

**PROTOCOLO CLÍNICO E
DIRETRIZES TERAPÊUTICAS
DEPENDÊNCIA À NICOTINA**

1 - Introdução:

O tabagismo é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença crônica, epidêmica, sendo a maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo. (1)

A constatação de que nicotina, presente em todos os derivados do tabaco, é uma droga psicoativa, fez com que a OMS incluísse o tabagismo dentro do grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). (2)

A dependência à nicotina obriga os fumantes a se exporem cronicamente à aproximadamente 4.720 substâncias, muitas delas tóxicas, fazendo com que o tabagismo seja um fator causal de aproximadamente 50 doenças, entre elas vários tipos de câncer (pulmão, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, rim, bexiga, colo de útero, leucemia), doenças do aparelho respiratório (enfisema pulmonar, bronquite crônica, asma, infecções respiratórias) e doenças cardiovasculares (angina, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial, aneurismas, acidente vascular cerebral, trombozes). (3;4;5)

Além dos prejudiciais efeitos à saúde dos fumantes, **o tabagismo atinge também os não fumantes que convivem com fumantes em ambientes fechados, os denominados fumantes passivos.** (6;7;8) A exposição involuntária à fumaça do tabaco pode acarretar desde reações alérgicas (rinite, tosse, conjuntivite, exacerbação de asma) em curto período, até infarto agudo do miocárdio, câncer de pulmão e doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema pulmonar e bronquite crônica) em adultos expostos por longo período. (9;10;11)

Por conta de todos esses dados alarmantes, a Organização Mundial da Saúde incluiu o controle do tabagismo como uma prioridade em termos de saúde pública. Para tal, 192 Estados Membros da OMS elaboraram durante quatro anos o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da humanidade: **a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)**, que tem como objetivo proteger a população mundial e suas gerações futuras das devastadoras conseqüências geradas pelo consumo e exposição à fumaça do tabaco. (12)

2 - Dependência:

A dependência à nicotina é um processo complexo que envolve a inter-relação de fatores fisiológicos, psicológicos e comportamentais. (13;14;15;16)

A dependência fisiológica caracteriza-se pela necessidade orgânica de nicotina que o tabagista apresenta. A nicotina é uma droga psicoativa estimulante e seu mecanismo de dependência é semelhante ao da cocaína e heroína. (17) Ao atingir o cérebro, a nicotina se propaga por todas as áreas, centros e até o córtex, interagindo com os receptores colinérgicos presentes nas membranas de muitos neurônios, que passam a se chamar então de receptores nicotínicos-acetilcolínicos (nAChRs), e ficam distribuídos nas regiões periféricas e centrais do cérebro. (17;18;19)

Os receptores nicotínicos liberam uma série de neurotransmissores e neuroreguladores, tais como: dopamina, acetilcolina, epinefrina, norepinefrina, serotonina, beta-endorfina, vasopressina, GABA. **O mais importante, e mais estudado é a dopamina, pois há uma grande liberação desse neurotransmissor no *nucleus accumbens* produzindo uma forte sensação de prazer e euforia, fazendo com que o indivíduo continue fumando.** (17; 18;19;20;21)

Existem três aspectos principais que caracterizam a dependência a uma droga: compulsão, tolerância e síndrome de abstinência. Todos estes aspectos estão presentes na dependência à nicotina. (14;16;17). Quanto mais dependente de nicotina maior o grau de compulsão que o tabagista terá. Inicialmente ele fuma poucos cigarros por dia, mas com o passar do tempo, há uma tolerância crônica à nicotina, obrigando o tabagista a fumar mais cigarros para manter os mesmos efeitos de prazer que apresentava anteriormente com doses menores. **A síndrome de abstinência se caracteriza por sinais e sintomas desagradáveis que surgem ao parar de fumar. Esses sintomas variam com o grau de dependência à nicotina, se intensificam nos primeiros dias e tendem a desaparecer com o tempo.** (17;19;20)

A dependência psicológica é caracterizada pela necessidade de acender um cigarro com o intuito de aliviar suas tensões tais como angústia, ansiedade, tristeza, medo, estresse, ou

até mesmo em momentos de depressão. O cigarro passa a ser encarado como um companheiro em momentos de solidão. (13;14;15)

Já a dependência comportamental caracteriza-se pelas associações que o fumante faz com situações corriqueiras em sua rotina diária. Assim, ele se condiciona a fumar após tomar café, após as refeições, ao assistir televisão, falar ao telefone, ingerir bebidas alcoólicas, dirigir, antes de iniciar uma tarefa que exija concentração, e até em situações em que se encontra relaxado. (14;22;23)

3 - Tratamento:

O tratamento da dependência à nicotina tem como base a técnica da abordagem cognitivo-comportamental, definida como um modelo de intervenção centrado na mudança de crenças e comportamentos que levam um indivíduo a lidar com determinadas situações. Em relação ao tabagismo, a abordagem deve ter como objetivo a detecção de situações de risco que levam o indivíduo a fumar, e o desenvolvimento de estratégias para enfrentamento dessas situações, visando não só a cessação do tabagismo, mas também a prevenção de recaídas. Em casos específicos podem ser utilizados medicamentos que servem de apoio a essa abordagem.(15)

A abordagem ao tabagista pode ser realizada de maneira breve ou mínima, e intensiva (14;15;24). **A abordagem mínima pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, de forma estruturada, durante sua consulta de rotina, com duração de 3 a 5 minutos a cada contato.** Consiste em *perguntar* a todo paciente se é fumante; caso a resposta for positiva, *avaliar* seu grau de dependência física e de motivação; *aconselhar* e *preparar* para deixar de fumar, e por fim *acompanhar* o paciente em consultas subseqüentes, como prevenção de recaídas. (13;15)

Já a abordagem intensiva consiste na estruturação de locais específicos para o atendimento de tabagistas que desejam parar de fumar, podendo ser individual ou em grupo de apoio, dependendo de cada caso. (13;15) Essa abordagem deve ser realizada preferencialmente na atenção básica.

Estudos comprovam que tanto a abordagem em grupo quanto a abordagem individual são efetivas, não havendo evidências suficientes para avaliar se uma é mais efetiva que a outra (25;26;27). Porém, a abordagem em grupo permite que um número maior de pacientes seja atendido pelo mesmo profissional a torna, em termos de saúde pública, mais custo efetivo em relação a abordagem individual. (28). Estudos científicos mostram que quanto mais intensiva a abordagem, maior será a taxa de sucesso (24;28), sendo que um mínimo de 4 sessões de 90 minutos é o ideal para obter resultados satisfatórios. (24;28)

O uso de medicamentos tem um papel bem definido no processo de cessação do tabagismo, que é o de minimizar os sintomas da síndrome de abstinência à nicotina, facilitando a abordagem do tabagista (15).

As indicações da utilização dos medicamentos estão descritas no item 6.2. **Estudos de meta-análise demonstraram que a combinação da abordagem com o uso de medicamentos aumentou significativamente as taxas de cessação do tabagismo em comparação com a utilização de um dos dois (abordagem ou medicamentos) isoladamente (24;28). Portanto, qualquer medicamento não deve ser utilizado isoladamente, e sim em associação com a abordagem ao tabagista. (22;33)**

As recomendações contidas neste Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas estão de acordo com as principais diretrizes nacionais e internacionais relacionadas ao tratamento do tabagismo. (15;24;27;28;29;30;33;34;35)

4 - Classificação CID 10: F17.

5 - Diagnóstico Clínico: Critério de Tabagista e de Dependência Física à Nicotina: É considerado tabagista o indivíduo que faz uso regularmente de pelo menos um dos produtos do tabaco fumado, independentemente do tempo em que fuma. (31)

É considerado dependente de nicotina o tabagista que apresenta três ou mais dos seguintes sintomas nos últimos 12 meses: (32)

a- forte desejo ou compulsão para consumir a substância, no caso, nicotina;

- b-** dificuldade de controlar o uso da substância (nicotina) em termos de início, término ou nível de consumo;
- c-** quando o uso da substância (nicotina) cessar ou for reduzido, surgem reações físicas devido ao estado de abstinência fisiológico da droga;
- d-** necessidade de doses crescentes da substância (nicotina) para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas, evidenciando uma tolerância a substância;
- e-** abandono progressivo de outros prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância (nicotina), e aumento da quantidade de tempo necessário para seu uso e/ou se recuperar dos seus efeitos;
- f-** persistência no uso da substância (nicotina), apesar da evidência clara de consequências nocivas à saúde.

A intensidade da dependência física varia em cada indivíduo. Dessa forma, alguns pacientes fumantes irão apresentar um maior grau de dependência física que outros (20). O grau de dependência à nicotina pode ser avaliado através do Teste de Fagerström que apura dados referentes ao consumo de cigarros. Consiste em seis perguntas, havendo uma pontuação para cada resposta. Ao final do teste, soma-se a pontuação das respostas e se avalia o grau de dependência física do indivíduo, que vai de zero (muito baixo) até dez (muito elevado).

TESTE DE FAGERSTRÖM

1) Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?

Dentro de 5 minutos = 3

Entre 6-30 minutos = 2

Entre 31-60 minutos = 1

Após 60 minutos = 0

2) Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, cinemas, ônibus, etc?

Sim = 1

Não = 0

3) Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

O primeiro da manhã = 1

Outros = 0

4) Quantos cigarros você fuma por dia?

Menos de 10 = 0

De 11 a 20 = 1

De 21 a 30 = 2

Mais de 31 = 3

5) Você fuma mais freqüentemente pela manhã?

Sim = 1

Não = 0

6) Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama?

Sim = 1

Não = 0

Grau de Dependência

0 – 2 pontos = muito baixo

3 – 4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6 – 7 pontos = elevado

8 – 10 pontos = muito elevado

6 - Critérios de Inclusão no Protocolo de Tratamento:

6.1 - Critérios para Inclusão na Abordagem ao Tabagista: Todo tabagista deverá ser abordado com vistas a cessação do tabagismo. Esta abordagem pode ser realizada de forma mínima, durante a rotina de atendimento dos profissionais de saúde, ou de forma intensiva, através da estruturação de locais específicos para o tratamento do tabagismo.

A abordagem intensiva do tabagista deve ser oferecida a todo fumante que deseja parar de fumar e que venha a ser tratado em uma unidade de saúde prestadora de serviços ao SUS que ofereça a abordagem e tratamento do tabagismo. Esta abordagem será realizada em sessões periódicas, de preferência em grupo de apoio, podendo também ser realizada individualmente. Ela consiste em fornecer informações sobre os riscos do tabagismo e os benefícios de parar de fumar, e no estímulo ao autocontrole ou automanejo para que o indivíduo aprenda a escapar do ciclo da dependência e a tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento. (15)

6.2 – Indicação para utilização do Tratamento Medicamentoso:

Os fumantes que poderão se beneficiar da utilização de medicamentos serão os que, além de participarem obrigatoriamente da abordagem intensiva do tabagista, apresentem um grau elevado de dependência à nicotina, a saber:

- a-** fumantes que fumam no mínimo 10 cigarros por dia, ou;
- b-** fumantes com escore do Teste de Fagerström igual ou maior do que 5, ou;
- c-** fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem mínima ou intensiva ao tabagista, mas não obtiveram êxito, devido a sintomas da síndrome de abstinência, ou;
- d-** a critério clínico, não havendo contra-indicações clínicas.

7 - Tratamento:

7.1 – Consulta de Avaliação Clínica do Paciente: Com o objetivo de elaborar um plano de tratamento, o paciente deverá passar por uma consulta, antes de iniciar a abordagem intensiva. Nessa consulta o profissional de saúde deverá avaliar a motivação do paciente em deixar de fumar, seu nível de dependência física à nicotina, se há indicação e/ou contra-indicação de uso de medicamentos, existência de co-morbidades psiquiátricas, e colher sua história clínica.

Todo paciente que estiver em uso de qualquer tipo de medicamento deverá ser acompanhado em consultas subsequentes, pelo profissional de saúde que o prescreveu.

7.2 - Abordagem Intensiva ao Tabagista:

A abordagem intensiva ao tabagista consiste em sessões individuais, ou em grupo de apoio entre 10 a 15 participantes, coordenados por 1 a 2 profissionais de saúde de nível superior de acordo com o esquema abaixo:

- 4 sessões iniciais, estruturadas semanais, seguidas de:
- 2 sessões quinzenais, com os mesmos participantes, seguidas de:
- 1 reunião mensal aberta, com a participação de todos os grupos, para prevenção da recaída, até completar 1 ano.

7.3 - Tratamento Medicamentoso: Os medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para o tratamento do tabagismo na rede SUS são os seguintes: Terapia de Reposição de Nicotina, através do adesivo transdérmico, goma de mascar e pastilha, e o Cloridrato de Bupropiona. Não há ainda evidências suficientes para a preferência do Cloridrato de Bupropiona sobre a Terapia de Reposição de Nicotina ou vice-versa. Por este motivo, a escolha entre os medicamentos dependerá de preferências dos pacientes, incluindo posologia, facilidade de administração e a consideração dos riscos de eventos adversos. (15;33;34;35) Os esquemas terapêuticos podem ser utilizados isoladamente ou em combinação. O apoio medicamentoso, quando indicado, segue posologia de acordo com o medicamento escolhido:

7.3.1 – Terapia de Reposição de Nicotina (TRN): A reposição de nicotina poderá ser feita, segundo critério clínico, utilizando-se goma de mascar de nicotina, pastilha de nicotina ou adesivo transdérmico de nicotina. Todas as formas de TRN são eficazes na cessação do tabagismo, podendo praticamente dobrar a taxa de cessação no longo prazo quando comparadas ao placebo. (35)

7.3.1.1 – Goma de Mascar de Nicotina: Trata-se de um resinato que deve ser mascado com força várias vezes. Sua absorção ocorre pela mucosa oral, não é contínua, e sim em picos, variando com a força da mastigação, e leva entre 2 a 3 minutos para a nicotina atingir o cérebro.

a - Apresentação: goma de mascar em tabletes com 2 mg de nicotina

b - Posologia:

Semana 1 a 4 : 1 tablete a cada 1 a 2 horas (máximo 15 tabletes por dia);

Semana 5 a 8: 1 tablete a cada 2 a 4 horas;

Semana 9 a 12: 1 tablete a cada 4 a 8 horas.

Duração total do tratamento: 12 semanas.

c - Orientações para o uso da goma de mascar de nicotina:

Mascar um tablete por vez, nos intervalos estabelecidos na alínea "b" supra. Para que medicamento seja eficaz, o paciente deve ser orientado a mascar a goma com força algumas vezes até sentir o sabor de tabaco. Nesse momento ele deverá parar de mastigar e repousar a goma entre a bochecha e a gengiva por alguns minutos para, em seguida, voltar a mastigar com força, repetindo esta operação por 30 minutos, após os quais poderá jogar fora a goma de mascar. Também deverá ser orientado a não ingerir nenhum líquido, mesmo que seja água, durante a mastigação da goma. A dose máxima recomendada é de 15 gomas de 2 mg por dia. Os pacientes devem ser orientados a não fumar após o início do medicamento. A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante prescrição.

7.3.1.2 - Pastilha de Nicotina: Trata-se de pastilhas em tabletes que dissolvem na boca completamente entre 20 a 30 minutos. Sua absorção ocorre pela mucosa oral, sendo que 100% da nicotina é absorvida. Caso seja deglutida há absorção de 80% a 93% da nicotina.

a - Apresentação: pastilha em tabletes de 2mg de nicotina.

b - Posologia:

Semana 1 a 4: 1 pastilha a cada 1 a 2 horas (máximo de 15 pastilhas por dia).

Semana 5 a 8: 1 pastilha a cada 2 a 4 horas.

Semana 9 a 12: 1 pastilha a cada 4 a 8 horas.

Duração total do tratamento: 12 semanas.

c - Orientações para o uso da pastilha de nicotina:

Mover uma pastilha de um lado para o outro da boca, repetidamente, até que esteja totalmente dissolvida nos intervalos estabelecidos na alínea "b" supra. Essa operação deverá ocorrer entre 20 a 30 minutos. Evitar morder a pastilha durante o uso. Da mesma forma, deve-se evitar comer ou beber enquanto estiver com a pastilha na boca, para não interferir na absorção de nicotina. A dose máxima recomendada é de 15 pastilhas de 2mg por dia. Os pacientes devem ser orientados a não fumar após o início do medicamento. A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante prescrição.

7.3.1.3 - Adesivo Transdérmico de Nicotina: Consiste num adesivo que deve ser fixado na pele, trocado a cada 24 horas. A nicotina é absorvida pela derme, apresentando liberação lenta e contínua na corrente sanguínea. A sua concentração máxima é atingida entre 5 a 10h após a aplicação do adesivo. Ao final de 24h há uma absorção de 75% do total de nicotina do adesivo.

a - Apresentações:

adesivos transdérmicos de nicotina com liberação de 7 mg, 14 mg e 21 mg em 24hs.

b - Posologia:

b.1 - Pacientes com escore do teste de Fagerström entre 8 a 10, e/ou tabagista de mais de 20 cigarros por dia, utilizar o seguinte esquema:

Semana 1 a 4: adesivo de 21mg a cada 24 horas;

Semana 5 a 8: adesivo de 14mg a cada 24 horas;

Semana 9 a 12: adesivo de 7mg a cada 24 horas.

Duração total do tratamento: 12 semanas.

b.2 - Pacientes com escore do teste de Fagerström entre 5 a 7, e/ou tabagista de 10 a 20 cigarros por dia e que fumam seu 1º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, utilizar o seguinte esquema:

Semana 1 a 4: adesivo de 14mg a cada 24 horas;

Semana 5 a 8: adesivo de 7mg a cada 24 horas.

Duração total do tratamento: 8 semanas.

c - Orientações para o uso do adesivo de nicotina:

O adesivo deve ser aplicado na pele, fazendo um rodízio do local da aplicação a cada 24 horas. Na mulher, evitar colocá-lo no seio, e no homem, evitar colocá-lo em região que apresente pelos. A região deve estar protegida da exposição direta do sol, porém, não há restrição quanto ao uso na água. Deve-se parar de fumar ao iniciar o medicamento, devido à possibilidade de intoxicação nicotínica, que embora rara em adultos, pode ocorrer quando os indivíduos que usam o adesivo continuam fumando (30). A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante prescrição.

7.3.2 - Cloridrato de Bupropiona: É um antidepressivo atípico que também pode ser utilizado por fumantes sem história clínica de depressão, nas doses preconizadas. Inibe a re-captção neuronal de dopamina e norepinefrina, em maior intensidade e de serotonina em intensidade menor, tendo então atividade dopaminérgica no *núcleo accumbens* e noradrenérgica no *locus coeruleus*. É possível que também exerça a ação de antagonizar os receptores nicotínicos.

a - Apresentação: Bupropiona em comprimidos de 150 mg

b - Posologia: A dosagem preconizada é a seguinte:

1 comprimido de 150mg pela manhã nos primeiros 3 dias de tratamento;

1 comprimido de 150mg pela manhã e outro comprimido de 150mg, oito horas após, a partir do 4º dia de tratamento, até completar 12 semanas.

c - Orientações para o uso de Bupropiona:

A dose máxima recomendada de Bupropiona é de 300mg por dia. Em caso de intolerância à dose preconizada, ela pode sofrer ajuste posológico, a critério clínico. Deve-se parar de fumar no 8º dia após o início da medicação.

A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante a apresentação do Receituário de Controle Especial em duas vias.

8 - Critérios de Suspensão ou Não Utilização de Apoio Medicamentoso:

8.1 - Contra-indicações formais:

Não deverão ser incluídos ou ter suspenso o uso do apoio medicamentoso, aqueles pacientes que, segundo o medicamento escolhido, apresentarem:

8.1.1 - Goma de Mascar de Nicotina:

- a - hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula;
- b - incapacidade de mastigação ou em indivíduos com afecções ativas da articulação têmporomandibular;
- c - pacientes que estejam no período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio.
- d- pacientes portadores de úlcera péptica

8.1.2 - Pastilha de Nicotina

- a- hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula;
- b- pacientes portadores de fenilcetonúria;
- c- pacientes que estejam no período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio;
- d- pacientes portadores de úlcera péptica.

8.1.3 - Adesivo Transdérmico de Nicotina:

- a - hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula;
- b - doenças dermatológicas que impeçam a aplicação do adesivo;
- c - pacientes que estejam no período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio;
- d - gestação;
- e - amamentação.

8.1.4 - Cloridrato de Bupropiona:

- a - hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula;
- b - risco de convulsão: história progressiva de crise convulsiva, epilepsia, convulsão febril na infância, anormalidades eletroencefalográficas conhecidas;
- c- alcoolistas em fase de retirada de álcool;
- d - uso de benzodiazepínico ou outro sedativo,
- e - uso de outras formas de bupropiona;
- f - doença cérebro-vascular, tumor de sistema nervoso central, bulimia, anorexia nervosa.
- g - gestação
- h - amamentação

Para aqueles fumantes que estão fazendo uso de inibidor da MAO, há necessidade de suspensão da medicação, por pelo menos 15 dias antes do início do Cloridrato de Bupropiona.

8.2 - Contra-indicações Relativas:

As seguintes situações constituem-se em contra-indicações relativas ao uso de apoio medicamentoso, de acordo com o medicamento escolhido, e devem ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor quando da indicação do medicamento:

8.2.1 - Goma de Mascar de Nicotina:

- a - gestação e durante a amamentação, a não ser quando o risco de continuar fumando seja avaliado pelo médico como maior do que o do uso da goma de mascar de nicotina;
- b - doenças cardio-vasculares.

8.2.2 - Pastilha de Nicotina:

- a- gestação e amamentação, a não ser quando o risco de continuar fumando seja avaliado pelo médico como maior do que o uso da pastilha de nicotina;
- b- doenças cardio-vasculares.

8.2.3 - Adesivo Transdérmico de Nicotina:

- a - doenças cardio-vasculares.

8.2.4-Cloridrato de Bupropiona:

- a - uso de carbamazepina;
- b - uso de cimetidina;
- c - uso de barbitúricos;
- d - uso de fenitoína;

- e - uso de anti-psicóticos;
- f - uso de anti-depressivos;
- g - uso de teofilina;
- h - uso de corticoesteróides sistêmicos;
- i - uso de pseudoefedrina;
- j - diabetes mellitus em uso de hipoglicemiante oral ou insulina;
- k - hipertensão arterial não controlada.

Nesses casos, o uso do medicamento deve ser avaliado cuidadosamente pelo médico prescritor, quando da indicação do medicamento.

9. Tratamento medicamentoso combinado: Algumas combinações de medicamentos mostraram ser efetivas no tratamento do tabagismo. Apesar de alguns estudos demonstrarem que a associação entre as formas de TRN ou entre TRN e bupropiona podem minorar os sintomas da síndrome de abstinência, deve-se ter cuidado na sua utilização, devido ao provável aumento dos seus efeitos colaterais, em relação ao uso isolado de um medicamento.(24;30;34;35)

Dessa forma, recomenda-se o uso da terapia combinada para os pacientes que não conseguiram parar de fumar com a monoterapia, ou para aliviar a “fissura” por fumar, ainda presente, apesar do uso da monoterapia (nesse caso dar preferência para a associação de goma de mascar ou pastilha de nicotina). Pode-se associar os seguintes medicamentos:

- Ø Adesivo de nicotina + goma de mascar de nicotina
- Ø Adesivo de nicotina + pastilha de nicotina
- Ø Adesivo de nicotina + bupropiona
- Ø Bupropiona + goma de mascar de nicotina
- Ø Bupropiona + pastilha de nicotina
- Ø Adesivo de nicotina + bupropiona + goma de mascar de nicotina
- Ø Adesivo de nicotina + bupropiona + pastilha de nicotina

10 - Controle Clínico do Uso de Apoio Medicamentoso: Todos os pacientes em uso de apoio medicamentoso devem ser acompanhados e avaliados durante o tratamento. Atenção especial deve ser dada às seguintes situações:

- **monitorar os pacientes hipertensos e/ou cardiopatas em uso de qualquer forma de Terapia de Reposição de Nicotina (goma de mascar, pastilha ou adesivo);**
- **monitorar a pressão arterial como rotina em pacientes em uso de Bupropiona, pois alguns estudos mostram que este medicamento tende a elevar os níveis de pressão arterial.**

10.1 – Efeitos Colaterais: Os efeitos colaterais mais comuns que podem ocorrer com o uso das medicações, utilizadas como apoio, são os seguintes:

10.1.1 - **Goma de Mascar de Nicotina** – vertigem, dor de cabeça, náuseas, vômitos, desconforto gastro-intestinal, soluços, dor de garganta, dor bucal, aftas, dor muscular na mandíbula, hipersalivação.

10.1.2 - **Pastilha de Nicotina** - náuseas, vômitos, tonteira, cefaléia, sensação parestésica na língua e boca, dor epigástrica, soluços, dor de garganta, tosse, secura na boca, disfagia, eructação.

10.1.3 - **Adesivo Transdérmico de Nicotina** - irritação local, podendo chegar a eritema infiltrativo, é efeito colateral mais comum, podendo ocorrer mais raramente, náuseas, vômitos, hipersalivação e diarreia. Pode ocorrer, em menor incidência, palpitação, eritema e urticária e, raramente, fibrilação atrial reversível e reações alérgicas como o angioedema.

10.1.4 - **Cloridrato de Bupropiona:** insônia, geralmente sono entrecortado, além de boca seca, cefaléia e risco de convulsão.

11 - Resposta Clínica: A resposta clínica positiva ao tratamento ocorre quando o paciente deixa de fumar. No entanto, o tabagismo apresenta um padrão evolutivo semelhante ao de doenças crônicas, podendo apresentar períodos de remissões e recidivas. Estudos mostram que os fumantes tentam parar de fumar em média 5 vezes até conseguir parar definitivamente.

12 - Interrupção do Tratamento: Não há razão para interromper a abordagem do tabagista, porém, se houver algum impedimento do paciente em permanecer na abordagem em grupo, ele deve ser encaminhado para uma abordagem individual. O uso de qualquer forma de medicamento, deverá ser interrompido, se o paciente apresentar alguma das contra-indicações relatadas anteriormente. Havendo contra-indicações, o paciente deverá ser orientado a utilizar outra alternativa do tratamento medicamentoso.

13 – Tratamento do Tabagismo em Grupos Especiais:

13.1 – Gestantes: Toda gestante tabagista deve ser aconselhada a parar de fumar imediatamente, A abordagem mínima deve ser realizada em toda consulta de pré-natal pelos profissionais de saúde da rede de atenção materno-infantil do SUS e agentes comunitários de saúde. (15;24) Aquelas que não se motivarem, ou não conseguirem parar de fumar com a abordagem breve/mínima devem ser submetidas a abordagem intensiva nas unidades de saúde que ofereçam este tratamento.(15;24) O ideal é que sejam criados grupos específicos para gestantes tabagistas ou que cada uma delas seja submetida a uma abordagem intensiva individual. Porém, dependendo de cada caso, a gestante tabagista poderá participar de um grupo de apoio junto com outros pacientes tabagistas não gestantes. Torna-se importante avaliar posteriormente a elaboração de material específico para essa população, com vistas a adequar a abordagem a esse grupo específico.

Em relação ao uso de medicamentos no tratamento de gestantes tabagistas, alguns estudos com uso de Terapia de Reposição de Nicotina tiveram que ser suspensos por conta de efeitos adversos. Portanto deve-se avaliar sempre a relação risco-benefício na utilização da TRN, e caso opte por utiliza-la, deve-se dar preferência para as formas de liberação rápida, como a Goma de Mascar de Nicotina e a Pastilha de Nicotina. (15;24;28).

12.2 – Adolescentes: O tratamento do adolescente tabagista deve ser realizado através de uma abordagem intensiva. Apesar dos adolescentes acharem que conseguem parar de fumar a qualquer momento sem ajuda, estudos mostram que a abordagem intensiva duplica a chance de abstinência da nicotina a longo prazo nessa população, porém as taxas absolutas de cessação foram muito baixas. (22;28)

Recomenda-se que todo profissional de saúde que atenda adolescentes converse sobre tabagismo, seus efeitos imediatos sobre a saúde e aconselhe os tabagistas a pararem de fumar e os encaminhem para uma unidade de saúde para realização da abordagem intensiva. O conteúdo da abordagem deve ser adequado a esse público específico. Portanto, deve-se avaliar posteriormente a elaboração de material específico para essa população. (15;24) Até o momento há pouca evidência científica sobre a segurança da utilização de medicamentos no tratamento do adolescente tabagista. (22;26;28)

O profissional de saúde da atenção básica pode realizar o tratamento do tabagismo nessa população, desde que esteja capacitado para tal fim, e o paciente encontre-se estabilizado em sua doença de base. Caso contrário, ou se não houver êxito no tratamento do tabagismo, o paciente deverá ser encaminhado para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) ou outras unidades aptas ao atendimento dessa clientela. O profissional, para o qual o tabagista será encaminhado, deverá ter participado da capacitação para a realização do tratamento do tabagismo, seguindo o modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo/Ministério da Saúde O encaminhamento poderá ocorrer para unidades de referência do próprio município ou de outros municípios conforme a Programação Pactuada Integrada-PPI. Deve-se avaliar posteriormente a elaboração de material específico para essa população.

12.4 – Pacientes hospitalizados: A internação de um paciente tabagista por qualquer patologia é um importante momento para sensibiliza-lo a parar de fumar. Durante o período de internação o paciente é obrigado a não fumar, o que pode gerar desconforto devido aos sintomas da síndrome de abstinência da nicotina.

Estudo de revisão sistemática mostrou que a realização de uma abordagem para cessação do tabagismo durante o período de internação, com acompanhamento no pós-alta, está associado com uma alta taxa de cessação. Além disso, este estudo mostrou que o uso de Terapia de Reposição de Nicotina e Cloridrato de Bupropiona é seguro nessa população, para alívio dos sintomas de síndrome de abstinência, quando não há contra-indicações clínicas. (36). **Dessa forma, deve-se realizar uma abordagem a beira do leito em todo paciente tabagista que se encontra internado, durante as visitas hospitalares, avaliando o uso de medicação com vistas a redução dos sintomas da síndrome de abstinência.** (15;24;28;30)

Após a alta hospitalar, o paciente deverá ser encaminhado para o serviço de tratamento do tabagismo, em sua própria unidade, ou outra unidade de saúde que possua profissionais de saúde capacitados para tal fim, com o objetivo de ser acompanhado com vistas a manter abstinência da nicotina. (15;24;28;30) Deve-se avaliar posteriormente a elaboração de material específico durante o período de internação para sensibilizar e apoiar o tabagista neste momento.

12.5 – Pacientes recaídos: A recaída faz parte do processo do tratamento do tabagismo. É importante para o profissional de saúde **saber diferenciar lapso de recaída.** (30)

Lapso, é um episódio isolado de consumo de cigarro, sem voltar a fumar regularmente. (37)

Recaída, é o retorno ao consumo regular de cigarros, mesmo que em quantidades menores do que antes da cessação. (37)

Muitos ex-tabagistas ao recaírem sentem-se frustrados ou envergonhados e não querem retornar ao tratamento. Nesse momento, cabe a qualquer profissional de saúde o importante papel de sensibilizar esse tabagista e encaminhá-lo a unidade de saúde que faça parte da rede SUS com profissionais de saúde de nível superior capacitados para o tratamento do tabagismo, seguindo o modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo/Ministério da Saúde.

A abordagem ao tabagista recaído pode ser realizada de forma individual ou em grupo, dependendo da avaliação do profissional de saúde. (38) Da mesma forma, o uso de medicamentos também dependerá da avaliação inicial do profissional de saúde, podendo ser o mesmo medicamento usado anteriormente, ou não. Pode-se optar também por uma combinação de medicamentos. (30;37) O tratamento do tabagista que recaiu necessita de mais estudos científicos, e a criação de um material específico para essa população.

13 – Recomendações para as Unidades de Saúde Credenciadas para o Tratamento do Tabagismo:

- a. ser unidade de saúde, ambulatorial ou hospitalar, integrante do Sistema Único de Saúde, classificada em qualquer nível hierárquico;
- b. não ser permitido fumar no interior da unidade;
- c. contar com, no mínimo, um profissional de saúde de nível universitário, das categorias profissionais constantes desta Portaria, devidamente capacitado, segundo modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo/Ministério da Saúde.

Divisão de Controle do Tabagismo/Coordenação de Ações Estratégicas/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde. Maio de 2013.

Bibliografia:

- 1- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2002. The World Health Report: Reducing Risks and, Promoting Healthy Lifestyles. Geneva, Switzerland.
- 2- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 1997. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão- (CID 10). Traduzido pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo - Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português - 4a ed – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- 3- DUBE, M.F., GREEN, C.R., 1982. Methods of collection of smoke for analytical purposes. Recent. Adv. Tob. Sci., 8, 42-102.
- 4- ROSEMBERG J., 2002. Pandemia do Tabagismo – Enfoques Históricos e Atuais. 1ª edição, Secretaria Estadual de Saúde, São Paulo, (SP).
- 5- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.
- 6- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC),1986. Chemistry and Analyses of Tobacco Smoke. In: IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans. Tobacco Smoking. Vol. 38. (pp 83-126). Lyon, France.
- 7- ROSEMBERG J – A poluição pelo fumo do cigarro. Distúrbios provocados nos fumantes involuntários. Em: Tabagismo, sério problema de saúde pública, São Paulo, 1987.
- 8- MINISTÉRIO DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER/Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer, 1998. - Falando sobre Tabagismo, Rio de Janeiro, RJ.
- 9- WATSON, R.R., WITTEN, M. et. cols, 2001. Environmental Tobacco Smoke. CRC Press LLC, Florida, USA.
- 10- NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL (NHMRC), 1997 – The Health Effects of Passive Smoke, Australia, november.
- 11- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
- 12- MINISTÉRIO DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011 – Convenção- Quadro para o Controle do Tabaco. Texto Oficial, Rio de Janeiro, RJ.
- 13- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Instituto Nacional de Câncer/Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer – Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar, Rio de Janeiro, 1997.

- 14- REINA, S.S., DAMASCENO, A.G-T., ORIVE, J.I.G., 2003. Iniciação y mantenimiento del hábito tabáquico. El paciente que va a dejar de fumar. In: Ferrero MB, Mezquita MAH, Garcia MT. – Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, www.atenciontabaquismo.com, Espanha, 2003.
- 15- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância - Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, Rio de Janeiro, 2001.
- 16- MEIRELLES, R.H.S., GONÇALVES, C.M.C., 2004. Abordagem Cognitivo - Comportamental do Fumante. In: Diretrizes para Cessação do Tabagismo, Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília, DF.
- 17- ROSEMBERG J., 2004. Nicotina Droga Universal, Instituto Nacional de Câncer (www.inca.gov.br).
- 18- KIRCHENCHTEIN, C., CHATKIN, J.M. Dependência da Nicotina. In: Diretrizes para Cessação do Tabagismo, Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília, DF, 2004.
- 19- FAGERSTRÖM, K. Uma Breve Apresentação da Neurofarmacologia e Fisiologia da Dependência à Nicotina. In: Gigliotti A.P.; Presman S. (Eds). Atualização no Tratamento do Tabagismo. ABP Saúde, 2006.
- 20- HENNINGFIELD, JE, COHEN C, PICKWORTH WB. Psychopharmacology of nicotine. In: Orleans CT, Slade J. (eds.). Nicotine addiction. Principles and management. New York: Oxford University Press, 1993.
- 21- GIGLIOTTI, A; LEMOS T – Quais são os mecanismos da dependência de nicotina? In: Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2012.
- 22- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, 2005 – Deixando de Fumar sem Mistérios – Manual do Coordenador, Rio de Janeiro.
- 23- MEIRELLES, R.H.S., GONÇALVES, C.M.C., 2006. Como Fazer Seu Paciente Parar de Fumar. In: Zamboni M., Pereira CAC (Eds.). Pneumologia – Diagnóstico e Tratamento. Editora Atheneu, São Paulo, SP.
- 24- FIORE, MC, JAÉN, CR, BAKER, TB, et al, 2008. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. U. S. Department off Health and Humans Services, Public Health Service. Update.
- 25- LANCASTER T, STEAD LF. Individual Behavioural Counseling for Smoking Cessation. Cochrane Database Syst Rev, 2008; 4: CD0011202.
- 26- STEAD LF, LANCASTER T – Group Behaviour Therapy Programmes for Smoking Cessation. Cochrane Database Syst Rev, 2008; 4: CD001007.
- 27- TONNESEN P, CARROZZI L, FAGERSTRÖM KO et al – Smoking Cessation in Patients with Respiratory Diseases: a High Priority, Integral Component of Therapy. European Respiratory Journal 2007; 29(2): 390 - 417.
- 28- MIRRA AP., MEIRELLES RHS, GODOY, I, ISSA, JS, REICHERT, J et al. Tabagismo. Primeiras Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar – Agência Nacional de Saúde Suplementar; Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, Rio de Janeiro – RJ, 2009.
- 29- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence. Geneva, Switzerland, 2003.
- 30- REICHERT, J, ARAÚJO, AJ; GONÇALVES, CMC; GODOY, I; CHATKIN, JM. et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo da SBPT.- 2008. J. Bras Pneumol, 34(10): 845-80.
- 31- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional de Câncer / Organização Pan-Americana da Saúde: Pesquisa Especial de Tabagismo - PETab. Relatório Brasil; Rio de Janeiro, 2011.
- 32- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV; Washington, USA, 1994.
- 33- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde – BRATS, ano V, n. 12, 2010.
- 34- HUGHES JOHN R, STEAD LINDSAY F, LANCASTER T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 3, Art. No. CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub3, 2013
- 35- STEAD LF, PERERA R, BULLEN C, MANT D, LANCASTER T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(1):CD000146. Update of: Cochrane Database Syst Rev. 2004;(3):CD000146.
- 36- RIGOTTI N, MUNAFO M, STEAD L. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database Syst Rev, 2007.
- 37- MARLATT G, GORDON JR (eds). Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York, 1985.
- 38- BORGES VLG; ARAÚJO AJ – O paciente recaiu, e agora? In: Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2012.