



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

**PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS:
TABAGISMO**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AGOSTO DE 2025

Edição 1

Dário Jorge Giolo Saadi
Prefeito Municipal de Campinas

Lair Zambon
Secretário Municipal de Saúde

Deise Fregni Hadich
Secretária Adjunta de Saúde

Mônica Regina Prado de Toledo Macedo Nunes
Diretora do Departamento de Saúde

Distritos de Saúde

Gláucia Margoto: Coordenadora do Distrito de Saúde Leste
Jorge Mendes Ávila: Coordenador do Distrito de Saúde Sul
Juliana Ahmed de Oliveira Ramos: Coordenadora do Distrito de Saúde Noroeste
Raquel Aparecida Silveira: Coordenadora do Distrito de Saúde Sudoeste
Renata Cauzzo Zingra Mariano: Coordenadora do Distrito de Saúde Suleste
Rita de Cássia Almeida Bottcher: Coordenadora do Distrito de Saúde Norte

Grupo de Trabalho

Comissão de Medicamentos e Terapêutica (CMT) e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Alessandra Marcia Vaz de Lima Chiste Silva: Departamento Administrativo
Allan Botinhon Orlando: Centro de Saúde Jardim Ipaussurama
Bruno Andrade Pagung: Departamento de Saúde
Camila Monteiro Gonçalves Dias Silva: Departamento de Saúde
Chirstiane Lafayette dos Santos: Centro de Saúde Cássio Raposo e San Martin
Debora Cristina Longo Masetto: Distrito de Saúde Leste
Kelly Francisco da Cunha: Centro de Saúde Florence e Rossin
Larissa Máximo Cesário Cardoso: Distrito de Saúde Noroeste
Laryssa Cremasco Scalet Daniel: Centro de Saúde São Vicente
Luciana Cugliari: Gabinete do Secretário de Saúde
Mauro Faria Quintão: Distrito de Saúde Sul
Michele Graziela Hass Silva: Centro de Saúde Jardim Santa Lúcia
Patricia dos Santos de Souza: Centro de Saúde Dic I
Rafael Nogueira de Souza: Centro de Saúde Boa Esperança
Stefane Cristina Paixão Oliveira: Departamento de Ensino, Pesquisa e Saúde Digital
Taís Antunes da Rocha: Centro de Saúde Vila Ipê
Tatiana Cargnelutti: Departamento de Saúde
Valéria Correia de Almeida: Departamento de Vigilância em Saúde
Vivian Cristina Matias de Oliveira Nunes: Departamento de Saúde

Colaboração: Diagramação

Núcleo Técnico de Comunicação em Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde

CONSULTA PÚBLICA

Edição 1: de 13/08/2025 a 20/08/2025, em:

<https://campinas.sp.gov.br/secretaria/saude/pagina/consultas-publicas-cmt>

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTROLE DO TABAGISMO	5
3. IMPACTO DO TABAGISMO NA SAÚDE PÚBLICA.....	7
3.1 Principais doenças associadas ao tabagismo	8
3.2 Dados Epidemiológicos Nacionais e Locais: Prevalência, Morbimortalidade	9
3.3 Custos Econômicos e Sociais do Tabagismo	11
4. CLASSIFICAÇÃO (CID).....	12
4.1 Caracterização da Dependência no uso da Nicotina (6C4A.2)	13
4.2 Códigos do Tabagismo na CID-10	14
4.3 Classificação do Tabagismo: Dependência de Nicotina na CID-10.....	15
5. INCIDÊNCIA: EPIDEMIOLOGIA DO TABAGISMO	16
5.1 Tabagismo entre adultos	17
5.2 Tabagismo entre jovens.....	18
6. FORMAS DE CONSUMO DA NICOTINA	19
6.1 Cigarro convencional, narguilé, charutos e cachimbos	19
6.2 Dispositivos eletrônicos para fumar (DEF)	22
7. FISIOPATOLOGIA DO TABAGISMO	23
8. DIAGNÓSTICO CLÍNICO	28
9. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PROTOCOLO DE TRATAMENTO	30
9.1 Critérios para inclusão na abordagem cognitivo-comportamental	30
9.2 Critérios para inclusão no tratamento medicamentoso	31
9.3 Critérios para atendimento individual.....	31
10. BENEFÍCIOS DE PARAR DE FUMAR	32
11. TRATAMENTO	35

11.1 Consulta de avaliação clínica do paciente	35
11.2 Abordagem cognitivo-comportamental	35
11.2.1 Abordagem cognitivo-comportamental: BREVE/MÍNIMA.....	36
11.2.2 Abordagem cognitivo-comportamental: BÁSICA.....	41
11.2.3 Abordagem cognitivo-comportamental: INTENSIVA.....	41
12. APOIO MEDICAMENTOSO	44
12.1 Terapia de reposição de nicotina (TRN)	45
12.1.1 Goma de mascar.....	45
12.1.2 Adesivo transdérmico de nicotina	47
12.2 Cloridrato de bupropiona	49
12.3 Tratamento de usuários de cigarros eletrônicos.....	51
13. INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO	51
14. REGISTRO DO ATENDIMENTO AO PACIENTE	52
14.1 Registro de ATIVIDADES COLETIVAS: grupo ou ação de educação em saúde	52
14.2 Registro de ATENDIMENTO INDIVIDUAL.....	56
15. REGISTRO DE CONSUMO E TRATAMENTO: Sistema Farmanet.....	57
15.1 Preenchimento de consumo	57
15.2 Preenchimento do tratamento.....	60
16. CREDENCIAMENTO NO PROGRAMA DE TABAGISMO	69
17. CAPACITAÇÕES.....	70
18. REFERÊNCIAS	71

1. INTRODUÇÃO

O controle do tabagismo constitui um problema de saúde pública que exigiu a implementação de diversas medidas regulatórias ao longo dos anos. No Brasil, o combate ao fumo foi intensificado por meio de uma série de leis, portarias e decretos que visam não apenas conscientizar a população sobre os malefícios do tabaco, mas também restringir seu uso e sua propaganda, promovendo ambientes livres da exposição tabagística.

Desde a instituição da Lei n.º 7.488, de 11 de junho de 1986, que criou o Dia Nacional de Combate ao Fumo, até as mais recentes resoluções e decretos, como a Resolução RDC n.º 840, de 15 de dezembro de 2023, que dispõe sobre a exposição à venda e a comercialização de produtos fumígenos derivados do tabaco, o arcabouço legal brasileiro tem se fortalecido progressivamente para enfrentar os desafios relacionados ao tabagismo.

Destacam-se, ao longo desse percurso legislativo, diversas iniciativas, como a proibição do uso em recintos coletivos fechados e a restrição da propaganda nos meios de comunicação (Lei n.º 9.294, de 15 de julho de 1996, e Lei n.º 12.546, de 14 de dezembro de 2011), a criação de programas de ambientes livres da exposição tabagística (Portaria Interministerial n.º 1.498, de 22 de agosto de 2002) e até mesmo a obrigatoriedade da instalação de equipamentos contadores de produção pelos fabricantes de cigarros (Lei n.º 11.488, de 15 de junho de 2007). Essa abordagem multifacetada evidencia a complexidade do problema e a necessidade de ações articuladas em diferentes frentes para a promoção de uma redução efetiva do consumo de tabaco.

Outras legislações também merecem destaque nesse contexto. A Portaria Interministerial n.º 3.257, de 22 de setembro de 1988, recomenda medidas restritivas ao fumo nos ambientes de trabalho e confere certificados de honra ao mérito às empresas que se destacarem em campanhas para o controle do tabagismo. A Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente, proíbe a venda de produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica a crianças e adolescentes. Adicionalmente, a Resolução n.º 46, de 28 de agosto de 2009, proíbe a comercialização, importação e propaganda de dispositivos eletrônicos para fumar, popularmente conhecidos como cigarros eletrônicos.

Além das regulamentações de âmbito nacional, o Estado de São Paulo também tem contribuído significativamente para o controle do tabagismo, como evidenciado pela Lei n.º 13.541, de 7 de maio de 2009, que proíbe o consumo de produtos fumígenos em locais fechados de uso coletivo, e pela recente Resolução SS n.º 9, de 23 de janeiro de 2024, que institui a Política Estadual de Controle do Tabaco (PECT).

Neste contexto, é fundamental compreender a evolução das leis e regulamentações relacionadas ao controle do tabagismo no Brasil, assim como a importância de medidas mais recentes, como o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que reforça o compromisso contínuo com a promoção da saúde e a redução dos impactos do tabaco na sociedade brasileira.

Destinando-se a referenciar os cuidados aos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS que sofrem prejuízos à saúde decorrentes do uso do tabaco, seja por meio de cigarros ou outras formas de consumo, **este protocolo foi estruturado para apoiar as melhores práticas dos profissionais de saúde na execução do PNCT, visando orientar e capacitar os profissionais de saúde para a implementação de estratégias de prevenção, tratamento e cessação do tabagismo, no âmbito do Programa Municipal de Tabagismo de Campinas.**

Ao considerar o contexto epidemiológico e os desafios na assistência ao paciente tabagista, este documento também reforça a necessidade de uma abordagem integrada e intersetorial para o

enfrentamento do tabagismo, alinhada às diretrizes internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e às políticas nacionais de saúde pública. Assim, espera-se que esta diretriz contribua significativamente para a redução do impacto do tabaco na população brasileira e para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos afetados por essa condição.

2. POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTROLE DO TABAGISMO

Histórico das políticas públicas no Brasil e no mundo

O controle do tabagismo tem sido uma prioridade global há décadas, devido aos impactos negativos do tabaco na saúde pública. A OMS tem sido um dos principais agentes na luta contra o tabagismo, consolidando esforços internacionais para reduzir o consumo de tabaco.

Em 2003, a OMS adotou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT, do inglês, WHO Framework Convention on Tobacco Control), o primeiro tratado internacional de saúde pública em resposta à globalização da epidemia do tabaco, com diretrizes para reduzir a oferta e demanda de produtos derivados do tabaco. O tratado, ratificado por 168 países, incluindo o Brasil em 2005, atualmente conta com 183 países signatários, estabelece medidas como proibição de publicidade, aumento da tributação e regulamentação da rotulagem de cigarros. É considerado um marco na promoção da saúde pública e fortalece os instrumentos legais para a cooperação internacional em saúde (WHO, 2021).

No Brasil, a luta contra o tabagismo começou a ganhar força na década de 1980, quando o governo federal passou a adotar medidas restritivas contra a publicidade de cigarros e a implementar campanhas educativas, sendo reconhecido internacionalmente como referência em ações antitabagistas. Esse resultado importante tem sido alcançado graças a um esforço conjunto da sociedade, dentro das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para o controle do tabagismo. Entre essas ações está a criação do PNCT, em 1989, que tem por objetivo reduzir o uso do tabaco e, consequentemente, os agravos e mortes atribuíveis ao tabagismo, por meio de medidas educativas, legislativas e assistenciais.

De 1989 a 2012, sabe-se que houve uma queda de 50% na taxa de fumo no Brasil. Essa queda é fortemente associada às políticas de controle adotadas ao longo dos anos, como o aumento dos preços dos produtos, leis antifumo, restrições ao marketing de cigarros e o acesso a programas de cessação do tabagismo (Levy, D.; Almeida, L.M.; Szklo, A., 2012).

Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT)

A PNCT é a principal estratégia do governo brasileiro para reduzir a prevalência do tabagismo e seus impactos na saúde pública. Coordenada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) e vinculada ao Ministério da Saúde, a PNCT tem como base a CQCT da OMS.

A PNCT tem como principais objetivos:

- Reduzir a prevalência do tabagismo na população brasileira.
- Prevenir a iniciação do uso do tabaco, especialmente entre crianças e adolescentes.
- Proteger a população contra a exposição à fumaça do tabaco.
- Oferecer tratamento gratuito para fumantes no Sistema Único de Saúde (SUS).

- Monitorar e regulamentar a indústria do tabaco, limitando sua publicidade e estratégias de mercado.

A partir das metas da PNCT, os Estados da União se organizam, desenvolvendo programas locais para a formação de profissionais, coleta de resultados e distribuição de insumos. Graças a essas ações integradas, o Brasil se tornou um dos países mais bem-sucedidos na redução do tabagismo, com a prevalência de fumantes caindo de 34,8% em 1989 para 9,1% em 2021 (INCA, 2022).

Porém, apesar dos avanços, a PNCT ainda enfrenta desafios como:

- O aumento do consumo de Dispositivos Eletrônicos para Fumar (DEFs), como cigarros eletrônicos, especialmente entre os jovens.
- O impacto da indústria do tabaco, que continua criando estratégias para atrair novos consumidores.
- A necessidade de ampliação e fortalecimento do acesso ao tratamento do tabagismo no SUS.

Diante disso, a continuidade das ações de controle do tabaco no país, por meio da PNCT, incluindo a implementação de protocolos clínicos locais, como o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Tabagismo de Campinas, é essencial para manter os avanços conquistados e garantir a proteção da população contra os danos do tabaco.

Política Estadual de Controle do Tabaco (PECT-SP)

O Programa Estadual de Controle do Tabagismo do Estado de São Paulo teve um início marcante em 1986, com a criação do Programa de Controle do Tabagismo na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Este programa estabeleceu um grupo de trabalho dedicado a estudar e propor a regulamentação da Lei Estadual n.º 5.384, também de 1986, que proibiu o fumo em repartições públicas.

Em 1995, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo expandiu as ações do Comitê Assessor Multiprofissional junto ao Programa de Controle do Tabagismo, criando a Comissão de Prevenção e Controle do Tabagismo (Mirra et al., 2009).

Em 1999, foi instalado o Programa Anti-Tabaco/SS/SP, seguindo o modelo do Programa de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde/INCA/CONPREV.

Em 2004, por meio da Portaria n.º 1.035/GM/MS, de 31 de maio, e da Portaria SAS n.º 442, de 13 de agosto de 2004, a Secretaria de Estado da Saúde assumiu a função de Coordenação Estadual do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

Em 2009, foi aprovada a Lei Antifumo Paulista (Lei n.º 13.541/2009), um marco na legislação estadual que estabeleceu um ambiente livre de fumo em locais fechados, transformando a cultura do consumo de tabaco no estado.

A Lei Antifumo Paulista foi um divisor de águas no controle do tabagismo no Brasil, sendo a primeira lei estadual a abordar o tema de forma abrangente e eficaz. A lei impactou positivamente a saúde pública, protegendo os não fumantes dos malefícios do fumo passivo e auxiliando os fumantes no abandono do hábito de fumar.

Além da Lei Antifumo Paulista, o Programa Estadual de Controle do Tabagismo de São Paulo também se destaca por outras iniciativas importantes, como a criação de centros de tratamento para fumantes, a realização de campanhas de conscientização sobre os riscos do tabagismo e a promoção

de ambientes livres de fumo (Mirra et al., 2009).

Programa de Controle do Tabagismo – Campinas SP

O Programa Municipal de Controle do Tabagismo é uma iniciativa da Secretaria de Saúde da cidade que visa reduzir a prevalência de fumantes e os impactos negativos do tabagismo na população. São objetivos do programa:

1. Reduzir a prevalência de fumantes ativos e passivos: diminuir o número de pessoas que fumam e a exposição à fumaça do cigarro em ambientes públicos e privados.
2. Prevenir a iniciação no tabagismo: desenvolver ações educativas, principalmente entre jovens, para evitar que comecem a fumar.
3. Incentivar a cessação do tabagismo: oferecer suporte e tratamento para pessoas que desejam parar de fumar.
4. Proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco: criar ambientes livres de fumo em locais públicos e promover a conscientização sobre os riscos do fumo passivo.
5. Reduzir os danos individuais e sociais causados pelo tabaco: minimizar as doenças, mortes, sequelas e outros problemas de saúde relacionados ao tabagismo.

Em Campinas, o Programa Municipal de Tabagismo desenvolve ações de controle do tabagismo em diversas esferas, destacando-se as ações de prevenção e monitoramento em ambientes escolares, de lazer e de trabalho, e a estratégia específica de abordagem e tratamento na Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS, com atendimento atualmente em 50 Unidades de Saúde.

A lista das **Unidades de Saúde Credenciadas no Programa de Tabagismo** com locais, dias e horários em que são realizados grupos para cessação do tabagismo está disponível na página de referência do Programa Municipal de Tabagismo na Secretaria da Saúde, no site da Prefeitura de Campinas.

Acesso: https://portal-api.campinas.sp.gov.br/sites/default/files/secretarias/arquivos-avulsos/125/2024/01/19-135801/Unidades_Programa_Tabagismo.pdf

A Linha de Cuidado para Prevenção e Controle do Tabagismo é um protocolo clínico do Ministério da Saúde do Brasil, transversal a toda a rede de atenção, que estabelece a trajetória mais segura para o paciente tabagista dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Seu objetivo é contribuir para a redução do uso do tabaco e derivados, a partir dos caminhos que o cidadão pode percorrer dentro do SUS.

O Ministério da Saúde desenvolveu esta Linha de Cuidado do Tabagismo prioritariamente para os profissionais de saúde, informando que a implantação da Linha de Cuidado deve ter a Atenção Primária à Saúde como gestora dos fluxos assistenciais, sendo responsável pela coordenação do cuidado e pelo ordenamento das Redes de Atenção à Saúde.

Acesso: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/tabagismo/>

3. IMPACTO DO TABAGISMO NA SAÚDE PÚBLICA

O tabagismo é um dos principais fatores de risco para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e está diretamente associado a milhões de mortes no mundo, todos os anos. De acordo com a OMS, mais de 8 milhões de pessoas morrem anualmente devido ao uso do tabaco, sendo cerca de 1,2 milhão de óbitos resultantes da exposição passiva à fumaça do cigarro (WHO, 2021).

O número de mortes se eleva quando se considera que o fumo está relacionado a outras doenças,

agravando o quadro de pacientes hipertensos, diabéticos ou com insuficiência cardíaca. Ademais, o consumo de cigarros é considerado um fator de empobrecimento, em função do custo financeiro e das incapacidades causadas pela dependência.

O cigarro contém mais de 7.000 substâncias químicas, das quais pelo menos 70 são comprovadamente cancerígenas (INCA, 2022). O impacto do tabagismo na saúde pode ser observado em diversos sistemas do corpo humano, sendo os mais afetados o sistema respiratório e o sistema cardiovascular e é um grande fator de risco para diversos tipos de câncer.

3.1 PRINCIPAIS DOENÇAS ASSOCIADAS AO TABAGISMO

Câncer

O tabagismo é responsável por cerca de 30% de todas as mortes por câncer no mundo e é o principal fator de risco para diversos tipos da doença (WHO, 2021). Entre os cânceres mais associados ao consumo de tabaco, destacam-se:

- Câncer de pulmão: cerca de 85% dos casos estão relacionados ao tabagismo. O risco de desenvolver essa doença é de 20 a 30 vezes maior em fumantes do que em não fumantes (INCA, 2022).
- Câncer de boca, laringe e faringe: o cigarro aumenta em até 10 vezes o risco desses tipos de câncer, principalmente quando associado ao consumo de álcool.
- Câncer de esôfago, bexiga, pâncreas e rim: a exposição contínua às substâncias tóxicas do cigarro aumenta a probabilidade de mutações celulares nesses órgãos.
- Leucemia mieloide aguda: o tabaco contém substâncias que danificam o DNA das células-tronco da medula óssea, favorecendo o desenvolvimento dessa doença.

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma das principais consequências do tabagismo e caracteriza-se por uma inflamação crônica das vias aéreas, levando à bronquite crônica e ao enfisema pulmonar. O cigarro provoca a destruição progressiva dos alvéolos pulmonares, causando dificuldade respiratória irreversível.

- Estima-se que de 80% a 90% dos casos de DPOC sejam causados pelo tabagismo (GOLD, 2022).
- Pacientes com DPOC apresentam redução significativa da qualidade de vida, com limitações nas atividades diárias e risco aumentado de hospitalizações e morte precoce.

Doenças Cardiovasculares

O tabagismo também está fortemente associado ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, sendo um dos principais fatores de risco evitáveis. As principais doenças incluem:

- Infarto Agudo do Miocárdio (IAM): fumantes têm um risco de duas a quatro vezes maior de sofrer um ataque cardíaco em comparação com não fumantes (WHO, 2021).
- Acidente Vascular Cerebral (AVC): o tabaco contribui para o desenvolvimento de placas ateroscleróticas, que podem obstruir artérias cerebrais e levar a um AVC isquêmico.

- Hipertensão Arterial e Aterosclerose: o cigarro acelera o processo de enrijecimento das artérias, aumentando a pressão arterial e elevando o risco de eventos cardiovasculares graves.
- Aneurisma da Aorta: o enfraquecimento das paredes arteriais causado pelo tabaco pode levar a dilatações perigosas, aumentando o risco de ruptura da aorta — uma condição frequentemente fatal.

Os impactos do tabagismo na saúde pública são alarmantes e afetam múltiplos sistemas do organismo, tornando o tabaco um dos principais responsáveis por doenças graves e evitáveis. No Brasil, estima-se que mais de 156 mil mortes por ano sejam atribuídas ao tabagismo, além dos elevados custos com tratamentos médicos para doenças associadas ao cigarro (INCA, 2022). Portanto, o combate ao tabagismo continua sendo uma prioridade das políticas de saúde pública, visando à redução da mortalidade e à melhoria da qualidade de vida da população.

3.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS NACIONAIS E LOCAIS: PREVALÊNCIA, MORBIMORTALIDADE

No Brasil, estima-se que o tabagismo seja responsável por aproximadamente 156 mil mortes anuais, gerando um impacto significativo na saúde pública e nos custos do sistema de saúde (INCA, 2022).

Prevalência do Tabagismo no Brasil

O Ministério da Saúde tem implantado desde 2006, o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), que fornece dados nacionais sobre a frequência do tabagismo em população brasileira adulta.

De acordo com o Vigitel 2023:

- A frequência de adultos fumantes foi de 9,3%, com taxas mais elevadas entre os homens (11,7%) do que entre as mulheres (7,2%).
- A frequência de fumantes foi menor na faixa etária de 18 a 24 anos (6,7%).
- A frequência do hábito de fumar foi menor conforme a escolaridade, mas particularmente alta em homens com até 8 anos de estudo (14,6%).
- A frequência de fumantes passivos no domicílio foi de 6,4%, sendo maior entre as mulheres (6,6%) do que entre os homens (6,2%).

Dados epidemiológicos para população brasileira entre 12 e 65 anos são possíveis de serem obtidos no III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira, realizado em 2015 pela Fundação Oswaldo Cruz (Bastos F, et al., 2017).

- Estima-se que 26,4 milhões de brasileiros de 12 a 65 anos tenham consumido algum produto de tabaco nos 12 meses anteriores à pesquisa, sendo o cigarro industrializado o produto mais consumido, com uma prevalência de 15,4%. Estima-se ainda que 51 milhões de pessoas entre 12 e 65 anos tenham consumido cigarro industrializado na vida (33,5%), com idade mediana de início do consumo aos 15 anos; e cerca de 21 milhões teriam consumido nos 30 dias anteriores à pesquisa. Os homens apresentaram prevalências de consumo de cigarros industrializados mais elevadas que as mulheres em qualquer análise temporal.
- Cerca de 1,3 milhões de adolescentes (menores de 18 anos) alegaram o consumo de cigarros

industrializados na vida; 2,4% dos adolescentes relataram consumo nos últimos 30 dias. Acima dessa idade, as maiores prevalências de consumo de cigarros industrializados nos últimos 30 dias foram observadas para faixas etárias de 45 a 54 anos e de 55 a 65 anos.

- Quanto mais elevado o nível de escolaridade, menores foram as prevalências observadas de consumo de cigarro, chegando ao dobro de prevalência para o consumo nos últimos 30 dias em grupo populacional sem instrução ou nível fundamental incompleto, quando comparado ao de nível superior ou maior.
- Estima-se que 23,5% dos indivíduos (4,9 milhões de brasileiros entre 12 e 65 anos) que consumiram cigarro industrializado nos últimos 30 dias apresentaram grau de dependência elevado ou muito elevado, a partir da aplicação do Teste de Fagerström.

Morbimortalidade Relacionada ao Tabagismo no Brasil

O tabagismo está diretamente associado a diversas doenças crônicas, como câncer, doenças cardiovasculares e doenças pulmonares. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA):

- O tabagismo é responsável por 30% das mortes por câncer e 90% dos casos de câncer de pulmão.
- A mortalidade por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) em fumantes é 10 vezes maior do que em não fumantes.
- O risco de morte por doenças cardiovasculares, como infarto e AVC, é 2 a 4 vezes maior em fumantes.
- Os custos do tabagismo para o SUS são elevados. Segundo estimativas do Ministério da Saúde, o tratamento de doenças associadas ao tabaco gera um custo superior a R\$ 57 bilhões por ano, considerando despesas médicas diretas e indiretas (INCA, 2021).

Prevalência do Tabagismo em Campinas e no Estado de São Paulo

Os dados locais sobre tabagismo também são monitorados por pesquisas regionais. De acordo com a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas do Estado de São Paulo (2019):

- A prevalência de tabagismo no estado de São Paulo foi de 8,4% em 2019, semelhante à média nacional.
- Na cidade de Campinas, a taxa de fumantes foi estimada em 9,6%, indicando uma prevalência levemente acima da média estadual.

Campinas tem se destacado pela implementação de programas de cessação do tabagismo dentro da atenção primária à saúde, disponibilizando tratamento gratuito para fumantes.

Os dados epidemiológicos evidenciam uma redução significativa no tabagismo no Brasil nas últimas décadas, resultado da Política Nacional de Controle do Tabaco e das ações implementadas localmente, como em Campinas. No entanto, desafios persistem, como o aumento do consumo de cigarros eletrônicos e a necessidade de ampliar o acesso ao tratamento para fumantes. O monitoramento contínuo da prevalência e morbimortalidade relacionadas ao tabagismo é essencial para direcionar estratégias eficazes de combate ao tabagismo.

3.3 CUSTOS ECONÔMICOS E SOCIAIS DO TABAGISMO

O tabagismo gera impactos expressivos não apenas na saúde da população, mas também na economia e na sociedade como um todo. Os custos diretos e indiretos relacionados ao consumo do tabaco incluem despesas médicas, perda de produtividade, aposentadorias precoces e impactos ambientais. Além disso, o tabagismo compromete a qualidade de vida dos fumantes e de pessoas expostas à fumaça do cigarro, aumentando a sobrecarga sobre os sistemas de saúde e assistência social.

Custos econômicos: podem ser divididos em custos diretos (despesas com tratamento de doenças relacionadas ao tabaco) e custos indiretos (perda de produtividade, absenteísmo e mortalidade precoce):

Custos Diretos: Os gastos com tratamento de doenças relacionadas ao tabaco representam uma grande parcela dos custos para o SUS. Segundo um estudo publicado pelo INCA e pelo Ministério da Saúde, o Brasil gasta anualmente R\$ 57 bilhões no tratamento de doenças atribuíveis ao tabagismo (INCA, 2021). Esses custos incluem:

- Internações e atendimentos ambulatoriais por câncer, doenças cardiovasculares e pulmonares.
- Medicamentos para tratar DPOC, hipertensão e diabetes, muitas vezes agravadas pelo tabagismo.
- Serviços de emergência e reabilitação para pacientes com AVC e IAM.

Custos Indiretos: Além das despesas com saúde, o tabagismo provoca perdas significativas para a economia devido à redução da força de trabalho e da produtividade. Os custos indiretos incluem:

- Perda de produtividade: Fumantes tendem a se ausentar mais do trabalho devido a problemas de saúde e apresentam menor capacidade laboral ao longo da vida.
- Aposentadoria precoce e invalidez: Doenças relacionadas ao tabagismo, como câncer e DPOC, levam muitos trabalhadores a se aposentarem mais cedo, gerando impacto nos sistemas previdenciário e assistencial.
- Mortalidade precoce: No Brasil, cerca de 156 mil mortes por ano são atribuídas ao tabagismo, resultando em perda de anos produtivos de vida e impacto na economia familiar e nacional (INCA, 2022).

Um estudo do Banco Mundial estima que os custos econômicos globais do tabagismo ultrapassam US\$ 1,4 trilhão por ano, representando 1,8% do PIB mundial (WHO, 2021).

Custos Sociais: Os impactos sociais do tabagismo vão além das perdas econômicas, afetando a qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade como um todo. Entre os principais efeitos sociais estão:

Impacto na Qualidade de Vida: O tabagismo reduz a expectativa de vida e prejudica o bem-estar dos fumantes e das pessoas ao seu redor.

- Fumantes crônicos sofrem com dificuldade respiratória, fadiga e limitações físicas devido a doenças pulmonares e cardiovasculares.
- A dependência da nicotina afeta o cotidiano e pode comprometer relações familiares e sociais, devido aos altos custos do cigarro e às restrições para fumar em locais públicos.

Impacto na População Não Fumante (Tabagismo Passivo): O tabagismo passivo é um problema de saúde pública, afetando principalmente crianças, idosos e gestantes.

- Estima-se que 1,2 milhão de mortes por ano no mundo sejam causadas pela exposição involuntária à fumaça do tabaco (WHO, 2021).
- Crianças expostas ao tabagismo passivo têm maior risco de desenvolver infecções respiratórias, asma e problemas cognitivos.
- Gestantes expostas ao fumo passivo apresentam maior risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer e morte súbita neonatal.

Desigualdade Social e Tabagismo: O tabagismo está diretamente relacionado a níveis socioeconômicos mais baixos, pois:

- A população de baixa renda tende a gastar uma parcela significativa do orçamento com tabaco, reduzindo recursos para alimentação e educação.
- Acesso limitado a serviços de saúde dificulta o tratamento da dependência da nicotina e o manejo das doenças relacionadas ao tabagismo.
- As taxas de tabagismo costumam ser mais elevadas entre pessoas com menor escolaridade, o que contribui para um ciclo de vulnerabilidade social e sanitária.

Impacto Ambiental do Tabagismo: Além dos impactos econômicos e sociais, o tabagismo também gera danos ambientais, afetando ecossistemas e recursos naturais.

- Produção de cigarros: O cultivo do tabaco consome grandes quantidades de água e pesticidas, além de contribuir para o desmatamento.
- Descarte inadequado de bitucas: Estima-se que 4,5 trilhões de bitucas de cigarro sejam descartadas no meio ambiente a cada ano, tornando-se uma das principais fontes de poluição (WHO, 2022).
- Emissões de poluentes: A queima do tabaco libera toxinas que contribuem para poluição atmosférica e mudanças climáticas.

Os custos econômicos e sociais do tabagismo são alarmantes, impactando o sistema de saúde, a economia e a qualidade de vida da população. Apesar dos avanços nas políticas públicas de controle do tabaco no Brasil, o país ainda enfrenta desafios, como o combate ao uso de novos produtos derivados do tabaco, especialmente os dispositivos eletrônicos para fumar, e a necessidade de ampliar o acesso às estratégias de cessação do tabagismo, sobretudo entre populações vulneráveis.

O enfrentamento eficaz desses desafios requer:

- Investimentos contínuos em ações de prevenção e controle, com foco na regulação, na educação em saúde e na ampliação do tratamento oferecido na atenção primária.
- Consolidação de políticas intersetoriais e baseadas em evidências, essencial para reduzir os impactos do tabagismo e promover a equidade em saúde.

4. CLASSIFICAÇÃO (CID)

É considerado tabagista a pessoa que fuma um ou mais produtos derivados do tabaco, independentemente das características do uso. Já a dependência de nicotina se baseia em uma série

de características encontradas na pessoa em decorrência do uso frequente de tabaco após dado período de tempo. Para classificar as alterações de saúde decorrentes do uso de derivados do tabaco, usaremos como referência a 11ª versão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 11.

Já a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP), que permite classificar questões relacionadas ao indivíduo, e não somente à doença, em sua segunda edição, o CIAP 2, reserva o código P17 para o abuso do tabaco. Dessa forma, pode-se entender que se trata de uma doença crônica evitável que afeta diversos âmbitos do indivíduo. (MONTEIRO, Andreza; DE LUCENA, Fabrício; 2023).

Considerando tais aspectos, a classificação das alterações de saúde causadas pela nicotina dentro da CID-11 encontra-se na seção de Transtornos Mentais, Comportamentais ou de Desenvolvimento Neurológico entre aqueles identificados como Transtornos Devido ao Comportamento de Dependência.

Com o código geral 6C4A - Transtorno devido ao uso de Nicotina, são classificados os detalhamentos de padrões de uso de nicotina considerados prejudiciais, padrões de dependência e, ainda, graus de sintomas de abstinência.

Durante o tratamento é possível classificar o transtorno devido ao uso de nicotina associando códigos de classificação do padrão de uso ou dependência aos quadros de sintomas gerais ou de abstinência decorrentes.

Danos à saúde podem ocorrer mesmo no uso intermitente ou ocasional de produtos do tabaco sendo identificados como:

Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 11

6C4A	Transtorno devido ao uso de Nicotina
6C4A.1	Episódio de Uso Nocivo de Nicotina e suas subseções
6C4A.2	Dependência de nicotina
6C4A.10	Padrão Nocivo do Uso de Nicotina, episódica - quando ocorrer de forma intermitente, ao longo de 12 meses
6C4A.11	Padrão Nocivo de Uso de Nicotina, contínuo quando ocorrer de forma diária ao longo de 30 dias

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA DEPENDÊNCIA NO USO DA NICOTINA (6C4A.2)

A dependência de nicotina caracteriza-se por forte impulso para uso da substância com prejuízo da capacidade de controle. Neste quadro, o paciente permanece em uso da substância mesmo em prejuízo da própria saúde, de terceiros ou financeiros. É comum ainda uma associação de satisfação e gratificação no uso da substância, levando a pessoa a priorizar o uso da substância, em detrimento de outras formas de obtenção de gratificação ou prazer. Outro fator de caracterização é a dependência física causada pelas alterações fisiológicas provocadas pelo uso da substância, que levam à tolerância às doses administradas, provocando necessidade de aumento de doses e sintomas de abstinência na cessação do uso.

Comumente, a dependência passa a ser caracterizada após o uso frequente ao longo de 12 meses. Mas, em alguns casos, é possível verificar as características em até três meses, de consumo diário ou

quase diário.

O curso do tratamento pode ser classificado de acordo com a frequência de uso dentro do padrão da CID 11. Entre os códigos 6C4A.20 até 6C4A.22 estão graduados os níveis de pacientes em uso, até aqueles considerados em remissão:

Classificação da Dependência no uso da Nicotina - CID-11

6C4A.20	Dependência de Nicotina, uso atual	Uso episódico ou contínuo no último mês.
<i>Caso após o diagnóstico ou intervenção de ajuda ocorra abstinência ou diminuição do uso, são aplicáveis os seguintes códigos:</i>		
6C4A.21	Dependência de Nicotina, remissão completa precoce - abstinência de nicotina durante período que dura entre 1 a 12 meses	Redução significativa do uso de nicotina, de forma que passe a ser expressivamente diminuído ou intermitente, desde que ocorra remissão das características de dependência.
6C4A.22	Dependência de Nicotina, remissão completa sustentada	No caso de abstinência durante 11 meses ou mais.
<i>Quando não for possível determinar o tempo e grau de uso aplica-se o código:</i>		
6C41.22	Dependência de Nicotina, não especificada	

4.2 CÓDIGOS DO TABAGISMO NA CID-10

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o tabagismo, que é amplamente reconhecido como uma condição de dependência, pode ser categorizado como um transtorno mental e comportamental devido ao uso de tabaco, particularmente no que diz respeito à dependência de nicotina.

O tabagismo e suas complicações podem ser classificados em diferentes categorias dentro da CID-10, que é dividida principalmente em Transtornos Mentais, Comportamentais, Doenças Respiratórias e Cardiovasculares, entre outras. Os principais códigos são:

Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substâncias Psicoativas

F17	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Tabaco.
F17.0	Transtorno mental e comportamental devido ao uso de tabaco, dependência.
F17.1	Transtorno mental e comportamental devido ao uso de tabaco, abstinência.
F17.2	Transtorno mental e comportamental devido ao uso de tabaco, intoxicação.
F17.3	Transtorno mental e comportamental devido ao uso de tabaco, psicose induzida por tabaco.
F17.8	Transtorno mental e comportamental devido ao uso de tabaco, outros transtornos.

Doenças Respiratórias e Cardiovasculares Relacionadas ao Tabagismo

I20-I25	Doenças Isquêmicas do Coração.
I20.0	Angina pectoris relacionada ao tabagismo.
I21.9	Infarto do miocárdio não especificado, em pessoas com histórico de tabagismo.
J40-J47	Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC).
J41.0	Bronquite crônica simples, associada ao tabagismo.
J42	Bronquite crônica, não especificada.
J44.9	Doença pulmonar obstrutiva crônica, não especificada, incluindo enfisema e bronquite crônica.

4.3 CLASSIFICAÇÃO DO TABAGISMO: DEPENDÊNCIA DE NICOTINA NA CID-10

Dependência de Nicotina (F17.0): A dependência de nicotina é caracterizada pela compulsão para fumar e pela dificuldade em parar, mesmo quando o indivíduo está ciente dos riscos à saúde. Pode envolver sintomas como:

- Desejo intenso de fumar.
- Tolerância, ou seja, a necessidade de consumir mais tabaco ao longo do tempo para alcançar o mesmo efeito.
- Sintomas de abstinência quando o consumo é interrompido.
- A dependência de nicotina é classificada como moderada ou grave, dependendo dos sintomas apresentados.

Diagnóstico e Códigos Associados ao Tabagismo na CID-10: Conforme abordado acima, a CID-10 classifica o uso do tabaco não apenas como uma questão de dependência, mas também como um fator de risco para uma série de doenças graves. O diagnóstico do tabagismo pode ser feito com base na identificação de complicações clínicas associadas ao uso de tabaco, bem como na história do paciente, levando em consideração:

- Consumo diário de cigarros.
- Histórico de tentativa de cessação.
- Sintomas de dependência de nicotina.

Fatores de Risco para Tabagismo (Z72.0): Hábito de fumar, onde o código é utilizado para identificar pacientes que têm o hábito de fumar, embora não apresentem dependência ainda.

Dessa forma, a utilização da Classificação Internacional de Doenças (CID) é fundamental para a identificação, diagnóstico e acompanhamento dos efeitos do tabagismo na saúde pública. A dependência de nicotina, classificada na CID-11 como transtorno devido ao uso de nicotina (código 6C4A), permite um entendimento detalhado dos padrões de uso e abstinência, contribuindo para a adequação do tratamento e o monitoramento das condições de saúde associadas. Além disso, a CID-10 oferece uma classificação abrangente que vincula o tabagismo a uma série de doenças graves, como doenças respiratórias e cardiovasculares, e permite a categorização dos transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso do tabaco.

A aplicação dessas classificações possibilita um tratamento mais preciso e o desenvolvimento de políticas públicas focadas na prevenção e combate à dependência do tabaco, considerando a

natureza crônica e evitável dessa condição. Em suma, a CID é uma ferramenta essencial para a abordagem integral do tabagismo, tanto na esfera clínica quanto epidemiológica.

5. INCIDÊNCIA: EPIDEMIOLOGIA DO TABAGISMO

Estratégias para vigilância e monitoramento do consumo de produtos de tabaco são ações relevantes para o controle do tabaco, previstas pelo artigo 20 (Pesquisa, Vigilância e Intercâmbio de Informação) da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Isso inclui a coleta regular de dados sobre a magnitude, padrões, determinantes e consequências do consumo de produtos de tabaco e da exposição passiva aos resíduos resultantes de seu consumo. (INCA, 2025)

Os dados gerados e as informações produzidas permitem avaliar o impacto do controle do tabagismo e das iniciativas de prevenção ao uso do tabaco, o que possibilita orientar articulações em prol da implementação de políticas intersetoriais da Política Nacional de Controle do Tabaco por meio de ações legislativas, econômicas, bem como de ações educativas. (INCA, 2025)

A prevalência de tabagismo é a porcentagem de pessoas que consomem tabaco, enquanto a incidência é um indicador que pode ser usado para avaliar a evolução do tabagismo. A incidência do tabagismo é um indicador epidemiológico fundamental para compreender a dinâmica da iniciação ao uso do tabaco. A identificação dos fatores determinantes da iniciação e da cessação do tabagismo é, portanto, fundamental para o planejamento de ações específicas para o controle do tabaco.

A análise da incidência do tabagismo é essencial para:

- Identificar grupos mais vulneráveis ao início do uso do tabaco (ex.: adolescentes, mulheres, populações de baixa renda).
- Avaliar o impacto de políticas públicas de prevenção, como restrições à propaganda e aumento de impostos sobre cigarros.
- Monitorar tendências globais e regionais do tabagismo e ajustar estratégias de combate ao tabaco.

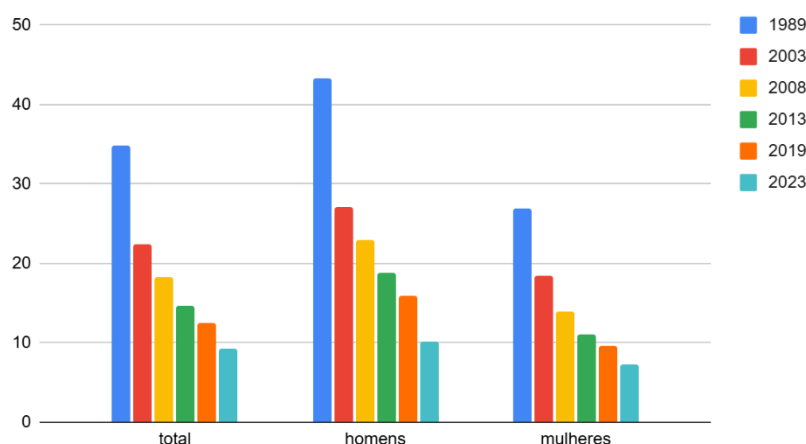
Assim, a prevenção é a principal estratégia para evitar o início do tabagismo, e medidas como restrição da propaganda, aumento de impostos e campanhas de conscientização são essenciais para reduzir ainda mais a incidência dessa prática prejudicial à saúde pública. Para que o planejamento de tais ações possa ser eficaz é necessário:

- Observar que o quadro de dependência à nicotina se desenvolve segundo características que são comuns à maioria das SPAs.
- Compreender que os fatores genéticos e de risco para uso abusivo de substâncias podem acentuar a velocidade do curso, diminuindo o tempo necessário para a pessoa desenvolver dependência.
- Considerar as fases e processos formativos e de amadurecimento do cérebro. Adolescentes se tornam mais suscetíveis que adultos no curso da dependência. Embora, em adolescentes e jovens adultos, os quadros de tolerância se desenvolvam mais rapidamente, na abstinência, os mesmos regredem em velocidade maior do que em pessoas adultas.

5.1 TABAGISMO ENTRE ADULTOS

O percentual de adultos fumantes no Brasil vem apresentando uma expressiva queda nas últimas décadas em função das inúmeras ações desenvolvidas pela Política Nacional de Controle do Tabaco. Em 1989, 34,8% da população acima de 18 anos era fumante, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN). Uma queda expressiva nesses números foi observada no ano de 2003, quando na Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) o percentual observado foi de 22,4 %. No ano de 2008 segundo a Pesquisa Especial sobre Tabagismo (PETab) este percentual era de 18,5 %. Já entre 2015 e 2019, a taxa de redução foi menor na comparação com os anos anteriores. Os dados do ano de 2019, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) apontam o percentual total de adultos fumantes em 12,6 % (Ministério da Saúde, 2023).

Prevalência de adultos fumantes 18 anos ou mais



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução-RDC nº 840, de 15 de dezembro de 2023. Dispõe sobre embalagens de produtos fumígenos derivados do tabaco. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 dez. 2023.

A proporção de fumantes adultos no Brasil tem apresentado uma redução significativa ao longo dos anos. De acordo com os dados mais recentes da pesquisa Vigitel 2023, o percentual de adultos com 18 anos ou mais que fumam no Brasil é de 9,3%. Essa taxa é mais alta entre os homens (10,2%) do que entre as mulheres (7,2%).

Fumantes – Variação Temporal – Vigitel (2006 a 2023)



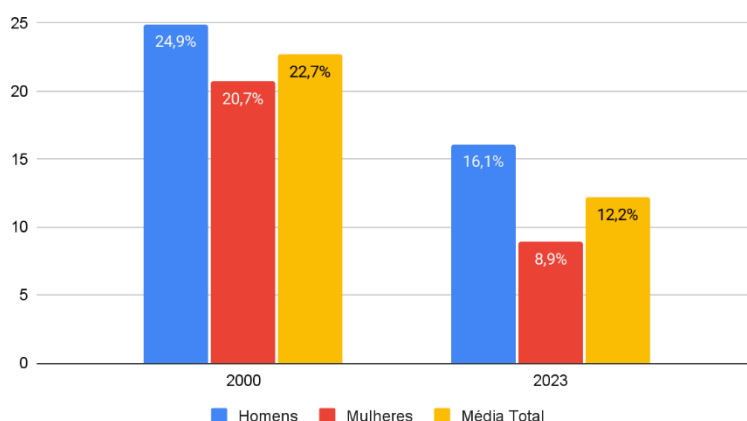
Fonte: Vigitel Brasil 2006 a 2023: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

Essa redução no número de fumantes é um reflexo dos esforços contínuos de conscientização e das políticas públicas de combate ao tabagismo no Brasil. No entanto, é importante ressaltar que o tabagismo ainda é um problema de saúde pública sério, responsável por diversas doenças e mortes evitáveis.

No município de Campinas, a prevalência do hábito de fumar, entre pessoas com 18 anos ou mais, no início da década de 2000, era de 22,7%, sendo 24,9% nos homens e 20,7% nas mulheres. Esses percentuais foram bem próximos aos observados no município de São Paulo.

Um estudo de 2023, publicado na Revista de Saúde Pública, estimou a prevalência de tabagismo em 12,2% na população adulta de Campinas. A pesquisa revela que a prevalência é maior entre homens (16,1%) do que em mulheres (8,9%).

Prevalência de adultos fumantes 18 anos ou mais em Campinas/SP



Fonte: Florindo, A. A., Guimarães, V. V., Salvador, E. P., Flor, L. S., Scazufca, M., César, C. L. G., & Barros, M. B. A. (2023). Prevalence of smoking in the adult population of Campinas, São Paulo, Brazil: A cross-sectional population-based study. Revista de Saúde Pública.

Outros estudos também apontam para uma tendência de queda no número de fumantes em Campinas nas últimas décadas, refletindo o sucesso das políticas públicas de controle do tabagismo.

5.2 TABAGISMO ENTRE JOVENS

A prevalência do tabagismo entre jovens no Brasil, embora tenha apresentado uma diminuição ao longo dos anos, ainda é um problema de saúde pública que merece atenção. A principal fonte de dados sobre o tabagismo entre jovens no Brasil são os dados epidemiológicos da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (INCA).

A pesquisa revela que a proporção de fumantes entre alunos de 13 a 17 anos tem se mantido relativamente estável nos últimos anos, com variações entre 6,8% e 7,1%.

O Vigitel, que monitora adultos com mais de 18 anos, também fornece dados indiretos sobre o tabagismo entre jovens, já que muitos iniciam o hábito nessa fase da vida. O estudo de 2023 mostrou

que o percentual de fumantes nessa faixa etária é de 9,3%, com uma diferença entre homens (10,2%) e mulheres (7,2%).

Além das pesquisas nacionais, diversos estudos regionais e locais investigam o tabagismo entre jovens, como o estudo realizado na Região Nordeste do Brasil que mostrou uma prevalência de 21,6% entre adolescentes de 14 e 15 anos, contradizendo os baixos índices nacionais (Soares MAA, et al, 2022).

Já a popularidade dos cigarros eletrônicos entre jovens no Brasil é um problema crescente de saúde pública. Embora sejam frequentemente comercializados como alternativas mais seguras ao cigarro tradicional, os cigarros eletrônicos apresentam seus próprios riscos e podem levar à dependência de nicotina, além de causar danos à saúde a longo prazo. Além disso, evidências mostram que em países onde os cigarros eletrônicos foram regulamentados, como o Reino Unido, houve um aumento significativo do uso entre adolescentes e jovens adultos. Segundo dados de um estudo realizado pela UNESP entre universitários com faixa etária entre 18 e 23 anos, 20% haviam usado cigarros eletrônicos nos últimos 30 dias. Além disso, 11% relataram o uso combinado de cigarros tradicionais e eletrônicos, um padrão que amplia os riscos à saúde. O estudo foi projetado com o objetivo de mapear a prevalência e as condições de uso de diferentes formas de tabaco entre os estudantes universitários. (Godói et al, 2024).

A epidemiologia do tabagismo entre jovens no Brasil é um desafio complexo que exige uma abordagem multifacetada. É fundamental que a sociedade, o governo, as escolas, as famílias e os profissionais de saúde trabalhem juntos para prevenir o início do tabagismo, proteger os jovens dos riscos das variadas formas de consumo de nicotina e oferecer apoio para aqueles que desejam parar de fumar.

6. FORMAS DE CONSUMO DA NICOTINA

Existem diferentes formas de consumir o tabaco e as mesmas podem ser preparadas de maneiras diversas com o objetivo de alterar seu sabor, cheiro e propriedades farmacológicas. Entretanto, todas as formas de uso do tabaco têm em comum a liberação de nicotina no sistema nervoso central.

Lembramos que o tabaco, além do cigarro, pode também ser queimado na forma de cachimbo, charuto e narguilé. Também pode ser usado sem a produção de fumaça, como quando mascado ou em preparações para ser absorvido pela mucosa oral ou aspirado pelo nariz. As pessoas que usam tabaco sem a produção de fumaça absorvem nicotina de forma semelhante aos que inalam a fumaça. Vale salientar que a nicotina, absorvida por inalação ou não, é altamente aditiva, além de que o tabaco consumido em qualquer de suas formas é um produto potencialmente mortal. (Viegas, C. A. D. A., 2008)

6.1 CIGARRO CONVENCIONAL, NARGUILÉ, CHARUTOS E CACHIMBOS

Cigarro convencional

O cigarro convencional, como conhecemos hoje, tem uma história que remonta a civilizações antigas, com o uso do tabaco documentado há mais de mil anos entre povos indígenas da América, que usavam a planta em rituais religiosos e medicinais. No entanto, foram os europeus que, ao chegarem à América, difundiram o uso do tabaco pelo mundo. No início, o tabaco era utilizado principalmente para fins medicinais, como tratamento de ferimentos e dores de cabeça.

Foi somente no século XIX, com a invenção da máquina de enrolar cigarros, que o cigarro se popularizou. A produção em massa tornou o cigarro um produto acessível e, com isso, o consumo se espalhou rapidamente.

No século XX, o cigarro se tornou um símbolo de status e glamour, impulsionado por campanhas publicitárias que associavam o cigarro a imagens de beleza, liberdade e sucesso.

Na segunda metade do século XX, no entanto, a relação entre o cigarro e diversas doenças começou a ser amplamente reconhecida, estudos científicos comprovaram que o cigarro é um dos principais causadores de doenças como câncer de pulmão, doenças cardíacas e enfisema pulmonar.

Com a divulgação dos riscos à saúde, diversos países implementaram medidas para controlar o consumo de tabaco, como a proibição de publicidade, o aumento de impostos sobre cigarros e a criação de leis que proíbem fumar em locais públicos fechados. Apesar dessas medidas, o tabagismo ainda é um problema de saúde pública mundial, responsável por milhões de mortes a cada ano.

Diante da crescente conscientização sobre os riscos do tabagismo, a indústria do cigarro tem buscado alternativas para manter seus lucros, como o desenvolvimento de cigarros eletrônicos e outros produtos que prometem reduzir os danos à saúde. No entanto, a segurança e os efeitos a longo prazo desses novos produtos ainda são objeto de debate na comunidade científica.

Na fumaça do tabaco encontram-se mais de 7.000 substâncias, além dos mais de 600 componentes do cigarro, é conhecido que pelo menos 69 destas podem causar câncer e algumas são consideradas tóxicas. Algumas dessas substâncias também estão presentes em produtos industriais comuns. Por exemplo, o arsênio, usado no endurecimento de metais em indústrias e como inseticida em venenos, que pode aumentar o risco de câncer de cabeça e pescoço se exposição exacerbada, nestes produtos há grandes advertências nos rótulos sobre os perigos acerca da exposição humana, porém não existe tal aviso sobre esta e as diversas substâncias tóxicas presentes no fumo do cigarro. (Brasil, 2022)

O alcatrão, usado para pavimentação de estradas e presente na fumaça do cigarro é composto por mais de 40 substâncias comprovadamente causadoras de câncer. Níquel, cádmio (utilizado como substância ativa no ácido das baterias), acetona (removedor de esmaltes), naftalina, Polônio 210 (radioativo) e resíduos de agrotóxicos podem ser encontradas na mistura da fumaça do cigarro.

Alcatrão e nicotina são os principais compostos da fase particulada da fumaça. A outra fase fundamental que compõe a fumaça é a fase gasosa, composta em maiores quantidades por monóxido de carbono (CO), amônia (usada em fertilizantes, produtos de limpeza e na fabricação de plásticos), formaldeído (usado em diversas indústrias como têxtil e de papéis, é bactericida e conservante, utilizado diluído em laboratórios para conservação de peças anatômicas, o “formol”), dentre outras substâncias. O monóxido de carbono tem grande afinidade com a hemoglobina, parte da hemácia responsável pelo transporte de oxigênio (O₂), se ligando a ele. A ligação do CO com a hemoglobina forma um complexo chamado carboxi-hemoglobina que chega a ser 240 vezes menos reversível que a ligação com o O₂ e essa ligação também diminui a disponibilidade de hemoglobinas para a oxigenação e impede a liberação deste na periferia. Os níveis de carboxi-hemoglobina de um tabagista podem atingir de 5 a 10% enquanto a de uma pessoa não fumante pode estar entre 0,5 e 2% por conta da exposição contínua a poluição da atmosfera e ao CO liberado pela combustão de derivados do petróleo gerada por veículos automotores.

A exposição prolongada a estes níveis aumenta o risco de doenças cardiovasculares e aterosclerose, estando ainda envolvida na redução da tolerância a exercícios físicos em pacientes acometidos por angina estável, DPOC e doença arterial coronariana. (BARROS, 2016).

Narguilé

O narguilé também é conhecido por diferentes nomes como cachimbo d'água, water pipe, argileh, goza, hookah, shisha, etc. Existem sugestões de que o narguilé teve sua origem na Índia e que tem sido utilizado extensivamente por mais de 400 anos. Atualmente seu uso é mais comum na Península Arábica, Turquia, Índia, Bangladesh e Paquistão. Porém, nos últimos anos, tem-se observado um verdadeiro renascimento de seu uso, principalmente entre jovens, inclusive em países ocidentais.

Acredita-se que, atualmente, no mundo, mais de 100 milhões de pessoas usem narguilé diariamente, sendo, inclusive, mais prevalente que o uso de cigarros em algumas partes do mundo. A prevalência de seu uso é bastante variável nas diferentes regiões, como, por exemplo, no Líbano, onde 14,6% dos adultos, 25% das grávidas e 32% dos jovens universitários o utilizam. Em um recente inquérito realizado na Síria, demonstrou-se que, entre universitários, 62,6% dos homens e 29,8% das mulheres já haviam fumado narguilé alguma vez na vida e que 25,5% dos homens e 4,9% das mulheres o faziam de forma habitual (Viegas, 2008).

Em alguns países europeus, assim como no Brasil, também tem havido um ressurgimento do uso do narguilé. Nos Estados Unidos, já existem diversos bares especializados em seu consumo, especialmente em Nova York e Los Angeles.

A composição do tabaco usado para esta modalidade de consumo não é padronizada, e seu conteúdo de nicotina é estimado entre 2% e 4%, em comparação com 1-3% do tabaco usado para cigarros. De forma semelhante, o monóxido de carbono está presente em maior percentual na fumaça do narguilé do que na do cigarro, inclusive acrescido também pela queima do carvão usado naquela modalidade. Em uma análise da fumaça originária da corrente primária do narguilé, encontraram-se quantidades significativas de nicotina, alcatrão e metais pesados, além de arsênio, benzopireno, níquel, cobalto, berílio, cromo e chumbo, em quantidades maiores do que na fumaça de cigarro (LUNELLI, 2016).

Outro dado que deve ser lembrado é que uma sessão de narguilé expõe o fumante a mais fumaça por um período mais longo do que ocorre quando se fuma cigarros. Os fumantes de um cigarro habitualmente inalam entre 8 e 12 baforadas de fumaça com 40-75 mL cada, em 5-7 minutos, inalando de 0,5-0,6 L de fumaça por cigarro. Por outro lado, uma sessão de narguilé habitualmente dura 20-80 minutos ou mais, durante a qual o fumante inala 50-200 baforadas, num total de 0,5-1,0 L de fumaça. Desta forma, o fumante de narguilé deve inalar, em uma sessão, a mesma quantidade de fumaça que um fumante de cigarros inalaria se consumisse 100 ou mais cigarros (Viegas, 2008).

Salientamos que a água usada no narguilé absorve pouco da nicotina (cerca de 5%), fazendo com que os fumantes sejam expostos a quantidades suficientes para que a droga cause dependência (Viegas, 2008).

Como a quantidade de nicotina inalada é um importante regulador da quantidade de tabaco fumado, resulta que os fumantes precisam inalar maiores quantidades de fumaça, ficando assim expostos a maiores quantidades de substâncias cancerígenas e gases nocivos (Viegas, 2008).

Isto faz com que os fumantes de narguilé e seus fumantes passivos estejam em risco para as mesmas doenças causadas pelo ato de fumar cigarros, como câncer, doenças cardíacas, doenças respiratórias e efeitos adversos durante a gravidez (Viegas, 2008).

Apesar de haver estudos que comprovem os malefícios do narguilé (o vício, os aditivos químicos, aromatizantes e carvão) que sobressaem aos do cigarro, principalmente para jovens usuários, não há políticas ou regulamentações para o seu uso. Por meio de estudos, verificaram a presença de substâncias carcinogênicas e tóxicas como nitrosaminas, aldeídos (formaldeído, acetaldeído), metais pesados como arsênio, cromo e chumbo (concentrações superiores ao cigarro). Além disso, por haver

o aquecimento do carvão, as concentrações de monóxido de carbono são elevadas, o que contribui para o aparecimento de câncer de pulmão (Ministério da Saúde, 2017).

Charutos e cachimbos

Charuto é definido como um rolo de tabaco envolvido em folha de tabaco ou em qualquer substância e que habitualmente é fumado sem filtro. A prevalência de seu consumo vem diminuindo progressivamente no mundo, sendo que, dos 30% de ingleses fumantes regulares em 2002, 5% fumavam charuto. Em outro estudo na Inglaterra, em 2003, com mais de 7.000 homens, concluiu-se que fumar charutos acarreta um risco importante para o desenvolvimento de doenças relacionadas ao tabaco. Quando comparados com pessoas que nunca fumaram, aqueles fumantes apresentavam maior risco para doença coronariana e acidente vascular encefálico, além de maior índice de mortalidade geral por enfermidade não cardiovascular. (Viegas, 2008).

A prevalência da utilização regular de cachimbo entre homens americanos caiu de 14%, na década de 60, para 2%, nos anos 90, permanecendo raro entre as mulheres (< 0,1%). Nos estudos clássicos sobre tabagismo, o risco geral de morte prematura era apenas 10% maior em fumantes de cachimbo do que em não-fumantes. (Viegas, 2008).

Atualmente, a maioria dos fumantes de cachimbo ou de charutos são ex-fumantes de cigarros, que possivelmente mantêm algumas das técnicas de inalação de fumaça, apesar da irritação provocada por esta nas vias aéreas. Nestes casos, os fumantes apresentam significativamente um maior risco de adoecer, com um aumento de 30% de risco para doença cardíaca e de risco para DPOC quase três vezes maior, além de existir uma relação causal entre fumar cachimbo e o aumento da mortalidade por câncer de pulmão, laringe, esôfago e orofaringe. Em um estudo multicêntrico na Europa, observou-se que fumar charutos ou cachimbo possivelmente apresenta um efeito carcinogênico sobre os pulmões comparável ao de fumar cigarros. (Viegas, 2008).

Finalmente, lembramos que a fumaça secundária proveniente de charutos e cachimbos contribui mais para a poluição ambiental que a proveniente de cigarros, quando igual quantidade de tabaco é queimada, além do fato de que os charutos contêm maior quantidade de tabaco e queimam por mais tempo (1-2 h vs. 10 min). Desta forma, por conter maiores concentrações de toxinas e substâncias cancerígenas que a fumaça proveniente de cigarro, a fumaça de charuto contribui também para o aumento do risco de câncer de pulmão e das demais doenças relacionadas ao tabaco em não-fumantes (fumantes passivos). (Viegas, 2008).

6.2 DISPOSITIVOS ELETRÔNICOS PARA FUMAR (DEF)

Cigarro eletrônico

Conhecidos popularmente como “vapes”, cigarros eletrônicos ou dispositivos eletrônicos para fumar (DEF) são um tipo de cigarro mecânico-eletrônico. São compostos por bateria de lítio, sensor, microprocessador, cartucho ou refil, uma solução líquida (e-líquidos), um atomizador que aquece e vaporiza esta solução e um bocal para inalação.

Em geral, a substância líquida utilizada é à base de propilenoglicol e/ou glicerina, onde a nicotina é dissolvida em várias concentrações, além de essências flavorizantes, água, metais pesados e outras substâncias químicas. Ao ser aquecido, em temperaturas que podem chegar até 350°C graças à bateria, o líquido é transformado em vapor (aerossol) e inalado pelo usuário.

Ao longo dos anos, a tecnologia utilizada para DEF evoluiu e no momento, já existem modelos de quatro gerações diferentes. Inicialmente, as concentrações de nicotina em DEF variavam entre 0,2 a 2 mg/mL equivalente a 2.4%. Nos modelos de quarta geração com formato de pen-drive, a concentração de nicotina chega a 59 mg/mL (5%), o que acelera a intensidade e velocidade de ação da nicotina. (Brasil 2022). Estas modificações resultaram em um aumento exponencial de vendas de DEF (cerca de 600%) à época de lançamento. Embora seja possível utilizar DEF sem aditivos com nicotina, 99% dos produtos gerados para consumo, possuem nicotina.

As primeiras gerações de cigarros eletrônicos continham um tipo de nicotina conhecida como base livre. Já a quarta geração, na qual se destaca o cigarro eletrônico em forma de pen-drive e com USB, entrega nicotina na forma de “sal de nicotina”, semelhante à estrutura natural da nicotina encontrada nas folhas de tabaco e facilita a sua inalação por períodos maiores, sem ocasionar desconforto ao usuário. Essa forma de liberação/absorção diminui o tempo de ação da nicotina e a intensidade de ativação neuronal, o que promove a liberação de maior quantidade de dopamina, fazendo com que o grau de dependência seja mais acentuado e ocorra em menor tempo (Barufaldi, 2020).

Outras substâncias estão presentes nos líquidos utilizados nos DEF como a glicerina e o propilenoglicol, inúmeros aditivos, metais pesados como o níquel, chumbo e até mesmo as essências flavorizantes produzidas para consumo oral, e não para serem vaporizadas. Além destas, outras drogas, como formas de maconha líquida, também têm sido adicionadas nos cartuchos de DEF. Tais aditivos, quando inalados pelos usuários, causam uma resposta inflamatória levando a significativa toxicidade pulmonar com lesão celular e tecidual, com resposta imunológica inadequada, danos ao DNA e importante alteração mucociliar (Martins, 2016; Brasil, 2022).

No Brasil a comercialização e publicidade de DEF é proibida a partir da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 46/2009, da Anvisa (Brasil, 2009), que proíbe a comercialização, a importação e a propaganda dos cigarros eletrônicos em todo o território nacional. Em 2023 foi aberta consulta pública da Anvisa, com recomendação para manutenção da proibição do comércio no território nacional. Os resultados desta consulta ainda são aguardados. Apesar da proibição no Brasil, a última pesquisa nacional realizada, demonstra que o uso é mais frequente entre jovens, apesar de haver diminuído nos últimos anos. A dificuldade de controle na venda e distribuição de DEF no Brasil, está associada à falta de regulamentação do uso da internet. (Brasil, 2024; Viegas, 2022).

7. FISIOPATOLOGIA DO TABAGISMO

A fisiopatologia estuda os mecanismos de interação entre os tecidos biológicos e o seu adoecimento, os quais levam a alterações clínicas e possíveis complicações. Ou seja, são os processos biológicos que estão por trás das alterações no funcionamento normal do corpo. O indivíduo, ao fumar qualquer tipo de cigarro, convencional ou não, promove a interação de substâncias químicas nocivas do cigarro causadoras de diversas doenças.

A principal substância é a nicotina, liberada pela folha de tabaco, considerada uma substância psicoativa (SPA) que se liga a receptores cerebrais e ativa os centros de compensação. É a principal responsável pela forte dependência - cerca de 70 a 90% dos usuários de tabaco tornam-se dependentes.

Sua retirada abrupta causa síndrome de abstinência, cujo grau de intensidade varia proporcionalmente ao tempo e quantidade de uso diário.

Considerando o quadro geral de dependência provocado pela nicotina, nota-se que envolve aspectos

físicos (causados pelas alterações fisiológicas provocadas em todo o organismo), aspectos psicológicos e comportamentais, que se relacionam a alterações específicas nos centros de compensação e gratificação do cérebro provocadas pela nicotina. Estes aspectos específicos da dependência, associados à tolerância que a nicotina provoca nos receptores neurológicos, fazem com que as doses ingeridas sejam aumentadas ao longo do tempo, desencadeando uma síndrome composta de sintomas fisiológicos e alterações de humor que causam grande desconforto à pessoa que decide parar de fumar. Esta síndrome, comum à retirada de outras SPAs, é conhecida como síndrome de abstinência e é responsável pela maioria dos quadros de recaída de fumantes e pela dificuldade em se alcançar êxito no processo de suspensão de uso de nicotina.

Efeitos da nicotina no organismo

Dependência e Síndrome de abstinência	A nicotina estimula a produção de dopamina, neurotransmissor associado ao prazer e à recompensa, o que leva à dependência química
Sistema CARDIOVASCULAR	A nicotina aumenta a frequência cardíaca, a pressão arterial e a vasoconstrição, o que pode levar a doenças cardiovasculares, como infarto e acidente vascular cerebral (AVC)
Sistema RESPIRATÓRIO	A fumaça do cigarro irrita as vias aéreas, causando inflamação e aumentando a produção de muco, o que pode levar a doenças como bronquite crônica e enfisema pulmonar
Sistema NERVOSO	Pode afetar o sistema nervoso, causando insônia, irritabilidade, alteração de humor e ansiedade
Sistema DIGESTIVO	Relaxa os músculos do estômago, o que dificulta a digestão com irritação e inflamação de todo trato digestivo

Efeitos imediatos do tabagismo

Intoxicação por nicotina: O quadro de intoxicação por nicotina 6C4A.3 é transitório e regride à medida que a substância é eliminada. É proporcional à quantidade de substância ingerida e ao tempo de exposição. É caracterizada por distúrbios neuromotores e mentais, como alteração nos níveis de cognição, percepção, afeto, consciência e comportamento. Os sinais e sintomas mais comuns incluem agitação, ansiedade, dor de cabeça, confusão, sensação de queimação na boca, salivação, náuseas, vômitos e cólicas intestinais. É mais comum em pessoas que ingerem doses superiores às habituais ou aquelas com baixa tolerância à nicotina. É fundamental excluir situações de risco potencial no diagnóstico da intoxicação por nicotina, como quadros de AVC, traumatismo craniano, e quadros de transtornos mentais.

Abstinência de nicotina: A síndrome de abstinência da nicotina 6C4A.4 é caracterizada por sintomas fisiológicos e comportamentais. Sua duração e gravidade variam de acordo com o grau de dependência, determinado pelo tempo e intensidade de uso. Podem incluir alterações de humor, como excitação ou sinais depressivos, agitação, irritabilidade, insônia, raiva, agressividade e dificuldade de concentração. São presentes, ainda, ansiedade, aumento de apetite e fissuras para uso do tabaco. Sintomas como tosse e ulceração na boca também são recorrentes. A síndrome de abstinência é a principal causa de reincidência no uso da nicotina, fator que define a necessidade de apoio à pessoa que deseja cessar o tabagismo e a abordagem multidimensional do tratamento,

incluindo aspectos psicológicos, comportamentais e medicamentosos.

Efeitos crônicos do tabagismo

O tabagismo é um hábito prejudicial que causa diversas doenças crônicas e pode levar à morte. Os efeitos crônicos do tabagismo são variados e afetam diversos órgãos e sistemas do corpo.

As principais doenças causadas pelo tabagismo, em suas diversas formas, são:

- **Respiratórias:** Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), câncer de pulmão, asma e pneumonia.
- **Doenças cardiovasculares:** Doença cardíaca coronária: A doença cardíaca coronária é uma doença que afeta os vasos sanguíneos que irrigam o coração. O tabagismo é um dos principais fatores de risco para a doença cardíaca coronária, pois danifica os vasos sanguíneos e aumenta o risco de formação de coágulos.
- **Acidente vascular cerebral (AVC):** O AVC ocorre quando o fluxo sanguíneo para o cérebro é interrompido. O tabagismo é um dos principais fatores de risco para o AVC, pois aumenta o risco de formação de coágulos e danifica os vasos sanguíneos.
- **Doença arterial periférica:** A doença arterial periférica é uma doença que afeta os vasos sanguíneos que irrigam as pernas e os pés. O tabagismo é um dos principais fatores de risco para a doença arterial periférica, pois danifica os vasos sanguíneos e aumenta o risco de formação de coágulos.

Outras doenças:

- **Câncer de laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, rim, bexiga, colo do útero e leucemia:** O tabagismo é um fator de risco para diversos tipos de câncer, além do câncer de pulmão.
- **Diabetes:** O tabagismo aumenta o risco de diabetes tipo 2, pois prejudica a ação da insulina.
- **Infertilidade:** O tabagismo pode causar infertilidade em homens e mulheres.
- **Osteoporose:** O tabagismo aumenta o risco de osteoporose, pois prejudica a absorção de cálcio pelos ossos.
- **Catarata:** O tabagismo aumenta o risco de catarata, uma doença que causa opacidade do cristalino do olho.
- **Úlcera gástrica:** O tabagismo aumenta o risco de úlcera gástrica, uma ferida que se forma no estômago.
- **Doenças periodontais:** O tabagismo aumenta o risco de doenças periodontais, que afetam as gengivas e os ossos que sustentam os dentes.

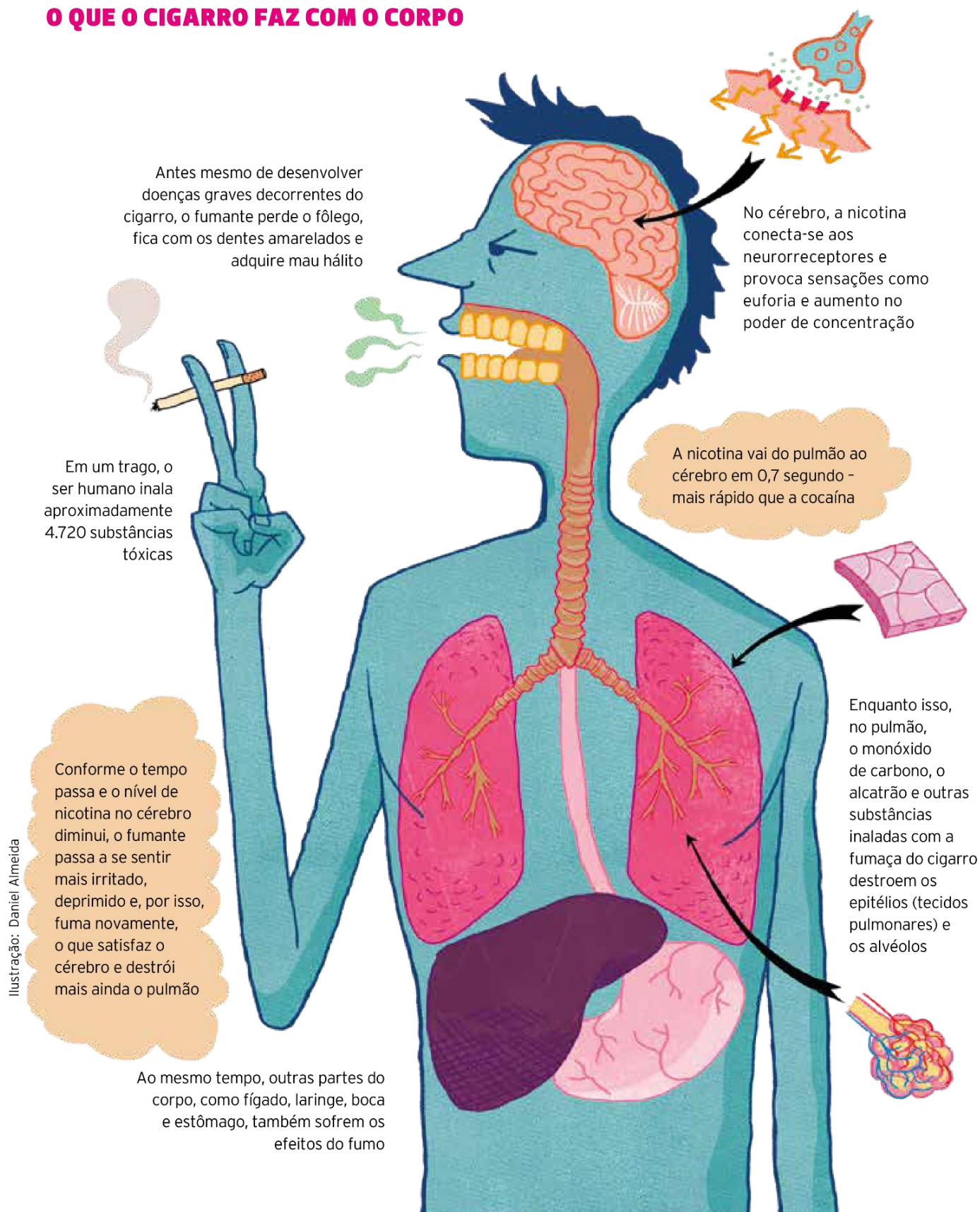
Outros efeitos

- **Envelhecimento precoce:** O tabagismo acelera o envelhecimento da pele, causa rugas precoces e amarelamento dos dentes.
- **Tosse crônica:** A tosse crônica é um sintoma comum em fumantes, causada pela irritação das vias aéreas pelo fumo.

- Falta de ar: A falta de ar é outro sintoma comum em fumantes, causada pela dificuldade para respirar devido aos danos nos pulmões.
- Mau hálito: O tabagismo causa mau hálito, devido à fumaça do cigarro e aos danos nas gengivas.
- Dependência: A nicotina, presente no cigarro, é uma substância que causa dependência. A dependência do tabaco torna difícil parar de fumar, mesmo que a pessoa queira.

É importante ressaltar que o tabagismo não afeta apenas a saúde do fumante, mas também a saúde de outras pessoas que convivem com ele, como familiares e amigos. A fumaça do cigarro contém diversas substâncias tóxicas que podem causar doenças graves em não fumantes.

O QUE O CIGARRO FAZ COM O CORPO



Fonte: <https://www.hospitaloswaldocruz.org.br/levecomvoce/pare-de-fumar/>

Tabagismo passivo

Tabagista ou fumante passivo é o nome dado à pessoa que inala a fumaça do tabaco e seus derivados, sem fumar o cigarro propriamente dito. A fumaça do cigarro, saindo da ponta, tem cerca de 3 vezes mais nicotina e monóxido de carbono e até 50 vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça inalada pelo fumante.

As populações mais suscetíveis e com maior risco de desenvolvimento de doenças respiratórias e de reações alérgicas como tosse, conjuntivite, rinite e a piora de quadros de asma são crianças e bebês, além do risco de morte súbita do recém-nascido.

A exposição contínua de adultos aumenta o risco de infarto agudo do miocárdio e câncer de pulmão, bronquite e enfisema, entre outras doenças. Após a aprovação da Lei nº 12.546 de 14 de dezembro de 2011, que proibiu o fumo em local fechado em todo o país, houve importante contribuição para a redução da população de tabagistas passivos e cumprimento do artigo 196 da Constituição Federal, que diz que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo este garantir políticas públicas visando à redução do risco de desenvolvimento de doenças e agravos (BRASIL, 2011).

8. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O diagnóstico clínico do tabagismo, referido neste protocolo, é a avaliação clínica no início do tratamento do tabagista. Inclui os diversos aspectos da saúde da pessoa em uso ou na abstinência, através da análise da saúde do paciente, considerando os aspectos clínicos gerais com ênfase na observação do funcionamento do sistema cardiovascular, respiratório e doenças neoplásicas; e ainda dos aspectos psíquicos e mentais, em particular a dependência de nicotina e existência de comorbidades mentais, como depressão e/ou ansiedade.

Os biomarcadores identificados durante a avaliação do paciente podem ser utilizados para motivar e estimular o desejo de parar de fumar. No entanto, alguns pacientes demonstram um receio evidenciado em relação aos resultados de exames, o que pode causar fuga do tratamento. Assim, a todo tempo, é necessário ser criterioso na escolha da melhor abordagem para conscientização e adesão ao tratamento.

A abordagem integral da pessoa deve incluir sua história clínica, a história de uso do tabaco sem pré julgamentos, a existência e qualificação de rede de apoio e o estilo de vida da pessoa. A entrevista motivadora (motivacional), por seus aspectos reflexivos e que estimulam a adesão a um projeto terapêutico, é uma escolha de uso desde o processo inicial de anamnese.

As preocupações e falsas crenças em torno de deixar de fumar podem ser um fator impeditivo para adesão do tratamento, e é fundamental que sejam ouvidas e acolhidas para que seja esclarecido, se há ou não, evidências de serem reais. Entre elas está o medo de ganhar peso na cessação do tabagismo e o medo de a solidão se acentuar.

O uso de álcool ou outras drogas, associadas ao uso do tabaco, também é fator que dificulta a adesão e pode ser mais facilmente sondados em uma entrevista individual. A associação mais comum entre drogas lícitas e ilícitas ao tabagismo é o álcool. (Fiore, 2008). Avaliar o grau de dependência de outras Substâncias Psicoativas (SPAs) e a possibilidade de tratamento concomitante, é uma estratégia possível e que, se necessária, deve incluir outros níveis de cuidado da rede integrada de cuidado em saúde do SUS, como os Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS AD).

Deve-se investigar ainda o uso de medicações e a possibilidade de interação com os medicamentos utilizados como apoio para cessação do tabagismo, bem como a existência de diagnósticos e

tratamentos que contraindiquem seu uso. Como exemplos, estão pacientes em tratamento de convulsão, anorexia, bulimia ou em uso de medicamentos antidepressivos, como os inibidores da monoamina oxidase (IMAO). Analisando cada caso conforme suas necessidades, pode-se ajustar a dose ou mesmo trocar os medicamentos. Outros aspectos biológicos como gestação, amamentação, adolescência, senescência, arritmias graves ou episódios de acidente vascular cerebral (AVC) ou infarto agudo do miocárdio (IAM) recentes, também são questões a serem consideradas na avaliação de contraindicações de uso das medicações.

A história de adoecimento da pessoa, ou a história de seu uso de tabaco, traz aspectos importantes a serem considerados nas abordagens terapêuticas por demonstrarem quais os fatores que mais se evidenciam no processo de dependência. Serão avaliados neste ponto se o paciente já está pronto para ação ou necessita mais motivação, e qual o seu grau de dependência de nicotina, através da aplicação do Teste de Fagerström. A existência de tratamentos anteriores e recaídas também devem ser observadas e valorizadas como experiência, visando verificar quais são as abordagens mais eficazes para o paciente e em qual ponto é necessário manter atenção para superar o fracasso do tratamento.

O teste de Fagerström é uma ferramenta constituída por um questionário de seis questões com a finalidade de avaliar o grau de dependência à nicotina, bem como auxiliar na definição da escolha terapêutica. A soma da pontuação contida em cada questão constitui o escore final, o qual varia de zero a dez. O resultado é interpretado por faixas de pontuação, que correspondem a diferentes graus de dependência física à nicotina, classificadas em muito baixa, baixa, média, elevada ou muito elevada (**Quadro 1**). Um resultado acima de 6 pontos indica que o tabagista poderá experimentar sintomas desconfortáveis da síndrome de abstinência. Para cada escore avaliado, mesmo para os pacientes que não preenchem critérios de dependência elevada, há a recomendação de um tratamento específico. O escore de Fagerström deve ser registrado no prontuário do paciente para acompanhamento do tratamento.

Quadro 1: Teste de Fagerström para dependência do cigarro

Perguntas	Resposta	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

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

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. Brasília: Ministério da Saúde/CONITEC, 2020.

A ocorrência de situações de estresse elevado como desemprego, divórcio, ocorrência de fato violento, entre outras, é comumente associada a recaídas. Permanecer ligado a uma rede de apoio e promoção da saúde e receber o suporte periódico dos grupos de cessação do tabagismo, são essenciais para prevenção ou pronto restabelecimento nessas situações.

A rede de suporte e os ambientes de convivência da pessoa em tratamento destaca-se como fator de forte importância nos resultados do tratamento. Pessoas que convivem em ambientes livres de tabaco e sem o convívio de outros fumantes têm maior incidência de sucesso no tratamento. Desta forma, é importante avaliar os fatores de risco e introduzir formas de manejo para aumentar os recursos do paciente.

Os modelos de abordagem cognitivo-comportamentais serão descritos à frente, bem como a forma de avaliação clínica mais adequada para cada pessoa. Além disso, as ações de controle do tabagismo em Campinas incluem a disponibilidade e acesso a medicamentos, os quais serão descritos a seguir.

Outra abordagem é a Entrevista Motivacional (EM), também conhecida como Intervenção Motivacional (IM) ou Motivational Enhancement Therapy (MET), que foi desenvolvida por Miller e Rollnick e tem como objetivo principal auxiliar o indivíduo nos processos de mudanças comportamentais, estimulando a resolução da ambivalência para mudanças de comportamento. (Miller e Rollnick, 2001)

9. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PROTOCOLO DE TRATAMENTO

O tratamento para cessação do tabagismo abrange intervenções psicossociais e tratamento medicamentoso. As estratégias psicossociais incluem aconselhamento, materiais de ajuda e abordagem cognitivo-comportamental, com ênfase nesta última, que representa o alicerce principal do tratamento. O tratamento medicamentoso aumenta significativamente as chances de o fumante alcançar a cessação completa do tabaco, porém desempenha um papel auxiliar nesse processo. A abordagem cognitivo-comportamental, por sua vez, é classificada como mínima (ou breve), básica ou intensiva, a depender do tempo investido no contato entre o paciente e o profissional de saúde.

9.1 CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO NA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A abordagem cognitivo-comportamental está indicada para todos os tabagistas que expressarem o desejo de parar de fumar. Esta abordagem pode ser executada de forma mínima por qualquer profissional de saúde durante a rotina de atendimentos, ou de forma intensiva realizada em sessões periódicas, preferencialmente em grupo de apoio.

A abordagem cognitivo-comportamental pode ser aplicada isoladamente ou em conjunto com a terapia medicamentosa. A abordagem intensiva isolada é, preferencialmente, preconizada para os pacientes que apresentem qualquer condição descrita abaixo (Brasil, 2020):

- Relato de ausência de sintomas de abstinência.
- Número 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.
- Adolescentes.
- Gestantes e Lactantes.

9.2 CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO NO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Os pacientes com sintomas de abstinência provocados pela suspensão do uso da nicotina poderão se beneficiar do tratamento medicamentoso. A terapia medicamentosa está indicada para os indivíduos que (Brasil, 2001):

- Fumam 20 ou mais cigarros por dia.
- Fumam o 1º cigarro do dia até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros/dia.
- Possuam escore no Teste de Fagerström maior ou igual a 5, ou avaliação individual, a critério do profissional.
- Já tentaram cessar o fumo anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito devido a sintomas de abstinência.
- Sejam maiores de 18 anos.
- Não possuam contraindicações clínicas.
- A terapia medicamentosa será fornecida exclusivamente para os usuários em acompanhamento na abordagem intensiva no serviço de saúde e apenas para a finalidade de cessação do tabagismo.

9.3 CRITÉRIOS PARA ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Em alguns casos, a equipe de saúde poderá identificar pacientes que não se adaptem à terapia em grupo e que necessitem de atendimento individual. Nesse aspecto, é de suma importância a discussão do caso dentro da equipe multiprofissional para melhor definição das estratégias terapêuticas. O atendimento individual deverá seguir os mesmos moldes da abordagem intensiva coletiva, assegurando-se os encontros periódicos para acompanhamento do tabagista.

Estão listadas abaixo algumas situações nas quais os pacientes possivelmente se beneficiarão do atendimento individual (Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2022):

- Déficit cognitivo ou auditivo ou outras situações que prejudiquem o usuário no atendimento em grupo.
- Indivíduo com experiência anterior em participação em grupos terapêuticos sem sucesso, e que não se beneficiaria de uma abordagem coletiva novamente.

- Usuário com alto risco cardiovascular, com intercorrência aguda (IAM, AVE, processo trombogênico, etc.) nas últimas quatro semanas, para o qual pode ser necessária a avaliação médica e início de tratamento farmacológico.

Segundo experiências nos grupos dos Centros de Saúde do Município de Campinas, verifica-se a necessidade de atendimento conjunto com o CAPS ou com equipe multiprofissional para pacientes de Saúde Mental, nestes casos, com consultas individuais e inserção nos grupos quando possível.

Uma opção para tais pacientes que não se adaptem à terapia em grupo são as modalidades digitais de cessação do tabagismo, bem como mensagens de texto, aplicativos para smartphones, intervenções baseadas em Inteligência Artificial (IA) ou intervenções baseadas na Internet, individualmente ou combinadas que podem ser disponibilizadas aos consumidores de tabaco interessados em deixar de fumar, como complemento de apoio à cessação do tabagismo ou como ferramenta de autogestão. (WHO, 2024)

Na Prefeitura de Campinas, conforme o Decreto Municipal nº 22.387, de 20 de setembro de 2022, as principais modalidades de atendimento digital que são disponibilizadas diretamente aos usuários são: teleconsulta, telemonitoramento, teletriagem, teleorientação e realização de grupos online para cessação do tabagismo através do sistemas SIAS e eSUS, ampliando o acesso àqueles que desejam parar de fumar através do Programa Municipal do Tabagismo.

10. BENEFÍCIOS DE PARAR DE FUMAR

A cessação do tabagismo traz benefícios à saúde, pois os indivíduos que param de fumar evitam a maioria das doenças associadas ao tabaco. Apesar de todo o conhecimento científico acumulado sobre os riscos do tabaco, as tendências de seu consumo ainda são alarmantes. Um terço da população mundial, com 15 anos ou mais, é fumante. No Brasil, 9% da população são dependentes de tabaco, sendo que 16,4% desejam parar ou reduzir seu consumo (Carlini, Galduróz, Noto, & Napo, 2002).

Diversos estudos demonstram os benefícios da cessação do tabagismo. Estudo de Crystal and Stanton (2012) fornece evidências de que as leis antifumo são seguidas por uma redução nas hospitalizações e menores gastos de saúde para uma ampla gama de doenças e que leis mais abrangentes que proíbem o fumo em locais de trabalho, restaurantes e bares estão associadas a maiores efeitos na redução das hospitalizações por doenças associadas ao uso do tabaco.

Em outro estudo, Fichtenberg e Stanton (2000) relatam que os dados indicam que programas de controle do tabagismo mais intensivos estão associados a maiores reduções no número de mortes de doenças cardíacas num curto período de tempo. O estudo também mostra que enfraquecer tais programas, limitando-os, está associado a um aumento no número de mortes. Diante desse fato, os autores sugerem que os defensores da saúde pública devem redobrar seus esforços para enfrentar a indústria do tabaco e seus aliados nas legislaturas e em outros lugares e insistir que programas eficazes sejam introduzidos tão rapidamente quanto possível para reduzir o número de mortes causadas pelo tabaco. Com a implementação das políticas públicas de prevenção e tratamento ao tabagismo, cerca de 1,3 milhões (dos quase 9 milhões) de óbitos podem ser evitados, sendo a população de baixa e média renda as maiores beneficiadas nos próximos anos.

A interrupção tabágica ou a redução significativa do consumo de cigarros em pacientes com DPOC, com apoio farmacológico (terapia de reposição de nicotina/TRN + bupropiona) traz, como benefícios: redução do desconforto respiratório, queda do nível de CO expirado, redução da COHb, melhora do VEF1 e do FEF 25-75%, o que se traduz clinicamente em relativa melhora da sintomatologia e da

qualidade de vida. Entre os benefícios da supressão do tabaco estão: a) aumento da sobrevida; b) redução da perda acelerada do VEF1; c) melhora rápida da tosse e expectoração; d) melhora da qualidade de vida (autonomia).

Em outro estudo, os autores relatam que os os benefícios advindos do ato de parar de fumar foram percebidos, na maioria das vezes, depois de alguns meses do abandono e relatados como importantes para a manutenção da abstinência, a despeito da vontade de fumar que permaneceu por mais tempo. Este fato vai ao encontro da literatura quando refere que, com a redução da exposição ao fumo, os benefícios à saúde são visíveis. Fazendo uma comparação com os estágios de mudança do processo de parar de fumar, pode-se inferir que os benefícios de parar de fumar atuam de forma a prevenir a recaída. (Viegas, 2008)

Neste mesmo estudo, é relatado que os benefícios relacionados a parar de fumar se subdividiram em temas: auto-estima, aparência pessoal e ambiente físico, capacidade física e valorização da vida. Os entrevistados relatam que sentiram-se mais confiantes e que a conquista da condição de não fumante representou uma vitória sobre a dependência, influenciando positivamente a autoestima do indivíduo no abandono do fumo. A melhora na auto-estima foi expressa pelo amor próprio e o agradar a si mesmo, e isso parece ter tido um valor importante nesse processo para todos os entrevistados.

Outros benefícios observados são em relação à saúde física geral, melhora da qualidade de vida pessoal e profissional. O conseguir abandonar o tabagismo parece ter gerado nos participantes mais autoconfiança, auto-respeito, orgulho, responsabilidade sobre si, sua saúde e sua vida, como também levou-os a aprender novos comportamentos.

Parar de fumar parece atuar de forma positiva na auto-imagem do indivíduo. Voltar a sentir o cheiro das coisas traz sentimentos de repugnância e desprezo pelo cigarro e colabora para que se faça a opção por ficar longe do fumo. Os participantes deste estudo destacam como fatores que os animam a seguir neste caminho: não precisar lavar a roupa sempre após usá-la, sentir o gosto dos alimentos e o cheiro do shampoo, poder manter a casa fechada, ser percebido e perceber-se com melhor aparência do cabelo, pele, unhas e dentes. Pode-se constatar nos depoimentos que todos os participantes sentem-se bem, mais saudáveis, felizes com os elogios que recebem sobre a sua aparência física e pela atitude de ter parado de fumar, satisfeitos consigo mesmos e usufruindo dos benefícios conquistados com o abandono do tabagismo.

A troca do cigarro pelos benefícios do abandono constitui uma troca de prazeres, tendo o último, porém, a vantagem de proporcionar uma vida saudável. Para aqueles que abandonam o cigarro no início dos seus 30 anos, a expectativa de vida é semelhante à dos que nunca fumaram. Assim, deixar de fumar é a melhor terapêutica e, também, pela melhora sintomática e da qualidade e expectativa de vida.

Outro estudo refere à ocorrência, embora efêmera, de desaceleração, relaxamento, sensação de paz e alívio em indivíduos que pararam de fumar. Efeitos esses que podem ser positivos para a decisão de parar de fumar, no sentido de ajudar os fumantes a encontrar sensações de prazer semelhantes às trazidas pelo cigarro, por meio de práticas saudáveis de vida.

É importante informar os fumantes adequadamente a partir de perspectivas criativas, no sentido de fortalecer os benefícios do ato de parar de fumar e enfraquecer o prazer e o glamour relacionados ao cigarro.

É preciso que o fumante reconheça que não tem necessidade do cigarro para continuar a viver, pois conforme a literatura, alguns fumantes em abstinência afirmam não ter encontrado dificuldade em deixar de fumar, enquanto outros, apesar da falta do cigarro, pensavam que já não recomeçariam a

fumar. Esses resultados vão ao encontro dos achados deste estudo, em que os participantes compreendem agora os malefícios do cigarro em suas vidas e relatam os benefícios advindos de parar de fumar, os quais constituem um importante fator que os estimula a permanecer longe do cigarro. Acredita-se que esses dados positivos devem ser transmitidos aos fumantes com o objetivo de desprestigiar o hábito de fumar.

O abandono do tabagismo é resultado de um conjunto de fatores, dentre os quais os benefícios de parar de fumar constituem um importante fator, sendo evidenciados pelos temas: melhora na auto-estima, na aparência pessoal e no ambiente físico, na capacidade física e na valorização da vida. Sentir os benefícios contribui para dar visibilidade aos malefícios do cigarro à saúde e reforçar a manutenção da decisão de permanecer sem fumar e prevenir a recaída.

Outro fator importante relatado neste estudo é a importância da responsabilidade pela saúde e a escolha do caminho para parar de fumar é sempre uma decisão pessoal do fumante. Entretanto, os profissionais de saúde são os motivadores e promotores da discussão, ajudando os fumantes a vivenciarem da melhor maneira possível o abandono. O desafio dos profissionais de saúde é compreender e criar condições que levem ao fortalecimento da motivação para a mudança de comportamento. Acredita-se que uma das alternativas de educação em saúde a ser realizada pelos profissionais e pela mídia, visando a busca de uma sociedade livre do tabaco, é a ênfase na divulgação dos benefícios advindos de cessar de fumar, para o que a participação de fumantes em abstinência como modelos de identificação e referenciais de estratégias de sucesso pode constituir uma contribuição significativa na prevenção do tabagismo.

Benefícios após parar de fumar

20 minutos	A pressão sanguínea e os batimentos cardíacos se normalizam.
8 horas	A quantidade de monóxido de carbono no sangue diminui pela metade, a oxigenação das células volta ao normal.
24 horas	O nível de monóxido de carbono é reduzido e os pulmões podem começar a eliminar o muco e os resíduos de fumaça
48 horas	A nicotina é eliminada do organismo. O paladar e o olfato começam a melhorar. A transpiração deixa de cheirar a tabaco.
72 horas	Os brônquios começam a relaxar e a respiração melhora.
de 1 a 12 meses	A função pulmonar melhora.
de 3 a 9 meses	A dificuldade para respirar e a tosse diminuem, a voz se torna mais clara.
Após 1 ano	O risco de ataque cardíaco se reduz-se à metade.
Após 10 anos	O risco de câncer de pulmão reduz-se pela metade.
Após 15 anos	O risco de ataque cardíaco e derrame é igual ao de uma pessoa não-fumante.

11. TRATAMENTO

11.1 CONSULTA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE

Antes de iniciar a abordagem cognitivo-comportamental, é fundamental que o tabagista seja avaliado por um profissional de saúde quanto à sua história clínica e ao grau de motivação para deixar de fumar. Nessa consulta, devem ser analisados:

- O grau de dependência física à nicotina.
- A existência de comorbidades e o estado geral de saúde.
- A indicação ou contraindicação do uso de tratamento medicamentoso.

Pacientes que apresentarem indicação para tratamento farmacológico devem ser acompanhados em consultas individuais subsequentes, realizadas na unidade de saúde ou por meio de teleconsulta, preferencialmente com o profissional responsável pela prescrição.

11.2 ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A abordagem cognitivo-comportamental é a base do tratamento para a cessação do tabagismo. Envolve a aplicação de técnicas cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais visando à detecção do risco de recaída, bem como o desenvolvimento de estratégias para enfrentamento. Tem como objetivo produzir modificações no pensamento e nas crenças do usuário, para assim promover mudanças emocionais e comportamentais duradouras.

Alguns exemplos de abordagens cognitivo-comportamentais que podem ser aplicadas ao tratamento do tabagista são:

- Identificação de pensamentos disfuncionais ou que trazem sentimentos ruins.
- Auto-observação dos comportamentos e hábitos do fumante.
- Aplicação de técnicas de relaxamento, como meditação e exercícios de respiração profunda.
- Adiamento do momento de acender o cigarro, como forma de autocontrole.
- Quebra de condicionamento, que significa sair da situação à qual o usuário associou o cigarro.
- Incentivar o tabagista a buscar formas de resolver uma situação problemática, sem que antes tenha que recorrer ao cigarro.
- Treinar o usuário para mudar a forma como ele atribui significado a determinadas situações.
- Estimular uma ação preventiva, no sentido de treinar o fumante a identificar as situações que podem levá-lo a fumar e encontrar uma resposta alternativa para não fazê-lo.
- Fornecer informações sobre os riscos do tabaco e os benefícios de se parar de fumar, dentre outras.
- Oferecer práticas integrativas e complementares como parte do tratamento e da abordagem cognitivo-comportamental.

A abordagem cognitivo-comportamental é classificada em três tipos, conforme o tempo investido no contato entre o tabagista e o profissional de saúde, podendo ser:

b1) Breve/Mínima

b2) Básica

b3) Intensiva

Todas as abordagens têm sua importância potencial em termos de saúde pública, aumentando de forma significativa as taxas de cessação do tabagismo.

11.2.1. Abordagem cognitivo-comportamental: BREVE/MÍNIMA

Essa forma de abordagem é definida por tempo de contato entre profissional-usuário inferior a 3 minutos por encontro, podendo ser realizada por qualquer profissional de saúde durante a rotina de atendimentos, sem que seja feito o acompanhamento do processo de cessação. É especialmente interessante para aqueles profissionais que apresentem dificuldades no acompanhamento do indivíduo, devido às particularidades do serviço de saúde.

A abordagem mínima pode ser resumida no mnemônico PAAP:

- **P**erguntar
- **A**valiar
- **A**conselhar
- **P**reparar

Passo 1: Perguntar e Avaliar, consiste em realizar perguntas sobre o consumo de cigarros:

- Você fuma?
- Há quanto tempo?
- Quantos cigarros por dia?
- Acende o primeiro cigarro em quanto tempo após acordar?
- Já tentou parar?
- O que aconteceu nas tentativas anteriores?
- O que você acha de marcar uma data para deixar de fumar?

Tais perguntas oferecem informações importantes que auxiliam na identificação da fase motivacional em que o indivíduo se encontra para cessar o fumo, conforme **Quadro 2** e **Figura 1** abaixo, por meio do modelo de Prochaska e DiClemente:

- Pré-contemplação
- Contemplação
- Preparação
- Ação
- Manutenção
- Recaída

Quadro 2: Fases motivacionais em que o indivíduo se encontra para cessar o fumo

Fases	Características	Comportamentos que Evidenciam	Propostas de Intervenção
Pré-contemplação	• Não consegue identificar que tem um problema. • Não apresenta a intenção de mudar. • Os pré-contempladores tendem a ser identificados em exames médicos de rotina.	• Maior resistência. • Pouca motivação. • Procura ajuda por causa de pressão externa.	• Levantar dúvidas, fazer com que a pessoa aumente sua percepção dos problemas causados pelo comportamento atual.
Contemplação	• A pessoa já tem alguma consciência do problema e está pensando seriamente em mudar o comportamento nos próximos seis meses. • Reconhece o problema, mas não tem comprometimento para mudá-lo. • Reconhece os benefícios da mudança.	• Ambivalência.	• Ajudar o paciente a identificar: - As razões para a mudança. - Os riscos de não mudar. • Fortalecer a crença do paciente sobre as possibilidades de mudança.
Preparação	• Uma vez trabalhada a ambivalência, a pessoa pode passar para o estágio de preparação ou determinação, onde ela está pronta para mudar e comprometida com a mudança.	• As pessoas pensam em marcar uma data para parar de fumar.	• Faz parte desse estágio aumentar a responsabilidade pela mudança e elaborar um plano específico de ação.
Ação	• Houve mudanças significativas no estilo de vida dentro dos últimos seis meses. • Existe engajamento em ações significativas na busca da mudança.	• Mudanças acentuadas no comportamento. • Aumento no comprometimento, energia e tempo.	• Ajudar o paciente no rumo à mudança.
Manutenção	• Menor possibilidade de recaída, aumento da confiança de que pode continuar seu processo de mudança.	• Já mudou o comportamento. • Age de forma a prevenir as recaídas.	• Auxiliar o paciente a identificar estratégias de prevenção da recaída.
Recaída	• É o retorno ao consumo de cigarros após ter parado de fumar. • É comum e pode acontecer com qualquer pessoa. • Pode ser classificada como lapso e recaída. • Cerca de 2/3 de todas as recaídas ocorrem dentro dos primeiros 90 dias após o início da tentativa de cessação.	Podem ser resultado de: • Sentimento de depressão, tristeza, tédio, luto, etc. Respondem pela maioria das recaídas. • Desconforto ou fissura associados à abstinência; outros estados físicos negativos como dor, doença, ferimento, fadiga, etc. • Alegria, liberdade, celebração Testar a capacidade de controle ou uso moderado para “tentar só mais uma vez”, a fim de ver o que acontece.	• Preparar e prevenir para o manejo dos lapsos. • Ensinar os pacientes a reestruturar seus pensamentos negativos sobre os lapsos, para não os encarar como um “fracasso” ou como falta de força de vontade.

Fonte: Szupszynski, K. P. D. R., & da Silva Oliveira, M. (2008). O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. Revista Psicologia: Teoria e Prática, 10(1), 162-173.

Figura 1: Fases motivacionais em que o indivíduo se encontra para cessar o fumo

Para alcançar os resultados esperados nas ações de intervenção, o profissional em saúde tem como recursos a expressão de empatia, buscando compreender os fatores culturais que permeiam o processo de decisão, bem como, evitar argumentos ou atitudes defensivas, buscando sempre aprofundar a reflexão de forma acolhedora além de lidar de forma firme, porém não julgadora, com a resistência. Por fim, valorizar as conquistas a cada etapa apoiando sempre a crença de autoeficácia.

Passo 2: Aconselhar e Preparar, abrange dar conselhos ao usuário de acordo com a fase motivacional na qual ele se encontre, procurando aspectos mais relevantes para cada um, por exemplo, procurando motivar aqueles que ainda não pensam em parar de fumar ou encaminhando os pacientes mais motivados para o tratamento estruturado/abordagem intensiva, preferencialmente em grupo terapêutico **Quadro 3**.

Embora não seja a forma ideal de atendimento, a abordagem breve possui um importante impacto devido ao elevado número de fumantes que são atendidos rotineiramente por profissionais de saúde.

Quadro 3: Orientação para aconselhamento e preparação

Fases	O que fazer? O que falar? Como aconselhar?
Pré-contemplação	Estabelecer rapport e não confrontar. Rapport é a técnica de comunicação que visa criar uma relação harmoniosa entre pessoas. É uma ferramenta de persuasão que pode ser usada em diversos contextos, como no marketing, na psicologia e no atendimento ao cliente. Como criar rapport? • Fazer com que a outra pessoa se sinta ouvida, respeitada e compreendida. • Criar empatia com o outro. • Entender as características e necessidades da outra pessoa. • Replicar as características e necessidades da outra pessoa. • Criar afinidade a partir da identificação. Oferecer informações sobre o risco em relação ao padrão de uso e incentivá-lo a refletir. • Mostrar os prejuízos e riscos do uso. • Motivar a procura de recursos. • Indicar o grupo de apoio ao tabagismo e seus horários na sua unidade de saúde. Perguntas para este estágio: • O que você acha que poderá acontecer se você continuar com o seu problema? • O que mais teme que possa acontecer se não fizer a mudança? • Você já tentou mudar alguma vez? O que aconteceu?
Contemplação	Ajudar o paciente a inclinar a balança da decisão em favor da mudança Ganhos e Perdas entre usar e não usar Fornecer informações relevantes (sem terror) Lista de Prós e Contras: • Reconhecer as desvantagens de ficar na mesma situação. • Reconhecer as vantagens da mudança. • Expressar otimismo em relação à mudança. • Expressar uma intenção de mudança. Ajudar o paciente a lidar com a ambivalência (estado mental com sentimentos contraditórios) - um lado quer a mudança de comportamento e o outro deseja a manutenção do mesmo. Perguntas para este estágio: • Por que você deseja mudar agora? • Quais as razões para a mudança? • Quais os melhores resultados que você pode imaginar se fizesse uma mudança? • Quais as barreiras para você realizar a mudança? • Se você decidir fazer uma mudança, quais são suas expectativas para o futuro? • Quem poderia lhe ajudar? • Quais as coisas que funcionariam para você em outras ocasiões? • Quais as suas necessidades para a mudança?
Preparação	No estágio da preparação ou determinação, o facilitador deve ajudar a pessoa a determinar a melhor linha de ação a ser seguida na busca da mudança. • Aconselhar a indicação de uma data para parar de fumar • Realizar declarações positivas e de compreensão, ajudando a criar uma atmosfera de apoio e a estabelecer vínculo com o paciente:

	→ Você está se esforçando para vencer suas dificuldades. → Eu percebo que você é uma pessoa forte. → Esta é uma ótima ideia. → É difícil falar sobre isso... eu admiro sua perseverança. Provocação de mudança de discurso é uma estratégia para ajudar o paciente a resolver a ambivalência e a estimulá-lo a apresentar argumentos para mudança. Existem quatro categorias de mudança de discurso: • Reconhecer as desvantagens de ficar na mesma situação. • Reconhecer as vantagens da mudança. • Expressar otimismo em relação à mudança. • Auxiliá-lo a expressar uma intenção de mudança. Fazer perguntas abertas e diretas para trazer à tona o discurso de mudança, como por exemplo: • O que você acha que aconteceria se você não mudasse? • Quais seriam os benefícios se você diminuísse seu consumo de cigarro? • Como você gostaria que fosse sua vida daqui a cinco anos? • O que você acha que aconteceria com você caso decidisse mudar o comportamento? • O quanto você está confiante na sua capacidade de realizar essa mudança? • Qual a importância para você diminuir o uso do cigarro? • Pense nas piores consequências de não mudar e as melhores consequências de mudar. • Quais são as coisas mais importantes na sua vida?
Ação	O facilitador deverá ajudar o paciente a dar passos rumo à mudança. As intervenções, nesse estágio, incluem: • Negociar conjuntamente as metas para mudar um comportamento de dependência do tabaco. • Sugerir estratégias que o paciente escolheria para ajudá-lo a reduzir ou parar seu comportamento de risco. • Ajudá-lo a identificar as situações de risco de recaída, como estresse, condicionamentos, lapsos e recompensas. • Dar apoio para que ele escolha suas estratégias de ação.
Manutenção	O estágio da manutenção do novo comportamento deve identificar e utilizar estratégias de prevenção de recaídas. As pessoas que estão tentando manter o comportamento mudado necessitam ser encorajadas a continuar o padrão atual e a identificar as situações de risco e o manejo dessas situações.
Recaída	O facilitador deve orientar ao paciente como lidar com a recaída: • Não ter vergonha de pedir ajuda. • Analisar o que levou à recaída. • Construir novas habilidades e estratégias. • Não desistir. • Resistir aos desejos de nicotina através de novos prazeres. • Ter consciência de que muitas pessoas voltam a fumar, pelo menos alguns cigarros por dia. • Reexaminar as motivações para parar de fumar. É importante para o profissional de saúde saber diferenciar lapso de recaída.

NUNES, SOV., and CASTRO, MRP. Habilidades Motivacionais

11.2.2. Abordagem cognitivo-comportamental: BÁSICA

A abordagem básica é aquela realizada com contato profissional-usuário de 3 a 10 minutos. Pode ser resumida com o mnemônico PAAPA que consiste em:

- Perguntar
- Avaliar
- Aconselhar
- Preparar
- Acompanhar o fumante para que deixe de fumar

Assim como a abordagem breve, a abordagem básica pode ser realizada durante a rotina de atendimentos por qualquer profissional de saúde, contudo, a abordagem básica é mais recomendada do que a anterior, pois prevê o acompanhamento do indivíduo com agendamento de encontros de retorno.

O acompanhamento dos avanços alcançados e as dificuldades percebidas pelo usuário, por meio das consultas de retorno, permite um maior apoio ao paciente na fase inicial da abstinência, quando os riscos de recaída são maiores. Todavia, para o sucesso da abordagem é fundamental que a conduta do profissional esteja de acordo com o interesse do fumante em deixar de fumar naquele momento, e o profissional de saúde deve mostrar-se disposto a apoiá-lo nesse processo.

11.2.3. Abordagem cognitivo-comportamental: INTENSIVA

A abordagem intensiva é uma forma de aconselhamento estruturado realizada em sessões periódicas com duração superior a 10 minutos em cada encontro.

Deve ser coordenada por profissional de nível superior capacitado e realizada, preferencialmente, na forma de grupo de apoio, podendo também ser realizada individualmente.

É o modelo de abordagem com as maiores taxas de sucesso, que deve ser idealmente oferecido a todo fumante que deseja parar de fumar, especialmente aqueles que se encontrem nos estágios motivacionais “Preparação” ou “Ação”, segundo Prochaska e DiClemente. Nessa abordagem ocorre o acompanhamento do indivíduo durante e após o processo de cessação do fumo.

Nos encontros sucessivos são ofertados aconselhamentos terapêuticos objetivando o entendimento do tabagismo como problema e o manejo dos sintomas de abstinência. São abordados temas como:

- riscos do tabagismo
- benefícios obtidos ao parar de fumar
- estratégias que visem ao controle da vontade de fumar, como:
 - tomar água repetidamente ou escovar os dentes, por exemplo
- ou, estratégias que visem à quebra dos estímulos para fumar, como:
 - reduzir o consumo de café e bebidas alcoólicas, desfazer-se de isqueiros e cinzeiros, evitar situações e ambientes que estimulem o fumo, aprender a lidar com situações de estresse, etc.

Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT)

Ofertado pelo Ministério da Saúde (MS), o programa conta com materiais de apoio específicos, elaborados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e utilizados no SUS desde 2001, os quais sugerem os temas a serem abordados em cada uma das sessões do aconselhamento estruturado.

- O **Manual do Coordenador** detalha o desenvolvimento de cada uma das sessões e instrui o profissional de saúde sobre os procedimentos adequados no cuidado ao paciente. Acesso: <https://ninho.inca.gov.br/ispui/handle/123456789/17190>
- O **Manual do Participante**, destinado aos tabagistas em tratamento, orienta os pacientes sobre os passos a serem tomados até o alcance da abstinência. Acesso: <https://ninho.inca.gov.br/ispui/handle/123456789/17191>

Esses materiais integram os insumos oferecidos para o tratamento e estão disponíveis nas unidades de saúde do SUS.

Ressalta-se, ainda, que o registro dos atendimentos é de fundamental importância, pois é uma forma de avaliação do serviço ofertado, além de garantir o abastecimento de medicamentos e manuais das sessões estruturadas relacionados ao PNCT.

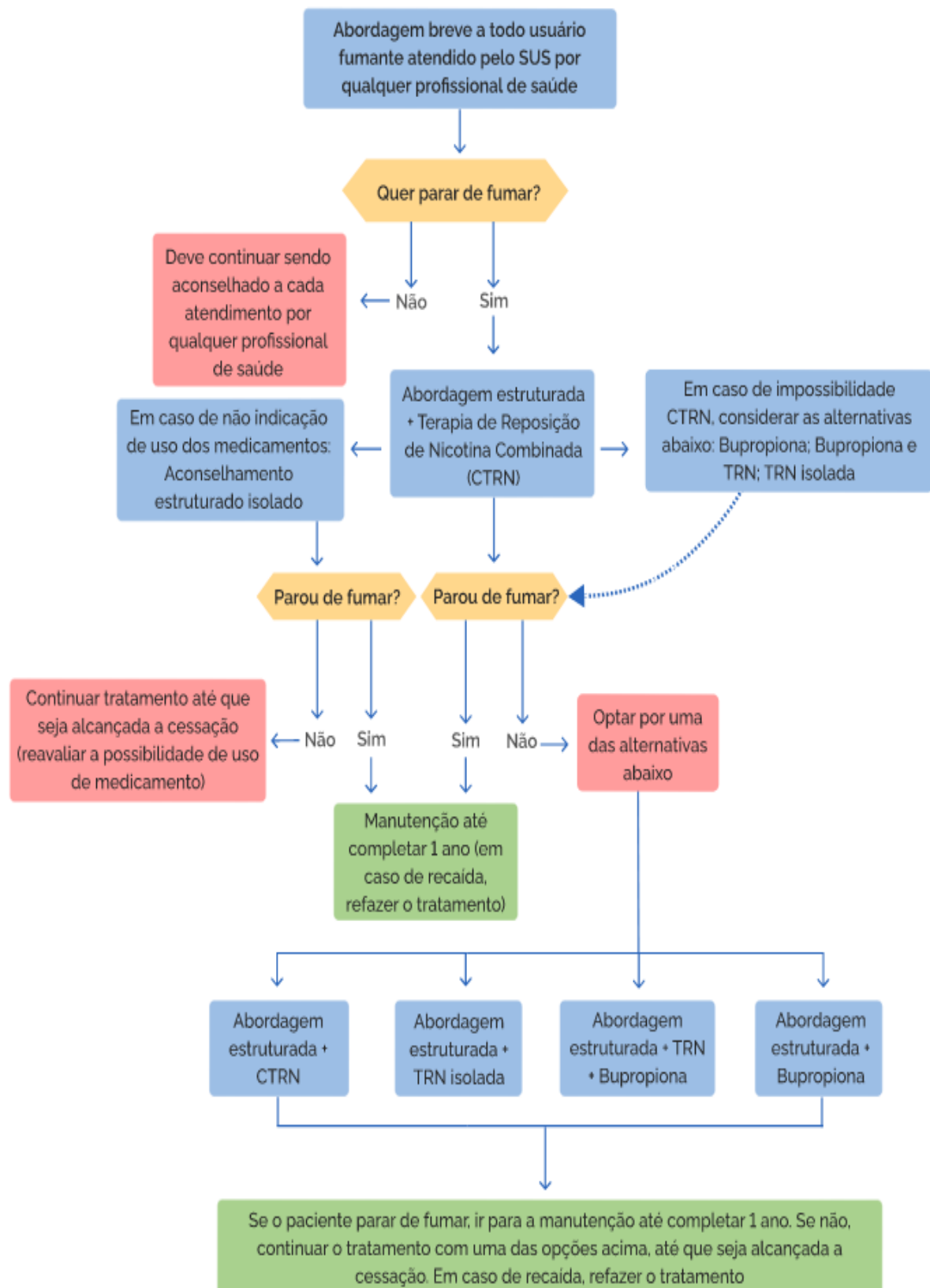
Para participar do Programa de Tabagismo em Campinas, o usuário deve entrar em contato com o Centro de Saúde mais próximo de sua residência.

Informações relativas às unidades credenciadas podem ser encontradas no portal da Assistência Farmacêutica da Prefeitura de Campinas. Disponível em:

<https://portal.campinas.sp.gov.br/secretaria/saude/pagina/assistencia-farmaceutica>

O fluxograma elaborado pelo Ministério da Saúde, **Figura 2**, aborda de forma sintetizada as etapas preconizadas para o tratamento da dependência tabágica.

Figura 2. Fluxograma de tratamento do tabagismo: etapas preconizadas para o tratamento da dependência tabágica



Fonte: Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado. Planejamento Terapêutico - Tabagismo. Disponível em: <<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/tabagismo/unidade-hospitalar/planejamento-terapeutico/#pills-tratamento-farmacologico>>. Acesso em 11 mar. 24.

12. APOIO MEDICAMENTOSO

Segundo a Portaria GM/MS nº 502, de 1º de junho de 2023, cabe ao Ministério da Saúde (MS) a responsabilidade de planejar, adquirir e fornecer aos Estados os medicamentos para auxiliar no tratamento de usuários de produtos de tabaco e dependentes de nicotina. Após a aquisição pelo MS, os insumos são encaminhados para o Estado de São Paulo, que por sua vez os distribui para os municípios, incluindo Campinas, conforme a disponibilidade em estoque.

A decisão de utilizar o tratamento medicamentoso deve ser sempre baseada em uma avaliação individual do paciente, considerando seu quadro clínico e nível de dependência à nicotina. Na ausência de contraindicações médicas, o medicamento é selecionado de acordo com a dosagem e conveniência, em acordo com o paciente.

Os esquemas terapêuticos podem ser utilizados isoladamente ou em combinação. O apoio medicamentoso, quando indicado, segue a posologia, de acordo com o medicamento escolhido. Ressalta-se que os fumantes que poderão se beneficiar da utilização de medicamentos deverão ser maiores de 18 anos e, obrigatoriamente, participar da abordagem intensiva (coletiva ou individual), realizada pelos profissionais que compõem o Programa de Controle do Tabagismo na Unidade credenciada.

→ A dispensação dos medicamentos é realizada exclusivamente a pacientes que participam de sessões de tratamento, em grupo ou individual, em uma unidade credenciada no Programa Estadual de Controle do Tabagismo.

Unidades credenciadas e com grupos ativos estão disponíveis no site da Prefeitura Municipal de Campinas. Disponível em:

https://portal-api.campinas.sp.gov.br/sites/default/files/secretarias/arquivos-avulsos/125/2024/01/19-135801/Unidades_Programa_Tabagismo.pdf

Os medicamentos considerados como 1ª linha no tratamento da dependência à nicotina, e utilizados no Brasil são:

Medicamentos de 1ª Linha:

- Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), através do adesivo transdérmico (7, 14 e 21 mg),
- Goma de mascar (2 mg)
- Cloridrato de bupropiona (150 mg).

OBS: Medicamentos de 2ª Linha:

- Nortriptilina
- Clonidina

Só devem ser utilizados após insucesso das medicações de 1ª linha.

Independentemente da carga tabágica (número de cigarros/dia ou anos de tabagismo) e do grau de dependência à nicotina, a farmacoterapia não deve ser utilizada em pacientes que apresentem contraindicações clínicas ou por aqueles que optarem pelo não uso de medicamentos, mesmo após receberem esclarecimento adequado por parte do profissional de saúde que os acompanham.

12.1 TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE NICOTINA (TRN)

A TRN tem como objetivo reduzir os sintomas de abstinência que surgem quando se tenta parar de fumar, através da reposição da nicotina dos cigarros. A TRN existe na forma de adesivos cutâneos que liberam nicotina lentamente, e também na forma de goma de mascar, sprays orais e nasais, inaladores, e pastilhas/tabletes, que são formas que liberam nicotina para o cérebro mais rapidamente do que os adesivos, porém mais lentamente do que quando se fuma. (Stead LF, et al, 2012). Esses autores sugerem que:

- Todas as formas de TRN aumentam em 50 - 70% as chances de sucesso das pessoas que estão tentando parar de fumar.
- Fumantes mais viciados podem precisar de doses maiores de TRN.
- Pessoas que utilizam a TRN têm maior probabilidade de sucesso se usarem o adesivo de nicotina junto com alguma forma de liberação de nicotina mais rápida ou se usaram o adesivo de nicotina junto com o antidepressivo bupropiona.
- Os efeitos colaterais do uso de TRN dependem do tipo de produto usado, e incluem irritação de pele causada pelos adesivos e irritação da boca causada pela goma de mascar ou pastilhas.
- Não há evidência de que a TRN aumenta a chance de ataques cardíacos.

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 ou goma) ou bupropiona associada a uma TRN isolada.

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

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.

12.1.1 GOMA DE MASCAR

A concentração da goma de mascar de nicotina disponível é de 2 mg. Tem uso indicado de maneira isolada como TRN, bem como em associação com adesivo, com a finalidade de controle de fissura. Seu uso é indicado para pacientes que utilizam até 5 cigarros/dia e não deve ultrapassar 5 gomas de 2 mg por dia.

- A obtenção desse medicamento deve ser feita mediante prescrição médica, de enfermeiro, dentista ou farmacêutico.

No caso de contraindicação do adesivo de nicotina para TRN, é possível realizar a terapia utilizando a goma para pacientes que utilizam até 20 cigarros/dia seguindo a seguinte posologia:

- Semana 1 a 4: 1 tablete a cada 1 a 2 horas.
- 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.

Orientações para o uso da goma de mascar

- O paciente deve parar de fumar ao iniciar o tratamento.
- A goma deve ser mastigada com força algumas vezes, até sentir formigamento, ou o sabor da nicotina. Nesse momento, deve-se parar de mastigar e repousar a goma entre a bochecha e a gengiva, até o formigamento passar. Após, voltar a mastigar com força e repetir a operação por 30 minutos, quando se deve jogar fora a goma de mascar.
- Durante o uso da goma não se pode beber nenhum líquido, mesmo que seja água.
- A dose máxima recomendada é de 15 gomas por dia.

Contraindicações

- Incapacidade de mascar.
- Afecções ativas da articulação temporomandibular.
- Úlcera péptica.
- Pacientes em período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio.

Uso na gravidez

A goma de mascar é classificada como categoria D de acordo com a FDA, o que significa que o medicamento possui evidência de risco para o desenvolvimento do feto, no entanto seu uso deve ser considerado para gestantes ou mulheres em fase de amamentação, quando avaliado que o risco de continuar fumando é maior do que o uso da goma. Nesse caso, é preferível usar a goma de mascar e não o adesivo de nicotina. Isso se deve ao fato de que a absorção da nicotina a partir da goma de mascar não é contínua, como ocorre com o adesivo. Além disso, a goma libera a nicotina em picos de intensidade menor do que a absorção da nicotina proveniente das tragadas de cigarros.

Reações adversas

- Irritação na boca
- Dor de garganta
- Dor bucal

- Dor muscular na região da mandíbula
- Tosse
- Estomatite
- Perda/diminuição do paladar

12.1.2 ADESIVO TRANSDÉRMICO DE NICOTINA

- Os adesivos de nicotina estão disponíveis nas apresentações (7, 14 e 21 mg).
- Os adesivos devem ser fixados na pele e trocados 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 10 horas após a aplicação do adesivo.
- 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:

Nº de cigarros que o usuário faz uso	Recomendação do uso de adesivo de nicotina
Até 5 cigarros/dia	Não é indicado o uso de adesivo. Iniciar com goma e não ultrapassar 5 gomas de 2 mg/dia
De 6 a 10 cigarros/dia	Iniciar com adesivo de 7 mg/dia
De 11 a 19 cigarros/dia	Iniciar com adesivo de 14 mg/dia
Vinte (20) ou mais cigarros/ dia	Iniciar com adesivo de 21 mg/dia

- Pacientes com escore do teste de Fagerström entre 8 a 10, e/ou fumante 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.
- Pacientes com escore do teste de Fagerström entre 5 a 7, e/ou fumante de 10 a 20 cigarros por dia e 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.

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:

Nº de cigarros que o usuário faz uso	Recomendação do uso de associação de adesivos de nicotina
Fuma mais de 40 cigarros por dia	1 adesivo 21 mg + 1 adesivo 21 mg/dia
Fuma acima de 30 a 40 cigarros por dia	1 adesivo 21 mg + 1 adesivo 14 mg/dia
Fuma acima de 20 a 30 cigarros por dia	1 adesivo 21 mg + 1 adesivo 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.

Orientações para o uso do adesivo de nicotina

- A obtenção desse medicamento deve ser feita mediante prescrição médica, de enfermeiro, dentista ou farmacêutico.
- O adesivo precisa ser colocado sobre a pele, mudando o local a cada 24 horas, sempre no mesmo horário, de preferência logo pela manhã ao acordar.
- Para as mulheres, é importante evitar aplicá-lo no seio, e para os homens, evitar regiões com pelos.
- A área deve ser protegida da exposição direta ao sol, mas não há restrição quanto ao contato com água. É essencial parar de fumar ao começar o tratamento.

Contraindicações

- Hipersensibilidade à nicotina ou qualquer outro componente do adesivo.
- Doenças dermatológicas que impeçam a aplicação do adesivo.
- Pacientes que estejam no período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio.
- Gestação.

Reações adversas

- Mais comum: irritação local, podendo chegar a eritema infiltrativo.
- Podem ocorrer mais raramente: náuseas, vômitos, hipersalivação e diarreia.
- Podem ocorrer, em menor incidência: palpitação, eritema e urticária.
- Podem ocorrer raramente: fibrilação atrial reversível e reações alérgicas como o angioedema.

12.2 CLORIDRATO DE BUPROPIONA

O cloridrato de bupropiona é um inibidor seletivo da recaptação neuronal de catecolaminas (noradrenalina e dopamina), com efeito mínimo na recaptação de indolaminas (serotonina) e que não inibe a monoaminoxidase (MAO). O mecanismo exato de ação da bupropiona, assim como o de muitos antidepressivos, é desconhecido. Presume-se que o mecanismo de ação da bupropiona seja mediado por mecanismos noradrenérgicos e/ou dopaminérgicos.

- A apresentação disponível no SUS para tratamento do tabagismo é o comprimido de 150 mg (liberação prolongada). A abordagem medicamentosa deve ser complementada com a participação em sessões estruturadas com acompanhamento de profissional de saúde.
- Este medicamento está sujeito a prescrição tanto pelo médico quanto por dentistas e é um medicamento sujeito a controle especial, conforme preconizado pela Portaria SVS n.º 344, de 12 de maio de 1998.

Posologia e modo de usar

- 1 comprimido de 150 mg pela manhã nos primeiros 3 dias de tratamento.
- 1 comprimido de 150 mg pela manhã e outro comprimido de 150 mg, 8 horas após (para evitar ocorrência de insônia), a partir do 4º dia até completar 12 semanas.
- A dose máxima recomendada é de 300 mg/dia de cloridrato de bupropiona, dividida em duas tomadas de 150 mg.
- Os comprimidos de Bupropiona devem ser engolidos inteiros. Não podem ser partidos, triturados e nem mastigados, pois isso pode ocasionar elevação do risco de eventos adversos, inclusive convulsões.

Estudos sugerem que a exposição à bupropiona pode ser aumentada quando os comprimidos de ação prolongada são tomados junto com alimentos.

Precauções

- Pacientes idosos podem ser mais sensíveis ao tratamento com cloridrato de bupropiona. O médico deve avaliar a necessidade e, nesse caso, prescrever dose única diária matinal (após o jejum) de 150 mg.
- Para pacientes com quadros de insuficiência renal crônica ou hepatopatia crônica é aconselhável reduzir a dose para 150 mg/dia, em razão da maior biodisponibilidade do medicamento.
- O uso concomitante de bupropiona e de um Sistema Transdérmico de Nicotina pode resultar em elevação da pressão arterial
- Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. Categoria D de risco na gravidez.
- A bupropiona e seus metabólitos são excretados pelo leite materno. Portanto, devido às potenciais reações adversas, recomenda-se que mães que estejam recebendo tratamento com este medicamento não amamentem.

- Para pacientes que pararam de fumar com o uso de bupropiona e que não apresentem síndrome de abstinência, a critério médico, pode ser mantida dose única diária matinal (após o desjejum) de 150 mg.
- O trabalhador noturno deve tomar o primeiro comprimido de bupropiona no horário em que desperta (após o desjejum).
- Pessoas que sintam desconforto gástrico ou relatem história recente de gastrite devem tomar o comprimido de bupropiona após a alimentação.

Principais eventos adversos

- Boca seca, insônia, dor de cabeça, náusea, tontura, depressão, ansiedade, pânico, dor torácica, reações alérgicas, desorientação e perda de apetite.

Principais contraindicações

- As contraindicações absolutas para o uso de bupropiona são: epilepsia, convulsão febril na infância, tumor do sistema nervoso central, histórico de traumatismo crânio-encefálico, anormalidades no eletroencefalograma e uso concomitante de inibidor da enzima monoamino-oxidase (IMAO) tais como: os medicamentos selegilina, fenelzina, trancilpromina e isocarboxazida.
- Caso o paciente faça ou tenha feito uso de IMAO, deve ser observado um período de 15 dias a partir da suspensão para poder iniciar a bupropiona, em razão do aumento do risco de crise convulsiva.
- Além disso, o cloridrato de bupropiona pode apresentar interações medicamentosas com os seguintes medicamentos: carbamazepina, barbitúricos, fenitoína, antipsicóticos, corticoides e hipoglicemiantes
- Os possíveis efeitos adversos da Bupropiona devem ser acompanhados pelo profissional da saúde responsável pelo atendimento, que decidirá sobre a melhor conduta a ser adotada em cada caso, fazendo, quando necessário, encaminhamentos para outros profissionais ou unidades de saúde

Sobre a prescrição

- Médicos: Qualquer médico de Unidade credenciada no Programa de Tabagismo pode fazer a prescrição dos insumos do tabagismo, mesmo que não tenha realizado capacitação específica em relação ao Programa, visto que já são capacitados em relação a esse tratamento durante sua graduação.
- Demais profissionais de nível superior que são prescritores: somente poderão realizar a prescrição dos insumos do Programa de Tabagismo se forem capacitados para atuarem no referido Programa.

12.3 TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE CIGARROS ELETRÔNICOS

O PCDT recomenda que a reposição de nicotina deve considerar 1 mg de nicotina para cada cigarro fumado, destacando que não deve ser ultrapassada a dose de 42 mg/dia.

- Diante do exposto e considerando o PCDT tomado como referência no norteamiento do tratamento dos usuários, é recomendado o seguinte esquema medicamentoso de um paciente usuário de cigarro eletrônico, cujo nível de dependência possa sugerir a necessidade de uso de medicamentos, além da abordagem cognitivo-comportamental:
- Iniciar sempre com adesivo transdérmico de nicotina 21 mg por 24 horas, combinado com uso de goma de mascar de nicotina 2 mg em caso de fissura, sendo no máximo 5 unidades de goma por dia.
- Caso seja avaliado durante o acompanhamento que o paciente apresenta grande dificuldade em suspender o uso do cigarro eletrônico, recomenda-se acrescentar no máximo mais 1 adesivo transdérmico de nicotina de 21 mg, perfazendo o total de 42 mg em 24 horas.

A redução segue a recomendação do PCDT:

- A redução das doses associadas de adesivos deve ser paulatina, preconizando-se a retirada de 7 mg a cada semana, e fundamentalmente avaliando a intensidade dos sintomas da síndrome de abstinência.
- A partir do fim desse uso combinado de TRN, o tratamento seguirá com mais 4 semanas de adesivos de 14 mg, e posteriormente, 4 semanas de adesivos de 7 mg.

Caso esteja usando 42 mg de adesivos proceder da seguinte forma:

- 21 mg + 21 mg por 7 dias
- 21 mg + 14 mg por 7 dias
- 21 mg + 7 mg por 7 dias
- 21 mg por 7 dias

13. INTERRUÇÃO DO TRATAMENTO

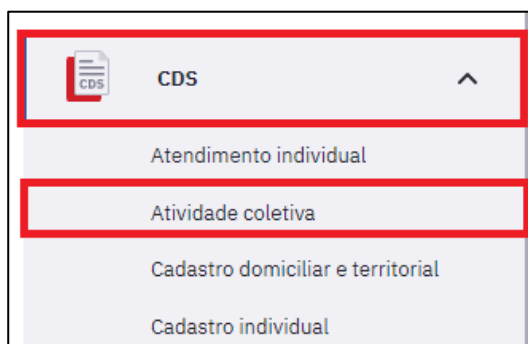
Caso o paciente tenha dificuldade em participar de sessões em grupo, é indicado que ele opte por sessões individuais, para garantir a continuidade do tratamento cognitivo-comportamental. Qualquer medicamento deve ser suspenso se o paciente apresentar contraindicações prévias. Nestes casos, ele poderá ser orientado a buscar outras opções de tratamento medicamentoso.

14. REGISTRO DO ATENDIMENTO AO PACIENTE

Os atendimentos realizados aos tabagistas na Atenção Primária devem ser registrados no sistema e-SUS AB.

14.1 REGISTRO DE ATIVIDADES COLETIVAS: GRUPO OU AÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

- É importante ressaltar que a ação não deve ser registrada por todos os profissionais que participaram da ação.
- Deve ser registrada em uma única ficha pelo profissional responsável pela ação.
- No campo “Profissionais participantes” deverão ser inseridos os dados dos demais profissionais.
- Para registrar o grupo de tabagismo, no menu à esquerda clique em CDS e depois em Atividade Coletiva.



- Depois, clique em “Adicionar”:

Ficha de atividade coletiva

CNS do profissional responsável **Pesquisar**

☐ Mostrar registros enviados / recebidos

CNES: 5416655

Data da atividade	Tipo da atividade	CNS do profissional responsável	CBO	CNES	INE
Nenhum item encontrado com o critério selecionado.					

Adicionar

- Na tela seguinte, em “Atividade Coletiva”, selecione a opção: Atendimento em grupo ou Educação em saúde, dependendo da ação que será realizada.

Atividade *

☐ 01 - Reunião de equipe
☐ 02 - Reunião com outras equipes de saúde
☐ 03 - Reunião intersetorial / Conselho local de saúde / Controle social
☐ 04 - Educação em saúde
☒ 05 - Atendimento em grupo
☐ 06 - Avaliação / Procedimento coletivo
☐ 07 - Mobilização social

- Em público-alvo, selecione “Usuário de tabaco”.

Público alvo *

Temas para saúde *

- ☐ 01 - Ações de combate ao *Aedes aegypti*
- ☐ 02 - Agravos e doenças negligenciadas
- ☐ 03 - Alimentação saudável
- ☐ 04 - Autocuidado de pessoas com doenças crônicas
- ☐ 05 - Cidadania e direitos humanos
- ☒ 06 - Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas
- ☐ 07 - Envelhecimento (climatério, andropausa, etc)
- ☐ 08 - Plantas medicinais / Fitoterapia
- ☐ 09 - Prevenção da violência e promoção da cultura da paz
- ☐ 10 - Saúde ambiental
- ☐ 11 - Saúde bucal
- ☐ 12 - Saúde do trabalhador
- ☐ 13 - Saúde mental
- ☐ 14 - Saúde sexual e reprodutiva
- ☐ 15 - Semana saúde na escola
- ☐ 16 - Outros

- Em Temas para saúde, selecione “Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas”.
- Em Práticas em saúde selecione a sessão para qual o grupo de tabagismo foi destinado.

Práticas em saúde

- ☐ 01 - Antropometria
- ☐ 02 - Aplicação tópica de flúor
- ☐ 03 - Desenvolvimento da linguagem
- ☐ 04 - Escovação dental supervisionada
- ☐ 05 - Práticas corporais e atividade física
- ☒ 06 - PNCT* sessão 1
- ☒ 07 - PNCT* sessão 2
- ☒ 08 - PNCT* sessão 3
- ☒ 09 - PNCT* sessão 4
- ☐ 10 - Saúde auditiva
- ☐ 11 - Saúde ocular
- ☐ 12 - Verificação da situação vacinal
- ☐ 13 - Outras
- ☐ 14 - Outro procedimento coletivo

Código do SIGTAP

*Programa Nacional de Controle do Tabagismo

- No bloco de informações referentes aos “Participantes”, identifique os pacientes. É possível apontar se o mesmo cessou o hábito de fumar ou abandonou o grupo. Para cada paciente, após preencher essas informações clique em “Confirmar”.

- Por fim, clique em “Salvar”.

O registro de atividade coletiva também pode ser realizado pelo módulo no sistema e-SUS AB, conforme passo a passo a seguir. Caso realize o registro dessa forma, não é necessário fazer pela ficha CDS. Escolher uma forma OU outra de preenchimento no sistema e-SUS AB.

- Clicar no módulo atividade coletiva e escolher a opção “Atividade em saúde”.

- Clicar em (Registrar atividade em saúde) e preencher os dados (data da atividade, turno, nº de participantes e adicionar os profissionais envolvidos), conforme formulário disponível para preenchimento como a seguir.

 > Atividade coletiva em saúde > Registro de atividade coletiva em saúde

Registro de atividade coletiva em saúde

Responsabilidade de registro

CBO

Equipe

Unidade de saúde

↔

Alterar responsável

Data da atividade *



Turno *

Nº de participantes *

Programa saúde na escola
☐ Educação ☐ Saúde

Local da atividade

INEP

CNES

Outro

Profissionais envolvidos

Profissional

▼

Adicionar

Nome	CBO	INE
Nenhum registro encontrado		
0 resultados		

- Na parte de dados da atividade, selecione a opção “Atendimento em grupo” ou “Educação em saúde”, dependendo da ação que será realizada.
- Como público-alvo, selecione a opção “usuários de tabaco”.
- Como tema para a saúde, adicione a opção “Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas”.
- Em práticas em saúde, selecionar qual a “sessão do PNCT”.
- Faça as anotações que julgar pertinentes no campo “Anotações da atividade”.

Dados da atividade

Tipo da atividade *

Atendimento em grupo X v

Público alvo *

Usuário de tabaco X

Temas para a saúde *

Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas X

Práticas em saúde

PNCT sessão 1 X

Código do SIGTAP

Anotações da atividade

B I U S "

Insira as anotações da atividade

0/4000 caracteres

- Em participantes, adicionar todos os participantes da atividade coletiva, selecionar se cessou o hábito de fumar e se abandonou ou não o grupo, clicar em adicionar e posteriormente em salvar. É necessário adicionar todos os participantes nesse campo, de forma que o número de participantes adicionados seja igual ao número informado no começo do formulário.

Participantes

Cidadão *

Pesquise por nome, CPF ou CNS v

Avaliação alterada

Peso (Kg)

Altura (cm)

Cessou o hábito de fumar?

☐ Sim ☐ Não

Abandonou o grupo?

☐ Sim ☐ Não

☐ Adicionar cidadão sem cadastro na base local

Adicionar

Nome	Avaliação alterada	Peso (Kg)	Altura (cm)	IMC	Cessou o hábito de fumar?	Abandonou o grupo?
		-	-	-		

1 resultado

Cancelar **Salvar**

14.2 REGISTRO DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

A avaliação clínica do indivíduo que fuma deve ser registrada no Atendimento Individual – SOAP com o seguinte:

- Código SIGTAP 03.01.01.0099 corresponde a Consulta para avaliação clínica do fumante na CIAP P17 - Abuso do Tabaco. Para os Médicos: CID10 F178 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de tabaco - outros transtornos mentais ou comportamentais ou CID10 F179 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de tabaco - transtorno mental ou comportamental não especificado.
- É o momento para realizar a avaliação clínica individual do fumante, que consiste em investigar as principais doenças e fatores de risco ligados ao tabagismo, analisar o nível de dependência do indivíduo ao cigarro, seu estágio de motivação para parar de fumar e suas preferências de tratamento.
- Os profissionais capacitados para realizar essa avaliação incluem Médicos, Enfermeiros, Cirurgiões-Dentistas e Farmacêuticos.

15. REGISTRO DE CONSUMO E TRATAMENTO: Sistema Farmanet

O Farmanet é um sistema de gerenciamento dos programas de assistência farmacêutica do Estado de São Paulo e toda Unidade credenciada no Programa de Tabagismo recebe login e senha para acesso a esse sistema, visto que é necessário fazer o preenchimento de consumo dos medicamentos e do tratamento.

É importante ressaltar que a senha do Farmanet é do serviço de saúde e não pessoal:

- O gestor do serviço de saúde, bem como pelo menos 2 profissionais de saúde que participam do Programa de Tabagismo devem ter conhecimento em relação ao preenchimento do sistema, visto que o não preenchimento no prazo estabelecido pode acarretar prejuízos à solicitação de reposição dos insumos do Programa para o município.

15.1 PREENCHIMENTO DE CONSUMO

- O preenchimento do consumo deverá ser realizado mensalmente, até o 5º dia útil de cada mês:

DADOS DE CONSUMO - FARMANET- MENSAL

Mês de competência Farmanet	Período de Referência da informação de consumo	Data para preenchimento
Janeiro	Dados do mês anterior	5º dia útil
Fevereiro	Dados do mês anterior	5º dia útil
Março	Dados do mês anterior	5º dia útil
Abril	Dados do mês anterior	5º dia útil
Maio	Dados do mês anterior	5º dia útil
Junho	Dados do mês anterior	5º dia útil
Julho	Dados do mês anterior	5º dia útil
Agosto	Dados do mês anterior	5º dia útil

Setembro	Dados do mês anterior	5º dia útil
Outubro	Dados do mês anterior	5º dia útil
Novembro	Dados do mês anterior	5º dia útil
Dezembro	Dados do mês anterior	5º dia útil

- Acessar o sistema Farmanet: <https://www.farma.saude.sp.gov.br/telalogin.asp>
- Selecionar o programa: Tabagismo
- Preencher usuário e senha:

Login

Programa: Usuário: Senha:

- No menu principal, clicar no campo consumo

Menu Principal

- Alteração de Senha
- Aprovação
- Consultas
- Consumo**
- Dúvidas e Sugestões
- Login
- Reposição
- Página Inicial

- Na área superior informar o mês de referência

Consumo Mensal (Listagem)

COORDENADORIA: COORD. DE REGIOES DE SAUDE - INTERIOR
 DRS: DRS VII - CAMPINAS
 MUNICIPIO: PREF MUN DE CAMPINAS
 Programa Saúde: TABAGISMO

Mês Referência: ABRIL / 2024 >>>

- Na Tela de Consumo estão elencados os medicamentos padronizados no programa de tabagismo:
 - Saldo anterior: Sistema irá gerar o saldo
 - Entrada: somar todas as entradas do mês do período de referência e informar o valor total
 - Saídas do mês: Informar o consumo do mês de referência, transferências

- (remanejamentos), inutilização e ajuste (justificativas: erro, perda, recolhe., troca)
- **Saldo atual:** Informar o saldo do último dia do mês do período de referência, considerando o cálculo: saldo atual = saldo anterior + entrada – saídas do mês.

Importante:

- O sistema acusa se houver divergências de contagem entra o saldo atual e os quantitativos informados. Neste caso clicar em CORRIGIR e realizar o novo cálculo

Consumo Mensal

COORDENADORIA: COORD. DE REGIOES DE SAUDE - INTERIOR
DRS: DRS VII - CAMPINAS
MUNICIPIO: PREF MUN DE CAMPINAS
UBS:
Programa Saúde: TABAGISMO
Referência:
Status: FECHADO (3/7/2025 11:12:19)
JUNHO / 2025 >>
Código Movimentação:

Medicamento	Saldo anterior	Entrada	Saídas do mês Consumo	Transf.	Inut/Venc.	Ajuste	Justific.	Saldo atual
BUPROPIONA, CLORIDRATO 150 MG COMPRIMIDO REVESTIDO DE LIBERACAO PROLONGADA (COMPRIMIDO) (1205919)	0	0	0	0	0	0	✓	0
NICOTINA 14 MG ADESIVO TRANSDERMICO (ADESIVO TRANSDERMICO) (1486624)	0	0	0	0	0	0	✓	0
NICOTINA 2 MG GOMA DE MASCAR (UNIDADE) (1486640)	0	0	0	0	0	0	✓	0
NICOTINA 21 MG ADESIVO TRANSDERMICO (ADESIVO TRANSDERMICO) (1486632)	0	0	0	0	0	0	✓	0
NICOTINA 7 MG ADESIVO TRANSDERMICO (ADESIVO TRANSDERMICO) (1486616)	0	0	0	0	0	0	✓	0

Reabrir movimentação para alteração

Cancelar movimentação

ATENÇÃO: todas as quantidades digitadas/alteradas serão perdidas.

Principal | Consumo | Reposição | Aprovação | Consultas | Dúvidas e Sugestões | Login

- Após o preenchimento, confirmar esta página de itens
- Clicar em fechar o mês

Validação de Consumo Mensal

COORDENADORIA: COORD. DE REGIOES DE SAUDE - INTERIOR
DRS: DRS VII - CAMPINAS
MUNICIPIO: PREF MUN DE CAMPINAS
UBS:
Programa Saúde: TABAGISMO
Referência:

Validação da Página de Itens 1 efetuada com sucesso

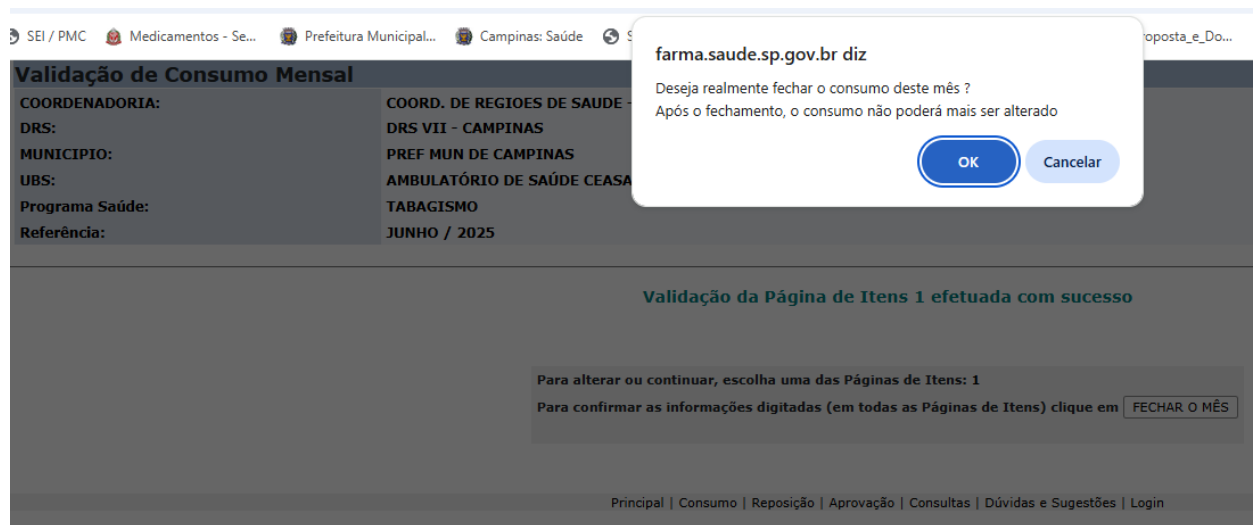
Para alterar ou continuar, escolha uma das Páginas de Itens: 1

Para confirmar as informações digitadas (em todas as Páginas de Itens) clique em **FECHAR O MÊS**

Principal | Consumo | Reposição | Aprovação | Consultas | Dúvidas e Sugestões | Login

- Se houver alguma correção, clicar em cancelar e voltar à página para realizar novo preenchimento

- Clicar em ok.



15.2 PREENCHIMENTO DO TRATAMENTO

O preenchimento do tratamento deverá ser realizado conforme cronograma a seguir, até o 5º dia útil dos meses de fevereiro, junho e outubro:

DADOS DE TRATAMENTO - FARMANET - QUADRIMESTRAL

Quadrimestre	Preenchimento
3º Quadrimestre: setembro, outubro, novembro e dezembro	5º dia útil do mês de fevereiro
1º Quadrimestre: janeiro, fevereiro, março e abril	5º dia útil do mês de junho
2º Quadrimestre: maio, junho, julho e agosto	5º dia útil de outubro

- Módulo de Tratamento: Nos meses de fevereiro, junho e outubro, após o preenchimento do consumo, esse módulo estará disponível para preenchimento, conforme abaixo:

Formulário de Registro de Tratamento

Identificação da unidade selecionada



Registro de Tratamento do Programa de Tabagismo de São Paulo

Enviar
Cancelar Envio
Gravar
Limpar Respostas
Voltar

Identificação US
Tratamento
Doenças
Práticas Integrativas

Data de Envio Formulário
Data de Fechamento Consumo

DRS/NAF

Município

Unidade

CNES

Tipo de Unidade
Ponto de Atenção

UBS
ATENÇÃO PRIMÁRIA

Principal | Consumo | Reposição | Aprovação | Consultas | Dúvidas e Sugestões | Login



Registro de Tratamento do Programa de Tabagismo de São Paulo

Enviar
Cancelar Envio
Gravar
Limpar Respostas
Voltar

Identificação US
Tratamento
Doenças
Práticas Integrativas

Modalidade de Tratamento

☐ Online
☐ Presencial

Qual a situação da unidade em relação ao quadrimestre selecionado?

☐ A unidade não atenderá no próximo quadrimestre.
☐ Programa em funcionamento: Houve atendimento na(s) unidade(s) de saúde.
☐ Programa (Re)iniciando: Não houve atendimento no quadrimestre selecionado, mas já possui equipe(s) capacitada(s) na(s) unidade(s) e atenderá no próximo.

Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento do Sexo Masculino?

Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento do Sexo Feminino?

Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento com idade menor de 18 anos?

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

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

Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento com Nível de escolaridade Fundamental Incompleto ?

Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento com Nível de escolaridade Fundamental Completo ?

Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento com Nível de escolaridade Médio incompleto ?

Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento com Nível de escolaridade Médio Completo ?

Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento com Nível de escolaridade Superior incompleto ?

Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento com Nível de escolaridade Superior Completo ?

Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento com Nível de escolaridade Pós-graduação incompleta ?

Qual o nº de pacientes que participaram do tratamento com Nível de escolaridade Pós-graduação Completa ?

Principal | Consumo | Reposição | Aproveção | Consultas | Divórcio e Suprimentos | Login

Doenças

As quantidades de pacientes com doenças foram organizadas por tipos.

Cânceres



Registro de Tratamento do Programa de Tabagismo de São Paulo

Enviar

Cancelar Envio

Gravar

Limpar Respostas

Voltar

Identificação US

Tratamento

Doenças

Práticas Integrativas

Câncer

Cardiovasculares

Metabólicas

Psiquiátricas

Respiratórias

Qual o nº de pacientes com doenças na BEXIGA ? CID D41.4

Qual o nº de pacientes com doenças no COLO DE ÚTERO ? CID C53

Qual o nº de pacientes com doenças no ESÔFAGO ? CID C15

Qual o nº de pacientes com doenças no ESTÔMAGO ? CID C16

Qual o nº de pacientes com doenças na FÁRINGE ? CID C14

Qual o nº de pacientes com doenças no FÍGADO ? CID C22

Qual o nº de pacientes com doenças na LARINGE ? CID C14

Qual o nº de pacientes com LEUCEMIA ? CID C91, C92, C93, C94 e C95

Qual o nº de pacientes com doenças no PÂNCREAS ? CID C25

Qual o nº de pacientes com doenças no PULMÃO ? CID C34.9

Qual o nº de pacientes com doenças no RIM ? CID C64

Qual o nº de pacientes com OUTRAS DOENÇAS ?

[Principal](#) | [Consumo](#) | [Reposição](#) | [Aprovação](#) | [Consultas](#) | [Dúvidas e Sugestões](#) | [Login](#)

Cardiovasculares



Registro de Tratamento do Programa de Tabagismo de São Paulo

Enviar
Cancelar Envio
Gravar
Limpar Respostas
Voltar

Identificação US
Tratamento
Doenças
Práticas Integrativas

Câncer
Cardiovasculares
Metabólicas
Psiquiátricas
Respiratórias

Qual o nº de pacientes com ANEURISMA ? CID I67.1

Qual o nº de pacientes com ANGINA ? CID I20

Qual o nº de pacientes com AVC ? CID I64

Qual o nº de pacientes com HIPERTENSÃO ? CID I10

Qual o nº de pacientes com IAM ? CID I21

Qual o nº de pacientes com TROMBOSE ? CID I74

Qual o nº de pacientes com OUTRAS DOENÇAS ?

Metabólicas



Registro de Tratamento do Programa de Tabagismo de São Paulo

Enviar
Cancelar Envio
Gravar
Limpar Respostas
Voltar

Identificação US
Tratamento
Doenças
Práticas Integrativas

Câncer
Cardiovasculares
Metabólicas
Psiquiátricas
Respiratórias

Qual o nº de pacientes com Diabetes Tipo 1 (Qtd) ? CID E10

Qual o nº de pacientes com Diabetes Tipo 2 (Qtd) ? CID E11

Psiquiátricas



Registro de Tratamento do Programa de Tabagismo de São Paulo

Enviar
Cancelar Envio
Gravar
Limpar Respostas
Voltar

Identificação US
Tratamento
Doenças
Práticas Integrativas

Câncer
Cardiovasculares
Metabólicas
Psiquiátricas
Respiratórias

Qual o nº de pacientes com DEPRESSÃO ? CID F20.4 e P91.4

Qual o nº de pacientes com ESQUIZOFRENIA ? CID F20

Qual o nº de pacientes com TRANSTORNO BIPOLAR ? CID F31

Qual o nº de pacientes com TRANSTORNO DE ANSIEDADE ? CID F41

Qual o nº de pacientes com OUTRAS DOENÇAS ?

Respiratórias



Registro de Tratamento do Programa de Tabagismo de São Paulo

Enviar

Cancelar Envio

Gravar

Limpar Respostas

Voltar

Identificação US

Tratamento

Doenças

Práticas Integrativas

Câncer

Cardiovasculares

Metabólicas

Psiquiátricas

Respiratórias

Qual o nº de pacientes com ASMA ? CID J45

Qual o nº de pacientes com BRONQUITE CRÔNICA ? CID J42

Qual o nº de pacientes com ENFISEMA PULMONAR ? CID J43

Qual o nº de pacientes com INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS ? CID J44.0

Qual o nº de pacientes com TUBERCULOSE ? CID A15 e A16

Qual o nº de pacientes com COVID-19 internação ? CID B34.2

Qual o nº de pacientes com COVID-19 domiciliar ? CID B34.2

Qual o nº de pacientes com OUTRAS DOENÇAS ?

[Principal](#) | [Consumo](#) | [Reposição](#) | [Aprovação](#) | [Consultas](#) | [Dúvidas e Sugestões](#) | [Login](#)

PECT

Registro de Tratamento do Programa de Tabagismo de São Paulo

Enviar

Cancelar Envio

Gravar

Limpar Respostas

Voltar

Identificação US

Tratamento

Doenças

Práticas Integrativas

O grupo de tabagismo utiliza algum programa da Saúde Integrativa ?

☐ SIM ☐ NÃO

Caso afirmativo descreva qual ou quais:

Descrição

Número de pacientes que utilizam cigarros abaixo de R\$5,00 (Política de Preço Mínimo)

Número de pacientes que receberam algum tipo de intervenção ou abordagem (Breve/ mínima/ Intensiva)

Número de pacientes tabagistas medicados com Reposição de Terapia de Nicotina (adesivo ou goma) durante a internação

Quantidade de pacientes que participaram da 1ª sessão

Quantidade de pacientes atendidos na 1ª consulta de avaliação clínica

Quantidade de pacientes que usaram algum medicamento para tratamento do tabagismo (Adesivo, goma e bupropiona)

Quantidade de pacientes que usaram algum medicamento para tratamento do tabagismo (outros medicamentos)

Quantidade de pacientes que deixaram de fumar sem medicamento

Quantidade de pacientes em CESSAÇÃO DE TABACO tratados no período

Primeira Semana

Segunda Semana

Terceira Semana

Quarta Semana

Quinta Semana

Sexta Semana

Sétima Semana

Oitava Semana

Nona Semana

Décima Semana

Décima Primeira Semana

Décima Segunda Semana

Previsão do número de pacientes a serem atendidos no próximo quadrimestre

Ações

- As informações de identificação da unidade de consumo são preenchidas com os dados cadastrados no “Farmanet” para a unidade e o mês de movimentação selecionadas.
- A quantidade de pacientes devem ser inteiros com 3 dígitos e são obrigatórias.
- Todas as listas deverão estar selecionadas (uma opção).

Importante:

- Cuidado ao digitar os dados sobre os pacientes que **cessaram o tabagismo**.
 - Ao preencher as informações, registre somente o número exato de pacientes que efetivamente pararam de fumar em cada semana.
 - Certifique-se de que o total de pacientes registrados como cessantes não ultrapasse o número total de participantes do grupo.
- Exemplo:** Se a unidade de saúde acompanha 20 pacientes, informe quantos cessaram na 1ª semana, na 2ª semana e assim sucessivamente, de forma acumulativa e sem duplicações.
- Erros no preenchimento, como repetir o mesmo paciente em semanas diferentes, podem gerar duplicidade nos dados e distorcer os resultados da ação.

- Todas as ações são bloqueadas quando Consumo do mês fechado.
- As ações - Enviar, Gravar e Excluir - são bloqueadas após o envio do formulário ao Estado.
- Cancelar é liberado após o envio do formulário ao Estado.
- A ação Voltar sempre está disponível.

Ação	Descrição	Disponível
Gravar	Permite gravar os dados digitados, mesmo com erros e não totalmente preenchidos	Antes do envio
Excluir	Permite excluir todas as respostas do formulário	Antes do envio
Enviar	Envia o formulário para o ESTADO.	Antes do envio
Cancelar	Cancela o envio do formulário para o ESTADO.	Após o envio
Voltar	Volta para página anterior	Sempre

Dados contidos no formulário

Validação de Consumo Mensal
COORDENADORIA:
DRS:
MUNICÍPIO:
UBS:
Programa Saúde:
Referência:

COORD. DE REGIÕES DE
DRS XV - S. J. RIO PRETO
PREF MUN DE MENDONÇA
UBS III MENDONÇA
TABAGISMO
MAIO / 2021

farma.des.sp.gov.br/diz
ATENÇÃO
Favor preencher e enviar o formulário de Registro de Atendimento referente ao consumo de MAIO / 2021 da Unidade

OK

Para alterar ou continuar, escolha uma das Páginas de Itens: 1
Para confirmar as informações digitadas (em todas as Páginas de Itens) clique em: **FECHAR O MÊS**

Formulário de Registro de Tratamento
Preenchimento obrigatório para conclusão do fechamento do consumo do mês.
Acesso

Principal | Consumo | Registro | Aprovação | Consultas | Dúvidas e Suportes | Login

Enviar formulário


Registro de Tratamento

farma.des.sp.gov.br/diz
Confirma a gravação e envio do formulário?

Enviar **Cancelar Envio**

OK **Cancelar**

Gravar **Limpar Respostas** **Voltar**

Identificação US Tratamento Doenças Práticas Integrativas

Data de Envio Formulário Data de Fechamento Consumo

DRS/NAF

Município

Unidade

CNES

Tipo de Unidade Ponto de Atenção

UBS ATENÇÃO PRIMÁRIA

Importante:

→ Enquanto o formulário não for enviado, o sistema não permite realizar o fechamento do consumo.

16. CREDENCIAMENTO NO PROGRAMA DE TABAGISMO

Critérios para a Unidade de Saúde ser credenciada:

- Pertencer ao SUS.
- Possuir CNES ativo.
- Possuir pelo menos 01 profissional de saúde de nível superior capacitado com o Curso de Capacitação para Abordagem Intensiva ao Tabagista.

Encaminhar para o responsável pelo tabagismo do Distrito de Referência, a ficha Nº 08 preenchida, para alteração do CNES: Alteração de CNES incluindo “Serviço de Controle de Tabagismo”

- Preenchimento da Ficha 08 - Código de Serviço 119. Disponível em:

https://saude.campinas.sp.gov.br/saude/cnes/fichas/cnes_integral/Ficha_08.pdf

O responsável no Distrito de Referência, deverá realizar o processo para incluir o serviço 119 – controle de Tabagismo. O Distrito de Saúde de referência deverá encaminhar ao e-mail da assistência farmacêutica (assistenciafarmaceutica@campinas.sp.gov.br) os documentos abaixo para o credenciamento:

1. Cópia do diploma ou Registro do Conselho Regional da categoria de cada profissional capacitado.
 - É possível anexar até dois profissionais que serão responsáveis pelo Programa na Unidade e por multiplicar a capacitação aos demais profissionais envolvidos.
 - Não aceitamos Carteira de Trabalho (CTPS) e certidão negativa.
2. Cópia do certificado de capacitação dos profissionais expedido pelo ESTADO – LEGÍVEL.
 - Curso de acordo com o Protocolo Nacional/ INCA.
 - Esse certificado deve ser da mesma pessoa que enviou o diploma do item 02.
3. O print da tela do site do CNES constando a alteração de CNES incluindo o “Serviço de Controle de Tabagismo”.
4. Ofício de Solicitação de Credenciamento.
 - O Ofício será elaborado pelo Departamento de Saúde.
5. Projeto Programa de Atenção Intensiva ao Tabagista da Unidade preenchido através da planilha (será fornecida pelo Distrito de Saúde de referência).
 - Após preenchimento, salvar o arquivo e anexar no e-mail.

Preencher os dados exatamente conforme solicitado para que o credenciamento possa ser efetivado. Todos os campos são de preenchimento obrigatório.

Encaminhamento: Os documentos deverão ser encaminhados por e-mail em arquivo anexo para o Distrito de referência que avaliará se todos os documentos estão preenchidos corretamente. A Assistência Farmacêutica encaminhará para o DRS VII e Estado. Obs.: Cada unidade a ser credenciada, deverá preencher separadamente em e-mail individual. Em caso de dúvidas, entrar em contato com o Distrito de referência.

Importante:

- Após recebimento do Processo, todos os documentos serão verificados pelo Estado.
- Caso haja divergência ou pendência, a assistência farmacêutica municipal comunicará via e-mail.
- Após a efetivação, mantenha os dados de contato sempre atualizados, principalmente se houver alteração dos responsáveis.
- A senha do FARMANET será enviada por e-mail posteriormente por e-mail.

17. CAPACITAÇÕES

As capacitações do curso de abordagem ao tabagista para profissionais da área da saúde de nível superior é realizada pela Política Estadual de Controle do Tabaco.

- As informações referentes ao cronograma de capacitações está disponível no site da Secretaria Estadual de Saúde. Disponível em:
<https://portal.saude.sp.gov.br/pect-politica-estadual-de-controle-do-tabaco/>
- As capacitações estão sendo realizadas de forma virtual pelo YouTube da Coordenadoria de Controle de Doenças. Disponível através do link: https://www.youtube.com/@ccd_ses_sp
- As informações referentes às datas de capacitações são enviadas previamente pelo Departamento de Saúde por e-mail aos Distritos de Saúde, para que os gestores possam organizar a participação dos profissionais de saúde.

18. REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, J. A. Perguntas e respostas: narguilé ou cachimbo de água. **SOPTERJ**, [S. l.], p. 1-8, 2016.
- ARAÚJO, A. José de et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 30, p. S1-S76, 2004.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Apresentação da AMB na 2ª Audiência Pública da ANVISA: Dispositivos Eletrônicos para Fumar**. Rio de Janeiro: [s. n.], 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=MIy9JK3dmm0>. Acesso em: 12 ago. 2025.
- BANCO MUNDIAL. **The Economic Cost of Smoking**. Washington, DC: World Bank, 2021.
- BARROS, R. Marcadores biológicos de tabagismo. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 110–116, 2016. DOI: 10.9771/cmbio.v15i1.14523. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/14523>. Acesso em: 29 mar. 2024.
- BARUFALDI, L. A. et al. Risco de iniciação ao tabagismo com o uso de cigarros eletrônicos: revisão sistemática e meta-análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 119-130, 2020.
- BASTOS, F. I. P. M. et al. **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. p. 528. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 12 ago. 2025.
- BRASIL. **Lei nº 7.488, de 11 de junho de 1986**. Institui o Dia Nacional de Combate ao Fumo. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 jun. 1986.
- BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990.
- BRASIL. **Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996**. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1996.
- BRASIL. **Lei nº 11.488, de 15 de junho de 2007**. Obriga os fabricantes de cigarros a instalarem equipamentos contadores de produção. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jun. 2007.
- BRASIL. **Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011**. Altera o sistema de tributação dos cigarros e institui a política de preços mínimos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 dez. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 38 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Controle do Tabaco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo**. Brasília: CONITEC, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-do-tabagismo>. Acesso em: 12 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dependência à Nicotina**. Brasília: INCA, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno temático do Programa Saúde na Escola: prevenção do uso do tabaco**. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Educação, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão (CID-10)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto Econômico do Tabagismo no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reportagem: Ministério da Saúde oficializa Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Confira razões para parar de fumar**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/junho/ministerio-da-saude-oficializa-programa-nacional-de-controle-do-tabagismo-confira-razoes-para-parar-de-fumar>. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023>. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Controle do tabagismo no Brasil: políticas públicas e resultados**. Rio de Janeiro: INCA, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Nota técnica: Uso de narguilé: efeitos sobre a saúde, necessidades de pesquisa e ações recomendadas para legisladores**. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária à Saúde (APS). **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 154 p. (Cadernos da Atenção Primária à Saúde (APS), n. 40).

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 46, de 28 de agosto de 2009**. Proíbe a comercialização, a importação e a propaganda de dispositivos eletrônicos para fumar. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução-RDC nº 840, de 15 de dezembro de 2023**. Dispõe sobre embalagens de produtos fumígenos derivados do tabaco. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **DEF: dados e números**. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/prevalencia-do-tabagismo>. Acesso em: 02 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Tabagismo passivo: A fumaça do cigarro é uma mistura de aproximadamente 7.000 substâncias tóxicas diferentes que afeta fumantes e não fumantes**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/tabagismo/tabagismo-passivo>. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Prevalência do tabagismo**. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de>

saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/prevalencia-do-tabagismo. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado. **Planejamento Terapêutico - Tabagismo**. [S. l.]: Ministério da Saúde, [20--?]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/tabagismo/unidade-hospitalar/planejamento-terapeutico/#pills-tratamento-farmacologico>. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado. **VÍDEO - Ação da Nicotina no SNC**. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/tabagismo/o-cigarro/efeitos-no-organismo/>. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n.º 1.498, de 22 de agosto de 2002. Recomenda às instituições de saúde e de ensino a implantarem programas de ambientes livres da exposição tabagística. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 ago. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n.º 3.257, de 22 de setembro de 1988. Recomenda medidas restritivas ao fumo nos ambientes de trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 set. 1988.

BRASIL. UNASUS. **Fumaça inalada em narguilé equivale a 100 cigarros ou mais**. 2014. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/fumaca-inalada-em-narguile-equivale-100-cigarros-ou-mais>. Acesso em: 12 ago. 2025.

CARLINI, E. A. et al. A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o tratamento do tabagismo: revisão da literatura. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 159-166, 2002.

CRYSTAL, C.; STANTON, L. Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases: a meta-analysis. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 308, n. 15, p. 1548-1555, 2012.

IORE, M. C. et al. **Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update**. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2008.

F FLORINDO, A. A. et al. Prevalence of smoking in the adult population of Campinas, São Paulo, Brazil: a cross-sectional population-based study. *Revista de Saúde Pública*, v. 57, p. 74, 2023. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005488>.

GODÓI, B. R. S. O cigarro eletrônico na encruzilhada. **Jornal da Unesp**, São Paulo, 21 nov. 2024. Disponível em: <https://jornal.unesp.br/2024/11/21/o-cigarro-eletronico-na-encruzilhada/>. Acesso em: 12 ago. 2025.

GOLD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. **Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD**. [S. l.]: GOLD, 2022.

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ. **Campanhas de conscientização sobre os graves malefícios do cigarro e tratamentos que olham para o vício de forma global são fortes aliados para que cada vez mais pessoas abandonem o hábito**. [S. l.]: Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Disponível em: <https://www.hospitaloswaldocruz.org.br/levecomvoce/pare-de-fumar/>. Acesso em: 12 ago. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Abordagem breve, mínima, básica na cessação do tabagismo: uma ação ao alcance de todos os profissionais de saúde**. Rio de

Janeiro: INCA, 2021. 24 p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/abordagem_tabagismo_web.pdf. Acesso em: 12 ago. 2025.

LEVY, D. et al. The Brazil SimSmoke Policy Simulation Model: The Effect of Strong Tobacco Control Policies on Smoking Prevalence and Smoking-Attributable Deaths in a Middle Income Nation. **PLOS Medicine**, São Francisco, v. 9, n. 11, p. e1001336, 2012.

LUNELLI, M. L. et al. Análise das condições pulmonares de discentes tabagistas de cigarro e tabagistas de narguilé do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Regional de Blumenau. **Anais do 16º Congresso Nacional de Iniciação Científica**, Blumenau, 2016.

MARTINS, S. R. M. **Cigarros eletrônicos: o que sabemos? Estudo sobre a composição do vapor e danos à saúde, o papel na redução de danos e no tratamento da dependência de nicotina**. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

MIRRA, A. P. et al. Resgate histórico do controle do tabagismo na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: relato de uma experiência. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, p. 153-157, 2009.

MONTEIRO, A.; DE LUCENA, F. Os desafios na adesão ao tratamento para cessar o tabagismo: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 7709-7722, 2023.

NUNES, S. O. V.; CASTRO, M. R. P. **Habilidades Motivacionais**. [S. l.]: [s. n.], 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Atuação do Farmacêutico no Tabagismo**. 2. ed. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2022. 73 p.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, Washington, DC, v. 47, n. 9, p. 1102-1114, 1992.

SÃO PAULO (Estado). **Lei nº 13.541, de 07 de maio de 2009**. Proíbe o consumo de cigarros em locais fechados de uso coletivo. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, 08 maio 2009.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução SS nº 9, de 23 de janeiro de 2024**. Institui a Política Estadual de Controle do Tabaco (PECT). Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, 24 jan. 2024.

SILVEIRA, K. M. A. Relação das Dependências Física, Psicológica e Comportamental na Cessação do Tabagismo. **Contextos Clínicos**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 535-546, 2021.

SOARES, M. A. A. et al. Prevalência e Caracterização do Consumo de Tabaco entre Adolescentes de Montes Claros, Minas Gerais, 2019-2020. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 4, p. e-142763, 2022.

STEAD, L. F. et al. A terapia de reposição de nicotina (TRN) pode ajudar as pessoas a parar de fumar. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Londres, n. 11, p. CD000146, 2012.

SZUPSYNSKI, K. P. D. R.; OLIVEIRA, M. S. O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 162-173, 2008.

VIEGAS, C. A. A. Formas não habituais de uso do tabaco. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 433-439, 2008.

VIEGAS, J. R. R. et al. Publicidade e Venda de Produtos de Tabaco em Plataformas Digitais de Delivery. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 4, p. e-142763, 2022.

WHO. **Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**. 10. ed. Geneva: WHO, 1992. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icd/en/>. Acesso em: 12 ago. 2025.

WHO. **Control and prevention of waterpipe tobacco products (document FCTC/COP/6/11)**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/gb/fctc/FCTC_COP_6/en/cop6_11-en.pdf. Acesso em: 12 ago. 2025.

WHO. **OMS lança primeiro guideline para tratamento do tabagismo em adultos**. 2024. Disponível em: <https://portugues.medscape.com/verartigo/6511318>. Acesso em: 12 ago. 2025.

WHO. **Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Use**. Geneva: WHO, 2021.

WHO. **Report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship**. Geneva: WHO, 2013.

WHO. **Tobacco and its environmental impact: an overview**. Geneva: WHO, 2022.