



**Prefeitura Municipal de Poços de Caldas
Secretaria Municipal de Saúde
Divisão de Atenção Básica**

Guia Municipal do Cuidado da Pessoa Tabagista

Poços de Caldas
2018

Elaboração:

Camila Ferreira Bacelar – Coordenação da Atenção Básica.

Elaine Cristina de Souza – Apoiadora da Atenção Básica.

Juliana Ferreira Bacelar – Apoiadora da Atenção Básica.

Marta Ferreira – Médico da ESF.

Colaboração:

Euclides Colaço Melo dos Passos – Médico da ESF.

Aprovação:

Carlos Eduardo Venturelli Mosconi – Secretário de Saúde de Poços de Caldas.

Versão:

001.2018

Sumário

Apresentação.....	1
Definições.....	2
Prevenção.....	2
Legislações.....	2
Tabagista passivo.....	2
Tabagista ativo.....	3
Avaliação da pessoa tabagista.....	3
Avaliação quantitativa – Questionário de Tolerância de Fagerström.....	4
Avaliação qualitativa – Escala de razões para fumar.....	5
Estágios de motivação para cessação do tabagismo.....	5
Atitudes e posturas do profissional de saúde.....	7
Intervenções psicossociais.....	8
Método clínico centrado na pessoa.....	10
Abordagem cognitivo-comportamental.....	11
Abordagens para cessação do tabagismo.....	13
Tratamento medicamentoso.....	15
Adesivo transdérmico de nicotina.....	17
Goma de mascar de nicotina.....	18
Pastilha de nicotina.....	18
Cloridrato de bupropiona.....	19
Organização do grupo para cessação do tabagismo.....	21
Coordenação do grupo.....	22
Registro do paciente.....	22
Orientações-Solicitações e prescrições dos medicamentos.....	23
Referencias Bibliográficas.....	24

Apresentação

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

Cada pessoa tabagista possui sua individualidade e o conhecimento dessa, dentro do contexto de momento, é essencial para o sucesso da cessação do tabagismo. A postura empática por parte do profissional de saúde leva a compreensão do conjunto de fatores que levam e mantém a pessoa no tabagismo, permitindo a abordagem adequada e motivação para o sucesso do tratamento.

Este guia foi elaborado com intuito de dar suporte técnico aos profissionais da Atenção Básica no atendimento da pessoa tabagista.

Foi embasado no Caderno de Atenção Básica nº40 do Ministério da Saúde a fim de uniformizar as informações e auxiliar o profissional nas práticas diárias.

1. Definições

Definições segundo CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009; REICHERT et al., 2008:

Fumante regular: o tabagista com consumo superior a 100 cigarros na vida e que continua fumando.

Fase de experimentação: Consumo inferior a 100 cigarros na vida.

Ex-fumante: pessoa com consumo superior a 100 cigarros na vida e que interrompeu o uso.

Cessação definitiva: é a interrupção permanente do tabagismo (ou até que ocorra a recaída), sem que exista, porém, consenso do período de tempo necessário para se caracterizá-la.

Recaída: é o retorno do hábito tabágico após um período de interrupção.

Lapso: é o uso ocasional e isolado da substância durante o período de abstinência dela, caracterizado como um “deslize”.

2. Prevenção

Propõe-se ações educativas e parcerias intersetoriais para divulgação do trabalho realizado nas unidades, bem como estratégias intersetoriais (Programa Saúde na Escola). Deve-se também utilizar equipes de apoio do NASF na condução do acompanhamento das ações.

3. Legislações

Portaria MS/GM nº 571 de 5 de abril de 2013 e Portaria MS/GM nº 761, de 21 de junho de 2016.

4. Tabagista Passivo

Não há nível seguro de exposição ambiental à fumaça de cigarro.

A fumaça expelida pelo tabagista contém, em média, 3X mais nicotina, 3X mais monóxido de carbono e até 50X mais substâncias cancerígenas do que a fumaça inalada pelo fumante após passar pelo filtro do cigarro.

Quadro 1 - Efeitos do fumo passivo

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

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

5. Tabagista Ativo

Dependência do tabaco:

Avaliação quantitativa (Fagerström)

Avaliação qualitativa (Escala de Razões para Fumar)

6. Avaliação da pessoa tabagista

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

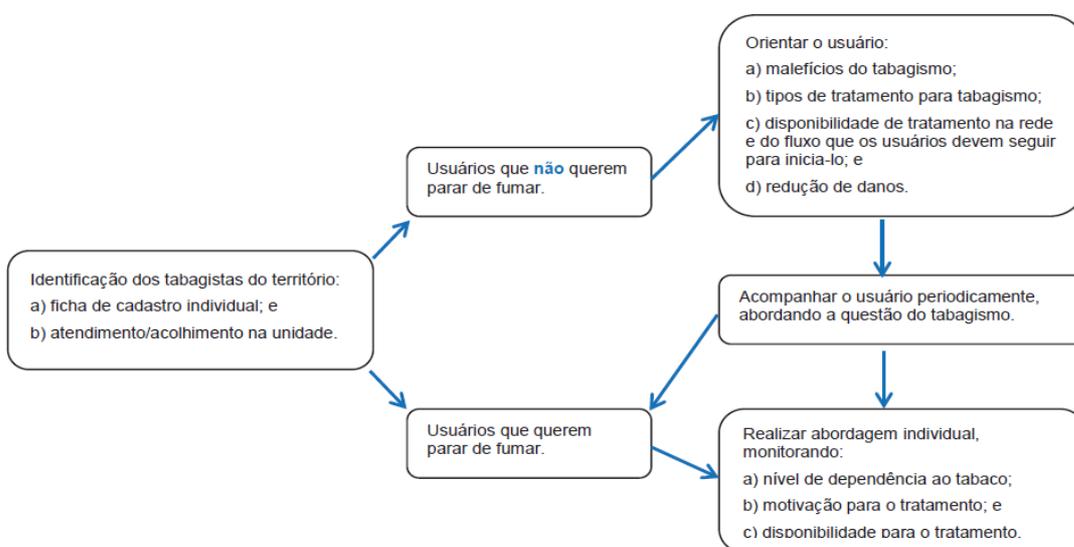
Após a etapa de reconhecimento dos tabagistas no território, passa-se ao momento de estratificação, onde se verifica quem são os fumantes que não desejam parar de fumar e quem são os fumantes dispostos a parar de fumar/iniciar alguma forma de tratamento para cessação. **Para aqueles que não desejarem cessar o uso do tabaco, é essencial que o profissional de saúde oriente.**

Para os usuários que desejarem cessar o uso do tabaco, antes de se iniciar o tratamento, é essencial

esclarecê-los quanto aos tipos de tratamento que estão disponíveis, avaliando também suas possibilidades singulares de participação nas atividades oferecidas pela equipe de saúde.

É importante que o profissional de saúde identifique qual o tipo de dependência do tabaco, a qual o usuário está submetido, que pode ser física/ química, psicológica ou condicionada para o emprego de técnicas e ou abordagens adequadas a cada caso.

Fluxo 1 - Identificação e abordagem do tabagista no território



Fonte: BRASIL, 2001

6.1 Avaliação quantitativa - Questionário de Tolerância de Fagerström

O principal instrumento para a Avaliação Quantitativa da pessoa tabagista é o Questionário de Tolerância de Fagerström (Anexo I). Este instrumento fornece uma medida quantitativa, de 0 a 10 pontos, que avalia o grau de dependência física à nicotina, incluindo o processo de tolerância e a compulsão: quanto maior o escore obtido, maior o grau de dependência física. O Questionário de Fagerström é amplamente usado devido ao seu fácil entendimento e rápida aplicação, podendo ser aproveitado por qualquer membro da equipe de saúde. (FAGERSTRÖM; SCHNEIDER, 1989).

6.2 Avaliação qualitativa - Escala de Razões para Fumar

Sua aplicação busca identificar em quais situações o fumante usa o cigarro, relacionando-se não só com a dependência física mas também com a dependência psicológica e o condicionamento. Este instrumento pode ser usado na primeira abordagem e, também, como instrumento de acompanhamento do processo do usuário após algumas intervenções. A avaliação ajuda o próprio fumante a tomar consciência das situações de risco do seu dia a dia, além de auxiliar o profissional de saúde a identificar os principais pontos a serem trabalhados durante todo o processo da abordagem intensiva do fumante (SOUZA et al., 2009). Para aplicação dessa escala, o profissional pode solicitar ao usuário que preencha sozinho após orientação inicial, ou conduzir a leitura das afirmações, anotando as respostas fornecidas. É uma escala de rápida aplicação e deve ser aplicada de forma complementar ao Questionário de Tolerância de Fagerström com os usuários que demonstrarem disposição ou motivação para o tratamento do tabagismo (SOUZA et al., 2010)

A Escala de Razões para Fumar está apresentada no Anexo II.

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

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

- **Pré-contemplação** (“Eu não vou”) – Não considera a possibilidade de mudar, nem se preocupa com a questão. *“Eu não quero parar de fumar”*.
O Paciente pode apresentar resistência ideia de cessação utilizando mecanismos de defesa como negação para evitar enxergar a situação em que vive como um problema. Diante disso, recomenda-se o fortalecimento do vínculo da pessoa com a unidade e oferecer orientações acerca do tabagismo, sem ser insistente ou excessivamente afirmativo na abordagem.
- **Contemplação** (“Eu poderia”) – Admite o problema, é ambivalente e considera adotar

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

- **Preparação** (“Eu vou / Eu posso”) – Inicia algumas mudanças, planeja, cria condições para mudar, revisa tentativas passadas. *“Eu tenho tentado parar de fumar de um tempo para cá”* ou *“Eu tenho uma data e um esquema para começar nos próximos 30 dias”*.
- **Ação** (“Eu faço”) – Implementa mudanças ambientais e comportamentais, investe tempo e energia na execução da mudança. *“Eu tenho feito uso descontínuo do cigarro de um mês para cá, ficando sem fumar pelo menos um dia inteiro durante este período”*.
- **Manutenção** (“Eu tenho”) – Processo de continuidade do trabalho iniciado com ação, para manter os ganhos e prevenir a recaída. *“Eu parei de fumar”*.
- **Recaída** – Falha na manutenção e retomada do hábito ou comportamento anterior – retorno a qualquer dos estágios anteriores. *“Eu voltei a fumar regularmente”*.

Recomenda-se acolhimento empático frente ao momento de recaída, valorizando o esforço e evitando julgamentos e cobranças que possam resultar em um afastamento da pessoa do serviço de saúde.

A identificação de qual estágio motivacional o usuário se encontra é de extrema importância no momento de se elaborar estratégias para intervenções. Cabe ao profissional de saúde assistente auxiliar o indivíduo na mudança de estágio de motivação em direção à manutenção da cessação do tabaco.

Quadro 2 -Tarefas motivacionais segundo o estágio motivacional do indivíduo:

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

Fonte: DIAS, 2009. Com adaptações.

7. Atitudes e posturas do profissional de saúde

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

a) **Acolhimento e empatia** – Importante entender que a relação do usuário com o tabagismo, muitas

vezes, é permeada por um sentimento de ambivalência, por meio do qual ele pode estar consciente dos malefícios do hábito e da importância do tratamento, mas pese intimamente a dimensão “positiva” (“o cigarro me ajuda a ficar mais calmo”, por exemplo) ou prazerosa de fumar.

b) **Estimular a mudança de atitude** para alcance da abstinência.

c) **Informar o usuário** sobre o que é a dependência química, os seus malefícios, quais sintomas ele poderá experimentar ao parar de fumar, quais métodos para cessação estão disponíveis, qual o papel do medicamento e quais os tipos de medicamentos.

d) **Estimular que o usuário defina uma data de parada (“dia D”) ou pense em estabelecê-la futuramente**, podendo, para isso, reduzir gradualmente o número de cigarros diários ou estipular uma interrupção súbita, sendo esta uma escolha da pessoa, e enfatizando que se não conseguir na primeira tentativa outras vezes poderão ser tentadas, até que ele obtenha êxito em sua meta.

e) **Alertar o usuário sobre os riscos de recaída** e da necessidade de desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

f) **Destacar que é importante que o usuário permaneça em acompanhamento** até o final do tratamento, mesmo após ter parado de fumar.

g) Havendo recaída, o profissional não deve se sentir fracassado, e sim entender as dificuldades da **manutenção da abstinência** devido à síndrome de abstinência e, a partir, daí estimular o usuário a tentar novamente e aprender a identificar as situações de risco que culminaram com a recaída, lembrando que a grande maioria dos tabagistas alcançarão a cessação definitiva com duas ou mais tentativas. Estudos mostram que os fumantes tentam parar de fumar em média 5 vezes até conseguir parar definitivamente. (PORTARIA Nº 761, DE 21 DE JUNHO DE 2016).

8. Intervenções Psicossociais

8.1 Entrevista motivacional

Objetivo: Aumentar a motivação do usuário para a mudança de comportamento/ adesão ao tratamento.

Princípios orientadores para o profissional de saúde: Resistir ao reflexo de consertar as coisas; entender e explorar as motivações do usuário; escutar com empatia; fortalecer o vínculo, estimulando o otimismo (ROLLNICK; MILHER, BUTLER, 2009)

Passo 1 – Oferecer orientação/informação: pequenas informações dadas a respeito dos

malefícios do cigarro e dos benefícios de sua cessação em uma consulta podem ajudar efetivamente

o indivíduo a ponderar sobre a decisão de parar de fumar – e mais do que os profissionais de saúde imaginam. Exemplos: *“o cigarro aumenta as chances de se ter um infarto do miocárdio”*, *“quando uma pessoa para de fumar, em dez anos o risco de câncer de pulmão já cai pela metade”*, ou *“quando se para de fumar, em 48 horas já há uma importante melhora no olfato e no paladar”* etc.

Passo 2 – Remover as barreiras e auxiliar nos obstáculos: as barreiras e os obstáculos são todos os aspectos que impedem e/ou dificultam a pessoa a procurar/receber ajuda. Analisando-se as barreiras e ponderando com o indivíduo, o profissional de saúde pode ajudá-lo a seguir adiante para a resolução do problema. Exemplo: *“o usuário aponta que o horário de funcionamento da unidade não torna possível aderir ao grupo ou alega que é um momento difícil de vida para parar de fumar”*. Nesses casos, pode-se ponderar com o indivíduo a importância de se colocar o objetivo de parar de fumar em um lugar de destaque e apontar possíveis soluções/ajustes: *“podemos enviar um atestado de comparecimento para seu trabalho”*, *“não há algum colega que possa assumir seu turno nesses dias?”*, *“não existe ‘momento certo’ ou ‘fácil’ para parar de fumar, o importante é você estar motivado com a nossa ajuda”*.

Passo 3 – Proporcionar escolhas: ajudar a pessoa a fazer escolhas não é menos importante, pois aumenta a probabilidade de sucesso quando ela pode escolher a que melhor lhe convenha. O profissional deve auxiliar o usuário ao oferecer e estimular a busca pelo máximo de informações acerca das opções disponíveis, ajudando, posteriormente, a organizar listas de prós e contras ou de desfechos possíveis para cada escolha realizada, facilitando o processo de decisão consciente. Exemplo: *“a goma de nicotina mostrou aumentar as chances de se parar de fumar, mas muitas pessoas se queixam que ela deixa um gosto ruim na boca”*.

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

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

Passo 6 – Dar feedbacks: o feedback é necessário a cada encontro, pois é por intermédio dele que reforçamos as condutas positivas do indivíduo em busca da mudança de comportamento. É de extrema importância valorizar verbalmente quando o usuário fala sobre suas dificuldades no

processo do tratamento, apontando os resultados atingidos até o momento e estipulando os próximos passos. Exemplos: “percebo que você está mais aberto para falar no grupo sobre esse processo, que está trazendo as dificuldades que sente em não fumar nos finais de semana. Até agora você conseguiu diminuir o número de cigarros consumidos durante o dia de trabalho, isso é bastante importante, agora vamos buscar fumar menos à noite

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

O Profissional deve evitar durante o processo de aconselhamento:

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

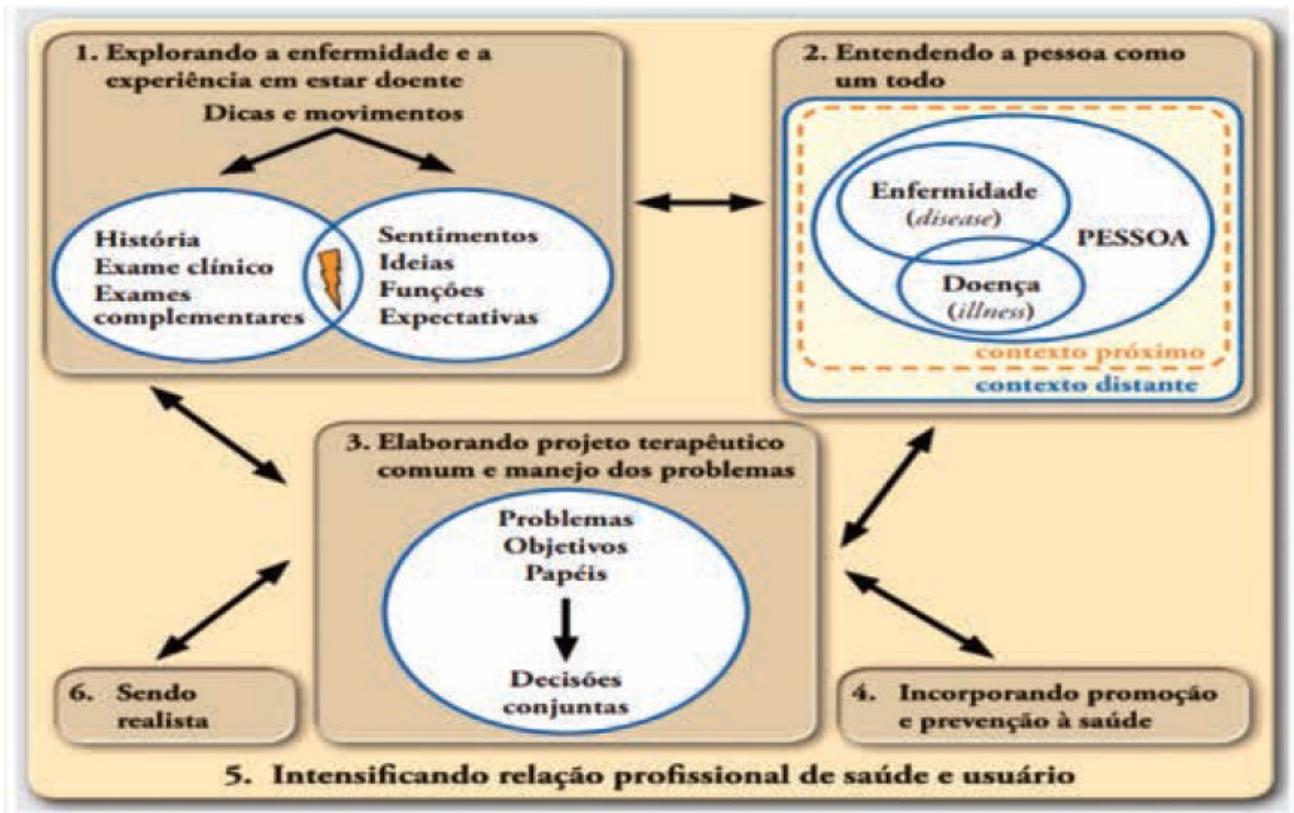
8.2 Método clínico centrado na pessoa:

Método clínico centrado na pessoa auxilia no entendimento que nenhum fumante é igual ao outro. É mais ampla que a entrevista motivacional. Por este método são identificados seis componentes inter-relacionados:

- 1) explorar a doença e o adoecimento;
- 2) compreender a pessoa como um todo;
- 3) negociar um terreno comum;
- 4) incorporar prevenção e promoção;

- 5) incrementar a relação médico-paciente;
- 6) ser realista (STEWART et al., 2010).

Figura 1- Os seis componentes do método clínico centrado na pessoa



8.3 Abordagem cognitivo-comportamental

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

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

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

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

Caso haja algum impedimento do paciente em permanecer na abordagem em grupo, ele deve ser encaminhado para uma abordagem cognitivo comportamental individual, não sendo necessário interromper o tratamento para parar de fumar. (PORTARIA Nº 761, DE 21 DE JUNHO DE 2016).

Quadro 3 - Principais técnicas cognitivas e comportamentais usadas no tratamento de cessação do tabagismo:

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

8.3.1 Abordagens para cessação de tabagismo

Abordagem mínima ou breve (Paap):

Objetivo:

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

Quem faz?

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

Quando se faz?

Pode ser feita em um pronto atendimento, no acolhimento à demanda espontânea na UBS ou durante as consultas. A demanda espontânea pode ser um bom momento para sensibilizar o fumante

para tratamento, principalmente quando a sua queixa tem relação com o hábito de fumar.

Quais os benefícios?

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

Abordagem básica (Paapa):

Objetivo:

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

Quem faz?

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

Quais os benefícios?

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

Abordagem intensiva/específica:

A abordagem **intensiva** (também denominada específica) é definida como o contato profissional-usuário superior a 10 minutos de duração para cada encontro. É a abordagem mais indicada, sempre que factível, por apresentar as maiores taxas de sucesso para cessação definitiva do tabagismo. A principal diferença para a abordagem básica, como o próprio nome sugere, é a intensidade do acompanhamento, disponibilizando um maior período de tempo para análise e discussão dos avanços alcançados, das dificuldades encontradas e das informações relacionadas (BRASIL, 2001).

Objetivo:

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

Quem faz?

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

Quais os benefícios?

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

Como fazer?

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

9. Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso visa, basicamente, ao controle dos sintomas de abstinência provocados pela suspensão do uso da nicotina, portanto voltado apenas ao que se refere à dependência física. Assim, entende-se seu papel de auxiliar na cessação do tabagismo, que envolve dependências física, psíquica e social (condicionamento) (FIORE, 2000; SULS et al., 2012).

Quadro 4 - Critérios para utilização de farmacoterapia na cessação de tabagismo:

Preencher algum dos critérios a seguir:

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

E obrigatoriamente:

5. Não haver contraindicações clínicas para o tratamento.

Fonte: BRASIL, 2001. Com adaptações.

A intervenção farmacológica deve ser feita de forma **individualizada**. A decisão terapêutica e o início da intervenção farmacológica dependerão de uma avaliação clínica do fumante, onde deve ser

analisado o perfil e as preferências do fumante, bem como suas condições clínicas e seu histórico de saúde. Uso de medicamentos, patologias atuais ou pregressas e sinais e sintomas da pessoa podem representar tanto complicações causadas pelo cigarro (devendo inclusive ser trabalhadas como motivadoras para a cessação) quanto contraindicações ao tratamento medicamentoso.

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

Quadro 5 - Medicamentos Nicotínicos (Terapia de Reposição de Nicotina – TRN):

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

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

Medicamentos Nicotínicos - Posologia:

A dose da reposição baseia-se no grau de dependência de nicotina e, principalmente, no consumo diário de cigarros. Um cigarro libera em média o equivalente a 1 mg de nicotina.

Nas semanas iniciais, a dose de nicotina deve ser aproximada do consumo diário de cigarros e ser gradativamente reduzida nas semanas seguintes, uma vez que os sintomas de abstinência tendem a diminuir (DAUTZENBERG et al., 2007). As apresentações dos produtos disponíveis variam o suficiente para uma posologia ajustada para a quantidade de reposição pretendida. O tempo de tratamento preconizado para todas as formas de apresentação é de até três meses, podendo ser adaptada em casos individuais (FIORE et al., 2008a; SCHNOLL et al., 2010).

Recomenda-se o início do uso dos repositores de nicotina a partir da cessação tabágica, devido à possibilidade, embora remota, de intoxicação nicotínica em indivíduos que usam o adesivo e continuam fumando (BRASIL, 2001).

9.1 Adesivo transdérmico de nicotina:

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

O adesivo deve ser fixado na pele, trocado a cada 24 horas, fazendo um rodízio do local da aplicação a cada 24 horas. Deve-se evitar colocá-lo no seio (em mulheres), em regiões de pelos ou em áreas expostas ao sol. Não há, porém, restrição quanto ao uso na água (orientações anexo III). A posologia recomendada é decrescente, uma vez os sintomas de abstinência são controlados com o passar do tempo.

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

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

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

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

Adesivo transdérmico de nicotina-Efeitos colaterais

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

9.2 Goma de mascar de nicotina

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

Recomenda-se o seguinte esquema, a partir da cessação tabágica, não extrapolando a dose máxima recomendada de 15 gomas ao dia (BRASIL, 2001):

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

Goma de mascar de nicotina-Efeitos colaterais

Vertigem, cefaleia, náuseas, vômitos, desconforto gastrointestinal, soluços, dor de garganta, dor bucal, aftas, fadiga muscular com dor na região mandibular, hipersalivação e amolecimento dos dentes (BRASIL, 2001).

9.3 Pastilha de nicotina

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

Recomenda-se o seguinte esquema a partir da cessação tabágica, não extrapolando a dose máxima recomendada de 15 pastilhas ao dia (BRASIL, 2001):

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

Pastilha de nicotina-Efeitos colaterais

Tontura, cefaleia, náuseas, vômitos, desconforto gastrointestinal, eructação, diarreia, flatulência, constipação, ulceração na boca ou língua (BRASIL, 2001).

Principais contraindicações à TRN

→ Absolutas: para qualquer apresentação:

- Hipersensibilidade ao medicamento.
- Doença cardiovascular não compensada.
- Quadro de angina pectoris constante.
- Eventos coronarianos agudos em um período inferior a duas semanas.

Adesivo:

- Vigência de doenças dermatológicas que impeçam a adequada aplicação.

Goma:

- Incapacidade de mascar.
- Afecções ativas da articulação temporomandibular.
- Úlcera péptica ativa.

Pastilha:

- Fenilcetonúria (devido à presença de aspartame na composição).
- Úlcera péptica ativa.

→ Relativas:

- Gravidez e amamentação (preferir agentes de ação rápida - goma e pastilha).
- Idade inferior a 18 anos.

9.4 Cloridrato de bupropiona

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

Cloridrato de bupropiona-Posologia

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

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

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

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

Cloridrato de Bupropiona-Efeitos colaterais

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

Cloridrato de Bupropiona-Contraindicações

Contraindicações Absolutas:

- Hipersensibilidade ao medicamento.
- Antecedente convulsivo ou epilepsia ou qualquer outro risco para convulsão.
- Alcoolistas em fase de retirada do álcool.
- Doença cerebrovascular.

- Bulimia ou anorexia nervosa.
- Uso de inibidor da MAO há menos de 15 dias.
- Gestação e amamentação.

Contraindicações relativas:

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

10. Organização do grupo para cessação do tabagismo

A organização de grupos/tratamento para cessação de tabagismo proposta pela SMS-PC utiliza os manuais do Instituto Nacional do Câncer (INCA) / Ministério da Saúde de 1 a 4 (Manual do Participante).

1º Passo	Reconhecimento: Identificar os tabagistas na comunidade adstrita à Unidade Básica de Saúde (UBS).		
2º Passo	Estratificação: verificar quem são os fumantes que não desejam parar de fumar e quem são os fumantes dispostos a parar de fumar/iniciar alguma forma de tratamento para cessação.		
3º Passo	Realizar consulta individual e avaliações: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação quantitativa – Questionário de Tolerância de Fagerström • Estágios de motivação para cessação do tabagismo de Prochaska e DiClemente <p>➡ Preenchimento do formulário SIGAF (Anexo IV)</p>		
4º Passo	Realizar a reunião zero: Com o objetivo de esclarecer a metodologia do grupo de cessação do tabagismo e sanar eventuais dúvidas dos participantes. Oportunidade para estimular que o usuário defina uma data de parada (“dia D”) ou pense em estabelecê-la futuramente, podendo, para isso, reduzir gradualmente o número de cigarros diários ou estipular uma interrupção súbita, sendo esta uma escolha da pessoa, e enfatizando que se não conseguir na primeira tentativa outras vezes poderão ser tentadas, até que ele obtenha êxito em sua meta.		
5º Passo	Realizar a 1º sessão estruturada.	Utilizar como referência o manual do participante 1ª sessão: “Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde”.	Agendar próxima sessão em 7 dias.
6º Passo	Realizar a 2º sessão estruturada.	Utilizar como referência o manual do participante 2ª sessão: “Os primeiros dias sem fumar”.	Agendar próxima sessão em 7 dias.
6º Passo	Realizar a 3º sessão estruturada.	Utilizar como referência o manual do participante 3ª sessão: “Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar”.	Agendar próxima sessão em 7 dias.

7º Passo	Realizar a 4º sessão estruturada.	Utilizar como referência o manual do participante 4ª sessão: “Benefícios obtidos após para de fumar”.	Agendar próxima sessão em 15 dias.
8º Passo	Realizar a 1º sessão de seguimento.	Seguir o modelo de grupos abertos cuja função principal seja a promoção de um espaço de apoio mútuo e disposição de informações. O objetivo central da abordagem é ajudar efetivamente os participantes a deixarem de fumar, fornecendo-lhes todas as informações e estratégias necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido	Agendar próxima sessão em 15 dias.
9º Passo	Realizar a 2º sessão de seguimento.	Seguir o modelo de grupos abertos cuja função principal seja a promoção de um espaço de apoio mútuo e disposição de informações. O objetivo central da abordagem é ajudar efetivamente os participantes a deixarem de fumar, fornecendo-lhes todas as informações e estratégias necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido	Agendar próxima sessão em 15 dias.
10º Passo	Realizar a 3º sessão de seguimento.	Seguir o modelo de grupos abertos cuja função principal seja a promoção de um espaço de apoio mútuo e disposição de informações. O objetivo central da abordagem é ajudar efetivamente os participantes a deixarem de fumar, fornecendo-lhes todas as informações e estratégias necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido	Agendar próxima sessão em 15 dias.
11º Passo	Realizar a 4º sessão de seguimento.	Seguir o modelo de grupos abertos cuja função principal seja a promoção de um espaço de apoio mútuo e disposição de informações. O objetivo central da abordagem é ajudar efetivamente os participantes a deixarem de fumar, fornecendo-lhes todas as informações e estratégias necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido	Agendar próxima sessão em 15 dias.
É recomendado acompanhamento do usuário por 12 meses a fim de prevenir recaída			

11. Coordenação do grupo

Sugere-se que cada grupo seja conduzido, quando possível, por dois profissionais, para que, enquanto um exerça a função de coordenador, o outro possa desempenhar o papel de observador.

12. Registro do Paciente

A unidade de saúde deve possuir um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e

assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

Informações Mínimas do Prontuário:

- Identificação do paciente, endereço e telefone;
- Identificação dos profissionais responsáveis pelo atendimento e pela prescrição do medicamento, se houver;
- Histórico;
- Avaliação inicial e classificação da dependência à nicotina como muito baixa/baixa/média/elevada/muito elevada;
- Indicação do tratamento proposto, especificando, se for o caso, qual apoio medicamentoso foi indicado, por quanto tempo, previsão de necessidade mensal, quantidades fornecidas por mês e que dosagem (número de tabletes da goma de mascar, adesivos, comprimidos) e informação quanto ao retorno das unidades eventualmente não utilizadas;
- Dados de evolução;
- Resultado obtido.

13. Orientações- Solicitações e prescrições dos medicamentos

- As receitas deverão ser enviadas às farmácias de referência, com antecedência de 10 dias do encontro que ocorrerá a dispensação. No primeiro mês, junto as receitas, deverão ser enviados os formulários do SIGAF devidamente preenchidos.
- Deverão constar no verso das receitas: data de nascimento, CPF, endereço, telefone e nome da mãe.
- Considerando que a bupropiona é um medicamento antidepressivo o mesmo deverá ser aviado em receituário de controle especial.
- Os repositores de nicotina poderão ser solicitados em receituário comum ou na mesma receita da bupropiona caso esteja sendo feito tratamento combinado.
- As solicitações dos medicamentos deverão ser realizada mensalmente.
- Ao término do tratamento a equipe deverá encaminhar, a mesma farmácia de referência, qualquer medicamento que porventura não foi dispensado.
- Todos os medicamentos deverão ser dispensados exclusivamente nos grupos.

Referencias Bibliográficas

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 154 p. : il. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40)

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

DAUTZENBERG, B. et al. Pharmacokinetics, safety and efficacy from randomized controlled trials of 1 and 2 mg nicotine bitartrate lozenges (Nicotinell®). **BMC Pharmacology and Toxicology**, London, v. 7, n. 1, p. 11, 2007.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (U.S.). **The Health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke**: a report of the surgeon general. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; Coordinating Center for Health Promotion; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.

DIAS, R. B. Diretrizes de intervenção quanto a mudanças de comportamento: a entrevista motivacional. In: PEREIRA, A. A. (Org.). **Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na atenção básica**. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2009. p. 1-11. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1731.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2017.

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

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

PORTARIA Nº 761, DE 21 DE JUNHO DE 2016 Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviors. **Am. Psychol.**, Washington, DC, v. 47, n. 9, p. 1102, 1992.

REICHERT, J. et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo da SBPT – 2008. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, DF, v. 34, n. 10, p. 845-880, 2008. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/309_Diretrizes_para_a_Cessacao_do_Tabagismo.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2017.

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

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

SULS, J. M. et al. Efficacy of smoking-cessation interventions for young adults: a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, New York, v. 42, n. 6, p. 655-662, 2012.

Questionários de Tolerância de Fagerström

1. Quantos cigarros você fuma por dia?

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

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

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

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

- (0) não
- (1) sim

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

- (0) não
- (1) sim

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

- (0) não
- (1) sim

6. Você fuma mesmo quando acamado por doença?

- (0) não
- (1) sim

Interpretação do Resultado:

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

• 8 a 10 = muito elevada dependência física

Fonte: FAGERSTRÖM; SCHNEIDER, 1989.

Anexo II

Escala de Razões para Fumar Modificada

Afirmações:

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

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

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

Fatores formados a partir dos itens elencados acima.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para calcular o resultado da Escala:

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

Entendendo o resultado da Escala:

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

Instruções ao tabagista em cessação para uso correto do adesivo transdérmico de nicotina

Instruções para o uso correto de adesivo transdérmico de nicotina.

- O período para uso do adesivo é de 10 a 12 semanas.
- A dosagem será estabelecida de acordo com a avaliação de cada paciente.
- Não interrompa o uso sem orientação prévia.
- Inicie o tratamento no dia estipulado nas sessões.
- Abra a embalagem, retire a película transparente e cole o adesivo na pele.
- Pressione por 10 segundos.
- Use sempre acima da linha do abdome e abaixo do pescoço, protegido da luz solar.
- Caso use trajes de banho, coloque embaixo da roupa, onde estará protegido do sol.
- Em mulheres, não usar na região das mamas.
- Prefira colocar o adesivo pela manhã.
- Troque o adesivo e o local da aplicação a cada 24 horas.
- Cuidado com crianças e animais ao descartar o adesivo usado. Para o não fumante, é altamente tóxico.
- Caso caia, recoloque trocando de lugar. Se for necessário, fixe com esparadrapo.
- Nunca coloque em lugares onde haja pelos.
- Caso tenha alguma reação alérgica, interrompa imediatamente o uso e fale com o médico.
- Se esquecer de colocar o adesivo, faça-o assim que lembrar.

ATENÇÃO:

Não usar o adesivo e fumar.

Siga corretamente as orientações de sua equipe de saúde.

FORMULARIO SIGAF – TABAGISMO - Anexo IV

Nome:	
Sexo:	
Raça:	
Cidade de nascimento:	
Data de Nascimento:	
CPF:	
Identidade:	
Certidão de nascimento:	
Cartão Nacional do SUS / CNS:	
Nome da mãe:	
Nome do pai:	
Profissão:	
E- Mail:	
Possui Responsável: () Sim () Não	
Nome do Responsável:	
Endereço:	
Bairro:	
Cidade:	
CEP:	Complemento:
Telefone:	Celular:
Está grávida: () Sim () Não	
É hipertenso: () Sim () Não	
É diabético: () Sim () Não	
Possui tuberculose: () Sim () Não	
Possui hanseníase: () Sim () Não	
Colesterol alto: () Sim () Não	
Fuma ou reside com fumante: () Sim () Não	
Tem dificuldade para cicatrizar feridas: () Sim () Não	

Assinatura do Paciente

Assinatura do Enfermeiro

Data do preenchimento: ____/____/____

OBS: É obrigatório o preenchimento do CPF e CNS.