das atividades do Encontro de Consenso, como também de todo um processo posterior de avaliação crítica do documento preliminar, por parte não só dos participantes do *Encontro sobre Tratamento e Abordagem de Fumantes*, como também de outros profissionais que posteriormente se agregaram ao processo. Foi utilizada, como ponto de partida para discussão, uma vasta bibliografia, incluindo dados do COCHRANE TOBACCO ADDICTION REVIEW GROUP publicados no BMJ 2000; 321:355-8, e principalmente o Clinical Practice Guideline: *Treating Tobacco Use and Dependence* publicado em junho de 2000, pelo U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, o qual apresenta um vasto estudo de metanálise sobre métodos para a cessação de fumar.

Para facilitar a aplicação prática das recomendações incluídas no presente documento, este foi dividido em duas partes: a primeira, Bases Teóricas para as Recomendações dos Métodos na Cessação de Fumar, apresenta a fundamentação teórica das recomendações dos métodos de cessação de fumar; a segunda, Orientações Básicas para Abordagem do Fumante na Prática Clínica, tem como objetivo traduzir as bases teóricas para uma forma prática e sistematizada, visando facilitar a sua aplicação nas rotinas dos profissionais de saúde que se deparam na sua prática diária com fumantes em busca de apoio para a cessação de fumar.

PARTE 1

**Bases Teóricas para as
Recomendações dos
Métodos de Cessaçãõ de Fumar**

Para uma melhor sistematização, os métodos atualmente utilizados para cessação de fumar foram divididos em 2 grupos: 1) métodos para os quais existem evidências atuais sobre sua eficácia na cessação de fumar, e 2) métodos que embora preconizados para cessação de fumar ainda carecem de evidências científicas sobre sua eficácia para cessação de fumar.

II.1. MÉTODOS EFICAZES PARA A CESSAÇÃO DE FUMAR

Esse grupo inclui duas grandes abordagens para as quais existem evidências científicas suficientes para comprovar sua eficácia na cessação de fumar: a abordagem cognitivo-comportamental e alguns medicamentos.

II.1.1 Abordagem Cognitivo-Comportamental

É uma abordagem que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, e que é muito utilizada para o tratamento das dependências. Os componentes principais dessa abordagem envolvem: 1. a detecção de situações de risco de recaída; 2. o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Dentre as várias estratégias empregadas nesse tipo de abordagem temos, por exemplos, a auto-monitoração, o controle de estímulos, o emprego de técnicas de relaxamento, procedimentos aversivos. Em essência, esse tipo de abordagem envolve o estímulo ao auto-controle ou auto-manejo para que o indivíduo possa aprender como escapar do ciclo vicioso da dependência, e a tornar-se assim um agente de mudança de seu próprio comportamento.

Os estudos mostram que, qualquer que seja a duração dessa abordagem, há um aumento da taxa de abstinência. Porém, quanto maior o tempo total da abordagem (frequência da abordagem multiplicada pelo tempo gasto em cada contato) maior a taxa de abstinência. Por outro lado, a partir de um tempo total de abordagem de 90 minutos, não ocorre aumento adicional da taxa de abstinência (Fiore et al, 2000). A associação de abordagens nas linhas que se seguem, até um máximo de quatro, conduz a um significativo aumento na taxa de cessação:

1. preparar o fumante para soluções de seus problemas;
2. estimular habilidades para resistir as tentações de fumar;
3. preparar para prevenir a recaída;
4. preparar o fumante para lidar com o *stress* (Fiore et al, 2000).

No quadro que se segue, são apresentados os resultados de eficácia dos métodos cognitivo-comportamentais através de abordagem individual, de acordo com a sua intensidade .

NÍVEL DE CONTATO	NÚMERO DE BRAÇOS	ODDS RATIO ESTIMADA (95% IC)	TAXA DE ABSTINÊNCIA ESTIMADA (95% IC)
Nenhum contato	30	1,0	10,9
Aconselhamento mínimo (< 3 minutos)	19	1,3 (1,01 – 1,6)	13,4 (10,9 - 16,1)
Aconselhamento de intensidade baixa (3 -10 minutos)	16	1,6 (1,2 – 2,0)	16,0 (12,8 –19,2)
Aconselhamento de maior intensidade (> 10 minutos)	55	2,3 (2,0 – 2,7)	22,1 (19,4 –24,7)

Fonte: Fiore et al 2000.

Como podemos observar, quanto maior for o tempo dedicado em cada abordagem do fumante, maior a taxa de cessação. Assim, quando comparadas com as situações em que nenhum aconselhamento é dado ao fumante, a abordagem mínima (< 3 minutos) aumenta a taxa de cessação de fumar em 30%, a abordagem de 3 a 10 minutos aumenta em 60% e a abordagem de 10 minutos de duração aumenta em mais de 100%.

Classificação da abordagem proposta pelos participantes do consenso:

1. Abordagem breve/mínima (PAAP): consiste em **perguntar e avaliar, aconselhar e preparar** o fumante para que deixe de fumar, sem no entanto, acompanhá-lo nesse processo. Pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, sobretudo por aqueles que têm dificuldade de fazer um acompanhamento desse tipo de paciente (exemplo: profissionais que atuam em pronto socorro; pronto atendimento; triagens, etc.). Este tipo de abordagem pode ser realizada em 3 minutos durante o contato com o paciente. Vale salientar que embora não se constitua na forma ideal de atendimento, pode propiciar resultados positivos como instrumento de cessação, pois permite que um grande número de fumantes sejam beneficiados, com baixo custo.

2. Abordagem básica (PAAPA): consiste em **perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar** o fumante para que deixe de fumar. Também pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, com duração, no mínimo, de 3 minutos e, no máximo, de 5 minutos, em média, em cada contato. Indicada a todos os fumantes. É mais recomendada que a anterior (PAAP), porque prevê o retorno do paciente para acompanhamento na fase crítica da abstinência, constituindo-se em uma importante estratégia em termos de saúde pública, e também oferece a vantagem do baixo custo.

Componentes das duas primeiras abordagens

PERGUNTAR E AVALIAR (PA)

As perguntas sugeridas como suficientes para avaliar o fumante quanto à sua dependência de nicotina, e seu grau de motivação para deixar de fumar, são:

- 1. Você fuma? Há quanto tempo?** (*diferencia a experimentação do uso regular; por exemplo, se o fumante diz fumar 5 cigarros por dia e ter começado a fumar há 15 dias, de acordo com a OMS ele ainda não é um fumante regular e encontra-se em fase de experimentação*).
- 2. Quantos cigarros fuma por dia?** (*pacientes que fumam 20 ou mais cigarros por dia provavelmente terão uma maior chance de desenvolverem fortes sintomas de síndrome de abstinência na cessação de fumar*).
- 3. Quanto tempo após acordar acende o 1º cigarro?** (*pacientes que fumam nos primeiros 30 minutos após acordar, provavelmente terão uma maior chance de desenvolverem fortes sintomas de síndrome de abstinência na cessação de fumar*).
- 4. 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 de fumar*).
Em caso de resposta afirmativa, perguntar: **Quando?**
- 5. Já tentou parar?** Se a resposta for afirmativa, fazer a pergunta 6.
- 6. O que aconteceu?** (*permite identificar o que ajudou e o que atrapalhou a deixar de fumar, para que esses dados sejam trabalhados na próxima tentativa*).

ACONSELHAR E PREPARAR

A partir das respostas às perguntas acima, recomenda-se aconselhar o fumante a parar de fumar, adaptando as mensagens ao perfil do fumante levando em consideração sexo, idade, existência de doenças associadas ao tabagismo, etc. A conduta deve estar de acordo com o interesse do fumante em deixar de fumar, ou não, no momento da consulta (vide a parte II desse Documento, ou o livro *Ajudando seu Paciente a deixar de Fumar*, ou o livreto “Preciso deixar de fumar... me ajuda?”, publicados pelo INCA / Ministério da Saúde).

Os fumantes que não estiverem dispostos a parar nos próximos 30 dias, devem ser estimulados a pensar sobre o assunto e serem abordados no próximo contato. É importante que o profissional se mostre disposto a apoiá-los nesse processo.

Já para aqueles interessados em parar de fumar, a etapa seguinte é prepará-los para isso. Nessa etapa da preparação para a cessação, o profissional de saúde deve sugerir que o fumante marque uma data, deve explicar os sintomas da abstinência e sugerir estratégias para controlar a vontade de fumar (tomar água, chupar balas, mascar chicletes, gengibre, etc), e para quebrar os estímulos associados ao fumar (restringir o uso de café

e bebida alcoólicas, desfazer-se de isqueiros, evitar ambientes ou situações que estimulem o fumar, aprender a lidar com situações de estresse, etc). Esse preparo deve levar em consideração as experiências individuais do paciente e do próprio profissional que o está atendendo.

ACOMPANHAR

O ideal é que todos os fumantes que estão em processo de cessação de fumar sejam acompanhados com consultas de retorno para garantir um apoio na fase inicial da abstinência onde os riscos de recaída são maiores. O grupo sugeriu que o paciente que está em processo de cessação de fumar retorne para acompanhamento em pelo menos 3 momentos durante os seis meses subsequentes à parada de fumar. Esses retornos podem acontecer, de acordo com a avaliação do profissional de saúde, nos 1º, 3º e 6º meses.

3. Abordagem específica/intensiva - abordagem em ambulatório específico para atender os fumantes que querem deixar de fumar. Pode ser feita individualmente ou em grupo e é indicada para fumantes que foram identificados como motivados, durante as abordagens anteriores, tentaram deixar de fumar, mas não obtiveram sucesso, ou para aqueles que procuraram diretamente os profissionais para esse tipo de apoio.

Essa abordagem se diferencia das anteriores no que se refere a duração do contato a cada consulta. O ideal é que essa abordagem seja distribuída em quatro sessões estruturadas com periodicidade semanal, que no final somem pelo menos 90 minutos de tempo total de contato nas 4 primeiras sessões.

Para o cronograma de acompanhamento após as 4 primeiras sessões, tanto em grupo como individual, sugerimos:

- a. 15 dias
- b. 30 dias
- c. 60 dias
- d. 90 dias
- e. 180 dias
- f. 12 meses

4. Abordagem dos fumantes que tiveram lapso ou recaíram após uma abordagem básica/mínima:

Esses fumantes devem ser abordados sem críticas, analisando-se as circunstâncias de recaída, retornando ao processo da abordagem cognitivo-comportamental (PAAPA), e estimulando-o a tentar novamente. Caso o profissional julgue necessário, poderá encaminhá-lo para a abordagem específica/intensiva.

Para reforçar a abordagem, o profissional de saúde pode fornecer material educativo, específico para o fumante, bem como orientá-lo a buscar apoio através do serviço Disque-Saúde/Ministério da Saúde através do número 0800 61 1997.

5. Abordagem para o fumante que não demonstra desejo de parar de fumar:

Vários podem ser os motivos pelos quais alguns fumantes não demonstram desejo de parar de fumar:

1. Falta de informação sobre os efeitos nocivos do tabagismo.
2. Falta de recursos financeiros.
3. Crenças e receios relacionados ao processo de cessação.
4. Insegurança devido a tentativas anteriores sem sucesso ou mesmo recaídas.
5. Não desejam realmente.

Qualquer que seja a razão, esses pacientes poderão mudar seu nível de motivação através de intervenções motivacionais, que podem ser sistematicamente feitas por profissionais de saúde durante as suas consultas de rotina.

6. Abordagem do não-fumante

A todo não-fumante deve ser perguntado se convive com fumantes em casa e/ou no ambiente de trabalho. Em caso afirmativo, ele deve ser esclarecido sobre os riscos da exposição tabagística ambiental, correlacionando-a com a doença apresentada atualmente ou com o risco de desenvolver uma doença relacionada a essa exposição. Se possível, devem receber material esclarecendo sobre tabagismo passivo.

Esta abordagem pode ser feita com crianças a partir de 5 anos de idade, adequando a informação e a linguagem à faixa etária.

II.1.2 Farmacoterapia

A farmacoterapia pode ser utilizada como um apoio, em situações bem definidas, para alguns pacientes que desejam parar de fumar. Ela tem a função de facilitar a abordagem cognitivo-comportamental, que é a base para a cessação de fumar e deve sempre ser utilizada.

Existem, no momento, algumas medicações de eficácia comprovada na cessação de fumar. Esses medicamentos eficazes são divididos em duas categorias: medicamentos nicotínicos e medicamentos não-nicotínicos.

Os medicamentos nicotínicos, também chamados de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), se apresentam nas formas de adesivo, goma de mascar, inalador e aerossol. As duas primeiras correspondem a formas de liberação lenta de nicotina, e são, no momento, as únicas formas disponíveis no mercado brasileiro. O inalador e o aerossol são formas de liberação rápida de nicotina e ainda não estão disponíveis em nosso mercado.

Os medicamentos não-nicotínicos são os anti-depressivos bupropiona e nortriptilina, e o anti-hipertensivo clonidina. A bupropiona é o medicamento de eleição nesse grupo, pois segundo estudos científicos, é um medicamento que não apresenta, na grande maioria dos casos, efeitos colaterais importantes.

A TRN (adesivo e goma de mascar) e a bupropiona são considerados medicamentos de 1ª linha, e devem ser utilizados preferencialmente. A nortriptilina e a clonidina são medicamentos de 2ª linha, e só devem ser utilizados após insucesso das medicações de 1ª linha.

Critérios para utilização da farmacoterapia:

Para prescrição de apoio medicamentoso, sugerimos critérios de acordo com o grau de dependência física da nicotina:

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

Critérios para seleção do medicamento:

Em geral, a monoterapia é suficiente para a maioria dos pacientes. A escolha entre uma das formas de terapia de reposição de nicotina (adesivo e goma de mascar) e bupropiona dependerá da avaliação individual do paciente pelo profissional. Não havendo contra-indicações clínicas, podem ser escolhidos os medicamentos acima, de acordo com a posologia e facilidade de administração. Assim, entre os medicamentos de 1ª linha, não existe um critério fechado de escolha, devendo-se na ausência de contra-indicações, fazer a opção levando em conta a opinião e vontade do paciente, o que tende a aumentar a aderência ao tratamento.

Nos casos em que houver falha de tratamento, ou seja, em que o paciente não conseguiu parar de fumar após ter sido realizada abordagem cognitivo-comportamental e utilizado apenas um dos medicamentos de 1ª linha, pode-se pensar na associação dessas formas terapêuticas. Estudos mostram que a associação entre adesivo e goma de mascar de nicotina, ou entre adesivo de nicotina e bupropiona, ou mesmo entre goma de mascar de nicotina e bupropiona, elevam as taxas de sucesso no processo de cessação de fumar (Jorenby, 1999).

Devidos a seus efeitos colaterais, e por terem sido testados em pequenas amostras de poucos estudos científicos, a nortriptilina e a clonidina só devem ser utilizados após insucesso das terapias de primeira linha, sob supervisão médica.

O Quadro a seguir apresenta o resumo dos resultados de eficácia em termos de taxa de cessação de fumar com o emprego de métodos farmacológicos.

FARMACOTERAPIA	NÚMERO DE BRAÇOS	ODDS RATIO ESTIMADA (95% IC)	TAXA DE ABSTINÊNCIA ESTIMADA (95% IC)
Placebo	2	1,0	17,3
Bupropiona	4	2,1 (1,5 – 3,0)	30,5 (23,2 – 37,8)
Placebo	16	1,0	17,1
Goma de nicotina	18	1,5 (1,3 – 1,8)	23,7 (20,6- 26,7)
Placebo	28	1,0	10,0
Goma de nicotina	32	1,9 (1,7 – 2,2)	17,7 (16,0 – 19,5)
Placebo	4	1,0	10,5
Inalador de nicotina	4	2,5 (1,7 – 3,6)	22,8 (16,4 – 29,2)
Placebo	3	1,0	13,9
Spray nasal de nicotina	3	2,7 (1,8 – 4,1)	30,5 (21,8 – 39,2)
Placebo	3	1,0	11,7
Nortriptilina	3	3,2 (1,8- 5,7)	30,1 (18,1- 41,8)
Placebo	6	1,0	13,9
Clonidina	8	2,1 (1,4 – 3,2)	25,6 (17,7 – 33,6)

Fonte: Fiore et al (2000).

Informações sobre a posologia, precauções e contra-indicações da farmacoterapia, consulte a Parte II desse manual “Orientações Práticas para a Abordagem do Fumante”.

Critérios sugeridos para repasse de medicamentos às Unidades de Saúde da rede SUS

Com a finalidade de promover na rede pública de saúde uma abordagem para cessação de fumar que resulte numa boa relação custo/benefício, o INCA propõe critérios que deverão ser seguidos para o repasse de medicamentos de apoio à cessação de fumar para as unidades de saúde do SUS.

A unidade de saúde deve preencher os seguintes critérios:

1. Estar cadastrada no Programa Unidades de Saúde Livres do Cigarro (INCA ou SES ou SMS), e ter uma comissão capacitada para implementá-lo.
2. Ter uma política de controle do tabagismo em ambientes fechados (ter áreas para fumantes respeitadas).
3. Ter sua equipe de profissionais de saúde capacitada para realizar o PAAPA na rotina do atendimento aos seus pacientes.
4. Estar realizando o PAAPA na prática cotidiana da unidade.
5. Contar com setor específico designado oficialmente pela Direção da unidade, e equipe capacitada para abordagem intensiva do fumante.
6. Contar com avaliação sistemática desse atendimento.
7. Utilizar os critérios recomendados no DOCUMENTO do consenso para seleção dos fumantes que utilizarão a farmacoterapia.

II.1.3 Abordagem do Tabagismo em Grupos e Situações Especiais

1 - MULHERES GESTANTES E NUTRIZES

Recomenda-se que todas as mulheres gestantes e nutrizes tenham acesso a uma abordagem cognitivo-comportamental para cessação do uso do fumo.

Para isso, é importante que seja realizado treinamento para abordagem básica mínima - PAAPA, para profissionais da área de atenção à saúde materno-infantil e para agentes comunitários de saúde. Esses, quando necessário, poderão referenciar as fumantes que não conseguirem deixar de fumar, para unidades de saúde que oferecem a abordagem intensiva/específica.

A abordagem cognitivo-comportamental estruturada, já apresentada no item A.1, deve fazer parte da abordagem da gestante.

Utilização de farmacoterapia durante a gravidez

A farmacoterapia para cessação de fumar pode trazer riscos para o feto. Portanto, apenas em casos de fumantes pesadas em que a abordagem cognitivo-comportamental não tenha tido sucesso pode ser recomendada a associação da abordagem cognitivo-comportamental com terapia de reposição de nicotina, dando preferência a modalidade em dose intermitente com goma.

2. ADOLESCENTES

A abordagem cognitivo-comportamental deverá ser sempre a indicada. O conteúdo do aconselhamento deverá ser adequado a esse público específico com linguagem, material didático e dinâmicas direcionados para a adolescência, com ênfase na valorização da atividade física, na perda da capacidade de escolha provocada pela dependência, nos aspectos ilusórios da propaganda, nos cuidados com o corpo, a beleza e o desempenho sexual.

Utilização de farmacoterapia de apoio entre adolescentes

Avaliar a possibilidade de associar a abordagem cognitiva com farmacoterapia de primeira linha, para os casos de falha das tentativas anteriores com a abordagem cognitivo-comportamental, naqueles que apresentarem níveis elevados de dependência (seguir todos os critérios do capítulo farmacoterapia).

3. PACIENTES HOSPITALIZADOS

Perguntar e registrar todos os pacientes quanto ao uso do fumo, no momento da admissão.

Para fumantes em atividade, caracterizar o padrão de uso quando da admissão e registrá-lo como diagnóstico na alta.

Prover aconselhamento e assistência para deixar de fumar durante a hospitalização e manutenção da abstinência após a alta.

Utilizar sempre a abordagem cognitivo-comportamental, usando a estratégia de intervenções breve/mínima, ou intensiva/específica, dependendo da situação e interesse do paciente, e quando necessário, a farmacoterapia, salvo quando houver contra-indicações clínicas.

4

TABAGISMO ASSOCIADO AO ALCOOLISMO E A DEPENDÊNCIA DE OUTRAS DROGAS

Não há nenhuma contra-indicação para a realização de intervenção para deixar de fumar em pacientes que estiverem também em intervenção para abstinência de álcool e outras drogas. Qualquer paciente fumante, usuário de álcool e/ou outras drogas, deverá receber uma intervenção mais intensa durante o processo para a abstinência do fumo.

Considerando a diferença das abordagens, a equipe de tratamento deverá estar capacitada na abordagem do paciente fumante. Os centros de tratamento e reabilitação psicossocial para usuários de drogas são entendidos como instituições de saúde e, como tal, deverão ser espaços livres do fumo.

5. TABAGISMO ASSOCIADO À DEPRESSÃO E A OUTRAS COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS

Transtornos psiquiátricos são frequentemente observados em pacientes com dependência de substâncias psicoativas. Em relação especificamente ao tabagismo há evidências de uma estreita associação entre o grau de dependência à nicotina e a presença de transtornos psiquiátricos.

A incidência de co-morbidade psiquiátrica nesses pacientes merece especial atenção na medida que:

1. O uso do tabaco pode estar relacionado à necessidade de auto-medicação; por exemplo, o tabaco é utilizado como forma de aliviar os sintomas de depressão;

2. Há mais chances de haver uma maior dificuldade de obtenção e manutenção da abstinência à nicotina e de adesão ao tratamento;
3. Os fumantes que têm co-morbidades psiquiátricas (depressão, alcoolismo, esquizofrenia, etc), detectáveis ou não no momento da consulta, apresentam um maior risco de manifestação ou intensificação dos sintomas da co-morbidade, durante a cessação de fumar, na fase de síndrome de abstinência
4. É necessário acompanhamento mais intensivo;
5. É indicada a utilização de medicação adequada ao controle das co-morbidades durante o processo de cessação de fumar.

Diante do exposto, salientamos que na identificação ou mesmo suspeita de histórico ou manifestação de transtorno psiquiátrico o paciente deve ser referenciado para profissional especializado.

No que se refere a utilização de farmacoterapia, dar preferência a bupropiona em pacientes com quadro de depressão.

6. TABAGISMO E GANHO DE PESO

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

Para alguns grupos, esse ganho de peso pode ser motivo inclusive para a iniciação no tabagismo. Alguns estudos têm demonstrado que uma das razões pelas quais meninas começam a fumar é o medo de engordar aliado à crença de que fumar emagrece.

De forma geral, 1 em cada 10 fumantes pode ganhar de 11 a 13,5 kg ao parar de fumar, ficando a média de ganho de peso após a cessação de fumar em torno de 2 a 4 kg. Vale ressaltar que cerca da metade irá ganhar menos do que isso; alguns podem não engordar e alguns podem até emagrecer. A maior parte deste aumento de peso ocorre em média nos primeiros seis meses após a cessação, se estabilizando após 1 ano.

Para a questão do ganho de peso associado com a cessação de fumar, o grupo faz as seguintes recomendações:

1. Não negar nem minimizar a possibilidade de ganho de peso, preparando o paciente que quer deixar de fumar para essa possibilidade.
2. Reforçar que parar de fumar é benefício mesmo com risco de ganho de peso.
3. Não orientar que seja feita uma dieta rigorosa para controlar o peso durante o processo de cessação. Lidar com duas mudanças comportamentais pode ser muito contraproducente, e pode aumentar as taxas de recaída.
4. Recomendar uma dieta balanceada com muitas frutas, vegetais e grãos integrais, com pouca gordura e poucos alimentos doces, fazendo pelo menos 4 refeições por dia e bebendo bastante água.
5. Recomendar atividade física. As pessoas que têm medo de engordar devem ser motivadas a aumentar a atividade física, o que reduz significativamente a tendência de ganho de peso após a cessação, e também pode servir como uma atividade alternativa para ajudar a suportar a falta do cigarro.
6. Para aqueles pacientes em que o ganho de peso se mostrou como um importante fator de recaída em tentativas anteriores, mesmo acompanhados das recomendações gerais acima, pode-se recomendar apoio farmacológico com bupropiona ou TRN, especialmente com a goma. Existem evidências de que esses medicamentos tenham o efeito de retardar o ganho de peso após a cessação de fumar.

II.2 MÉTODOS AINDA SEM EFICÁCIA COMPROVADA PARA CESSAÇÃO DE FUMAR

Vários outros métodos vêm sendo preconizados para a cessação de fumar tais como hipnose, acupuntura (agulha, laser), feedback fisiológico, cigarros artificiais sem drogas, aromaterapia (França), fórmulas de ervas, adesivos de lobélia.

Até o momento atual, não existem evidências científicas suficientes para comprovar a eficácia desses métodos. São ainda necessárias pesquisas utilizando metodologia dentro do rigor científico que avaliem a eficácia, a viabilidade, assim como o custo e benefício dos métodos.

Dessa forma, nenhum desses métodos é recomendado como o método de escolha para a cessação de fumar.

No entanto, esses métodos poderão ser usados caso sejam de escolha dos pacientes e desde que não existam contra-indicações para o seu uso.

PARTE 2

**Orientações Práticas
para Abordagem
do Fumante pelo
Profissional de Saúde**

III.1 VALE A PENA AJUDAR UM FUMANTE A DEIXAR DE FUMAR?

Quando comparadas com as pessoas que continuam a fumar, as que deixam de fumar antes dos 50 anos de idade apresentam 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 10 anos sem fumar; e o risco de doenças cardiovasculares cai pela metade após um ano sem fumar (US Surgeon General, 1990; Doll e Peto 1994).

Pesquisas mostram que cerca de 80% dos fumantes querem parar de fumar. No entanto, apenas 3% consegue a cada ano, e a maioria desse grupo pára sem ajuda. Esse dado é um indicador da capacidade da nicotina causar dependência, pois, provavelmente, os que têm baixa dependência são os que mais conseguem parar de fumar sem um tratamento formal. Também é um indicador do baixo acesso dos fumantes aos avanços no campo da cessação de fumar, que chegam a aumentar as taxas de cessação de 3% para 20% a 30% em um ano.

O tratamento do fumante está entre as intervenções médicas que apresentam as melhores relações custo-benefício. As estimativas de custo-benefício de uma breve abordagem do fumante pelo médico mostram que se apenas 2,7% a 3,7% dos fumantes deixassem de fumar através dessa abordagem, o custo estimado por ano de vidas salvas seria da ordem de U\$748,00 a U\$ 2.020,00, bastante inferior ao custo do tratamento da hipertensão arterial leve a moderada (U\$ 11.300 – U\$24.408), da hipercolesterolemia (U\$ 65.511,00 –U\$108.189,00) e do infarto (U\$ 55.000,00). (Crogham e col, 1997, Orleans 1993).

Dessa forma, é essencial que os avanços alcançados na área de cessação de fumar tornem-se disponíveis aos fumantes para que um número cada vez maior consiga deixar de fumar a cada ano, o que só poderá ser alcançado se nós, profissionais de saúde, estivermos comprometidos com essa ação.

III.2 O QUE O PROFISSIONAL DE SAÚDE PODE FAZER PARA AJUDAR UM PACIENTE A DEIXAR DE FUMAR?

Entender a dependência à nicotina

A dependência à nicotina conta com três componentes básicos: **dependência física**, responsável por sintomas da síndrome de abstinência quando se deixa de fumar; **dependência psicológica**, responsável pela sensação de ter no cigarro um apoio ou um mecanismo de adaptação para lidar com sentimentos de solidão, frustração, com as pressões sociais, etc; e **condicionamento**, representado por associações habituais com o fumar (fumar e tomar café, fumar e trabalhar, fumar e dirigir, fumar e consumir bebidas alcoólicas, fumar após as refeições e outras).

Dessa forma, o tratamento do fumante tem como eixo fundamental a abordagem cognitivo-comportamental com a finalidade de informar o fumante sobre os riscos de fumar e benefícios de parar de fumar, motivá-lo a deixar de fumar e apoiá-lo no processo de cessação de fumar fornecendo orientações para que possa lidar com síndrome de abstinência, com a dependência psicológica e os condicionamentos associados ao hábito de fumar.

Essa abordagem poderá, dependendo da situação, ter um melhor resultado quando apoiada por medicamentos que diminuem os sintomas da síndrome de abstinência, para os pacientes que têm um alto grau de dependência.

O grau de dependência de nicotina do paciente pode ser avaliado através do teste de Fagerström. Para cada alternativa das 6 questões do teste, existe uma pontuação ao lado (o número entre parênteses). Após a aplicação do teste, a soma dos pontos de cada alternativa escolhida pelo fumante permitirá a avaliação do seu grau de dependência de nicotina.

TESTE DE FAGERSTRÖM

- 1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?**

Dentro de 5 minutos	(3)
Entre 6 e 30 minutos	(2)
Entre 31 e 60 minutos	(1)
Após 60 minutos	(0)
- 2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc?**

Sim	(1)
Não	(0)
- 3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?**

O primeiro da manhã	(1)
Outros	(0)
- 4. Quantos cigarros você fuma por dia?**

Menos de 10	(0)	_____
De 11 a 20	(1)	_____
De 21 a 30	(2)	_____
Mais de 31	(3)	_____
- 5. Você fuma mais freqüentemente pela manhã?**

Sim	(1)
Não	(0)
- 6. Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?**

Sim	(1)
Não	(0)

Grau de Dependência:

0 - 2 pontos	=	 muito baixo
3 - 4 pontos	=	 baixo
5 pontos	=	 médio
6 - 7 pontos	=	 elevado
8 - 10 pontos	=	 muito elevado

Conhecer estratégias cognitivo-comportamentais básicas

A seguir, resumimos algumas estratégias e informações básicas para apoiar o fumante que quer deixar de fumar. Consiste de 5 passos básicos que poderão ser aplicados em 3 a 5 minutos de uma consulta de rotina: **Perguntar/ Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar (PAAPA)**.

Para quem desejar mais informações sobre o assunto, recomendamos a publicação “Ajudando seu paciente a deixar de fumar” (MS/INCA, 1997) e as referências bibliográficas no final dessa publicação.

PERGUNTE E AVALIE

Pergunte e registre o status de tabagismo de todos os seus pacientes. Para os que fumam, avalie o grau de dependência de nicotina, e o grau de motivação para deixar de fumar

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS	AÇÃO
<p>As 6 perguntas ao lado darão algumas informações importantes para a abordagem inicial do fumante:</p> <p>PERGUNTA 1 Informa sobre a condição do fumante, assim como o tempo de exposição aos agentes tóxicos do tabaco.</p> <p>A pergunta 1 permite diferenciar a experimentação do uso regular; por exemplo, se o fumante diz fumar 5 cigarros por dia e ter começado a fumar há 15 dias, de acordo com a OMS ele ainda não é um fumante regular e encontra-se em fase de experimentação.</p> <p>PERGUNTAS 2 E 3 Informam sobre o grau de dependência à nicotina.</p> <p>Pacientes que fumam 20 ou mais cigarros ao dia e/ou acendem o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar, possivelmente, terão mais dificuldades em deixar de fumar por apresentarem uma dependência química mais intensa, podendo necessitar de uma abordagem diferenciada com apoio medicamentoso.</p> <p>PERGUNTAS 4 E 5 Informam sobre o grau de motivação para deixar de fumar</p> <p>Fumantes que já tentaram ou mostram interesse em deixar de fumar serão mais receptivos à sua abordagem.</p> <p>A partir dessas perguntas, pode-se ter um diagnóstico situacional do paciente em relação a avaliar em que fase motivacional para deixar de fumar encontra-se o fumante, e assim adequar as mensagens motivacionais.</p> <p>Fases motivacionais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pré-contemplação – não está pensando em parar de fumar. 2. Contemplação – pensando em parar de fumar algum dia na vida. 3. Preparação – pensando em marcar uma data de parada, porém, ainda não tem uma data definida. 4. Pronto para ação – quer parar nas próximas 4 semanas. 5. Manutenção – parou de fumar. 6. Recaída – parou de fumar, mas recaiu. <p>A PERGUNTA 6 Ajuda a identificar o que ajudou e o que atrapalhou a deixar de fumar. Essas barreiras devem ser trabalhadas na próxima tentativa.</p>	<p>Pergunte a todos e registre no prontuário:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “Você fuma? Há quanto tempo? 2. Quantos cigarros você fuma por dia? 3. Quanto tempo após acordar acende o 1º cigarro? 4. O que você acha de marcar uma data para deixar de fumar? Em caso de resposta afirmativa, perguntar : Quando? 5. Já tentou parar? (Se a resposta for afirmativa, fazer a pergunta 6). 6. O que aconteceu?

Após a etapa “Pergunte”, o profissional de saúde pode identificar 5 situações básicas quanto ao grau de motivação do paciente, que serão importantes para as ações da etapa seguinte “Aconselhe”. Nessa próxima etapa, é importante que o profissional adequar as mensagens e estratégias a essas 5 situações:

1. os que não querem deixar de fumar (fumante em pré-contemplação);
2. os que querem deixar de fumar, mas não estão prontos para uma ação imediata (fumante em contemplação);
3. os que querem deixar de fumar e estão prontos para iniciar o processo (pronto para a ação);
4. os que pararam de fumar e encontram-se abstermícos;
5. os que pararam de fumar, mas recaíram;

Para uma atuação mais produtiva, é essencial que o profissional de saúde considere sucesso o fato dele conseguir que um fumante em pré-contemplação mude para a fase de contemplação ou para a fase de preparação, pois deixar de fumar é um processo que envolve tempo. Além disso, o profissional precisa estar preparado para ver o tabagismo como uma doença crônica na qual o processo pode envolver fases de remissão e de recidiva. Dessa forma, os fumantes que deixaram de fumar numa abordagem anterior, mas recaíram, devem voltar a ser abordados sem censuras, procurando identificar os fatores que o levaram a recair para que estejam melhor preparados para a próxima tentativa.

PASSO 2

ACONSELHE

Uma vez identificado o estágio de motivação do fumante aconselhe o paciente de acordo com esse estágio

SITUAÇÃO 1 – O FUMANTE NÃO DESEJA PARAR DE FUMAR

INFORMAÇÕES IMPORTANTES	AÇÃO
<p>A intervenção motivacional deve ser dirigida aos fatores que tornam a cessação de fumar relevante para o paciente.</p> <p>O fumante deve ser abordado com firmeza, porém, sem agressividade ou demonstrações de preconceitos onde o fumante é visto como um fraco, “sem força de vontade” ou que “não deixa de fumar por falta de vergonha, caráter”, etc. É também importante que o profissional de saúde tenha uma postura acolhedora, mostrando-se compreensivo com o problema do paciente e disposto a apoiá-lo nesse processo.</p>	<p>Identifique que razões e medos os impedem a pensar em deixar de fumar, e os que já pensam em parar de fumar, que razões e medos os impedem a partir para a ação.</p> <p>Estimule todos a pensar sobre o assunto, forneça material educativo e volte a abordá-los na próxima consulta.</p> <p>Evite usar a palavra vício ou viciado que na língua portuguesa significa defeito moral ou defeito físico, e tem uma conotação pejorativa.</p>
<p>RISCOS</p> <p>O conhecimento sobre alguns riscos relacionados ao tabagismo é para alguns fumantes um fator relevante que poderá motivá-lo a deixar de fumar.</p>	<p>Identifique se o fumante conhece os riscos de adoecimento relacionados ao tabagismo, e se esse tipo de argumento é relevante para ele.</p> <p>Informe sobre os:</p> <p>RISCOS PARA A PRÓPRIA SAÚDE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riscos de curto prazo: baixa resistência física, risco de impotência, riscos para a gravidez, exacerbação de bronquite, asma, aumento do nível de monóxido de carbono no sangue. • Riscos de longo prazo: infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, câncer de pulmão e outros tipos (cavidade oral, laringe, faringe, bexiga, pâncreas, colo do útero), doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema, bronquite crônica, etc.). <p>RISCOS DO TABAGISMO PASSIVO PARA O PRÓPRIO FUMANTE E PARA OUTRAS PESSOAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A exposição de crianças pequenas e, especialmente, bebês à fumaça do cigarro dos pais aumenta em 50% o risco deles terem infecção respiratória baixa (pneumonia, broncopneumonia, bronquite, bronquiolite) e em 60% o risco de síndrome da morte súbita infantil. • Além disso, há um risco 30% maior de câncer de pulmão e 25% maior de infarto do miocárdio entre não-fumantes que convivem com fumantes em casa e/ou no trabalho, quando comparados com não-fumantes que não são expostos ao tabagismo passivo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES	AÇÃO
	<ul style="list-style-type: none"> O fumante que fuma em ambientes fechados estará aumentando a sua exposição e o seu risco, pois a fumaça que sai da ponta do cigarro chega a ter 3 vezes mais nicotina, 3 vezes mais monóxido de carbono e até 50 vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça que ele traga. <p>Riscos qualquer que seja o número de cigarros fumados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Não existe um nível de segurança para número de cigarros fumados, pois as taxas de câncer de pulmão em fumantes de 1 a 9 cigarros/dia (fumante leve) é em média 6 vezes maior do que em não-fumantes, indicando que o tabagismo é um grande risco, mesmo quando a exposição é relativamente baixa. <p>Fumar cigarros <i>light</i> ou de baixos teores não elimina o risco de um fumante vir a ter as doenças causadas pelo tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ao mudar para marcas light, o fumante passa a fumar uma maior quantidade de cigarro e a tragar com mais intensidade para regular o nível de nicotina no seu sangue.
<p>BENEFÍCIOS DA CESSAÇÃO.</p> <p>Estudos mostram que sempre há benefícios para quem deixa de fumar, independente da idade.</p> <p>Para alguns fumantes, as recompensas e os benefícios que terão ao deixar de fumar pesam mais na decisão.</p>	<p>INFORME QUE SEMPRE HÁ BENEFÍCIOS PARA QUEM DEIXA DE FUMAR, INDEPENDENTE DA IDADE</p> <p>Benefícios para a saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> Após 2 minutos a pressão arterial e a pulsação voltam ao normal. Após 3 semanas a respiração se torna mais fácil e a circulação melhora. Após 1 ano o risco de morte por infarto do miocárdio se reduz à metade. Após 5 a 10 anos o risco de sofrer infarto será igual ao das pessoas que nunca fumaram. Após 20 anos o risco de contrair câncer de pulmão será igual ao das pessoas que nunca fumaram. <p>Benefícios econômicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> O fumante pode ser questionado sobre o quanto gasta com a compra do cigarro e quanto ele economizará deixando de fumar. Calcule o quanto ele gasta por mês ou por ano e relacione o montante final com o que ele poderia fazer ou comprar. <p>Outros benefícios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortalecimento da auto-estima. Melhora do hálito, e do cheiro. Melhora da coloração dos dentes e a vitalidade de pele. Dar um bom exemplo para as crianças. Não ter que se preocupar se estará incomodando outras pessoas ao fumar. Ter uma melhora no desempenho de atividades físicas. Estar contribuindo para redução dos danos ao meio ambiente: para cada 300 cigarros produzidos, uma árvore é derrubada; o filtro do cigarro leva cerca de 100 anos para ser degradado.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES	AÇÃO
REFORCE A ABORDAGEM	Forneça materiais educativos ou indique locais onde o fumante poderá obter mais informações, como <i>sites</i> sobre o assunto, ligações gratuitas.
REPETIÇÃO	Repita a intervenção motivacional sempre que o paciente retornar para uma consulta. Nesse momento, novamente, pergunte, avalie e aconselhe.

SITUAÇÃO 2: O FUMANTE DESEJA PARAR DE FUMAR, MAS NÃO ESTÁ PRONTO PARA A AÇÃO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES	AÇÃO
Muitos pacientes sentem medo do fracasso e, por isso, embora queiram deixar de fumar sentem-se inseguros e não tentam. É importante que o profissional de saúde procure identificar medos e barreiras que podem estar bloqueando a motivação do paciente em partir para a ação.	IDENTIFIQUE OS MEDOS E AS BARREIRAS
BARREIRAS EM POTENCIAL Sintomas de síndrome de abstinência	Informe que alguns fumantes apresentam sintomas de abstinência como dor de cabeça, tonteira, irritabilidade, alteração no sono, entre outros, os quais têm graus variáveis de intensidade e são favorecidos também pela pressão social (atividades diárias, relacionamentos, situações conflitantes). Esses sintomas duram no máximo 1 a 3 semanas, e nem todo fumante os apresenta.
Fissura	Informe que a fissura é uma manifestação bastante comum e que tende a tornar-se cada vez mais esparsa com o passar do tempo. Cada episódio não dura mais que 5 minutos, e depois desaparece. Mostrar que existem estratégias para lidar com esses sintomas e falar da utilização de medicamentos capazes de reduzi-los.
Medo do ganho de peso	Para os fumantes que sinalizam o ganho de peso como uma barreira para deixar de fumar, informe que há realmente uma probabilidade de um moderado ganho de peso. Informe que, de forma geral, a média de ganho de peso após a cessação de fumar fica em torno de 2 a 4 kg. Vale ressaltar que cerca da metade irá ganhar menos do que isso; alguns podem não engordar, e alguns podem até emagrecer. No entanto, 1 em cada 10 fumantes pode ganhar de 11 a 13,5 kg ao parar de fumar. A maior parte desse aumento de peso ocorre em média nos primeiros seis meses após a cessação, se estabilizando após 1 ano.
Medo de não conseguir ou de recair	Para os pacientes que apresentam medo de não conseguir ou de recair mostre que ele não estará sozinho e se coloque à disposição para apoiá-lo. Enfatize que a maioria dos fumantes tentam em média 3 a 4 vezes antes de parar definitivamente.
Falta de apoio em casa, no trabalho, etc.	Estimule a família do fumante a apoiá-lo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES	AÇÃO
<p>Depressão e outras co-morbidades psiquiátricas: A prevalência de co-morbidades psiquiátricas, principalmente depressão, é maior entre os fumantes do que na população em geral, e podem necessitar de apoio de um especialista.</p>	<p>Pergunte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Já teve sintomas de depressão no passado e/ou teve manifestações de depressão em tentativas de parar de fumar anteriores? 2. Como está se sentindo na última semana? Como se sentiu nos últimos 30 dias? (Deve ser investigada a presença de: cansaço, desânimo, tristeza, sentimento de inutilidade e desesperança, nervosismo, inquietação, irritação ou dores somáticas nos últimos 30 dias e ao longo da vida do paciente.) 3. Já fez algum tipo de tratamento psiquiátrico? 4. Já fez uso de alguma medicação, mesmo que não prescrita por médico, para dormir ou se acalmar? 5. Como está seu sono? (Investigue se o paciente sofre de insônia ou sono excessivo). 6. Há presença de transtorno psiquiátrico na família? 7. Observe se o paciente apresenta durante a consulta agitação, pensamento e fala lentificados ou acelerados e capacidade de concentração prejudicada. <p>Se for identificado história ou passado de co-morbidade psiquiátrica o clínico pode encaminhá-lo para receber apoio de um especialista.</p>
<p>Ambivalência Muitos fumantes embora reconheçam que precisam deixar de fumar, se mostram divididos, pois, desenvolveram uma forte ligação afetiva com o cigarro, associando a momentos de prazer ou utilizando-o como apoio nos momentos de estresse e dificuldades.</p>	<p>Reconheça o forte elo que existe entre o fumante e o cigarro e a sua dificuldade em rompê-lo. Procure sinalizar que esse elo poderá ser rompido, e que o fumante poderá buscar outras alternativas para substituir esse papel que o cigarro representa na sua vida: técnicas de relaxamento, um <i>hobby</i>, atividades manuais, atividades físicas, etc.</p>
<p>Reforço da abordagem</p>	<p>Forneça materiais educativos ou indique locais onde o fumante poderá obter mais informações como o Disque Saúde. (Ligação grátis para todo o Brasil, pelo no 0800-61-1997).</p>
<p>Repetição</p>	<p>A intervenção motivacional deve ser repetida sempre que o paciente retornar para uma consulta. Nesse momento, o profissional deverá novamente perguntar, avaliar e aconselhar.</p>

SITUAÇÃO 3 – O FUMANTE EM RECAÍDA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES	AÇÃO
<p>Muitas vezes, ao recair, o fumante sente-se envergonhado e com baixa auto-estima. Por isso, é importante que o profissional de saúde veja o tabagismo como uma doença crônica onde recidivas e remissões estão previstas. É preciso que entenda que deixar de fumar é um processo que pode envolver várias tentativas e recaídas. A média de tentativas da maioria dos ex-fumantes é de 3 a 5 antes de parar definitivamente.</p>	<p>Aceite o fato sem recriminar. Mostre-se disponível para ajudar.</p>

INFORMAÇÕES IMPORTANTES	AÇÃO
<p>É importante que o profissional de saúde saiba diferenciar o lapso da recaída, pois, diante de um lapso, o esforço para retomar a abstinência, provavelmente, será menor do que os pacientes que voltaram a fumar nos padrões anteriores:</p> <p>Lapso: Ocorrência de um episódio isolado de consumo de cigarro ou outro derivado, sem que o paciente volte a fumar regularmente.</p> <p>Recaída: Retorno ao consumo regular de cigarro ou outro derivado, mesmo que em quantidades menores que o padrão de consumo anterior a cessação.</p>	<p>Identifique se trata-se de recaída ou lapso.</p>
<p>É importante que o profissional de saúde identifique os fatores que contribuíram para que o fumante recaísse, para traçar estratégias para a nova tentativa.</p>	<p>Perguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que situação o fez acender o primeiro cigarro? • Ou o que estava fazendo quando acendeu o primeiro cigarro da recaída? • O que aconteceu depois? • Quantos cigarros está fumando atualmente? • Ou se voltou a fumar a mesma quantidade que fumava antes de deixar de fumar? <p>Identifique se o fumante está pronto para reiniciar o processo.</p> <p>Aconselhe nova tentativa procurando trabalhar habilidades do fumante para lidar com as situações que o fizeram recair ou a ter um lapso.</p> <p>Avalie se a situação da recaída necessita de uma abordagem especializada (recaída devido a manifestação de sintomas de depressão, ou outras comorbidades psiquiátricas; ver a situação 2). Nesse caso, procure encaminhar o paciente para um especialista.</p>

SITUAÇÃO 4 – O FUMANTE EM ABSTINÊNCIA (EX-FUMANTE)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES	AÇÃO
<p>É importante que o profissional de saúde reconheça o esforço, parabenize e motive o seu paciente fumante (agora um ex-fumate) a manter-se abstinência.</p>	<p>Parabenize pelo esforço.</p> <p>Reforce os benefícios que está tendo (melhora na capacidade física, no aspecto geral, no cheiro, na disposição, etc.).</p>
<p>Identificar se existem barreiras ou desafios que ameaçam a abstinência do fumante.</p>	<p>Pergunte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existem situações que ainda o estimulam a acender o cigarro? • Quais? • O que você tem feito para lidar com elas?
<p>É importante que o fumante desenvolva habilidades para enfrentamento das situações de alto risco que estimulam a vontade de fumar, como, por exemplo, ver outras pessoas fumando, beber com amigos, situações de tédio, pausas para o cafezinho, situações de estresse ou de grande pressão.</p>	<p>Dependendo do que for identificado como situações de risco, oriente para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar a convivência com outros fumantes nas primeiras semanas ou se preparar para dizer: não eu não fumo, obrigado. • Mudar de ambiente para evitar fumantes. • Evitar o consumo de bebidas alcoólicas nas primeiras semanas sem fumar; • Fazer caminhadas ou exercícios respiratórios ou de relaxamento corporal durante momentos de muita pressão; • Mudar o foco da atenção da vontade de acender um cigarro para algo que traga prazer ao fumante, como, por exemplo, tirar férias, viajar, olhar uma paisagem, etc.

SITUAÇÃO 5 – O FUMANTE ESTÁ PRONTO PARA A AÇÃO

Os fumantes que estão prontos para a ação devem ser preparados para deixar de fumar seguindo assim para o Passo 3 – Prepare.

PASSO 3

PREPARE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES	AÇÃO
<p>Alguns mitos contribuem para que o fumante sinta medo no momento de deixar de fumar. Por isso, é importante oferecer orientações consistentes para lidar com essas questões.</p>	<p>Coloque-se à disposição para acompanhar os fumantes que estão prontos para marcar uma data para parar de fumar nos próximos 30 dias.</p>
<p>Medo dos sintomas de abstinência e da “fissura”: Alguns fumantes apresentam sintomas de abstinência como dor de cabeça, tonteira, irritabilidade, alteração no sono ou no ritmo intestinal, entre outros. Estes sintomas têm graus variáveis de intensidade e são favorecidos também pela pressão social (atividades diárias, relacionamentos e situações conflitantes). Esses sintomas duram no máximo de 1 a 2 semanas e nem todo fumante os apresenta.</p> <p>A “fissura” (momentos de desejo intenso de fumar), é uma manifestação bastante comum e que com o tempo tende a tornar-se esparsa. Em média, cada episódio não dura mais que 5 minutos, e depois desaparece.</p>	<p>Junto com ele faça um plano de ação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Planeje uma data a partir da qual não fumará mais nenhum cigarro.• Informe sobre a síndrome de abstinência, seus sintomas, e sua duração.• Informe sobre a “fissura”, sua duração, e estimule-o a distrair e resistir nesses momentos.
<p>Os métodos de parada podem ser:</p> <p>Parada abrupta (deixa de fumar de um dia para o outro)</p> <p>Redução gradual (fuma um número menor de cigarros a cada dia, até chegar o dia em que não fumará mais nenhum cigarro)</p> <p>Adiamento gradual (adia a primeira hora em que fuma o primeiro cigarro, progressivamente, até o dia em que não fuma mais nenhum).</p> <p>A redução gradual e o adiamento gradual devem ser planejados de forma que não leve mais do que 2 semanas, para o fumante fumar seu último cigarro.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Fale dos métodos de parada: Peça para ele escolher a que melhor lhe convier. No entanto, a parada abrupta parece ser a mais efetiva.• Antes da data da parada, estimule o fumante a identificar quais cigarros podem ser dispensáveis e a exercitar habilidades para não fumá-los.
<p>Medo de recair – é importante que sejam analisadas as razões de recaídas anteriores para que suas causas sejam trabalhadas na próxima tentativa. A maioria dos fumantes tenta em média 3 a 4 vezes antes de parar definitivamente.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Reveja o passado e identifique o que ajudou e o que 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 aos familiares e amigos mais próximos sobre a decisão de deixar de fumar. Sugira a ele que eleja uma pessoa, em quem confie, para apoiá-lo nos momentos difíceis.• Para os fumantes que referem uma associação entre bebidas alcoólicas e fumar, sugira evitar o consumo de álcool nas 1^{as} semanas.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES	AÇÃO
<p>Medo do ganho de peso – O fumante deve ser informado sobre a probabilidade de um moderado ganho de peso. Mesmo sem dietas ou exercícios a média de ganho de peso geralmente é limitada (2,5kg a 3,5kg) e com certeza trará menor riscos para a saúde do que continuar a fumar. Para reduzir esse efeito, pode-se orientar a adoção de uma alimentação com menos gordura e rica em frutas, legumes e verduras, assim como atividade física moderada, tipo caminhadas. Não é aconselhável orientar restrições alimentares rigorosas nesse período, para que todo o esforço esteja centrado na cessação de fumar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para os fumantes que referem medo de engordar explique sobre as possibilidades de ganho de peso. • Ofereça folhetos, textos ou artigos sobre tabagismo. • Avalie se há necessidade de apoio com medicamentos (ver adiante).

Os fumantes que deixaram de fumar precisam ser acompanhados nesse processo.

PASSO 4

ACOMPANHE

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS	AÇÃO
<p>As primeiras semanas são fundamentais para que o paciente torne-se efetivamente um ex-fumante. É nesse período que ele sente com maior intensidade os sintomas da síndrome de abstinência. Além disso, o fumante apresenta um maior risco de recaída no primeiro ano de abstinência.</p> <p>Nessa fase é importante que ele seja apoiado e acompanhado.</p> <p>Cada retorno é importante para analisar as dificuldades e reforçar os ganhos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se possível, marque o retorno para 1ª e 2ª semanas após a data de parada. Depois desse período, o paciente deverá ser estimulado a retornar para as consultas mensais, até completar 3 meses sem fumar. Os próximos retornos podem ser marcados ao completar 6 meses e 1 ano sem fumar. • Parabenize sempre todos os avanços que seu paciente alcançar, mantendo-o motivado. • Perguntar sempre como o paciente se sente sem fumar. Ressalte os benefícios obtidos e enfatize que ele deverá sempre evitar dar uma tragada ou acender um cigarro. A regra é: “Evite o 1º cigarro, que você evitará todos os outros”. <p>Procure identificar quais as situações ainda representam uma ameaça para a manutenção da abstinência, e procure reforçar no paciente habilidades para lidar com essas situações.</p> <p>Por exemplo: estar sozinho, ou estar com outras pessoas fumando em uma mesa de bar, pode ser uma situação estimulante para o ex-fumante acender o cigarro. Nesse caso, estimule o paciente a pensar em como agir para enfrentar essas situações sem fumar. Estimule-o a encontrar por si só formas para lidar com essas situações sem acender o cigarro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se houver recaída, aceite sem críticas, e identificar a situação que o fez recair, e o que de proveitoso pode ser tirado disso.

III.3 E QUANTO AO APOIO DE MEDICAMENTOS, QUANDO USÁ-LO?

É importante salientar que o apoio farmacoterápico tem um papel bem definido no processo de cessação de fumar, que é minimizar os sintomas da síndrome de abstinência, quando estes representam uma importante dificuldade para o fumante deixar de fumar.

Sua função é, portanto, facilitar a abordagem comportamental na fase em que os fumantes manifestam sintomas da síndrome de abstinência.

Em resumo, embora o apoio medicamentoso aumente as chances da cessação de fumar, para que se alcance um resultado satisfatório não deve ser usado fora do contexto do apoio comportamental, onde o fumante vai sendo paulatinamente estimulado e orientado a lidar com a dependência psicológica e a se “descondicionar” das associações feitas com o cigarro.

Existem, no momento, algumas medicações de eficácia comprovada em auxiliar o fumante a deixar de fumar. Esses medicamentos eficazes são divididos em duas categorias, a saber:

1. nicotínicos
2. não-nicotínicos

Os medicamentos nicotínicos, também chamados de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), se apresentam nas formas de adesivo, goma de mascar, inalador e aerossol. As duas primeiras correspondem a formas de liberação lenta de nicotina, e são, no momento, as únicas formas disponíveis no mercado brasileiro. O inalador e o aerossol são formas de liberação rápida de nicotina e ainda não estão disponíveis no mercado brasileiro até a data da publicação desse documento.

Os medicamentos não-nicotínicos são os antidepressivos bupropiona e nortriptilina, e o anti-hipertensivo clonidina. A bupropiona é o medicamento de eleição nesse grupo, pois, segundo estudos científicos, é um medicamento que não apresenta, na grande maioria dos casos, efeitos colaterais importantes.

A TRN (adesivo e goma de mascar) e a bupropiona são considerados medicamentos de 1ª linha, e devem ser utilizados preferencialmente. A nortriptilina e a clonidina são medicamentos de 2ª linha, e só devem ser utilizados após insucesso das medicações de 1ª linha.

Critérios para utilização da farmacoterapia:

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

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

Critérios para seleção do medicamento:

Em geral, a monoterapia é suficiente para a maioria dos pacientes. A escolha entre uma das formas de terapia de reposição de nicotina (TRN) (adesivo e goma de mascar) e bupropiona dependerá da avaliação individual do paciente pelo profissional. Não havendo contra-indicações clínicas, podem ser escolhidos os medicamentos acima, de acordo com a posologia e facilidade de administração. Assim, entre os medicamentos de 1ª linha, não existe um critério fechado de escolha, devendo-se na ausência de contra-indicações fazer a opção, levando em conta a opinião e vontade do paciente, o que tende a aumentar a aderência ao tratamento.

Nos casos em que houver falha de tratamento, ou seja, em que o paciente não conseguiu parar de fumar após ter sido realizada abordagem cognitivo-comportamental e utilizado apenas um dos medicamentos de 1ª linha, pode-se pensar na associação dessas formas terapêuticas. Estudos científicos mostram que a associação entre adesivo e goma de mascar de nicotina, ou entre adesivo de nicotina e bupropiona ou mesmo entre goma de mascar de nicotina e bupropiona, elevam as taxas de sucesso no processo de cessação de fumar.

Devido a seus efeitos colaterais, e por terem sido testados em pequenas amostras de poucos estudos científicos, a nortriptilina e a clonidina só devem ser utilizados após insucesso das terapias de primeira linha, sob supervisão médica e em centros especializados de tratamento de fumante.

Medicações de Primeira Linha:

APRESENTAÇÕES E DOSAGENS:

1. Adesivo de nicotina 21 mg, 14 mg e 7 mg.
2. Goma de mascar de nicotina 2 mg
3. Goma de mascar de 4 mg *
4. Inalador de nicotina 4 mg *
5. Spray nasal de nicotina 1 mg *
6. Bupropiona comprimidos de 150 mg

* não comercializados no Brasil até a elaboração do documento desse consenso.

As medicações de segunda linha e suas dosagens são:

- Nortriptilina 10 mg, 25 mg, 75 mg
- Clonidina 0,10 mg, 0,15 mg, 0,20 mg

POSOLOGIA E FORMA DE USO:

Goma de mascar de nicotina:

- pacientes que fumam até 20 cigarros por dia e fumam seu 1º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, utilizar goma de mascar com o seguinte esquema:
 - semana 1 a 4: 1 tablete a cada 1 a 2 horas
 - semana 5 a 8: 1 tablete a cada 2 a 4 horas
 - semana 9 a 12: 1 tablete a cada 4 a 8 horas
- pacientes que fumam mais de 20 cigarros por dia, utilizar o seguinte esquema:
 - semana 1 a 4: 1 tablete de 4 mg a cada 1 a 2 horas (obs: até o momento dessa publicação, ainda não havia goma de 4 mg no mercado brasileiro)
 - 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

Atenção: lembrar de recomendar que deve-se parar de fumar ao iniciar o medicamento.

A goma deve ser mastigada com força algumas vezes, até sentir formigamento, ou o sabor da nicotina. Nesse momento, deve-se parar de mastigar e repousar a goma entre a bochecha e a gengiva, até o formigamento passar. Após, voltar a mastigar com força e repetir a operação por 30 minutos, quando deve-se jogar fora a goma de mascar.

Durante o uso da goma não se pode beber nenhum líquido, mesmo que seja água. A dose máxima recomendada é de 15 gomas por dia.

Adesivo de nicotina:

- pacientes com escore do teste de Fagerström entre 8 a 10, e/ou fumante de mais de 20 cigarros por dia, utilizar o seguinte esquema:
 - semana 1 a 4: adesivo de 21 mg a cada 24 horas
 - semana 5 a 8: adesivo de 14 mg a cada 24 horas
 - semana 9 a 12: adesivo de 7 mg a cada 24 horas
- pacientes com escore do teste de Fagerström entre 5 a 7, e/ou fumante de 10 a 20 cigarros por dia e fumam seu 1º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, utilizar o seguinte esquema:
 - semana 1 a 4: adesivo de 14 mg a cada 24 horas
 - semana 5 a 8: adesivo de 7 mg a cada 24 horas

Em casos especiais, em grandes dependentes físicos de nicotina, pode-se avaliar a possibilidade da utilização de dois adesivos de 21 mg, concomitantes, perfazendo o total de 42 mg, desde que não haja contraindicações.

Atenção para não esquecer de recomendar que deve-se parar de fumar ao iniciar o medicamento

O adesivo deve ser aplicado apenas na região do tronco ou braços, fazendo um rodízio do local da aplicação a cada 24 horas. A região deve estar protegida da exposição direta do sol, porém, não há restrição quanto ao uso na água.

Bupropiona

- deve-se utilizar a seguinte dosagem, porém, em caso de intolerância, pode-se fazer ajuste posológico, a critério clínico:
 - *1 comprimido de 150 mg pela manhã por 3 dias,*
 - *1 comprimido de 150 mg pela manhã e outro comprimido de 150 mg, 8 horas após, a partir do 4º dia até completar 12 semanas*

Atenção! Deve-se parar de fumar no 8º dia, após início da medicação.

A dose máxima de bupropiona recomendada é de 300 mg por dia.

CONTRA-INDICAÇÕES E PRECAUÇÕES :

As contra-indicações e precauções das medicações acima são:

Goma de mascar de nicotina:

Contra-indicações:

Incapacidade de mascar, úlcera péptica, período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio.

Precauções:

Para gestantes ou mulheres em fase de amamentação, deve-se considerar o uso da goma de mascar, em situações em que o risco de continuar fumando é maior do que o da goma. Nesse caso, é preferível usar a goma de mascar e não o adesivo de nicotina. Isso se deve ao fato de que a absorção da nicotina a partir da goma de mascar não é contínua, como ocorre com o adesivo. Além disso, a goma libera a nicotina em picos de intensidade menor do que a absorção da nicotina proveniente das tragadas de cigarros.

Adesivo de nicotina:

Contra-indicações:

Doenças dermatológicas que impeçam a aplicação do adesivo, período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio, gestante e amamentação.

Bupropiona:

Contra-indicações:

Absolutas: risco de convulsão: antecedente convulsivo, epilepsia, convulsão febril na infância, anormalidades eletroencefalográficas conhecidas e alcoolistas em fase de retirada de álcool; uso de benzodiazepínico ou outro sedativo, uso de outras formas de bupropiona (Wellbutrin), doença cérebro-vascular, tumor de sistema nervoso central, bulimia, anorexia nervosa e uso de inibidor da MAO há menos de 15 dias;

Relativas: uso de carbamazepina, uso de cimetidina, uso de barbitúricos, uso de fenitoína, uso de antipsicóticos, uso de antidepressivos, uso de teofilina, uso de corticoesteróides sistêmicos, uso de pseudoefedrina, diabetes mellitus em uso de hipoglicemiante oral ou insulina; hipertensão não controlada.

Precauções:

A pressão arterial deve ser monitorada como rotina em pessoas que recebem a bupropiona.

É importante ressaltar que a associação de qualquer forma de TRN e bupropiona pode elevar a pressão arterial, portanto, deve-se ter cuidado adicional ao utilizar essa associação em pacientes hipertensos, preferindo-se então a associação entre as duas formas de TRN.

O ensaio clínico realizado por Jorenby et al (1999) mostra que aparentemente houve um aumento da incidência de hipertensão ou piora de hipertensão já existente no grupo que recebeu bupropiona conjuntamente com o adesivo (“patch”) de nicotina. No entanto, quando a bupropiona é usada como antidepressivo, pessoas com pressão normal (entre 120 e 140 de sistólica ou entre 85-90 de diastólica) tendem a sofrer um aumento dos níveis de pressão (Prochazka, 2000).

RECOMENDAÇÕES GERAIS :

A prescrição de qualquer medicação para cessação do tabagismo deve ser feita após uma avaliação clínica rigorosa na busca de possíveis contra-indicações e ajustes posológicos, principalmente, em relação a bupropiona. A solicitação de exames complementares ficará a critério clínico.

O uso da bupropiona deve sempre ser feito sob supervisão médica.

Bibliografia Consultada

- ADDINGTON, J. et al. Smoking cessation treatment for patients with schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, v. 155, n. 7, p. 947-976, jul. 1998.
- BLONDAL, T. Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomized trial with six year follow-up. *BMJ*, v. 318, p. 285-288, jan. 1999.
- BALFOUR, D. et al. Diagnosis and treatment of nicotine dependence with emphasis on nicotine replacement therapy. *European Heart Journal*, v. 21, n. 6, p. 438-445, mar. 2000.
- BRITISH THORACIC SOCIETY. Smoking cessation in patients: two further studies by the British Thoracic Society. *Thorax*, v. 45, p. 835-840, 1990.
- CINCIPRINI, P. M. et al. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. *Journal of the National Cancer Institute*, v. 89, n. 24, p. 1852-67, dec. 1997.
- COCHRANE TOBACCO ADDICTION REVIEW GROUP. *BMJ* 2000; 321:355-8
- CROGHAN I. T., OFFORD K. P., EVANS R. W. et al. (1997). Cost-effectiveness of treating nicotine dependence: the Mayo Clinic experience. *Mayo Clinic Proc*, 72:917-924.
- DOLL R., PETO R., WHEATLEY K. et al. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994; 309 : 901-910.
- EIDE, T., VALBO, A. Smoking cessation in pregnancy: the effect of hypnosis in a randomized study. *Addictive Behaviors*, v. 21, n. 1, p. 29-35, 1996.
- ERSHOFF, D. H. et al. A randomized trial of a serialized self-help smoking cessation program for pregnant women in an HMO. *AJPH*, v. 79, n. 2, p. 182-187, feb. 1989.
- FARNAM, C. R. Zyban: a new aid to smoking cessation treatment. *Journal of Psychosocial Nursing*, v. 7, n. 2, p. 36-44, 1999.
- FIGLIORE M. C., BAILEY W. C., COHEN S. J. et al. 2000. *Treating Tobacco Use and Dependence*. Clinical Practice Guideline. U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- HALL, S. M. et al. Weight gain prevention and smoking cessation: cautionary findings. *American Journal of Public Health*, v. 82, n. 6, p. 799-803, jun.1992.
- HALL, S. M. Nortriptyline and cognitive-behavioral therapy in the treatment of cigarette smoking. *Arch Gen. Psychiatry*, v. 55, p. 683-690, aug. 1998.
- HAYFORD, K. E. et al. Efficacy of bupropion for smoking cessation in smokers with a former history of major depression or alcoholism. *British Journal of Psychiatry*, v. 174, p. 173-178, 1999.
- HJALMARSON, A. et al. The nicotine inhaler in smoking cessation. *Arch. Intern. Med.*, v. 157, p. 1721-1728, aug. 1997.
- HURT, R. D. et al. Nicotine patch therapy for smoking cessation combined with physician advice and nurse follow-up. *JAMA*, v. 271, n. 8, p. 595-600, feb. 1994.
- ISSA, J. S. et al. Intervenção sobre tabagismo realizado por cardiologista em rotina ambulatorial. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 70, n. 4, p. 271-274, 1998.
- JORENBY, D. E. et al. A controlled trial of sustained – release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *The New Engl. Journal of Medicine*, v. 340, n. 9, p. 685-691, mar. 1999.
- LANDO, H. A. et al. Promoting abstinence among relapsed chronic smokers. *American Journal of Public Health*, v. 86, n. 12, p.1786-1790, dec. 1996.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998). Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. *Falando sobre tabagismo*. 3ª ed. Rio de Janeiro.
- MURRAY C. J. L. & LOPEZ A. D. 1996. Quantifying the burden of disease and injury attributable to ten major risk factor. In: *The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Ed. Christopher J.L. Murray and Alan D. Lopez. World Health Organization & The World Bank.
- ORLEANS, C. T.; SLADE, J. *Nicotine addiction: Principles and management*. New York, Oxford University Press, 1993 – p. 435.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). *Smoking and Health in the Americas*. A 1992 report of the Surgeon General in collaboration with the Pan American Health organization. Atlanta, Georgia, 1992.
- PROCHAZKA, A. V. New developments in smoking cessation. *Chest*, v.117:169S-175S, 2000
- PATTEN, C. A. et al. Development of depression during placebo-controlled trials of bupropion for smoking cessation. *J. Clin. Psychiatry*, v. 60, n. 7, p. 436-441, jul. 1999.
- RIGOTTI, N. A. et al. Efficacy of a smoking cessation program for hospital patients. *Arch Intern Med.*, v. 157, p. 2653-2660, dec. 1997.
- SLAMA, K. et al. The effectiveness of two smoking cessation programmes for use in general practice. *Br. Med. J.*, v. 300, p. 1707-1709, jun. 1990.
- STAGE, K. B. et al. Depression after smoking cessation: case reports. *J. Clin. Psychiatry*, v. 57, n. 10, p. 467-469, oct. 1996.
- SCHUBINER, H. et al. Tobacco cessation and youth: the feasibility of brief office interventions for adolescents. *Preventive Medicine*, v. 27, p. A47-A54, 1998.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Smoking Cessation*. Rockville: AHCPR, 1996. Cap. 5: Special Populations and Topics. p. 67-69.
- U. S. SURGEON GENERAL 1990 *The Health Benefits of Smoking Cessation: a report of the Surgeon General*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Centers for Disease Control, Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health.
- VAZQUEZ, F.; BECOÑA, E. Depression and smoking in a smoking cessation programme. *Journal of Affective Disorders*, v. 55, p. 125-132.
- WHITE, A. R. et al. A meta-analysis of acupuncture techniques for smoking cessation – *Tobacco Control*, v. 8, p. 393-397, 1999.
- WINDSOR, R. A. et al. Health education for pregnant smokers: its behavioral impact and cost benefit. *American Journal of Public Health*, v. 83, n. 2, p. 201-6, feb. 1993.
- WORLD BANK. 1999. Development in practice. Curbing the Epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (1999). Making a Difference. World Health Report. Geneva, Switzerland.
- YUDKIN, P. L. et al. Which smokers are helped to give up smoking using transdermal nicotine patches? Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *British Journal of General Practice*, v. 46, p. 145-148, mar. 1996.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVS Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ABEAD Associação Brasileira de Estudo de Álcool e Drogas
ABRAD Associação Brasileira de Alcoolismo e Drogas
ABRASCO Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABMT Associação Brasileira de Medicina do Trabalho
ANAMT Associação Nacional de Medicina do Trabalho
AMB Associação Médica Brasileira
CCCTB Comitê Coordenador do Controle do Tabagismo no Brasil
CENTRA-RIO Centro de Tratamento e Recuperação de Adictos do Rio de Janeiro
CENEPI/MS Centro Nacional de Epidemiologia/Ministério da Saúde
CINAEM Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico
CEAD Conselho Estadual Antidrogas
COFEn Conselho Federal de Enfermagem
CFM Conselho Federal de Medicina
CFP Conselho Federal de Psicologia
USP Universidade do Estado de São Paulo
INCOR Instituto do Coração
UNIFESP Universidade Federal de São Paulo
PAAP Pergunte, Avalie, Aconselhe, Prepare
PAAPA Pergunte, Avalie, Aconselhe, Prepare, Acompanhe
TRN Terapia de Reposição de Nicotina
INCA Instituto Nacional de Câncer
MS Ministério da Saúde
CONPREV Coordenação de Prevenção e Vigilância do Câncer
SES Secretaria Estadual de Saúde
SMS Secretaria Municipal de Saúde
ONG Organizações não-governamentais
PNCT Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNCTUS Programa Nacional de Controle do Tabagismo em Unidades de Saúde

Elaboração

Instituto Nacional de Câncer

Coordenação de Prevenção e Vigilância – CONPREV

Ivano Marchesi

Divisão de Programas de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer

Tânia M. Cavalcante (organizadora)

Luisa M. da Costa e Silva Goldfarb

Ricardo Henrique S. Meirelles

Valéria Cunha de Oliveira

Cristina de Abreu Perez

Vera Luiza da Costa e Silva

Leandro Simões – Estagiário

Câmara Técnica do INCA

Aloysio Achutti

José Rosemberg

Miguel Aiub Hijjar

Consultor do INCA

Moisés Szklo

Colaboradores

Alcides Prantes Júnior – Smoke Free – Paraná

Analice Giglioti – Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro/Sociedade Brasileira de Psiquiatria

Antônio Pedro Mirra – Associação Médica Brasileira, Sociedade Brasileira de Cancerologia

Aristóteles Comte de Alencar Filho – Sociedade Brasileira de Cardiologia

Carlos Alberto de Assis Viegas – Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

Catarina M. Ribeiro – LIGHT S.E.S. A

Cremilda Maria Mello Silva – Programa de Controle do Tabagismo do Centro Regional de Especialidades de Vitória/
Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo

Cristina Faceira – Associação Brasileira de Alcoolismo e Drogas (ABRAD)

Edilson Sebastião Pimentel – Conselho Federal de Enfermagem

Ernesto José dos Santos – Conselho Federal de Psicologia

Izabel Martins – Associação Brasileira de Estudo de Álcool e Drogas (ABEAD)

Jaqueline Issa – Instituto do Coração (INCOR/USP)

João Carlos Dias da Silva – Associação Brasileira de Estudo de Álcool e Drogas (ABEAD)

José Mauro Braz de Lima – Associação Brasileira de Alcoolismo e Drogas (ABRAD)

José Roberto Antunes – Centro de Tratamento e Recuperação de Adictos do Rio de Janeiro (CENTRA-RIO)

Júlio César Meirelles Gomes – Conselho Federal de Medicina

Maria Helena Pignati – PREVI – FUMO USP

Maria Isabel Carmagnani – PREVI – FUMO/USP

Maristela Pinto de Menezes – Universidade Federal de Pernambuco

Mitrtha Susana Yamada Tanaka – Centro Nacional de Epidemiologia/Ministério da Saúde (CENEPI/MS)

Montezuma Pimenta – Médico Supervisor do Instituto de Psiquiatria do

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Vera Lúcia Borges – Conselho Estadual Anti-Drogas (CEAD)

Apoio:

