

# Abordagem do tabagismo no cotidiano clínico

## Approach of smoking in clinical daily life

Renata Cruz Soares de Azevedo<sup>1</sup>, Amilton dos Santos Junior<sup>2</sup>

O tabagismo está relacionado às principais razões de morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O tabagismo ativo e o tabagismo passivo são considerados, respectivamente, a 1ª e 3ª causas de morte evitável globalmente.<sup>(1)</sup>

O Brasil é avaliado como um case de sucesso no que tange à redução da prevalência de tabagismo, caindo de 34% nos anos 90 para em torno de 10%, atualmente.<sup>(2)</sup> Porém, há ainda muito a fazer pelos quase 20.000.000 de brasileiros que continuam fumando e pelos milhares de jovens que podem iniciar o consumo.

Uma das principais estratégias para abordagem do tabagismo é a sua inclusão na rotina de atendimento médico nas diversas especialidades e contextos clínicos.<sup>(3)</sup> Na anamnese de todos os pacientes, não se deve esquecer de perguntar se o paciente fuma e, em caso positivo, incluir uma pergunta simples: “O/A Sr(a) tem pensado em parar de fumar?”. A partir disto, o médico pode adequar sua intervenção ao grau de motivação do paciente com relação a cessação tabágica.

Aos pacientes não motivados, sugere-se fornecer uma breve orientação sobre benefícios em parar de fumar. Sempre que possível, deve-se associar o tabagismo ao motivo da consulta,<sup>(4)</sup> visando plantar a semente a ser regada nos próximos atendimentos e auxiliar o paciente a evoluir no processo motivacional.

Aos pacientes que consideram parar “um dia”, mas não estão motivados no momento, deve-se, além da abordagem citada acima, incluir algumas informações sobre as possibilidades de auxílio para cessação, visando mostrar-lhes que é uma empreitada possível e que pode ser facilitada pelo apoio correto, lembrando de abordar novamente o tema nos atendimentos subsequentes.

Para os pacientes que se mostrarem motivados a empreender a cessação, devem ser consideradas as alternativas de tratamento farmacológico, que incluem, para os que apresentarem 5 ou mais pontos no Teste de Fagerström<sup>(5)</sup> (Quadro 1), a Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), na forma de adesivo, chiclete ou pastilha, associada ao uso de bupropiona ou vareniclina (Quadro 2).

É importante destacar que a dependência tabágica estrutura-se em três pilares:<sup>(6)</sup>

- Reforço positivo (representado pela manutenção do uso em busca dos efeitos prazerosos produzidos pela nicotina);

**Quadro 1.** Teste de Fagerström

Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?	0- Após 60 minutos
	1- 31 a 60 minutos
	2- 6 a 10 minutos
	3- Nos primeiros 5 minutos
Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?	0- Não
	1- Sim
Que cigarro é mais difícil de evitar?	0- Qualquer um
	1- O primeiro da manhã
Quantos cigarros você fuma por dia?	0- 10 ou menos
	1- 11 a 20
	2- 21 a 30
	3- 31 ou mais
Você fuma mais nas primeiras horas do dia?	0- Não
	1- Sim
Você fuma mesmo quando está doente, a ponto de ficar acamado?	0- Não
	1- Sim

<sup>1</sup> Chefe do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria (DPMP) da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e Coordenadora do Ambulatório de Substâncias Psicoativas (ASPA)/HC/UNICAMP.

<sup>2</sup> Professor Doutor do DPMP da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e Supervisor do ASPA/HC/UNICAMP.

**Quadro 2.** Abordagem farmacológica no manejo do tabagismo

Produto	Orientações	Principais efeitos indesejáveis
Adesivo de nicotina*	Iniciar na noite anterior à data de parada, trocar a cada 24hs. Colocar em região do corpo sem pelos. Liberação estável de nicotina. Apresentações de 21, 14 e 7 mg.	Reação cutânea no local da aplicação.
Goma de nicotina*	Mascar vigorosamente até a liberação da nicotina na mucosa, em intervalos de 1 a 2 horas e no máximo 15 gomas ao dia. Libera nicotina agudamente. Apresentação de 2 mg.	Dor à mastigação. Cuidados especiais se o paciente usar prótese dentária.
Bupropiona	Iniciar 7 a 14 dias antes da data de parada. Começar com 1 cp de 150 mg/dia, pela manhã; após o 3º dia, 150 mg pela manhã e 150 mg à tarde, intervalo de 8 horas, evitar tomada noturna.	Redução do limiar convulsivo e insônia.
Vareniclina	0,5 mg/dia por 3 dias; 0,5 mg, 2x ao dia, por 4 dias; a partir da segunda semana, até a 12ª, 1 mg, 2 x ao dia.	Náuseas, elevação da pressão arterial.
Nortriptilina**	Iniciar 10 a 15 dias antes da data de parada. Começar com 25 mg/dia e otimizar dose a cada 3 dias, até 75mg/dia.	Boca seca, constipação e náusea. ECG antes do início.

\* não utilizar em pacientes que estejam no período de 15 dias após infarto agudo do miocárdio  
 \*\*terapêutica de 2ª linha.

- Reforço negativo (relacionado à continuidade do consumo para evitar os efeitos desagradáveis da síndrome de abstinência);
- Condicionamento (que se estruturou a partir de um hábito incorporado à rotina diária, despertado por pistas ambientais e emocionais).

Portanto, a abordagem do tabagismo não pode se reduzir à prescrição de fármacos, tendo, como seu eixo central, abordagens motivacionais cognitivo comportamentais que auxiliem o tabagista a lidar com a vontade de fumar nas diferentes circunstâncias, a manejar o possível ganho de peso, além de reforçar habilidades para sucesso na cessação e, principalmente, reduzir a chance de recaída.<sup>(7)</sup>

Embora a abordagem deva ser incluída rotineiramente em todos os atendimentos, é possível que nem todos os médicos sintam-se seguros para incorporar as medidas de cessação. Nestas circunstâncias, é importante que não deixem de encaminhar a locais de tratamento para o tabagismo, com destaque para os atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde, que, em número considerável, possuem grupos de tratamento, ou a profissionais e centros de referência.

Desta forma, amplia-se a rede de cuidado, que se estenderá a todos os atendimentos médicos, potencializando a chance de cessação de inúmeros tabagistas e contribuindo para uma mudança consistente nas taxas de morbimortalidade tabaco-relacionada.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Who Report on the Tobacco Epidemic, 2011. Disponível em: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2011/exec\\_summary/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/exec_summary/en/)
2. Malta DC, Stopa SR, Santos MAS, Andrade SSCA, Oliveira TP, Cristo EB, Silva MMA. Evolução de indicadores do tabagismo segundo inquéritos de telefone, 2006-2014. Cad. Saúde Pública 2017;33 Sup 3:e00134915.
3. Azevedo RCS, Higa CMH, Assumpção ISMA, Frazatto CRG, Fernandes RF, Goulart W, Botega NJ, Boscolo MM, Sartori RM. Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.55 no.5 São Paulo 2009.
4. Azevedo RCS, Fernandes RF. Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study. Sao Paulo Med. J. vol.129 no.6 São Paulo Dec. 2011
5. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict. 1991;86(9):1119-27.
6. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas dependência à nicotina. [www.saude.sp.gov.br/recursos/.../2014\\_diretrizes\\_inca\\_terapia\\_nicotina.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/recursos/.../2014_diretrizes_inca_terapia_nicotina.pdf)
7. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008 SBPT. J Bras Pneumol. 2008;34(10):845-880.