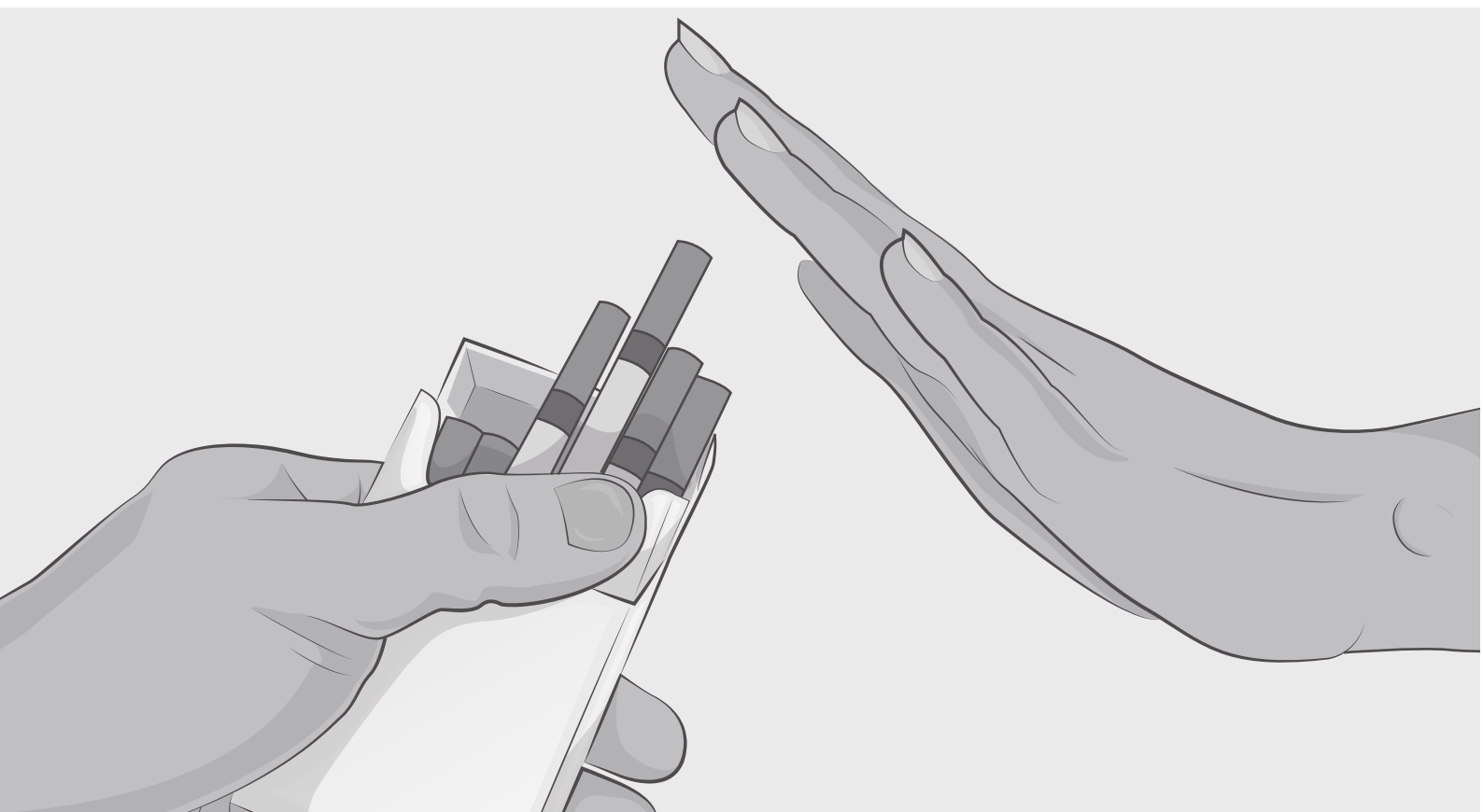


# Abordagem e Tratamento do Tabagismo: modalidade EaD



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA**

# **Abordagem e Tratamento do Tabagismo: modalidade EaD**

**Florianópolis - SC**  
**UFSC**  
2019

## **GOVERNO FEDERAL**

Presidência da República

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

## **GOVERNO ESTADUAL DE SANTA CATARINA**

Governo do Estado

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Planejamento e Gestão

Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação do SUS

Gerência de Coordenação da Atenção Básica

Gerência de Vigilância de Agravos Infecciosos, Emergentes e Ambientais??

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

Reitoria

Pró-Reitoria de Pesquisa

Pró-Reitoria de Extensão

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Saúde Pública

## **NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA**

Coordenação Geral: Maria Cristina Marino Calvo

Coordenação de Teleeducação: Josimari Telino de Lacerda

## **EQUIPE TELE-EDUCAÇÃO**

Josimari Telino de Lacerda

Luise Ludke Dolny

Elis Roberta Monteiro

## **AUTORES**

Adriana Elias

Ana Luiza de Lima Curi Hallal

Fabiana Baggio Nerbass

Gilberto Ramos Sandin

Renata de Cerqueira Campos

## **REVISORES**

Elis Roberta Monteiro

Luise Lüdke Dolny

Josimari Telino de Lacerda

Jane Cardoso

© 2019 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte. Edição, distribuição e informações:  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Núcleo Telessaúde Santa Catarina  
Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC  
Disponível em: [telessaude.sc.gov.br](http://telessaude.sc.gov.br)

## CATALOGAÇÃO NA FONTE PELA BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

U58a

Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina. Abordagem e Tratamento do Tabagismo [Recurso eletrônico] : modalidade EaD / Universidade Federal de Santa Catarina ; autores, Adriana Elias...[et al.]. - 2. ed. - Florianópolis : CCS/UFSC, 2016.  
76 p. : ils., grafs., tabs.

Modo de acesso: [telessaude.sc.gov.br](http://telessaude.sc.gov.br)  
Inclui bibliografia.

1. Fumo - Vício - Tratamento. 2. Saúde pública. I. UFSC. II. Elias, Adriana. III. Título.

CDU: 613.84

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Jonathas Troglia – CRB 14/1093

### EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Josimari Telino de Lacerda

Coordenação de Produção: Luise Ludke Dolny, Elis Roberta Monteiro

Revisão Textual: Silvio Somer

Design Gráfico: Priscila Esmeraldino, Catarina Saad Henriques e Luisa Talulah

Ilustrações: Priscila Esmeraldino e Catarina Saad Henriques

Design de Capa: Priscila Esmeraldino e Catarina Saad Henriques

# CURRÍCULO DOS AUTORES

---

## **Ana Luiza Curi Hallal**

Formada em Medicina com residência em Medicina Preventiva e Social

Mestre e doutora em Saúde Coletiva

Professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina

## **Adriana Elias**

Enfermeira formada pela Universidade Federal de Santa Catarina

Especialização em Saúde Pública pela UFSC

Coordenadora Estadual do Programa de Controle do Tabagismo

## **Fabiana Baggio Nerbass**

Nutricionista formada pela Universidade Federal de Santa Catarina

Mestre em Nutrição pela UNIFESP

Doutora em Ciências pela PUC-PR

Coordenadora do Serviço de Nutrição da Fundação Pró-rim, Joinville - SC

## **Gilberto Ramos Sandin**

Médico, com residência médica em Medicina Interna e Pneumologia

Médico Pneumologista do Hospital Nereu Ramos / SES - SC

Professor coordenador do Sistema Cardiorrespiratório / Medicina / UNISUL

## **Renata de Cerqueira Campos**

Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Especialista em Psicoterapia Breve Integrada e em Dependência Química

Aperfeiçoamento profissional em Abuso de Substâncias

Certificação Internacional para o Controle do Tabagismo.

# Lista de quadros e figuras

---

<b>Figura 1.</b> Percentual da população brasileira com 15 anos de idade, ou mais, e que usa algum produto do tabaco fumado. 2008 .....	<b>15</b>
<b>Figura 2.</b> Redução da proporção de adultos fumantes no Brasil entre os anos de 2006 e 2013..	<b>16</b>
<b>Tabela 1.</b> Casos totais incidentes e atribuíveis ao tabagismo, segundo doenças selecionadas para ambos os sexos, Brasil, 2008. ....	<b>17</b>
<b>Figura 3.</b> Consequências do tabagismo na saúde .....	<b>18</b>
<b>Figura 4:</b> Ação da nicotina no sistema nervoso central .....	<b>24</b>
<b>Quadro 1.</b> Teste de Fagerström para dependência da nicotina. ....	<b>25</b>
<b>Figura 5.</b> O ciclo de dependência da nicotina. ....	<b>26</b>
<b>Figura 6.</b> Modelo Cognitivo-Comportamental. ....	<b>34</b>
<b>Quadro 2.</b> Teste CAGE .....	<b>41</b>
<b>Figura 7.</b> Recomendações alimentares do Guia Alimentar para a População Brasileira.....	<b>45</b>
<b>Figura 8.</b> Alimentos que devem ser evitados segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira. ....	<b>46</b>
<b>Figura 9.</b> Fluxo Oficial de envio dos Relatórios Quadrimestrais do PNCT. ....	<b>62</b>
<b>Figura 10.</b> Planilha de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo – UNIDADE DE SAÚDE - (PI Unidade). ....	<b>64</b>
<b>Figura 11.</b> Planilha de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo MUNICIPAL (PI Municipal). ....	<b>66</b>
<b>Figura 12.</b> Blocos 1, 2 e 3 da PI Municipal. ....	<b>67</b>
<b>Figura 13.</b> Formulário de coleta de informações municipais - (FormSUS). ....	<b>68</b>
<b>Figura 14.</b> Preenchimento da parte inicial do formulário FormSUS. ....	<b>70</b>

<b>Figura 15.</b> Partes 1 e 2 do formulário FormSUS. ....	<b>71</b>
<b>Figura 16.</b> Preenchimento dos itens 24 – 30 do formulário FormSUS. ....	<b>73</b>
<b>Figura 17.</b> Preenchimento dos dados institucionais. ....	<b>74</b>

# SUMÁRIO

<b>Unidade 1</b> .....	<b>11</b>
1.1 Programa Nacional de Controle do Tabagismo .....	12
1.2 Principais indicadores epidemiológicos do tabagismo no Brasil .....	15
1.3 Impactos do tabagismo na saúde das pessoas e no SUS .....	17
<b>Unidade 2</b> .....	<b>22</b>
2.1 Entendendo o Tabagismo como dependência .....	23
2.2 Estratégias para a abordagem ao tabagista e dificuldades para a cessação .....	27
<b>Unidade 3</b> .....	<b>32</b>
3.1 Abordagem intensiva ao tabagista (cognitivo-comportamental).....	33
3.2 Recaídas .....	38
3.3 Abordagem de casos especiais.....	38
3.4 Abordagem nutricional na cessação do tabagismo .....	42
<b>Unidade 4</b> .....	<b>51</b>
4.1 Introdução .....	52
4.2 Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) .....	53
4.3 Terapia não nicotínica .....	55
<b>Unidade 5</b> .....	<b>61</b>
5.1 Adesão dos municípios ao PNCT.....	62
5.2 Cronograma para envio de informações.....	62
5.3 Formulários de coleta de informações.....	63



# APRESENTAÇÃO DO CURSO

---

Prezados alunos, sejam bem vindos ao curso!

## Abordagem e Tratamento do Tabagismo: modalidade EaD!

Estima-se que no Brasil ocorram mais de 290 mil mortes ao ano em decorrência de doenças relacionadas ao tabagismo. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem um papel fundamental no auxílio às pessoas que desejam parar de fumar, para tanto, é muito importante que os profissionais atuantes na Atenção Básica à Saúde estejam preparados para oferecer este auxílio.

Considerando esse contexto e também a frequência de solicitações de teleconsultorias sobre o tema, a Diretoria de Vigilância Epidemiológica do estado de Santa Catarina (DIVE), por meio de sua Gerência de Agravos, e o Núcleo Telessaúde SC, criaram o curso “Abordagem e Tratamento do Tabagismo: modalidade EaD”.

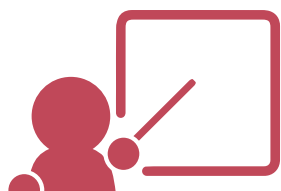
Os **objetivos de aprendizagem** deste curso são:

- **Apresentar** o Programa Nacional de Controle do Tabagismo às equipes de Saúde da Família;
- **Contextualizar** o tabagismo no Brasil e em Santa Catarina;
- **Sensibilizar** os profissionais de saúde para controle do tabagismo;
- **Instrumentalizar** os profissionais da Atenção Básica no manejo clínico do tabagismo;
- **Apresentar** as estratégias utilizadas no tratamento do tabagismo;
- **Apresentar** as técnicas não medicamentosas para abordagem ao tabagismo;
- **Orientar** os profissionais sobre como realizar o apoio medicamentoso ao tabagista;
- **Instrumentalizar** os profissionais para desenvolvimento do Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

Os conteúdos elaborados para atingir esses objetivos estão divididos em cinco Unidades de Aprendizagem, conforme tabela abaixo:

<b>Unidade 1</b>	Contexto do Tabagismo
<b>Unidade 2</b>	Entendendo o Tabagista
<b>Unidade 3</b>	Apoio não Medicamentoso
<b>Unidade 4</b>	Apoio Medicamentoso
<b>Unidade 5</b>	Operacionalização do Programa Nacional de Controle do Tabagismo

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



**Palavras do Professor:** Dicas do professor a respeito do tema.



**Saiba mais:** Indicações de outras fontes de informação sobre o assunto, como livros, trabalhos científicos, sites e outros materiais, para aprofundamento do conteúdo;



**Para refletir:** Perguntas disparadoras realizadas ao longo do texto para promover a reflexão sobre o seu cotidiano de trabalho. Aproveite estas questões para refletir sobre os temas durante as reuniões de equipe.

**Desejamos à todos um bom curso!**

# Unidade 1

## Contexto do Tabagismo

Autora: Ana Luiza de Lima Curi Hallal

# Contexto do Tabagismo

---

## Apresentação

A unidade de aprendizagem que você está iniciando tem 3 objetivos:

- 1 - Apresentar o programa nacional do controle do tabagismo INCA;
- 2 - Descrever os principais indicadores epidemiológicos do tabagismo no Brasil;
- 3 - Discutir os principais impactos do tabagismo na saúde das pessoas e no SUS.

Esta unidade irá contribuir para ampliar o seu conhecimento sobre os indicadores de saúde relacionados com o tabagismo, bem como sua relação com doenças frequentes no nosso meio. Além disto, pretende contribuir, descrevendo os principais aspectos do Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

## 1.1 Programa Nacional de Controle do Tabagismo

O Instituto Nacional de Câncer é o órgão do Ministério da Saúde responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer. Desde 1989 o INCA coordena as ações nacionais do Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, desenvolvidas em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com outros setores do Ministério da Saúde, bem como com representações variadas da sociedade civil organizada.

O Objetivo geral do Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer é reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade relacionada ao tabagismo no Brasil.

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

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

- 1 - Educação e Socialização do conhecimento através de Campanhas como o Dia Mundial sem Tabaco/Dia Nacional de Combate ao Fumo e de Ações em escolas e em ambientes de trabalho;
- 2 - Tratamento para cessação de fumar em unidades de saúde SUS;

## Unidade 1

- 3 - Promoção e defesa de medidas legislativas e econômicas: proibição da propaganda de produtos de tabaco; obrigatoriedade de advertências sanitárias com fotos nas embalagens de produtos de tabaco; proibição de fumar em ambientes fechados; proibição da propaganda nos pontos de venda; fiscalização e controle de venda a menores de idade; aumento de preços e impostos sobre os produtos de tabaco;
- 4 - Mobilização e controle social para proteção das ações de controle do tabagismo da interferência indevida da indústria do fumo;
- 5 - Fiscalização do cumprimento da legislação;
- 6 - Monitoramento e avaliação das ações;
- 7 - Vigilância epidemiológica de tabagismo na população geral, entre escolares, profissionais de saúde e profissionais de educação.

### SAIBA MAIS

No link a seguir você encontrará mais informações sobre o  
**Programa Nacional de Controle do Tabagismo:**

[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/  
programa-nacional-controle-tabagismo](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo)

O reconhecimento de que a expansão do tabagismo é um problema mundial fez com que, em 2003, os países membros das Nações Unidas adotassem a **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)**. Em 1º de fevereiro de 2006 a Convenção-Quadro entrou em vigor no Brasil após a aprovação do seu texto pelo Congresso Nacional.

**Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)** é um tratado internacional de saúde pública que o Brasil assinou e se comprometeu a implantar suas medidas. A CQCT propõe medidas para reduzir a demanda e a oferta de produtos do tabaco com o objetivo de deter a expansão de seu consumo.

A Organização Mundial de Saúde, objetivando facilitar a implantação da CQCT, propôs um conjunto de ações denominado **MPOWER**.

**MPOWER** significa Monitoring (monitorando a epidemia), Protecting (protegendo a população da fumaça do tabaco), Offering (oferecendo ajuda para deixar de fumar), Warning (advertindo sobre os perigos do tabaco), Enforcing (fazendo cumprir a proibição da publicidade, promoção e patrocínio) e Raising (aumentando impostos dos produtos do tabaco).

No link a seguir você encontrará a versão em português do plano de medidas para reduzir a epidemia do tabagismo (MPOWER):

[http://actbr.org.br/uploads/conteudo/343\\_Tabaco\\_ebook.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/343_Tabaco_ebook.pdf)

Ao longo das últimas décadas medidas importantes para o controle do tabagismo foram adotadas no país. Salienta-se a proibição da propaganda, assim como da promoção e do patrocínio de marcas de tabaco, advertências sanitárias com fotos e mensagens rotativas nos maços de cigarros, proibição de descritores enganosos (Ex.: light) e implantação no Sistema Único de Saúde do tratamento gratuito da dependência de nicotina (IGLESIAS et al., 2007).

A Lei 12.546/2011 determinou o aumento progressivo dos impostos sobre os produtos do tabaco, estabeleceu ambientes públicos fechados totalmente livres da fumaça do tabaco e proibiu a publicidade nos pontos de venda (BRASIL, 2011).

Embora a Lei 12.546/2011, regulamentada pelo decreto 8.262/2014, proíba a propaganda dos produtos de tabaco nos pontos de venda, o que significou um importante avanço na legislação nacional, ainda é permitida no país a exposição das embalagens (maços de cigarros) nos pontos de venda, principal veículo de comunicação com o público jovem.

Cada vez mais elaboradas e sofisticadas, as embalagens de cigarros são posicionadas em locais de grande visibilidade nos pontos de venda, em geral próximas a chicletes, balas e chocolates. A colocação das embalagens de cigarros em armários ou balcões não visíveis, bem como a adoção do **maço padronizado** protege as crianças e os adolescentes do marketing da indústria do tabaco (PANTANI et al., 2011).

**Maço padronizado** significa que todas as embalagens de cigarros e outros produtos do tabaco sejam iguais, em termos de forma, tamanho, modo de abertura, cor e fonte, e que sejam livres de design e logomarcas, permanecendo somente o nome padronizado da marca, selos da receita federal e as advertências sanitárias.

**SAIBA MAIS**

No link a seguir você encontrará mais informações sobre os motivos pelo qual o Brasil deve adotar embalagem padronizada para os produtos do tabaco.

[http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/738\\_embalagem\\_generica.pdf](http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/738_embalagem_generica.pdf)

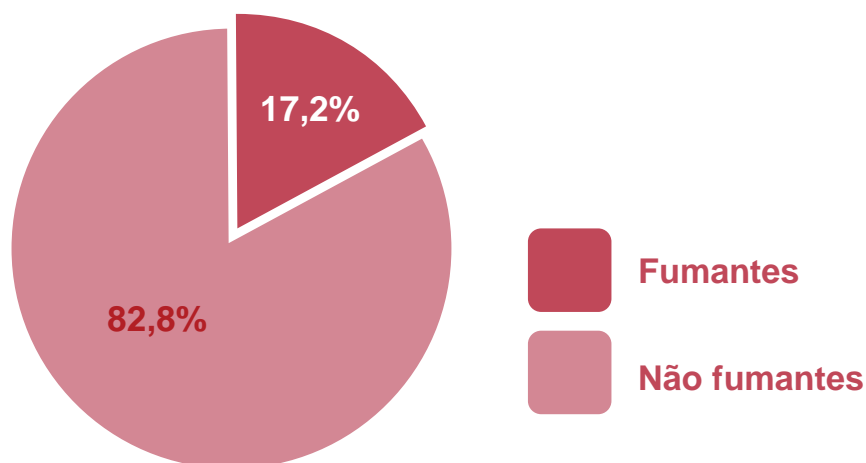


- Como você percebe a propaganda de cigarro na comunidade?
- Como os comerciantes refletem sobre esta situação?
- Sua equipe discute sobre isso?

## 1.2 Principais indicadores epidemiológicos do tabagismo no Brasil

De acordo com os resultados da Pesquisa Especial de Tabagismo (GATs), realizada em 2008, com abrangência nacional, 17,2% das pessoas de 15 anos ou mais de idade era usuária de algum produto de tabaco fumado, o que corresponde a 24,6 milhões de fumantes (Figura 1) (BRASIL, 2009).

**Figura 1.** Percentual da população brasileira com 15 anos de idade, ou mais, e que usa algum produto do tabaco fumado. 2008



**Fonte:** Elaboração própria

**SAIBA MAIS**

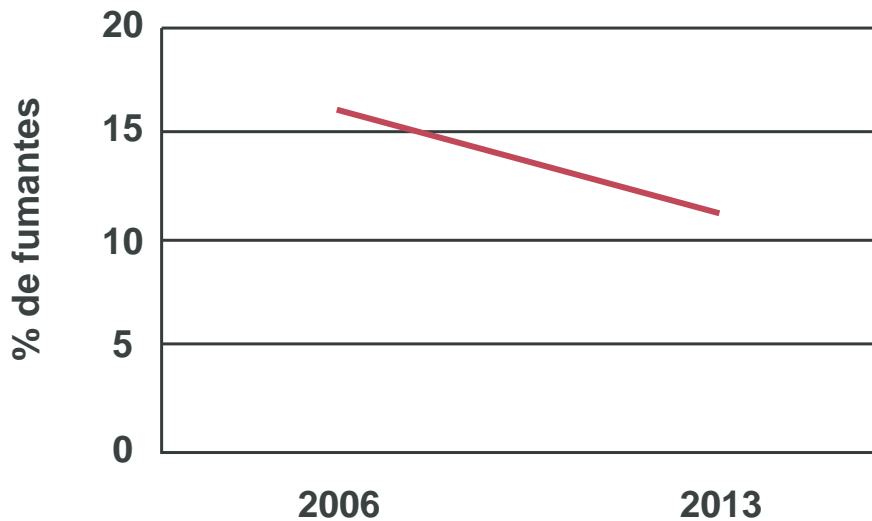
o IBGE e o Ministério da Saúde constituíram parceria para realização de uma pesquisa especial da PNAD 2008 sobre tabagismo. No link a seguir você encontrará mais informações e os resultados desta pesquisa:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/>

## Unidade 1

A análise da tendência de indicadores do tabagismo nas capitais brasileiras, produzida com base nas informações do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) em adultos, entre 2006 e 2013, indicou redução de 30,2%<sup>1</sup> da proporção de adultos fumantes no Brasil, passando de 16,2%, em 2006 para 11,3%, em 2013 (Figura 2) (MALTA et al., 2013).

**Figura 2.** Redução da proporção de adultos fumantes no Brasil entre os anos de 2006 e 2013.



- Como é o comportamento dos adolescentes de sua comunidade em relação ao tabagismo? Eles fumam cigarro? Usam outros produtos do tabaco como narguilé e cigarro eletrônico?
- A comunidade e os equipamentos sociais da comunidade realizam alguma ação em relação a esta questão?

<sup>1</sup> Diferença percentual



### 1.3 Impactos do tabagismo na saúde das pessoas e no SUS

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) — doenças circulatórias, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes — são as principais causas de morte no Brasil. Em 2007, foram responsáveis por 72% das mortes ocorridas no país. Estas doenças têm várias características em comum, entre elas, fatores de risco: tabagismo, uso prejudicial de álcool, inatividade física e alimentação não saudável (SCHMIDT et al., 2011).

A Tabela 1 mostra o total de óbitos ocorridos por DCNTs selecionadas no Brasil no ano de 2008 e o percentual atribuído ao tabagismo.

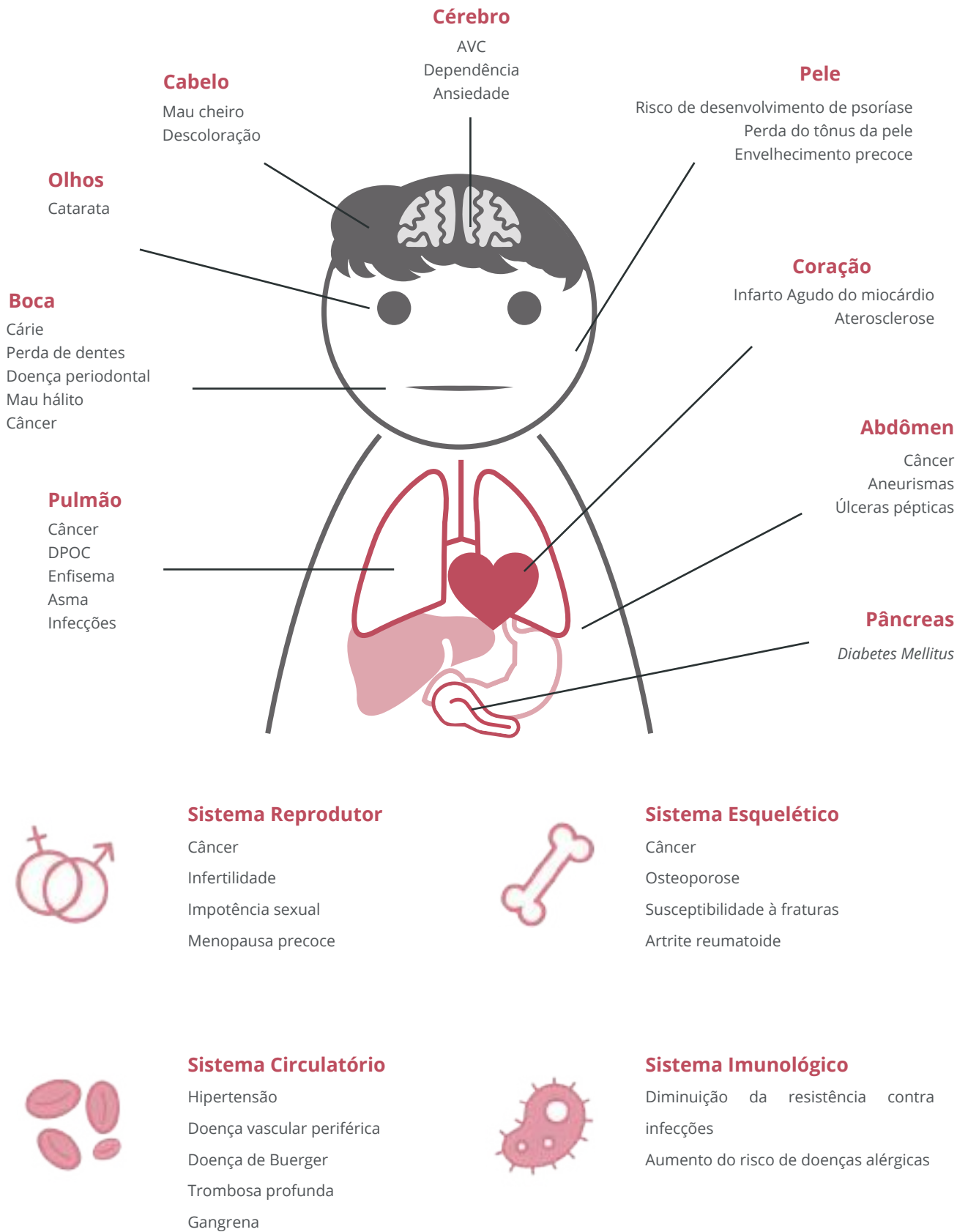
**Tabela 1.** Casos totais incidentes e atribuíveis ao tabagismo, segundo doenças selecionadas para ambos os sexos, Brasil, 2008.

	<b>Casos totais</b>	<b>Casos atribuíveis ao tabagismo</b>	<b>%</b>
IAM	567.214	157.126	28%
Doenças isquêmicas(não IAM)	417.747	102.151	24%
AVC	392.978	75.663	19%
Câncer de pulmão	29.125	23.753	82%
Pneumonia	490.904	105.080	21%
DPOC	434.118	317.564	73%
Câncer de boca e faringe	10.666	7.492	70%
Câncer de esôgafo	10.340	7.068	68%
Câncer de estômago	26.087	5.838	22%
Câncer pâncreas	90.011	1.953	22%
Câncer de rins	5.546	1.494	27%
Câncer de laringe	8.776	7.285	83%
Leucemia mielóide	6.912	1.154	17%
Câncer de bexiga	11.947	5.043	42%
Câncer de colo de útero	20.667	2.674	13%
<b>TOTAL</b>	<b>2.442.038</b>	<b>821.336</b>	<b>34%</b>

**Fonte:** PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015.

Além do impacto na mortalidade, o tabagismo é um fator de risco para uma grande variedade de morbidades (Figura 3). Ele desencadeia condições como hipertensão e diabetes, também aumenta o risco de as pessoas desenvolverem tuberculose, levando a prejuízos na saúde e qualidade de vida, impactando nos serviços oferecidos na atenção básica que devem fazer o acompanhamento desses agravos e a desperdícios de recursos financeiros pelas famílias e pelo sistema de saúde (INCA, 2007).

**Figura 3.** Consequências do tabagismo na saúde



**Fonte:** Elaboração própria

## Unidade 1

Os gastos familiares com DCNT e tabagismo reduzem a disponibilidade de recursos para necessidades como alimentação, moradia, educação, entre outras.

Um estudo chamado Carga das Doenças Tabaco-Relacionadas para o Brasil analisou dados de 2008, referentes a 15 doenças relacionadas ao tabaco e atualizou os valores monetários para 2011.

Os autores chegaram à conclusão que o custo total atribuível ao tabagismo para o sistema de saúde no Brasil, para ambos os sexos, foi de quase 21 bilhões de reais. Considerando que o setor do tabaco pagou, em 2011, R\$ 6,3 bilhões em impostos federais, segundo a Receita Federal, o país gasta cerca de três vezes e meia mais do que arrecada com cigarros e outros produtos de tabaco (PINTO, 2012).

É importante destacar setores de impacto financeiro e social relacionados ao tabaco:

- Assistência à saúde (serviços médicos, prescrição de medicamentos, serviços hospitalares etc.);
- Perda de produção devido a morte e adoecimento e à redução da produtividade;
- Aposentadorias precoces e pensões;
- Incêndios e outros tipos de acidentes;
- Poluição e degradação ambiental;
- Pesquisa e educação;
- Morte de fumantes e não fumantes;
- Sofrimento dos fumantes, não fumantes e seus familiares.

### SAIBA MAIS

**1)** No link a seguir você encontrará o relatório final do estudo Carga das Doenças Tabaco-Relacionadas para o Brasil:

[http://actbr.org.br/uploads/conteudo/721\\_Relatorio\\_Carga\\_do\\_tabagismo\\_Brasil.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/721_Relatorio_Carga_do_tabagismo_Brasil.pdf)

**2)** Considerando que o controle do tabagismo é um tema multidisciplinar, sugerimos aprofundar o conhecimento com a leitura do “Manual para Agentes de Saúde: Prevenção, caminho para saúde”. Este manual condensa as informações mais importantes que o agente ou qualquer outra pessoa precisa saber para agir em relação ao problema:

[http://actbr.org.br/uploads/conteudo/52\\_290\\_Por\\_um\\_mundo\\_sem\\_tabaco-Manual.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/52_290_Por_um_mundo_sem_tabaco-Manual.pdf)



- Os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde poderiam promover o debate e aprofundar a discussão sobre o ressarcimento ao SUS pela indústria do tabaco dos valores gastos com o tratamento das doenças tabaco-relacionadas? Como o trabalho da equipe de Atenção Básica pode contribuir para a promoção deste debate na comunidade?

# CONCLUSÃO

---

Nesta Unidade você conheceu mais sobre os objetivos do Programa Nacional do Controle do Tabagismo, promovido pelo INCA, e pôde refletir sobre os resultados dos indicadores epidemiológicos mais recentes sobre o tabagismo, bem como sobre os impactos do tabagismo na saúde das pessoas e no SUS.

Aproveite o material para refletir junto com os demais profissionais de sua equipe sobre as questões apresentadas nesta unidade.

Conhecendo um pouco mais sobre o contexto do tabagismo no Brasil, seguiremos os estudos para a Unidade de Aprendizagem 2, onde aprenderemos mais sobre o manejo clínico e sobre as estratégias para abordagem ao tabagista.



# Referências Bibliográficas

BRASIL. Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011. **Lei Nº 12.546, de 14 de Dezembro de 2011**. Brasília, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. **Pesquisa Nacional de por Amostra de Domicílios: Tabagismo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. 128 p.

IGLESIAS, R. et al. **Controle do Tabagismo no Brasil**. Washington, DC: The World Bank, 2007. 119 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Tabagismo: um grave problema de saúde pública**. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 24 p.

MALTA, D. C. et al. Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 812-822, abr. 2013.

PANTANI, D.; PINSKY, I.; MONTEIRO, A. **Publicidade de Tabaco no Ponto de Venda**. São Paulo: INPAD, 2011. 96 p.

PINTO, M. T.; PICHON-RIVIERE, A. **Relatório Final: Carga das doenças tabaco-relacionadas para o Brasil**. 2012. Disponível em: <[http://actbr.org.br/uploads/conteudo/721\\_Relatorio\\_Carga\\_do\\_tabagismo\\_Brasil.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/721_Relatorio_Carga_do_tabagismo_Brasil.pdf)>. Acesso em: 28 abr. 2016.

PINTO, M. T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, jun. 2015.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p.1949-1961, jun. 2011.

# Unidade 2

## Entendendo o tabagista

Autor: Gilberto Ramos Sandin

# Entendendo o Tabagista

---

## Apresentação

A presente unidade abordará os princípios envolvidos no desenvolvimento de dependência à nicotina. Apresentaremos também alguns instrumentos de avaliação do grau desta dependência e trataremos de forma introdutória dos principais tipos de abordagem possíveis ao fumante.

Ao finalizar esta unidade você terá uma noção da intrincada e complexa rede de eventos envolvidos na dependência à nicotina. Você também será capaz de avaliar individualmente o nível de dependência da nicotina e saberá qual tipo de abordagem é mais indicada para o caso.

## 2.1 Entendendo o Tabagismo como dependência

O uso do tabaco acompanha o ser humano há pelo menos 3.000 anos. Os dados mais antigos coletados mostram o uso pelos índios da região da América central, em rituais religiosos. A Europa tomou conhecimento do tabaco através da tripulação de Cristóvão Colombo, ao chegarem às Américas, por volta de 1492.

O embaixador francês Jean Nicot foi o primeiro a plantar tabaco na Europa. Naquela época se utilizava a planta para tratar enxaqueca em Catarina de Médici e seu filho, o Rei Carlos IX, em Paris. O nome cigarro é originário da palavra maia sikar, que significa fumaça.

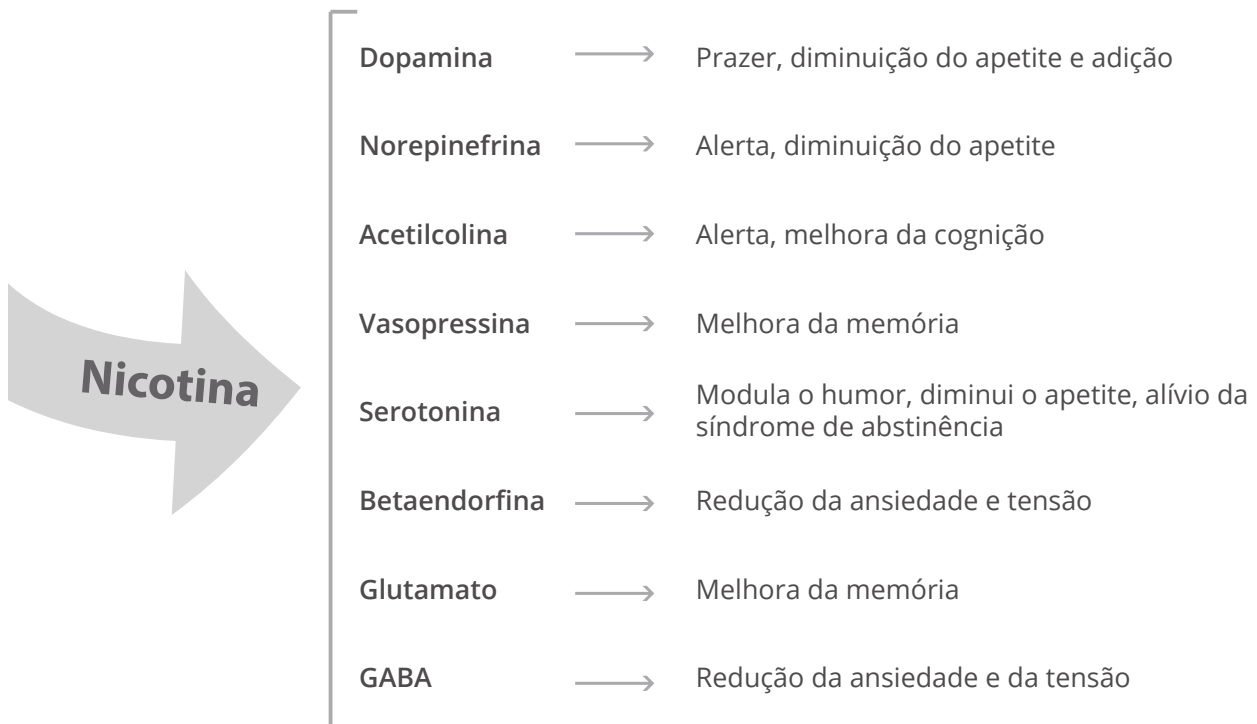
No Brasil, segundo dados do VIGITEL, de 2014, houve uma queda de 30,7% nos últimos nove anos entre os brasileiros que fumam. Desta forma, cerca de 10,8% dos brasileiros fumam atualmente. Dentre as capitais com maior percentual de fumantes, destacam-se as da região Sul. Porto Alegre lidera o ranking, com cerca de 17,9% de fumantes entre os homens e 15,1% entre as mulheres (BRASIL, 2015).

A dependência à nicotina pode ser definida como uma má adaptação ao seu uso, levando a prejuízos ou sofrimentos intensos ao indivíduo, que se tornam evidentes pela ocorrência de: (i) **Tolerabilidade ao uso da nicotina**, com necessidades crescentes da substância para alcançar o efeito desejado; (ii) **Síndrome de abstinência**, que aparece quando ocorre a retirada da nicotina, ou em períodos curtos após seu uso; (iii) **Desejo persistente de usar a substância** (ou esforço mal sucedido para interromper o seu uso) (REICHERT et al., 2008).

Esta dependência é mediada por vários fatores, entre eles o fator genético, responsável por até 60% do risco de início e até 70% do risco de manter a dependência, além da ação direta da nicotina no sistema nervoso central, liberando uma enorme quantidade de neurotransmissores, desencadeando a sensação de prazer, a melhora cognitiva e da memória, a diminuição do apetite, maior estabilidade emocional, dentre outros, conforme exibido na figura 4 abaixo.

**Figura 4.** Ação da nicotina no sistema nervoso central

### Neurotransmissores liberados no SNC por ação da nicotina



Kellar KJ, 1998

**Fonte:** Adaptado de Kirchenchtejn e Chatkin (2004).



Ao identificar um indivíduo com acentuada dependência à nicotina, que iniciará seu processo de cessação do vício, você deverá alertá-lo para as mudanças que ocorrerão no processo de cessação ao uso da droga: perda momentânea da sensação de prazer e dos “benefícios” da ação da nicotina no sistema nervoso central, além da ocorrência de sinais e sintomas decorrentes da síndrome de abstinência, tais como: estado depressivo ou **humor disfórico**, insônia, irritabilidade, ansiedade, dificuldade de concentração, queda da frequência cardíaca, aumento do apetite e/ou do peso. Estes sintomas serão mais intensos logo após a cessação e durante o primeiro mês de abstinência, diminuindo progressivamente.

**Humor disfórico:** alteração do humor acompanhada de uma tonalidade afetiva desagradável, irritação, amargura, desgosto ou agressividade (DALGARRONDO, 2008).



## Unidade 2

Na prática diária podemos utilizar uma escala de avaliação do grau de dependência à nicotina, chamado Teste de Fagerström, conforme o Quadro 1 abaixo. Cabe notar que das seis perguntas, metade está relacionada com o primeiro cigarro da manhã, além disso, a maior pontuação individual é para o fumante que inicia seu primeiro cigarro do dia nos primeiros cinco minutos após acordar. O peso do primeiro cigarro da manhã está relacionado com a **nicotínia matinal** do fumante, que passou seu período de sono sem fumar, e o aparecimento dos primeiros sintomas da abstinência.

**Nicotínia matinal** é a concentração sérica da nicotina medida no sangue.

### Quadro 1. Teste de Fagerström para dependência da nicotina.

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

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

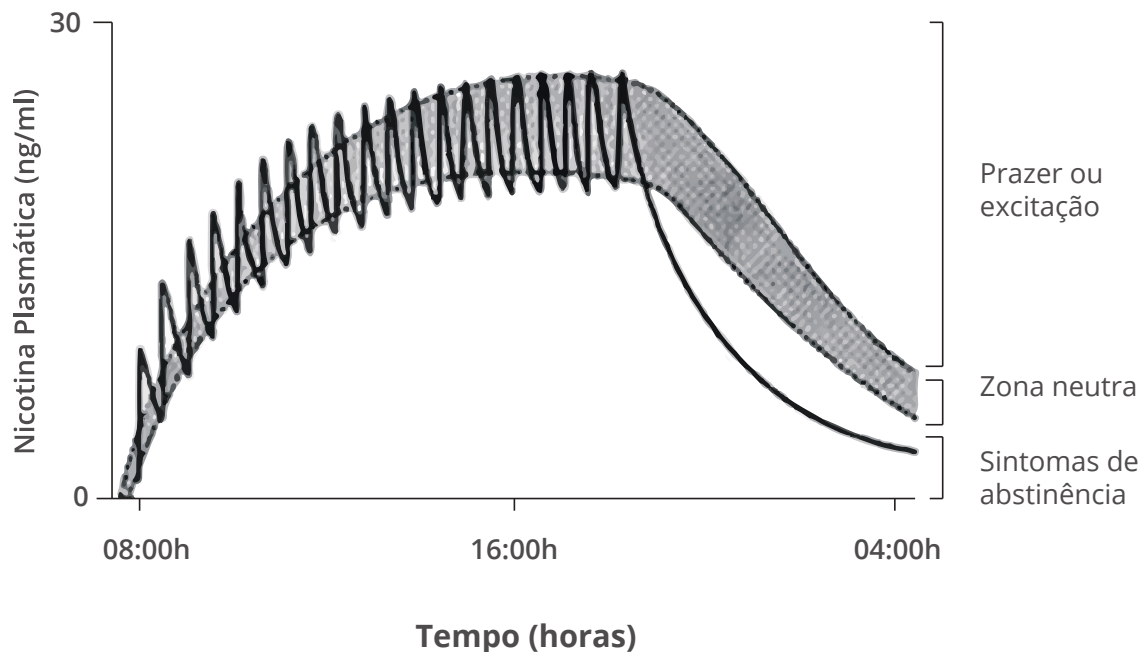
**Fonte:** Reichert et al., 2008.

Uma soma acima de seis pontos geralmente indica que o paciente sentirá desconforto ao iniciar seu processo de cessação do tabagismo.

## Unidade 2

A ocorrência dos sintomas relacionados com a abstinência pode ser melhor compreendida ao visualizarmos a Figura 5, abaixo, que relaciona a sensação de bem estar, de neutralidade ou do aparecimento de sintomas da abstinência em um indivíduo que fumou 20 cigarros durante o dia, com sua nicotemia.

**Figura 5.** O ciclo de dependência da nicotina.



**Fonte:** SCHWARTZ; BENOWITZ, 2010.

Ao acordar pela manhã, o nível de nicotina plasmática está abaixo do nível de neutralidade, significando que este indivíduo acordará com sintomas de abstinência e procurará fumar mais precocemente pela manhã. Isso explica também porque alguns tabagistas de alto grau de dependência nicotínica acordam durante a noite para fumar. O desconforto neurobiológico da baixa concentração de nicotina desencadeia reações mesmo com o paciente dormindo. Em outras palavras: o cérebro sentindo a abstinência “acorda” o paciente para fumar um cigarro.

Além do Teste de Fagerström, citado acima, existem outros meios para identificar e quantificar a dependência à nicotina, dentre eles podemos citar: (i) a medida da cotinina plasmática, o principal metabólito da nicotina; (ii) a medição do monóxido de carbono no ar expirado (COex). Apesar de serem testes com maior sensibilidade e especificidade quando comparados ao Teste de Fagerström, o custo ainda torna proibitiva sua utilização fora de centros especializados de pesquisa sobre tabagismo.

## 2.2 Estratégias para a abordagem ao tabagista e dificuldades para a cessação

Durante o contato com a equipe de saúde, qualquer paciente deve ser questionado sobre tabagismo. Em caso de resposta positiva outras características devem ser coletadas, tais como: a “**carga tabágica**”, idade de início do tabagismo, presença de comorbidades (principalmente doenças respiratórias e cardiovasculares), se pensa em parar de fumar algum dia, se tem conhecimento dos malefícios e do risco da manutenção do hábito de fumar, se alguma vez já tentou ficar mais de 24 horas sem fumar (em caso positivo é importante questionar sobre o motivo do retorno ao hábito) e, por fim, se pretende parar de fumar nos próximos seis meses.

**Carga tabágica:** Número médio de cigarros fumados por dia multiplicado pelo tempo em anos.

Torna-se de fundamental importância a formação de um vínculo de confiança, alimentado por uma atitude empática, gerando expectativas positivas, ambas fundamentadas na capacidade de ouvir atentamente as necessidades do fumante.

Com base nas respostas acima, poderemos classificar os pacientes em diferentes graus de motivação. Tal classificação auxilia o profissional da saúde a entender a dinâmica que cerca a tomada da decisão de cessar o fumo. O modelo de avaliação do grau de motivação proposto é o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente, que divide o espectro motivacional em 5 etapas (DICLEMENTE et al., 1991):

- 1) Fase de pré contemplação:** Não há intenção de parar de fumar. Nem mesmo existe uma crítica a respeito do conflito envolvendo este comportamento;
- 2) Fase contemplativa:** Há conscientização de que fumar é um problema, no entanto, há uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança;
- 3) Preparação para a ação:** Prepara-se para parar de fumar (quando o paciente aceita escolher uma estratégia para realizar a mudança de comportamento);
- 4) Ação:** O paciente para de fumar (o paciente toma a atitude que o leva a concretizar a mudança de comportamento). Aqui os ex-fumantes terão de lidar com os sintomas da abstinência;
- 5) Fase de manutenção:** O paciente deve aprender estratégias para prevenir a recaída e consolidar os ganhos obtidos durante a fase de ação. Neste estágio pode ocorrer a finalização do processo de mudança ou a recaída.

### SAIBA MAIS

Saiba mais sobre o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente lendo o artigo: "The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change", disponível em:

[https://www.researchgate.net/profile/Mary\\_Velasquez/publication/232478210\\_The\\_process\\_of\\_smoking\\_cessation\\_An\\_analysis\\_of\\_precontemplation\\_contemplation\\_and\\_preparation\\_stages\\_of\\_change/links/0fcfd50b5f8c5742b5000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Mary_Velasquez/publication/232478210_The_process_of_smoking_cessation_An_analysis_of_precontemplation_contemplation_and_preparation_stages_of_change/links/0fcfd50b5f8c5742b5000000.pdf)

Baseado na fase em que o indivíduo se encontra, sua abordagem motivacional terá um foco diferente. Veja o quadro abaixo:

## Fases e abordagem motivacional



### Fases pré-contemplativa e contemplativa

Pacientes nestas fases serão estimulados a largar o tabagismo, informados sobre os malefícios do hábito e os benefícios da cessação.

### Fase de preparação para a ação

Os que estão nesta fase na devem ser estimulados a marcar uma data para parar de fumar, a fazer exercícios físicos, adquirir posturas que diminuam o estresse, dentre outros.

Neste ponto, o foco deve ser a escolha da melhor estratégia que se adapte ao paciente. Aqui também, toda informação sobre os hábitos ou condicionamentos do paciente (também chamados de gatilhos), que levam ao ato de fumar, devem ser evitados. O paciente precisa ser preparado para os sintomas da abstinência, bem como os momentos agudos da fissura. Devem ser escolhidas técnicas para lidar com estas dificuldades. As mulheres principalmente devem ser alertadas para um eventual ganho de peso nesta primeira etapa da cessação, que será recuperado mais à frente.





### Fase de ação

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

### Fase de manutenção

Por fim, nesta fase o paciente deverá ser parabenizado pelo sucesso (mesmo que momentâneo) na cessação do tabagismo, consolidando os ganhos obtidos durante a fase de ação. Estratégias devem ser montadas em cima das dificuldades encontradas, prevenindo recaídas (quando o tabagista retorna ao hábito diário) ou lapsos (quando o paciente fumou, mas não retornou ao uso diário). Novamente, nesta fase, o empenho do profissional de saúde ou do grupo de cessação do tabagismo fará toda a diferença em relação à eficácia no tempo de abstinência.



Lembre-se que grande parte dos tabagistas necessita de cinco a sete tentativas, em média, para vencer a dependência à nicotina. O fato de ter ocorrido um lapso ou até mesmo uma recaída não devem causar desânimo e sim reflexão sobre o ocorrido. Mesmo sob abordagem intensiva, cerca de 78% dos pacientes voltará a fumar dentro do grupo de acompanhamento após um ano da intervenção. Portanto, não pense na cessação do tabagismo como uma atividade de resultados imediatos. Mantenha a motivação e o foco em cada fase do processo, discutindo as estratégias com os envolvidos. O resultado virá no seu devido tempo.



- Você já teve a oportunidade de acompanhar um usuário durante as fases acima descritas? Como foi realizada a abordagem inicial? O que você mudaria em sua prática a partir das reflexões realizadas até aqui?

# CONCLUSÃO

---

Existem várias maneiras de realizar um tratamento para a dependência da nicotina. Tanto tratamentos não medicamentosos, embasados na abordagem cognitivo-comportamental, quanto o tratamento medicamentoso, realizado através do uso da vareniclina, da bupropiona e das terapias de reposição da nicotina, por exemplo. Nas próximas unidades veremos separadamente as principais características de cada tipo de terapia, privilegiando a abordagem cognitivo-comportamental e associando a terapia medicamentosa, quando indicada.

A dependência da nicotina é o principal fator causador da manutenção do tabagismo. Tratar esta dependência é possível e deve ser estimulado em todo fumante ativo. Conhecer o grau de dependência à nicotina e o estado motivacional do paciente nos permite estabelecer estratégias possíveis de ação, sempre debatidas com o paciente. O vínculo de confiança entre o profissional de saúde e o paciente é crucial no sucesso da terapia, seja ela realizada apenas através da abordagem cognitivo-comportamental ou associada a medicamentos.

“Ao parar de fumar, talvez você se sinta menos feliz a curto prazo, mas será mais feliz a longo prazo, quando colher os benefícios de saúde e felicidade por ter tomado essa decisão”.

## SAIBA MAIS

DOLAN, P. **Felicidade Construída**: como encontrar prazer e felicidade no dia a dia. 1ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.

HINKS T., KATSORIS A.; Smoking ban life satisfaction: Evidence from the UK. **Economic Issues**, v. 17, pp. 23-48, 2012.



# Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIGITEL Brasil 2014: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 151 p.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 438 p.

DICLEMENTE, C. C. et al. The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 59, n. 2, p. 295-304, 1991.

KIRCHENCHTEJN, C.; CHATKIN, J. M. Dependência à Nicotina. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, Supl. 2, n. 30, p. 11-18, ago. 2004.

MIRRA, A. P. et al. **Diretrizes Clínicas na Saúde Complementar: Tabagismo**. 2011. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2016.

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

SCHWARTZ, R. S.; BENOWITZ, N. L. Nicotine Addiction. **New England Journal Of Medicine**, v. 362, n. 24, p. 2295-2303, 17 jun. 2010.

# Unidade 3

## Apoio não medicamentoso

Autoras: Renata de Cerqueira Campos e  
Fabiana Baggio Nerbass



# Apoio não medicamentoso

---

## Apresentação

Nesta unidade, você irá conhecer as técnicas não medicamentosas para abordagem ao fumante.

Apresentaremos alguns aspectos da abordagem cognitivo-comportamental que podem ser utilizados no tratamento do fumante, bem como falaremos sobre a abordagem de casos especiais – como grávidas, adolescentes e pacientes psiquiátricos – e de como evitar ou lidar com as recaídas.

Também serão abordados tópicos especiais na abordagem da abstinência como as formas de lidar com os sintomas de abstinência e fissura, a preocupação do abandono das mulheres ao tratamento pelo ganho de peso e o incentivo a mudança de hábitos de alimentação e vida saudável.

Ao final desta unidade, você irá compreender a delicada dinâmica psicológica da dependência e a relação do fumante com o cigarro, estando apto para trabalhar os aspectos não medicamentosos do tratamento, garantindo a integralidade do cuidado que é fundamental para o processo de parar de fumar.

### 3.1 Abordagem intensiva ao tabagista (cognitivo-comportamental)

Você sabia que o aconselhamento é sempre o primeiro tratamento que deve ser oferecido ao fumante? E que caso seja necessário o auxílio de medicamentos, os estudos demonstraram que a combinação do aconselhamento com o uso de medicação é mais efetiva do que a utilização isolada do medicamento? Assim, os dois devem ser sempre oferecidos simultaneamente ao fumante, uma vez que existe comprovação de taxas superiores de sucesso com esta combinação (AMB; ANS, 2011).

A abordagem baseada no modelo cognitivo-comportamental é a técnica recomendada para o tratamento do fumante, tendo como premissa básica o entendimento de que o ato de fumar é um comportamento aprendido, desencadeado e mantido por determinadas situações e emoções, que leva à dependência devido às propriedades psicoativas da nicotina.

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

## Unidade 3

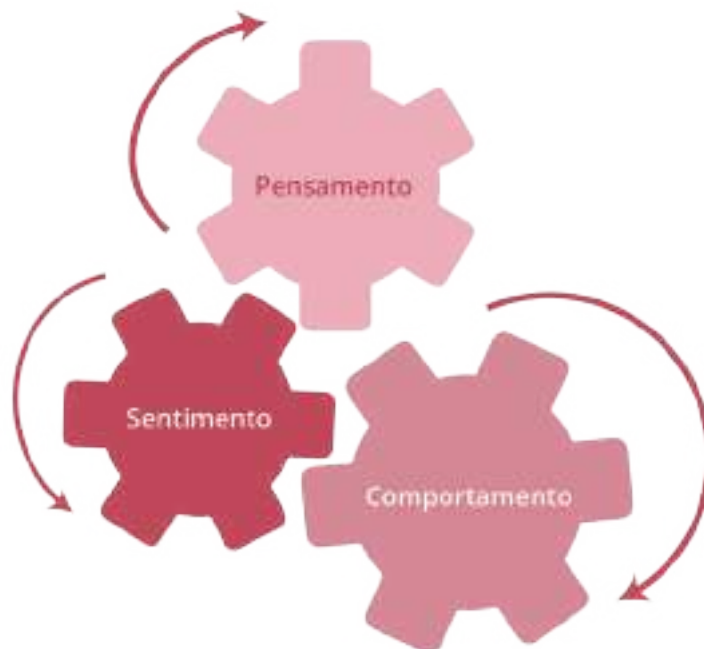


Não há necessidade, porém, de ser psicólogo para se conduzir a ACC com o fumante. Esse curso visa instrumentalizar os profissionais de saúde em algumas das técnicas dessa abordagem, que poderão, então, ser aplicadas no tratamento do fumante.

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

Isso significa dizer que a maior parte do desconforto experimentado pelas pessoas deriva do modo como elas interpretam as situações que vivenciam. Você já reparou nisso? Mesmo numa situação neutra, se você interpretá-la de forma negativa, vai ter sentimentos negativos em relação a ela. Se você interpretá-la de forma positiva, vai ter sentimentos também positivos. E a maneira como você vai reagir na referida situação será diretamente influenciada pelo sentimento que tiver. Dentro do modelo cognitivo, isso equivale a dizer que o pensamento é quem origina o sentimento, que é o que vai determinar o comportamento (Figura 6).

**Figura 6.** Modelo Cognitivo-Comportamental.



**Fonte:** Elaboração própria

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

## Unidade 3

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

A ACC na abordagem ao fumante pode ser trabalhada de forma mínima ou breve, como já foi visto na unidade anterior e também de forma intensiva, como vamos apresentar nesta unidade.

Dentro do modelo proposto pelo INCA, a abordagem intensiva deve ser oferecida através de grupos específicos com uma hora e meia de duração, conduzido, de preferência, por dois profissionais de saúde capacitados e envolvidos. São quatro sessões semanais estruturadas, seguidas de duas sessões quinzenais de manutenção e, a partir do terceiro mês, uma sessão mensal.

### SAIBA MAIS

Você pode acessar o manual do coordenador do programa de controle de tabagismo no INCA para conhecer melhor o conteúdo e formato das sessões através do link:  
<http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agravos/publicacoes/manual-do-coordenador.pdf>



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

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

A abordagem intensiva traz como resultados cerca de 22,1% de cessação após um ano da intervenção.

### SAIBA MAIS

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes (s.l.). Disponível em: [http://amb.org.br/diretrizes/\\_DIRETRIZES/evidencias\\_cientificas\\_sobre\\_tabagismo\\_para\\_subsidio\\_ao\\_poder\\_judiciario/files/assets/common/downloads/publication.pdf](http://amb.org.br/diretrizes/_DIRETRIZES/evidencias_cientificas_sobre_tabagismo_para_subsidio_ao_poder_judiciario/files/assets/common/downloads/publication.pdf)

A motivação é um aspecto fundamental para a mudança de comportamento e deve ser trabalhada em todos os momentos do tratamento.

O aconselhamento motivacional baseia-se na Entrevista Motivacional (EM), que é considerada um marco nas abordagens de tratamento dos transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, por possibilitar a intervenção em indivíduos com pouca motivação para a mudança de comportamento.

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

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

Na abordagem motivacional do fumante, o profissional de saúde precisa adotar uma postura não confrontativa, baseada em empatia e flexibilidade. A avaliação dos estágios motivacionais, conforme propostos por Prochaska e DiClementi, também já apresentados na unidade anterior, deve orientar a intervenção específica para cada estágio.



Na **pré contemplação**, o indivíduo não sente a necessidade da mudança. Muitas vezes nem sequer percebe que os problemas estão relacionados ao cigarro. O confronto é a pior alternativa, mas o indivíduo pode ser motivado para o tratamento e encorajado a partir de diálogos abertos e objetivos. Nessa fase, o indivíduo não cogita abandonar o cigarro, por achar que ele não atrapalha sua vida e sente ter a capacidade de parar o consumo quando quiser. As estratégias nessa fase devem ser:

- Criar vínculo com o sujeito, mostrar-se disponível e acolhedor para ouvir;
- Manter porta aberta, acolher a família;
- Conversar sobre o padrão de uso;
- Levantar reflexões sobre o uso.



Na **contemplação**, o indivíduo percebe os prejuízos (atuais ou futuros) causados pelo consumo de cigarro, mas sente-se incapaz de viver sem ele. Esse comportamento, ora favorável, ora contrário à mudança, é conhecido por ambivalência e acompanha o sujeito durante todo o tratamento. Indivíduos nessa fase estão mais predispostos a buscarem ajuda especializada, principalmente se abordados sem confronto.

As intervenções devem ir além de manter vínculo com o sujeito e mostrar-se disponível e acolhedor para ouvir, discutir sobre a ambivalência: prós e contras do uso; enfatizar a livre escolha e responsabilidade; aumentar autoestima e autoconfiança dos sujeitos para a mudança; aumentar o diálogo, evitando confrontos, decisões ou conclusões

Na **preparação**, o indivíduo percebe sua condição e os prejuízos decorrentes de sua dependência, vê-se incapaz de resolver o problema sozinho e procura ajuda. Como a ambivalência é uma característica marcante entre esses indivíduos é muito importante proporcionar escuta e atendimento.



Além das intervenções já discutidas, nessa fase já podemos oferecer um menu de opções e negociar um plano de tratamento.



Na **ação**, o indivíduo inicia o tratamento e efetivamente para de fumar, mas ainda convive com a dúvida e, portanto, necessita de acompanhamento constante, pois pode sentir-se com carga pesada para lidar sozinho.

Nessa fase será necessário ao profissional reconhecer, elogiar e reforçar progressos alcançados, identificar situações de risco e estratégias de enfrentamento, colaborar na busca de novas estratégias de enfrentamento, oferecer suporte para a prevenção de recaída e falar sobre prós e contras da redução e abstinência.

A **manutenção** é a mudança no padrão de consumo, porém, não é definitiva. É preciso manter com o sujeito diálogo sobre fissura, lapsos, recaída e discutir possibilidades de enfrentamento da abstinência e suas implicações físicas e psicológicas, além de trabalhar a ambivalência, elucidar e amenizar os sinais e sintomas da abstinência, trabalhar com expectativas, ganhos, perdas etc. Também é fundamental fazer a prevenção da recaída, estimulando o participante a identificar situações rotineiras que o fazem fumar e traçando estratégias de enfrentamento dessas situações e fortalecer motivação para seguimento.



Nessa etapa, o profissional deve estimular o sujeito à frequência em grupos intra e extra Unidades de Saúde, oferecer suporte para a prevenção de recaída, estimular inserção/reinserção social quando possível, e manter vínculo e suporte, sempre que necessário.



Sua equipe utiliza alguma estratégia não medicamentosa para o tratamento do tabagismo? Discuta com sua equipe, a partir da leitura deste texto, sobre a importância destas estratégias e sobre como vocês podem inseri-las na abordagem aos tabagistas de sua unidade de saúde.

### 3.2 Recaídas

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



Quando acontece uma recaída, o sujeito tem dificuldades de voltar a buscar ajuda, pois tem sentimentos de vergonha e fracasso. É preciso deixar claro, desde o começo do tratamento, que a recaída pode vir a acontecer, embora não seja o desejado. A literatura, inclusive, diz que são necessárias de quatro a sete tentativas para que o fumante consiga efetivamente deixar de fumar. Isso o ajuda a aceitar sem críticas e a tentar de novo.

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

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



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

### 3.3 Abordagem de casos especiais

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

## Unidade 3

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

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

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

Toda **gestante** deve ser fortemente aconselhada a parar de fumar, devido aos riscos do tabagismo para o feto e para ela mesma. Porém, as gestantes podem ter fortes sentimentos de culpa e vergonha ao participarem de um grupo de tabagismo, devendo ser abordadas individualmente ou em grupos específicos de gestantes.

### SAIBA MAIS

Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008 da Sociedade Brasileira de Pneumologia, disponível em:

[http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/2008\\_34\\_10\\_14\\_portugues.pdf](http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/2008_34_10_14_portugues.pdf)

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

## Unidade 3

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

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



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

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

### SAIBA MAIS

Acesse o Inventário de Depressão do Protocolo de Entrevista do INCA neste link:

[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/21\\_01\\_2010\\_10.13.14.5991ccae079788376bc97d286f9dc0f9.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/21_01_2010_10.13.14.5991ccae079788376bc97d286f9dc0f9.pdf)

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

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

O tabagismo é muito frequente também entre **dependentes de álcool e outras drogas**. Muitas vezes esses pacientes consideram mais difícil deixar de fumar que largar as drogas mais “pesadas”. Poucos aceitam tratamento simultâneo e apenas 46% deseja parar de fumar. Porém, estudos recentes sugerem que a abordagem para cessação do tabagismo



## Unidade 3

concomitante ao tratamento de outras dependências reforça a abstinência relativa à outra substância, não trazendo risco de recaída, sendo o ideal (LEMOS; GIGLIOTTI, 2002).



Na entrevista inicial, preste bastante atenção ao uso de álcool pelo fumante. Geralmente fumantes pesados têm bastante probabilidade de também serem etilistas, pois a prevalência de fumantes entre alcoolistas é de 80%. Procure sempre fazer o teste CAGE (Quadro 2), também disponível no protocolo do INCA já disponibilizado acima. O CAGE é um instrumento de fácil aplicação, ele não faz o diagnóstico de dependência, mas detecta os bebedores de risco. O consumo de álcool é considerado de risco a partir de duas respostas positivas (FLORIANÓPOLIS, 2010). Ao constatar o risco de uso pesado ou abusivo de álcool, alerte o fumante de que isso tornará o processo de deixar de fumar mais difícil, uma vez que o álcool funciona como um gatilho para o cigarro.

### Quadro 2. Teste CAGE

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

Fonte: FLORIANÓPOLIS, 2010.

Quando lidar com transtornos psiquiátricos no tratamento do tabagismo, a equipe de saúde da família deve fazer uma avaliação bastante criteriosa junto aos profissionais de saúde mental, através dos suportes existentes na sua rede, como NASF, matriciamento ou Telessaúde, para decidir quando e quais casos encaminhar, se esgotadas as alternativas de sua competência.



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

### 3.4 Abordagem nutricional na cessação do tabagismo

Como já citado nesta unidade, uma das consequências comuns da interrupção do tabagismo e que pode ocasionar o retorno ao hábito de fumar é o ganho ponderal, ou aumento de peso. De fato, alguns pacientes podem apresentar um aumento de peso expressivo (superior a 10 kg). Porém, um aumento de 2 a 4 kg é o que ocorre na maior parte dos casos e acontece principalmente nos primeiros meses após a cessação e tende a estabilizar após um ano. A preocupação com o ganho de peso parece influenciar negativamente mais as mulheres, o que, em muitos casos, pode interferir fortemente na decisão de parar ou de voltar a fumar.

Postula-se que o ganho de peso durante a interrupção do tabagismo pode ser justificado pela substituição do cigarro pelo alimento. É comum observar entre as pessoas que param de fumar uma maior necessidade de consumir doces ou, então, de ter algo na boca, já que comer leva a uma gratificação oral, assim como o cigarro. Além disso, com a interrupção do tabagismo, há gradativamente uma melhora do paladar o, que pode aumentar o apetite.

Estudos que avaliaram características (MUNAFÒ; MURPHY; JOHNSTONE; 2006; SCHERR et al, 2015) que podem aumentar o risco de um ganho de peso expressivo nos indivíduos que cessaram o hábito de fumar, identificaram como fatores de risco: consumo de uma elevada quantidade de cigarros diariamente; menor nível socioeconômico; não ter um hábito alimentar saudável, dentre outros.

Assim, a abordagem nutricional na cessação do tabagismo deve ser pautada nos princípios da alimentação saudável, que, além de auxiliar no controle do peso, atua na diminuição do risco ou no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis já diagnosticadas como hipertensão, diabetes e câncer.

Para tanto, o Guia Alimentar para a População Brasileira, lançado em 2014 deve ser utilizado como material de consulta e orientação neste processo. O guia é um documento oficial que aborda os princípios e as recomendações de uma alimentação adequada e saudável para a população brasileira, configurando-se como instrumento de apoio às ações de educação alimentar e nutricional no SUS e também em outros setores (BRASIL, 2014).

A abordagem deste guia é inovadora e tem sido elogiada por estudiosos do mundo inteiro, pois ao invés de trabalhar com grupos alimentares e quantidades de porções recomendadas como os guias anteriores, indica que a alimentação tenha como base alimentos frescos e minimamente processados, além de evitar os **ultraprocessados**, o que veremos a seguir com mais detalhes.

Além de orientar sobre qual tipo de alimento comer, a publicação traz informações de como comer e preparar a refeição e sugestões para enfrentar os obstáculos do cotidiano para manter um padrão alimentar saudável, como falta de tempo e inabilidade culinária.

## Unidade 3

As recomendações deste guia são:

### **1ª recomendação:**

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

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

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

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

### **2ª recomendação:**

Utilize óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.

O consumo excessivo destes ingredientes favorece o ganho de peso e aumenta o risco de doenças crônicas não transmissíveis, por isso seu consumo deve ser em pequenas quantidades.

Como já foi mencionado, é comum que pessoas que estão no processo de cessar o hábito de fumar aumentem o consumo de alimentos, como forma de substituir o prazer que o cigarro proporcionava. Alimentos ricos em açúcar, gordura e sal costumam ser muito apreciados por tornarem as refeições mais saborosas e, com isso, favorecerem um consumo excessivo, muito além da quantidade necessária para a manutenção do peso.

## Unidade 3

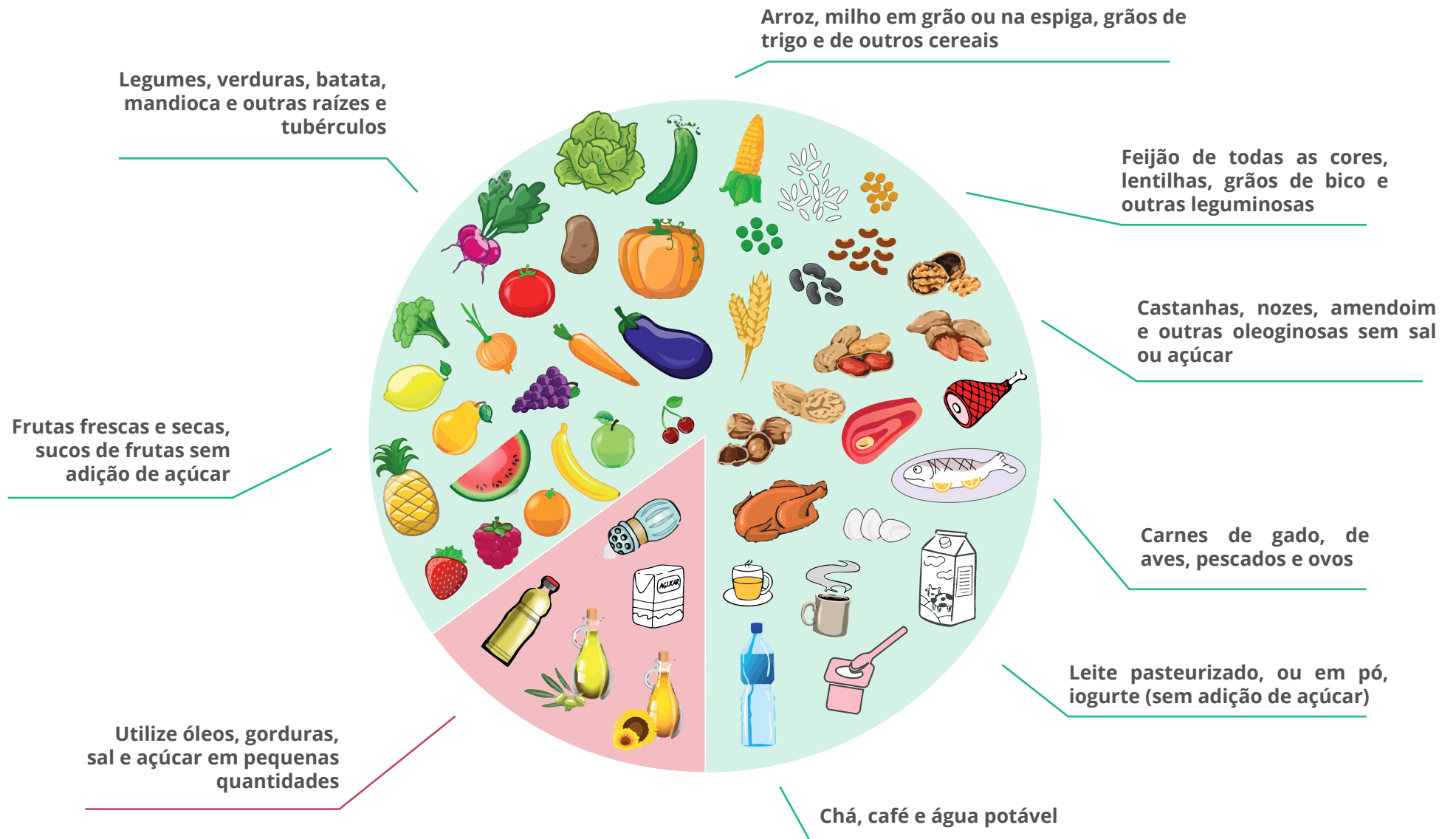
Assim, é essencial que estes indivíduos tenham algumas informações nutricionais sobre esses itens:

- Cada grama de óleo ou gordura possui 9 kcal, mais que o dobro das calorias que um grama de carboidratos ou proteínas (4 kcal). Assim, uma colher de sopa rasa de óleo ou gordura equivale às calorias de um pão francês (150 kcal);
- O consumo excessivo de balas é comum nesta população e pode também favorecer o consumo excessivo de calorias, já que cada unidade pode conter até 50 kcal. Não ter estes alimentos disponíveis em grande quantidade, trocar pela versão dietética (sem açúcar) ou, ainda melhor, substituir por frutas que demoram um pouco mais a serem consumidas como maçãs e uvas, podem diminuir a ansiedade e fissura por doces;
- Vale alertar que bebidas alcoólicas são altamente calóricas, além de aumentar o risco de adquirir outro vício altamente prejudicial à saúde física, mental e social.

A figura 7 resume as recomendações nutricionais do Guia Alimentar para a população Brasileira:

## Unidade 3

**Figura 7.** Recomendações alimentares do Guia Alimentar para a População Brasileira.



Fonte: Elaboração própria.

### 3ª recomendação:

Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados

- O que são Alimentos Ultraprocessados?

**Alimentos Ultraprocessados** são formulações industriais feitas de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas), derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários tipos de aditivos usados para dotar os produtos de propriedades sensoriais atraentes). Alguns exemplos: Cereais açucarados, barras de cereal, sopas, macarrão e temperos "instantâneos", molhos, iogurtes e bebidas lácteas adoçadas e aromatizadas, bebidas energéticas, produtos congelados e prontos para aquecimento como pratos de massas, pães de forma, pães para hambúrguer ou hot dog, pães doces (Figura 8).

**Figura 8.** Alimentos que devem ser evitados segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira.



**Fonte:** Elaboração própria.

### Por que evitar o consumo de alimentos ultraprocessados?

Os ingredientes principais dos alimentos ultraprocessados fazem com que, frequentemente, eles sejam ricos em gorduras ou açúcares. É também comum que apresentem alto teor de sódio, por conta da adição de grandes quantidades de sal, necessárias para aumentar a duração dos produtos e intensificar o sabor, ou mesmo para encobrir sabores indesejáveis oriundos de aditivos ou de substâncias geradas pelas técnicas envolvidas no ultraprocessamento. Suas características os ligam ao consumo excessivo de calorias e, portanto, também favorecem o ganho de peso indesejável.

Alimentos ultraprocessados “enganam” os dispositivos de que nosso organismo dispõe para regular o balanço de calorias. Em essência, esses dispositivos (situados no sistema digestivo e no cérebro) são responsáveis por fazer com que as calorias ingeridas por meio dos alimentos igualem as calorias gastas com o funcionamento do organismo e com a atividade física.

Dito de modo bastante simplificado, esses dispositivos tendem a subestimar as calorias que provêm de alimentos ultraprocessados e, nesta medida, a sinalização de saciedade após a ingestão desses produtos não ocorre ou ocorre tardiamente.

Como consequência, quando consumimos alimentos ultraprocessados nós tendemos, sem perceber, a ingerir mais calorias do que necessitamos; e calorias ingeridas e não gastas inevitavelmente acabam estocadas em nosso corpo na forma de gordura. O resultado é a obesidade.

A elevada quantidade de calorias por grama, comum à maioria dos alimentos ultraprocessados, é um dos principais mecanismos que desregulam o balanço de energia e aumentam o risco de obesidade.

Como foi visto, em alguns casos o aconselhamento nutricional pode ser essencial para se incentivar e/ou manter o indivíduo livre do tabagismo. Lembramos que estas orientações gerais podem ser as únicas necessárias em alguns casos, mas não em outros que necessitarão de um acompanhamento individualizado, já que mudança de comportamento alimentar costuma ser um processo longo e complexo.

### SAIBA MAIS

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

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

Acesse o Guia Alimentar para a População Brasileira neste link:

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira.pdf)



- Como é realizada a abordagem nutricional ao tabagista em sua unidade de saúde? Os casos são discutidos com o profissional de referência do NASF?



# CONCLUSÃO

---

Nessa unidade você pode conhecer algumas formas de tratamento não medicamentosas do tabagista, com ênfase na abordagem cognitivo-comportamental, no manejo de casos especiais e nas mudanças de hábitos alimentares.

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

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



# Referências Bibliográficas

FIORE, M. C. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 2, n. 35, p. 158-176, ago. 2008. Disponível em: <<http://api.elsevier.com/content/article/PII:S0749379708003322?httpAccept=text/xml>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar: Tabagismo**. 2011. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Abordagem e Tratamento do Fumante: Consenso 2001**. Rio de Janeiro: Inca, 2001. 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 152 p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2015.

CALHEIROS, P. R. V.; OLIVEIRA, M. S.; ANDRETTA, I. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. **Aletheia**, Canoas, n. 23, jun. 2006.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Tubarão: Copiart, 2010. 72 p. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05\\_08\\_2011\\_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2015.

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

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

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

# Unidade 4

## **Apoio medicamentoso**

Autor: Gilberto Ramos Sandin

# Apoio medicamentoso

## Apresentação

Depois de estudarmos os principais tratamentos não medicamentosos, nesta unidade abordaremos os princípios do tratamento medicamentoso utilizado na prática médica, para auxiliar os profissionais da saúde na decisão de quando utilizar e qual esquema seria indicado para cada caso particular.

Ao finalizar esta unidade você terá a informação sobre os principais fármacos utilizados no tratamento medicamentoso de pessoas fumantes / dependentes da nicotina: indicação ao uso, principais contraindicações e efeitos colaterais mais comuns.

### 4.1 Introdução

Inicialmente, reforçamos que as bases do tratamento contra a dependência da nicotina são as medidas associadas à abordagem cognitivo-comportamental. Desta forma, **os medicamentos não devem ser indicados** a pacientes que não estejam recebendo previamente o suporte descrito acima, ou seja, a terapia medicamentosa não deve ser utilizada isoladamente no tratamento, por se tratar de recurso adicional à abordagem comportamental.

Os medicamentos disponíveis para a terapia podem ser didaticamente subdivididos em:

- a)** Terapia de Reposição de Nicotina (TRN);
- b)** Medicamentos não nicotínicos: principalmente a bupropiona e a vareniclina, mas também a nortriptilina e a clonidina.

São consideradas drogas de 1ª linha para o tratamento: a TRN, a bupropiona e a vareniclina, devendo, por esta razão, ser utilizadas prioritariamente na terapia. São assim consideradas (de primeira linha) por apresentarem as melhores respostas terapêuticas nos estudos publicados até o momento. As medicações de 2ª linha: nortriptilina e clonidina poderão ser usadas em caso de insucesso com as medicações de 1ª linha.

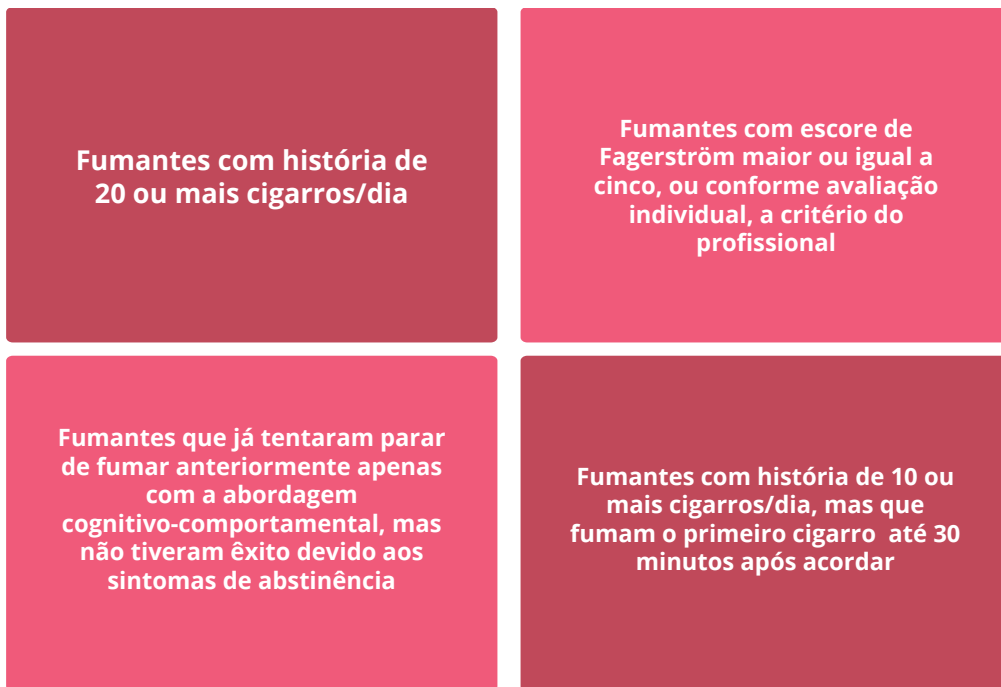


Em casos onde os sintomas relacionados com a abstinência são muito acentuados e o uso isolado de um medicamento de 1ª linha não produziu a resposta adequada, pode ser utilizada a associação entre uma TRN com a bupropiona ou uma TRN com a vareniclina.

Tais associações, segundo a literatura, aumentam as taxas de sucesso no tratamento. Nos casos de associação TRN + bupropiona, a pressão arterial dos pacientes deve ser monitorizada cuidadosamente durante o tratamento, pelo risco de hipertensão arterial. (FIORE et al., 2008).

## Unidade 4

As indicações atuais para o uso de medicação na terapia, embora controversa, são definidas pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). Por estas diretrizes, estaria indicada a prescrição de medicamentos para os indivíduos que se enquadrem em pelo menos uma das categorias abaixo, condicionado à não existência de nenhuma contraindicação clínica:



No Sistema Único de Saúde (SUS) são fornecidas: a TRN (através do adesivo transdérmico, goma de mascar e pastilha) e a bupropiona. A seguir falaremos especificamente de cada opção terapêutica.

### 4.2 Terapia de Reposição de Nicotina (TRN)

Tem como objetivo diminuir os sintomas advindos da síndrome de abstinência, aumentando a aderência do fumante ao tratamento. Seu mecanismo de ação é simples: fornecer ao sistema nervoso central a nicotina em doses controladas e progressivamente menores, amenizando o mal-estar associado à retirada da droga e permitindo que o paciente permaneça sem fumar. Vale ressaltar que o acompanhamento do fumante e do seu comportamento é fundamental. Considerando que as TRNs estão baseadas na liberação de doses de nicotina, continuar fumando durante o tratamento pode agravar o estado de saúde da pessoa por aumento da dosagem de nicotina.

Dentre os tabagistas, o subgrupo que obtém o maior benefício com a TRN é o de fumantes acima de 15 cigarros/dia, principalmente aqueles que falharam em tentativas anteriores de parar de fumar, devido à intensidade dos sintomas de abstinência.

### Adesivo Transcutâneo

Em nosso meio encontramos adesivos de 7, 14 e 21 mg de nicotina, que devem ser aplicados sobre a pele seca e limpa, uma vez por dia. Permanecem liberando a droga na corrente sanguínea por 24 horas.

As orientações gerais do uso dos adesivos são baseadas na pontuação no Teste de Fagerström apresentado da Unidade de Aprendizagem 2 e na quantidade diária de cigarros consumidos.

Se a pessoa pontuar entre 8 e 10 no Teste de Fagerström ou consumir 20 ou mais cigarros por dia, sugere-se iniciar o tratamento de 12 semanas com as seguintes dosagens:

- Semanas 1 a 4 = uso de adesivos de 21 mg;
- Semanas 5 a 8 = uso de adesivos de 14 mg;
- Semanas 9 a 12 = uso de adesivos de 7 mg.

No caso dos que pontuarem entre 5 e 7 no Teste de Fagerström, ou que consumirem 10 ou mais cigarros por dia, sugere-se o tratamento de 8 semanas com as seguintes dosagens:

- Semanas 1 a 4 = uso de adesivos de 14 mg;
- Semanas 5 a 8 = uso de adesivos de 7 mg.

O tempo total de tratamento deve ficar entre dois meses e meio e três meses e meio.

É importante salientar que a dosagem inicial deste tratamento pode variar de indivíduo para indivíduo, baseada na necessidade “neurológica” do sistema nervoso central à nicotina. Desta forma, pacientes com DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) podem necessitar de até 42 mg (dois adesivos de 21 mg) como dose inicial. O uso de doses maiores que as necessárias aumentam a intensidade dos efeitos colaterais, enquanto o uso de doses insuficientes acarretará em menor eficácia da reposição e maior chance de recaída.

Suas principais contraindicações são: a presença de doença dermatológica que interfira na aplicação do adesivo (ex.: dermatites, psoríase); ocorrência de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no período de 15 dias antes do início do tratamento; durante gestação e amamentação. Seu principal efeito colateral é o aparecimento de eritema na pele onde foi aplicado o adesivo, pode ocorrer ainda: náusea; vômito; diarreia; insônia. Deve ser utilizado com muito cuidado em pacientes com antecedentes de arritmias cardíacas e angina pectoris, por risco de agravamento da doença cardíaca.

### Goma de Mascar e Pastilhas

Apresentada na forma de tabletes mastigáveis, com 2 ou 4 mg de nicotina. Em comparação com o adesivo, apresenta concentração plasmática menor e pico de ação mais tardia. Sua absorção pode ser alterada com a alimentação, como, por exemplo, o café que diminui a absorção.

## Unidade 4

A goma deve ser mastigada vigorosamente até produzir formigamento. A partir daí deve-se colocar a goma entre a bochecha e a gengiva, até que a sensação de formigamento desapareça, quando o processo de mastigação deve ser reiniciado.

Não se deve ingerir alimentos ou líquidos durante o uso e até 15 a 30 minutos após. Podem ser consumidos até 20 tabletes/dia. Este tratamento não deve ultrapassar três meses. Como exemplo de posologia para um paciente fumante de 20 cigarros/dia podemos indicar no 1º mês 4 mg (ou dois tabletes de 2 mg) a cada 1-2 horas, seguido de 2 mg a cada 2-4 horas no 2º mês e finalmente 2 mg a cada 4-8 horas no 3º mês.

Os efeitos colaterais mais descritos são: lesões na mucosa oral, **sialorreia**, alteração no paladar, amolecimentos dos dentes, vômitos, soluços ou dor na musculatura da mandíbula relacionada com o processo mastigatório intenso e repetitivo.

**Sialorreia:** Produção excessiva de saliva.

São contraindicações absolutas: gravidez e lactação, continuar fumando durante o tratamento, presença de úlcera péptica e IAM recente, ocorrência de arritmias graves, o paciente ser portador de angina instável ou antecedente de acidente vascular cerebral (AVC). Ainda podemos comentar como contraindicações relativas: presença de doenças da articulação temporomandibular, presença de próteses ou distúrbios dentários que prejudiquem a mastigação.

É importante ressaltar que existem relatos de que até 10% dos que utilizam a goma de mascar podem apresentar dificuldade em deixar o tratamento ao final do período estipulado. Não se sabe se esta dependência é nova ou se é apenas a manutenção da dependência à nicotina, iniciada pelo fumo. Nestes casos sugere-se uma redução programada da dose.

### 4.3 Terapia não nicotínica

#### **Bupropiona**

A bupropiona é um medicamento da classe dos antidepressivos, inibidor de recaptção da norepinefrina, da serotonina e da dopamina, que apresenta ação lenta. Seu mecanismo de ação na diminuição da vontade de fumar não é totalmente conhecido, mas ao longo do tempo, constatou-se que os indivíduos que faziam uso deste medicamento apresentavam diminuição da vontade de fumar.

A bupropiona é apresentada em caixas de 30 e 60 comprimidos de 150 mg. Sua posologia sugerida é: do 1º ao 3º dia: um comprimido/dia, preferencialmente pela manhã; a partir do 4º dia: dois comprimidos/dia, com intervalo de oito horas entre eles e preferencialmente longe da hora de dormir, pois a bupropiona pode causar insônia. A partir do 8º dia o paciente deverá

## Unidade 4

parar definitivamente o tabagismo, assegurando desta forma a ação do medicamento no momento em que os sintomas de abstinência aparecerão.

Suas contra indicações incluem: ser fumante com menos de 18 anos de idade, ter história de convulsão, doenças cerebrovasculares, tumor de sistema nervoso central, convulsão febril na infância, ser alcoólatra em fase de retirada do álcool, apresentar histórico de anorexia nervosa ou bulimia, ou, ainda, ter utilizado inibidores da monoaminoxidase (IMAO) há menos de 15 dias. Como descrito acima, a bupropiona pode aumentar o risco de crises convulsivas nestes pacientes. Completam o quadro de contraindicações a gravidez e amamentação, além do uso de substâncias sedativas, como os benzodiazepínicos.

Um cuidado especial deve ser mantido em relação à monitoração da pressão arterial destes pacientes, pelo risco aumentado de hipertensão arterial.

Os efeitos colaterais mais comuns descritos são: cefaleia, insônia, boca seca, constipação intestinal, alteração dos reflexos, tonturas, hipertensão arterial, aumento da ansiedade, ocorrência de fase maníaca em pacientes portadores de transtorno bipolar.

Na prática clínica, a bupropiona tem sido utilizada de forma combinada com as TRNs, aparentemente aumentando de forma leve sua eficácia em 12 meses. Entretanto, pelo conhecimento científico atual, alguns trabalhos encontraram resultados positivos enquanto outros não encontraram significância estatística quando comparadas às associações com monoterapia. Desta forma, não existem evidências suficientes para recomendação inequívoca do uso desta terapia de forma combinada (REICHERT et al., 2008).

### SAIBA MAIS

Saiba mais sobre este assunto lendo as Diretrizes para cessação do tabagismo, da Sociedade Brasileira de Pneumologia, clicando sobre o link:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132004000800002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000800002)

## Vareniclina

Por ser um agonista parcial dos receptores nicotínicos colinérgicos do subtipo  $\alpha 4\beta 2$ , localizados no sistema nervoso central, a vareniclina auxilia os fumantes no momento da abstinência de duas formas:

- i. Ao ativar os receptores nicotínicos, liberará apenas 30-60% da dopamina que normalmente é liberada com a estimulação produzida pela nicotina. Desta forma, a droga é capaz de contrabalançar a queda na dopamina no sistema límbico relacionada com a abstinência à nicotina;
- ii. Além do efeito descrito acima, a vareniclina, ao se ligar aos receptores  $\alpha 4\beta 2$ , compete com



## Unidade 4

a nicotina, bloqueando sua ação sobre estes receptores e impedindo que ocorra elevação da dopamina associada à presença da nicotina. Consequentemente, o cigarro deixaria de desencadear o prazer habitual ao ser consumido.

Sua apresentação é feita em comprimidos de 0,5 mg. A posologia usual é: do 1º ao 3º dia: um comprimido (0,5mg)/dia; do 4º-7º dia: um comprimido (0,5 mg), duas vezes ao dia; a partir do 8º dia: dois comprimidos (1,0 mg), duas vezes ao dia até o término do tratamento. A duração habitual do tratamento é de três meses, podendo ser ampliada em casos selecionados.

Os principais efeitos colaterais descritos são: náuseas, cefaleia, insônia e presença de sonhos anormais (vividus).

Pacientes com passado de alteração psiquiátrica/depressão devem ser cuidadosamente avaliados antes da prescrição destes medicamentos. Foi descrita a possibilidade do aparecimento de ideação suicida deste perfil de pacientes quando em uso de bupropiona e vareniclina (AUBIN et al., 2008).

Chamamos a atenção para dois subgrupos especiais de tratamento: os adolescentes e as grávidas.

Em relação aos adolescentes, o aconselhamento parece ser ainda a melhor opção. As medidas preventivas relacionadas com maior informação a este grupo de pessoas, que evitariam a iniciação ao tabagismo precocemente, não estão conseguindo alcançar resultados satisfatórios. Tampouco o uso de medicamentos (TRNs) obteve taxas de cessação adequadas. Os esforços motivacionais individuais para alcançar a abstenção do cigarro e o treinamento de técnicas para solução de problemas (visando reconhecer as situações de risco para fumar de cada adolescente e desenvolver maneiras de superá-las) parecem ter um impacto mais positivo sobre esta população.

Quanto às gestantes, o tratamento do tabagismo atinge não apenas a vida da mãe, mas também a do feto. O uso de bupropiona, vareniclina, nortriptilina e clonidina é totalmente contraindicado nesta população. No caso das TRNs, excepcionalmente pode ser uma opção em casos extremos, com rigoroso acompanhamento e dando preferência ao Adesivo Transcutâneo, pela sua menor concentração de nicotina quando comparada à goma de mascar. Tal utilização precisa sempre ser bem avaliada em relação aos riscos e benefícios. Portanto, as gestantes devem receber atenção especial na abordagem cognitivo-comportamental.

### SAIBA MAIS

O uso da terapia medicamentosa para tratamento de pacientes tabagistas, antes universalmente indicada, passa agora por nova fase de reavaliação de sua eficácia. Para refletir sugerimos leitura do seguinte artigo:

BAKER, T. B. et al. Effects of Nicotine Patch vs Varenicline vs Combination Nicotine Replacement Therapy on Smoking Cessation at 26 Weeks. *Jama*, v. 315, n. 4, p. 371-379, 26 jan. 2016. Você pode acessá-lo clicando sobre o link:

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2484340>

# CONCLUSÃO

---

Existe tratamento para a dependência da nicotina. Primeiramente a abordagem cognitivo-comportamental deve ser realizada de forma sistemática com todos os pacientes, analisando suas especificidades, como estudamos na Unidade de Aprendizagem 4.

Em alguns casos selecionados existe a indicação de associarmos uma terapia medicamentosa, desde que esta traga maior chance do tabagista permanecer sem fumar, ou pelo menos alívio (mesmo que parcial) aos sintomas desagradáveis da abstinência.

O uso de medicamentos traz consigo indicações, contraindicações e a possibilidade de efeitos colaterais. Conhecê-los é antecipar ocorrências desagradáveis que podem abalar a confiança do paciente em relação à sua capacidade de largar o tabaco. Os medicamentos atuais não possuem efeitos milagrosos, mas podem ser suficientes para os indivíduos enfrentarem estes momentos.



# Referências Bibliográficas

AUBIN, H. J. et al. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised open-label trial. **Thorax**, v. 63, n. 8, p. 717-724, 1 ago. 2008.

BAKER, T. B. et al. Effects of Nicotine Patch vs Varenicline vs Combination Nicotine Replacement Therapy on Smoking Cessation at 26 Weeks. **Jama**, v. 315, n. 4, p. 371-379, 26 jan. 2016.

FIORE, M. C. et al. **Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update**. Rockville (md): Department Of Health And Human Services, 2008. 257 p.

MIRRA, A. P. et al. **Diretrizes Clínicas na Saúde Complementar: Tabagismo**. 2011. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2016.

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

# Unidade 5

## Operacionalização do Programa Nacional de Controle do Tabagismo

Autora: Adriana Elias

# Operacionalização do Programa Nacional de Controle do Tabagismo

## Apresentação

Nesta unidade vamos conversar sobre como o seu município pode aderir ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e disponibilizar Tratamento para Cessação do Tabagismo na rede municipal de saúde.

O objetivo é conhecermos o fluxo de informação para monitorar quadrimestralmente a evolução quantitativa e qualitativa do PNCT, tendo como instrumentos os formulários de coletas de informações e planilhas gerenciais de controle.

As coordenações municipais do PNCT terão acesso a informações úteis e relevantes em forma de tabelas e gráficos com resultados obtidos quanto à evolução do programa nos períodos (quadrimestrais e anuais), viabilizando a produção de informes e boletins epidemiológicos.

## 5.1 Adesão dos municípios ao PNCT

A atenção à pessoa tabagista deve acontecer preferencialmente na Atenção Básica, devido ao alto grau de descentralização e capilaridade desse nível de atenção. Porém, outras unidades de saúde como CAPS, Policlínicas, Ambulatórios, dentre outros, podem aderir ao PNCT.

As unidades de saúde escolhidas pelo gestor municipal para atendimento ao tabagista devem incluir o código 119 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e, para iniciar as atividades, os profissionais das equipes de saúde precisam ser capacitados.

## 5.2 Cronograma para envio de informações:

O preenchimento das planilhas com as informações quadrimestrais das ações de atenção à pessoa tabagista deve respeitar o seguinte fluxo:

**Figura 9.** Fluxo Oficial de envio dos Relatórios Quadrimestrais do PNCT.



Fonte: Brasil (2018)

Veja abaixo o cronograma para cada quadrimestre:

QUADRIMESTRES	PRAZO DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO ONLINE
1º Quadrimestre: 01 de Janeiro à 30 de Abril	De 01 a 31 de Maio
2º Quadrimestre: 01 de Maio à 31 de Agosto	De 01 a 30 de Setembro
3º Quadrimestre: 01 de Setembro à 31 de Dezembro	De 01 a 31 de Janeiro

### 5.3 Formulários de coletas de informações

#### 5.3.1 Planilha de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo – UNIDADE DE SAÚDE (PI Unidade)

Esta planilha tem o objetivo de controlar e consolidar os atendimentos realizados nas Unidades de Saúde que realizaram tratamento para cessação do tabagismo na rede do SUS.

As unidades podem usar o modelo manual ou eletrônico, destacados abaixo:

**- Modelo Manual (Impresso):** Padrão monocromático (preto/branco) para facilitar a impressão para atender unidades de saúde que não possuem computador.

**- Modelo Eletrônico:** permite maior controle e histórico dos períodos (quadrimestres), além do consolidado (somatório) automático e um resumo gerencial (relatório de todos os períodos, indicadores do tratamento e com 8 gráficos gerados automaticamente e alimentados mediante o preenchimento dos quadrimestres com análises pré-definidas (figura 10).

Cabe à Coordenação Municipal do Programa definir o modelo adotado para a coleta de informações de acordo com a realidade do seu município, com as possibilidades de utilização das versões manual (impressa), eletrônica (arquivo em excel) ou ambas conforme o perfil da Unidade de Saúde.

A PI Unidade (figura 10) deve ser preenchida pelos profissionais das Unidades de Saúde que realizam atendimento aos tabagistas. As informações são indispensáveis para o preenchimento da PI Municipal (figuras 11 e 12), e conseqüentemente o FormSUS (figura 13).

## Unidade 5

**Figura 10.** Planilha de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo – UNIDADE DE SAÚDE - (PI Unidade)

Programa Nacional de Controle do Tabagismo - PNCT - INCA/MS							Nome completo do Município:											
Planilha de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo (Unidade)							Responsável(s):			Tipo da Unidade								
US atenderá no próximo quadrimestre?		Não					Nº estimado de novos pacientes para o próximo quadrimestre (Setembro a Dezembro)?											
Nome do Estabelecimento de Saúde:		Nº de pacientes que buscaram* Tratamento (por faixa etária e sexo)					Nº de pacientes atendidos na 1ª consulta de avaliação clínica	Nº de pacientes que participaram da 1ª sessão	Nº de pacientes que participaram da 4ª sessão	Nº de pacientes sem fumar na 4ª sessão	Nº de pacientes que participaram de sessões de manutenção	Nº de pacientes que usaram algum medicamento para tratamento do tabagismo.	Total de medicação utilizada pelos pacientes em tratamento:					
CNES	Qual o Período / Ano de atendimento? 1 (Jan a Abr)   2 (Mai a Ago)   3 (Set a Dez)												Total	Por Sexo		Por Idade		
			M	F	< 18	< 60	>= 60											
1 (Janeiro a Abril) - 2019		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nome Completo do Paciente (NÃO UTILIZAR ABREVIATURAS)	Sexo (M ou F)	Idade	Escore no teste de Fagerström	Data da primeira sessão estruturada	Situação do paciente nas sessões estruturadas: 0 = Não compareceu; 1 = Compareceu fumando; 2 = Compareceu sem fumar (abstinente); 3 = Em manutenção (Paciente que já frequentou as sessões estruturadas no período anterior).				O paciente participou de quantas sessões de manutenção?	Paciente usou algum medicamento? 0 - Não 1 - Sim	Medicamentos utilizados pelo paciente para tratamento do tabagismo, conforme Portaria SAS/MS nº571/2013 e GM/MS nº 761/16 <u>Atenção: Informar quantitativo em unidades</u> 1 cx de Adesivos (21/14/7mg) = 7 unidades 1 cx de Bupropiona/Goma = 60/30 unidades							
					Sessão Estruturada						Adesivo 21 mg	Adesivo 14 mg	Adesivo 7 mg	Goma Nicotina	Bupropiona			
					1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão										



### 5.3.2 Planilha de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo Municipal (PI Municipal)

Esta planilha tem o objetivo de controlar e consolidar os atendimentos realizados nas Unidades de Saúde que realizaram tratamento para cessação do tabagismo no município. Quem preenche a PI Municipal é o coordenador municipal do programa, a partir das informações enviadas pelas unidades de saúde.

Cada linha da planilha deve conter as informações consolidadas de uma Unidade de Saúde, então, cinco Unidades = cinco linhas preenchidas.

A PI municipal está apresentada nas figuras 11 e 12. A figura 11 mostra a estrutura geral da planilha e a figura 12 desmembra os **bloco 1, 2 e 3** para facilitar a visualização dos dados da planilha.

Ao incluir as informações de atendimentos realizados das Unidades de Saúde nas linhas da “Planilha Municipal” é realizado um somatório automático (consolidado) na linha superior de cor rosa.

Como veremos na sequência, são as informações do consolidado que deverão ser preenchidas no formulário online – FormSUS.

Figura 11. Planilha de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo MUNICIPAL (PI Municipal) – Estrutura.

**INSTITUTO NACIONAL DO CANCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA- INCA/MS**  
**COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA - CONPREV**  
**DIVISÃO DE CONTROLE DO TABAGISMO E OUTROS FATORES DE RISCO**

INFORMAÇÕES DAS UNIDADES						INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTOS										ESTRUTURA DE ATENDIMENTOS Nº 0		INDICADORES DE ACESSO								
Ano	Período de coleta de dados	Município	Dias de atendimento	Nome do Estabelecimento (RUA ou nome conhecido no CSEI)	Endereço completo (Rua nº, nº, bairro, CEP ou Fone/fax) ou CAPS AB	Unidade rodoviária ou parada de ônibus?	Nº de pacientes que buscaram tratamento por tipo e fase do diagnóstico (pacientes que não usaram nenhum tipo de produto, podendo ser: Assistência Clínica, Serviço Comunitário ou Grupo de Motivação)						Nº de pacientes atendidos no 1º atendimento		Nº de pacientes que participaram de 2º atendimento		Nº de pacientes que participaram de 3º atendimento		Nº de pacientes que utilizaram algum medicamento para tratamento de tabagismo		USP atendida no período considerado? (Sim ou Não)	Inclusão de atendimentos para pacientes que não compareceram (Sim ou Não)	Adesão ao tratamento (%)	Fatores Absorção (Sim ou Não) (%)	Relações com outros serviços de saúde (%)	
						Total	M	F	<20	>20	1-60															
2008	03 - (1a,2a,3a)	Itapuaçu	0	L	0 0 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2008	03 - (1a,2a,3a)	Itapuaçu		Nome Completo do Estabelecimento		Não																				
2009	03 - (1a,2a,3a)					Não																				
2009	03 - (1a,2a,3a)					Não																				

Bloco 1
Bloco 2
Bloco 3

Figura 12. Blocos 1, 2 e 3 da PI Municipal.

### Bloco 1

INFORMAÇÕES DAS UNIDADES								
Ano	Período de atendimento	Município	CNES do estabelecimento	Nome do Estabelecimento (utilizar o nome cadastrado no CNES)	Tipo da Unidade que oferece tratamento (Marcar um "X" em Atenção Básica, CAPS ou Especializada)			
					AB	CAPS	AE	
2018	Q3 - (Set/Dez)	Nome do Município	0	1	0	0	0	
2018	Q3 - (Set/Dez)	Nome do Município	Nome Completo da Unidade de Saúde					
2018	Q3 - (Set/Dez)							
2018	Q3 - (Set/Dez)							

### Bloco 2

INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTOS												
Unidade realizou atendimento no período atual? (Set-Dez/2017) (Sim ou Não)	Nº de pacientes que buscaram tratamento por Sexo e Faixa Etária (Pacientes que realizaram alguma ação no programa, podendo ser: Avaliação Clínica, Sessão Estruturada e/ou Grupo de Manutenção)						Nº de pacientes atendidos na 1ª avaliação clínica	Nº de pacientes que participaram da 1ª sessão	Nº de pacientes que participaram da 4ª sessão	Nº de pacientes sem fumar na 4ª sessão	Nº de pacientes que participaram de sessões de manutenção	Nº de pacientes que usaram algum medicamento para tratamento do tabagismo
	Total	M	F	< 18	< 60	>= 60						
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não												
Não												

### Bloco 3

ESTIMATIVA DE ATENDIMENTOS P/ O PROXIMO QUADRIMESTRE		INDICADORES DE ATENDIMENTO		
US atenderá no próximo quadrimestre? (Mai-Ago/2018) (Sim ou Não)	Estimativa de atendimentos para o próximo quadrimestre (Mai-Ago/2018)	Adesão ao Tratamento (%)	Pacientes Abstinentes (Sem Fumar) (%)	Pacientes que utilizaram medicação (%)
0	0	-	-	-
Não	0	-	-	-
Não	0	-	-	-

### 5.3.3 Formulário de coleta de informações municipais - (FormSUS)

Com base nas informações coletadas na Planilha Municipal (PI Municipal), o coordenador municipal do PNCT deverá preencher também FormSUS, que é um formulário online, acessado através de link disponibilizado quadrimestralmente pelo INCA/MS, conforme datas estabelecidas no cronograma do programa (item 5.2).

O que deve ser informado no FormSUS é o consolidado quadrimestral do município, ou seja, apenas o somatório dos atendimentos de todas as unidades de saúde e as estimativas de atendimentos para o próximo quadrimestre.

A figura 13 mostra a visualização geral do formulário FormSUS.

**Figura 13.** Formulário de coleta de informações municipais - (FormSUS).

The image shows a screenshot of the FormSUS online form. The form is titled 'INCA - MINISTÉRIO DA SAÚDE' and 'ORÇAMENTO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO'. It includes sections for 'Dados Gerais do Município', 'Dados do Município', 'Dados do Município', 'Dados do Município', and 'Dados do Município'. The form is in Portuguese and contains various fields for data entry, including dates, names, and numerical values. It also features a 'Gravar' button at the bottom.

### Orientação para preenchimento do formulário FormSUS

Na primeira parte do formulário deverão ser preenchidas as informações de identificação do município. No **item 5**, o coordenador do programa municipal terá duas opções de seleção: uma para os casos de municípios que não realizaram atendimentos no quadrimestre encerrado e outra para aqueles que estão com o programa em andamento (figura 14).

Caso o programa esteja em funcionamento o formulário habilitará as perguntas de **6 a 21**, referentes aos atendimentos realizados no quadrimestre encerrado.

As perguntas da parte I do questionário (**perguntas de 6 a 11**), tratam dos pacientes que procuraram as unidades de saúde para realização do tratamento. Estas informações são oriundas da Planilha Municipal do Tratamento – PI municipal, nas colunas J-O (de cor verde) (figura 12).

A parte II do questionário (**perguntas de 12 a 21**), solicita informações sobre os atendimentos realizados no quadrimestre encerrado. Estas informações também deverão ser coletadas na Planilha Municipal do Tratamento – PI municipal, nas colunas F-U (de cor verde) (figura 12).

As **perguntas 22 e 23** devem ser respondidas com as informações contidas na Planilha Municipal do Tratamento – PI municipal, nas colunas laranjas (figura 12).

As partes I e II do FormSUS estão demonstradas na figura 15.

No caso dos municípios onde o PNCT está sendo reiniciado, o coordenador do programa não precisará responder as questões das partes 1 e 2, já sendo direcionado diretamente para a parte 3 do formulário, na **pergunta 24**, onde deverá informar as estimativas de atendimento para o próximo quadrimestre.

Figura 14. Preenchimento da parte inicial do formulário FormSUS.

**\* Preenchimento Obrigatório**  
**Atenção:** nos campos marcados com 'Visível ao público' não devem ser colocados dados de sua intimidade e privacidade.  
[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

1) **Coordenador Municipal, escolha o Período do Tratamento (Quadrimestre) abaixo: \***

1º Quadrimestre: 01 de Janeiro à 30 de Abril (Prazo de Envio até 31/05)

2) **Estado: \***

Santa Catarina ▼

3) **Região de Saúde Estadual: \***

▼

4) **Município: \***

▼

5) **Qual a situação do município em relação ao quadrimestre selecionado? \***

Programa em funcionamento: Houve atendimento na(s) Unidade(s) de Saúde.

Programa (re)iniciando: Não houve atendimento no quadrimestre selecionado, mas já possui equipe(s) capacitada(s) na(s) unidade(s) e atenderá no próximo.

Informar o seu estado, região estadual de saúde e município

Selecionar uma das opções, informando se o município está com o programa em andamento ou se reiniciará no próximo quadrimestre.

Figura 15. Partes 1 e 2 do formulário FormSUS.

**SMS - Parte I - Informações dos Pacientes que buscaram Tratamento (no quadrimestre selecionado)**

Quantitativo de pacientes que realizaram alguma ação no programa no quadrimestre (podendo ser Avaliação Clínica, Sessão Estruturada e/ou Grupo de Manutenção). Estas informações consolidadas das Unidades de Saúde estão disponíveis nas colunas J-O (de cor verde) na "Planilha Municipal do Tratamento". Conforme o preenchimento dos dados de atendimentos das unidades, é realizado um somatório automático (na linha 10 - superior de cor rosa). Mais detalhes sobre a gestão do programa se encontram em "Informações Gerais" na "Planilha Municipal do Tratamento".

6) Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento no total? \*

7) Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento do Sexo Masculino? \*

8) Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento do Sexo Feminino? \*

9) Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento com idade menor de 18 anos? \*

10) Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento com idade entre 18 a 59 anos? \*

11) Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento com idade maior ou igual a 60 anos? \*

Preencher com as informações das colunas de "J" a "O" da PI municipal

**SMS - Parte II - Informações de Atendimentos Realizados (no quadrimestre selecionado)**

Estas informações consolidadas das Unidades de Saúde estão disponíveis nas colunas F-U (de cor verde) na "Planilha Municipal do Tratamento". Conforme o preenchimento dos dados de atendimentos das unidades, é realizado um somatório automático (na linha 10 - superior de cor rosa). Mais detalhes sobre a gestão do programa se encontram em "Informações Gerais" na "Planilha Municipal do Tratamento".

12) Qual o nº de unidades de saúde que realizaram tratamento no quadrimestre? \*

13) Do total de unidades que ofertaram tratamento, quantas são da Atenção Básica? \*

14) Do total de unidades que ofertaram tratamento, quantas são CAPS? \*

15) Do total de unidades que ofertaram tratamento, quantas são da Atenção Especializada? \*

16) Qual o nº de pacientes atendidos na 1ª Avaliação Clínica? \*

17) Qual o nº de pacientes que participaram da 1ª Sessão Estruturada? \*

18) Qual o nº de pacientes que participaram da 4ª Sessão Estruturada? \*

19) Qual o nº de pacientes sem fumar na 4ª Sessão Estruturada? \*

20) Qual o nº de pacientes que participaram de Sessões de Manutenção? \*

21) Qual o nº de pacientes que usaram algum medicamento para o tratamento do tabagismo? \*

Preencher com as informações das colunas de "F" a "U" da PI municipal



## Unidade 5

O preenchimento continua no **item 24**, onde o profissional também encontrará duas opções de seleção. A primeira indica que o município tem apenas uma Unidade de Saúde habilitada para atendimento aos tabagistas. Nesse caso, serão solicitados:

- Nome completo da unidade de saúde,
- CNES da unidade de saúde e tipo da unidade (abre janela para seleção - Atenção Básica, CAPS ou Especializada).

No **item 30**, o coordenador do PNCT deve deixar comentário sobre as experiências obtidas no período anterior, atual e expectativas para o próximo período (figura 15).

Caso o profissional selecione o item “2 ou mais Unidades de Saúde”, as **perguntas 25, 26 e 27** não são habilitadas e coordenador deve anexar obrigatoriamente a Planilha Municipal do Tratamento – PI municipal.

**ATENÇÃO:** Em caso de preenchimento incorreto, o formulário deve ser enviado novamente. Neste caso, será considerado válido o formulário enviado com data/hora mais atualizada até o término de prazo.

Os itens **31 - 34** incluem os dados institucionais: nome do responsável pelas informações prestadas pelo programa municipal, conselho de classe, e-mail do programa e contato telefônico (figura 16).

Ao clicar em **Gravar**, as informações são enviadas ao Estado e INCA/MS automaticamente. Logo em seguida é informado um protocolo, que é o comprovante de envio das informações no município.

Este protocolo pode ser anotado, porém é mais conveniente salvar uma cópia em PDF de todas as informações enviadas, incluindo data/hora e também o protocolo de envio.



Figura 16. .

24) Estas informações acima se referem ao atendimento e/ou estimativa de: \*

Apenas 1 Unidade de Saúde (Informar o Nome Completo, CNES e Tipo da Unidade abaixo)  
 2 ou mais Unidades de Saúde (anexar a Planilha Municipal de Atendimentos detalhada por Unidade abaixo)

25) Nome Completo da Unidade de Saúde: \*

\_\_\_\_\_

26) CNES da Unidade de Saúde: \*

\_\_\_\_\_

27) Tipo da Unidade: \*

\_\_\_\_\_ ▼

28) Anexo - Planilha da Unidade de Saúde com os Atendimentos Realizados no Período:  
 Atenção: Obrigatório somente para as Unidades de Saúde do Distrito Federal. Envio opcional para os demais Municípios que possuem apenas 1 Unidade de Saúde que tenha realizado atendimento no período.

Escolher arquivo Nenhum arquivo selecionado

30) Observações para a Coordenação Estadual: \*

Deixe um comentário sobre as experiências obtidas no período anterior, atual e expectativas para o próximo período. E, por ventura, destacar necessidades do município para uma supervisão mais assertiva.

\_\_\_\_\_

Preencher o nome e CNES da unidade de saúde.

Selecionar uma das opções: Atenção Básica, CAPS e especializada

Obrigatório apenas para as unidades do DF. Para as demais, o anexo é opcional.

Inserir um comentário sobre experiências anteriores e expectativas para o próximo período

Figura 17. Preenchimento dos dados institucionais.

The image shows a screenshot of a web form titled "Dados Institucionais" (Institutional Data). The form contains four fields, each with a red asterisk indicating it is required:

- 31) Coordenador do Programa Municipal de Controle de Tabagismo: \*
- 32) Conselho de Classe e Nº de Registro do Coordenador Municipal de Controle de Tabagismo: \*
- 33) E-mail do Programa Municipal de Controle de Tabagismo: \*
- 34) Celular do Coordenador Municipal de Controle de Tabagismo: \*

Each field has a corresponding empty text input box. A red box with white text "Preencher com os dados do responsável pelo preenchimento do formulário" (Fill with the data of the person responsible for filling out the form) is positioned to the right of the first two fields. Below the form, a red box with white text "Clique no botão gravar" (Click the save button) has a red arrow pointing to a green "Gravar" button. Below the button, there is a warning message: "Atenção: Ao gravar aguarde o tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados. Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário." (Attention: When saving, wait for the confirmation screen. Only if the confirmation message appears will your data be saved. Click here in case of doubts relative to this form.) and the page number "Página 1 de 1".

# CONCLUSÃO

---

Em resumo, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo busca dois grandes objetivos:

- Prevenir a iniciação do consumo de derivados do tabaco entre crianças e adolescentes;
- Estimular a cessação de fumar entre os que já se tornaram dependentes do tabaco.

A abordagem do fumante para a cessação de fumar tem como eixo central intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, visando cessação e prevenção de recaída. Em casos específicos pode ser utilizado um apoio medicamentoso. A utilização desses medicamentos deve sempre ser feita juntamente com a abordagem cognitivo-comportamental, e nunca isoladamente (FIORE et al., 2008, BRASIL, 2001).

O correto preenchimento dos instrumentos utilizados para repasse dos dados necessários para programação e distribuição dos medicamentos do Tabagismo é essencial para evitar desabastecimentos e, também, para promover o uso racional destes, assim como informações epidemiológicas.

Esperamos que o curso permita que os profissionais de saúde possam oferecer uma abordagem eficaz, sobretudo humana e acolhedora àqueles que buscam apoio das equipes de Atenção Básica para o tratamento do tabagismo.

Caso você tenha dúvidas sobre o preenchimento das planilhas e do formulário do PNCT, entre em contato com o setor responsável pelo programa no seu estado. Caso você seja um profissional de saúde que atua em Santa Catarina, entre em contato com:

**Adriana Elias**

*tabagismodive@saude.sc.gov.br*  
48 3664-7455

Coordenação Estadual do Programa de Controle do Tabagismo  
Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANT  
GEVRA/DIVE/SUV/SES

# Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Abordagem e Tratamento do Fumante**: Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância – CONPREV. **Manual Instrutivo para Monitoramento Municipal das Ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo**. Versão 1.2. Rio de Janeiro: INCA/MS, 2018. Link:

FIORE, M. C. et al. **Treating Tobacco Use and Dependence**: 2008 Update. Rockville (md): Department Of Health And Human Services, 2008. 257 p.