

## MINISTÉRIO DA SAÚDE

# PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO TABAGISMO

PORTARIA CONJUNTA SCTIE/SAES/MS  
Nº 10, DE 16 DE ABRIL DE 2020

### DIAGNÓSTICO

São considerados como dependentes os indivíduos que tenham apresentado, no ano anterior, pelo menos três dos critérios a seguir:

Desejo forte e compulsivo para consumir a substância (fissura ou craving).

Dificuldade para controlar o uso (início, término e níveis de consumo).

Estado de abstinência fisiológica diante da suspensão ou redução, caracterizado por síndrome de abstinência e consumo da mesma substância ou similar, com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência (reforço negativo).

Evidência de tolerância, ou seja, necessidade de doses crescentes da substância para obter os efeitos produzidos anteriormente com doses menores.

Abandono progressivo de outros prazeres em detrimento do uso de substâncias psicoativas.

Aumento do tempo empregado para conseguir ou consumir a substância ou recuperar-se de seus efeitos.

Persistência no uso apesar das evidentes consequências, como câncer pelo uso do tabaco, humor deprimido ou perturbações das funções cognitivas relacionada com a substância.

Para avaliar o grau de dependência à nicotina, pode ser usado o Teste de Fagerström:

Perguntas	Respostas	Pontuação
1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	Nos primeiros 5 minutos	3
	De 6 a 30 minutos	2
	De 31 a 60 minutos	1
	Mais de 60 minutos	0
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?	Sim	1
	Não	0
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?	O 1º da manhã	1
	Os outros	0
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	Menos de 10	0
	11-20	1
	21-30	2
	Mais de 31	3
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?	Sim	1
	Não	0
6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?	Sim	1
	Não	0

### INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado uma doença epidêmica decorrente da dependência à nicotina e se inclui na 10ª CID10 no grupo de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas. Além de ser uma doença, é fator causal de aproximadamente 50 outras doenças incapacitantes e fatais. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o fumo é responsável por 71% das mortes por câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e aproximadamente 10% das doenças cardiovasculares, além de ser fator de risco para doenças transmissíveis, como a tuberculose.

### CID-10

**F17.1** Transtornos devido ao uso do fumo – uso nocivo para a saúde

**F17.2** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo – síndrome de dependência

**F17.3** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo – síndrome (estado) de abstinência

**T65.2** Efeito tóxico do tabaco e da nicotina

**F17.1** Uso de Tabaco

### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ficam incluídos neste Protocolo os tabagistas atendidos nos diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS).

### CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os tabagistas que porventura apresentem contra-indicação a determinado medicamento incluído neste protocolo, não poderão fazer uso do mesmo; contudo não serão excluídos do programa, uma vez que o protocolo permite a escolha de outras alternativas de farmacoterapia, além da associação ao aconselhamento estruturado para a cessação do tabagismo.

## CASOS ESPECIAIS

**Recaída:** Acolher o paciente na sua totalidade, reforçar os ganhos obtidos, destacando a sua importante decisão de parar de fumar. Esclarecer que se porventura houver recaída, o paciente deve ser sempre encorajado a fazer nova tentativa para deixar de fumar, pois a ocorrência de recaída é passível de acontecer em qualquer tratamento de dependência química.

**Adolescentes:** O adolescente deve receber tratamento com o aconselhamento estruturado/abordagem intensiva, ressaltando-se a importância de oferecer atendimento a essa população, que costuma ser mais vulnerável, principalmente com a entrada no mercado de novos produtos derivados de tabaco. O aconselhamento em grupo parece ser mais promissor do que a intervenção individual. Não há evidência suficiente para o uso de farmacoterapia em jovens com menos de 18 anos.

**Gestantes e nutrízes:** É indicado o aconselhamento estruturado sem utilizar nenhum tratamento medicamentoso.

**Idosos:** Recomenda-se tratar os idosos tabagista com o mesmo protocolo oferecido para a população adulta, exceto quando esses indivíduos apresentarem comorbidades, que porventura contraindiquem o uso de algum medicamento.

**Pacientes com tuberculose:** É indicado que portadores de tuberculose, em qualquer fase do tratamento, sejam tratados da dependência à nicotina e utilizem as mesmas medidas terapêuticas empregadas para a população em geral.

**Pacientes com câncer:** É indicado que o tratamento do tabagismo seja iniciado o mais breve possível e que a conduta terapêutica inclua a associação de intervenções não medicamentosas e medicamentosas.

**Pacientes com transtorno psiquiátrico:** É indicado que intervenções para a cessação do tabagismo, incluindo farmacoterapia e combinação de aconselhamento estruturado mais farmacoterapia, sejam oferecidas aos fumantes com transtorno psiquiátricos incluindo aqueles em tratamento e recuperação para dependência de álcool e outras drogas. É necessário que pacientes tabagistas que relatem história pregressa de transtorno psiquiátrico sejam encaminhados (caso ainda não o tenham sido) para avaliação de profissional da saúde mental e tratamento adequado. O tratamento para a cessação do tabagismo pode se dar após ou em paralelo ao tratamento definido na saúde mental.

**Pacientes hospitalizados:** Intervenções comportamentais de alta intensidade iniciadas durante a internação hospitalar, e que incluam contato para apoio após a alta por pelo menos um mês, auxiliam na cessação do tabagismo entre os pacientes hospitalizados, independente do diagnóstico de admissão.

**Pacientes internados em instituições de média e longa permanência (hospitais psiquiátricos/reabilitação clínica/presídios):** A abordagem terapêutica e farmacoterapia aumentam a chance de cessação do tabagismo nos presídios, com resultados semelhantes aos observados na população geral.

## TRATAMENTO

### BOAS PRÁTICAS

A abordagem básica (PAAPA – sigla para Perguntar e Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar) consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar um fumante para que deixe de fumar. Pode ser feita pelo profissional da saúde durante consulta de rotina, com duração de 3 a 5 minutos. As perguntas sugeridas para essas abordagens estão no item 7.1 do anexo à Portaria Conjunta nº10 de 16 de abril de 2020.

O ideal é que todos os fumantes que estão em processo de cessação de fumar sejam acompanhados com consultas de retorno para garantir um apoio na fase inicial da abstinência, quando os riscos de recaída são maiores.

### TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

O aconselhamento estruturado é feito em quatro sessões iniciais, preferencialmente semanais, nas quais são abordados os seguintes conteúdos:

#### Sessão 1

Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde.

#### Sessão 2

Os primeiros dias sem fumar.

#### Sessão 3

Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar.

#### Sessão 4

Benefícios obtidos após parar de fumar.

## ASSOCIAÇÃO DOS TRATAMENTOS NÃO MEDICAMENTOSOS E MEDICAMENTOSOS

A associação entre o aconselhamento estruturado/abordagem intensiva e a farmacoterapia é indicada para tratar a dependência à nicotina. A associação das duas formas de tratamento é mais eficaz do que somente o aconselhamento estruturado/abordagem intensiva ou a farmacoterapia isolada.

Entretanto, o aconselhamento estruturado/abordagem intensiva isolada, sem uso de farmacoterapia é preconizado em pacientes que apresentem uma ou mais das características abaixo:

relato de ausência de sintomas de abstinência;

nº de cigarros consumidos diariamente igual ou inferior a 5;

consumo do primeiro cigarro do dia igual ou superior a 1 hora após acordar;

pontuação no teste de Fagerström igual ou inferior a 4.

Para os que tem indicação de farmacoterapia, o tratamento com Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) pode combinar forma lenta (adesivo) e rápida (goma ou pastilha) de liberação de nicotina, sendo o tratamento preferencial por sua maior eficácia.

Podem ser oferecidas como opções terapêuticas à TRN combinada: bupropiona isolada, TRN isolada (adesivo, goma ou pastilha) ou bupropiona associada a uma TRN isolada.

### FÁRMACOS

Cloridrato de bupropiona: comprimido de 150 mg (liberação prolongada);

Nicotina (de liberação lenta): adesivo de 7, 14 e 21 mg (uso transdérmico); e

Nicotina (de liberação rápida): goma de mascar de 2 mg e pastilha de 2 mg.

## TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE NICOTINA COMBINADA (CTRN)

Importante destacar que a TRN, seja isolada ou em combinação, só deve ser iniciada na data em que o paciente deixar de fumar. A TRN não deve ser usada de forma concomitante com o cigarro ou outros derivados de tabaco.

Podem ser oferecidas como opções terapêuticas à TRN combinada: bupropiona isolada, TRN isolada (adesivo, goma ou pastilha) ou bupropiona associada a uma TRN isolada.

As combinações de adesivo + goma ou pastilha de nicotina podem ser feitas de acordo com o esquema de uso do adesivo descrito a seguir, sendo a goma ou pastilha utilizada para o controle da fissura ou em casos de consumo de até 5 cigarros/dia.

## ADESIVOS DE NICOTINA (TRANSDÉRMICO)

A reposição de nicotina deve considerar 1 mg de nicotina para cada cigarro fumado. Não se deve ultrapassar a dose de 42 mg/dia.

A dose inicial de reposição de nicotina, para efeito de cálculo deve considerar:

**A** Até 5 cigarros/dia: Não é indicado o uso de adesivo. Iniciar com goma ou pastilha, não ultrapassar 5 gomas/pastilhas de 2 mg ou 3 gomas/pastilhas de 4 mg.

**B** De 6 a 10 cigarros/dia: iniciar com adesivo de 7 mg/dia.

**C** De 11 a 19 cigarros/dia: iniciar com adesivo de 14 mg/dia.

**D** Vinte (20) ou mais cigarros/dia: iniciar com adesivo de 21 mg/dia.

## ASSOCIAÇÃO DE ADESIVOS

Os tabagistas que fumam mais de 20 cigarros/dia, e que apresentam dificuldade para reduzir o número de cigarros, mas que estão motivados a parar de fumar, são candidatos ao uso associado de adesivos.

As combinações podem ser feitas de acordo com a quantidade de cigarros fumados e a intensidade dos sintomas de abstinência à nicotina:

**A** Fuma mais de 40 cigarros por dia: 21 mg + 21 mg/dia.

**BB** Fuma acima de 30 a 40 cigarros por dia: 21 mg + 14 mg/dia.

**C** Fuma acima de 20 a 30 cigarros por dia: 21 mg + 7 mg/dia.

A redução das doses associadas de adesivos deve ser paulatina. Preconiza-se a retirada de 7 mg a cada semana, avaliada pela intensidade dos sintomas de síndrome de abstinência.

## CLORIDRATO DE BUPROPIONA

1º ao 3º dia de tratamento: 1 comprimido de 150 mg pela manhã; 4º ao 84º dia de tratamento: 1 comprimido de 150 mg pela manhã e outro de 150 mg após oito horas da primeira tomada.

## TEMPO DE TRATAMENTO

12 meses. Envolve as etapas:

Avaliação

Intervenção

Manutenção da abstinência

## MONITORIZAÇÃO

A monitorização do tratamento do tabagismo deve ser feita pelas unidades de saúde que ofertam esse tratamento, até que se completem os 12 meses preconizados. por meio de:

Registro do número de pacientes atendidos

Situação em relação ao uso do tabaco

Registro de abandono de tratamento

- + O desfecho é avaliado por meio do relato pelos pacientes quanto à abstinência de produtos com nicotina.
- + Ao término do tratamento, caso seja alcançada a abstinência, recomenda-se que o paciente seja acompanhado por até um ano para o apoio na manutenção deste quadro.

## REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

O tratamento do tabagismo pode ser realizado em qualquer nível de atenção do SUS. Ressalta-se que, por sua capilaridade, a rede de Atenção Primária à Saúde (APS) permite um maior alcance territorial e, por conseguinte, populacional.

Ressalta-se que para o medicamento cloridrato de bupropiona, há a necessidade de prescrição médica e guarda e dispensação sob responsabilidade de profissional farmacêutico, conforme preconiza a Portaria SVS n.º 344, de 12 de maio de 1998 – Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

Para o alcance dos objetivos, é fundamental a capacitação e a participação dos profissionais de saúde que procederão ao tratamento do tabagismo nas unidades de saúde prestadoras do SUS (médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, assistente social, educador físico, terapeuta ocupacional, odontólogo ou fonoaudiólogo), tendo como referencial o modelo terapêutico do tabagismo do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

Os profissionais da saúde de nível médio, como o Agente Comunitário de Saúde, podem apoiar as ações para a cessação do tabagismo no que diz respeito a busca ativa de pacientes que tenham abandonado o tratamento ou sensibilização de fumantes para que parem de fumar e busquem tratamento na unidade de saúde.

A governança do controle do tabagismo no Brasil é articulada pelo MS, por meio do seu Instituto Nacional de Câncer (INCA), o que inclui um conjunto de ações nacionais que compõem o PNCT, que tem como um de seus objetivos a cessação do tabagismo.

As informações inseridas neste material tem a finalidade de direcionar a consulta rápida dos principais temas abordados no PCDT. A versão completa corresponde ao anexo da Portaria Conjunta Nº 10, de 16 de abril de 2020. E pode ser acessada em <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>.