

**PROTOCOLO
MUNICIPAL DE
CONTROLE DO
TABAGISMO
2ª edição**



**NOVA
LIMA**
prefeitura

O
futuro
mora
aqui

Prefeitura Municipal de Nova Lima
Secretaria Municipal de Saúde

PROTOCOLO MUNICIPAL DE CONTROLE DO TABAGISMO

2ª edição

2026 NOVA LIMA

Prefeito Municipal

João Marcelo Dieguez Pereira

Vice-prefeita Municipal

Cissa Caroline Ferreira Souza

Secretária Municipal de Saúde

Alice Neto Ferreira de Almeida

Subsecretária Executiva

Sheila Nara Ferreira

Subsecretária de Atenção Integral e Cuidados Primários

Dayanna Mary De Castro

Subsecretária de Atenção Especializada e Emergencial

Carolina de Castro Figueiredo Resende

Subsecretária de Atenção à Saúde

Karla Morais Seabra Vieira Lima

Subsecretária de Gestão Administrativa e Operacional da Saúde

Isabel Cristina Alves

Subsecretária de Gestão Orçamentária e Controle Interno da Saúde

Natália Diegues Marchezini

Elaboração

Diego Luiz Gomes Duarte

Revisão de texto

Carolina Andrade Junqueira Lopes

Normalização

Carolina Andrade Junqueira Lopes

Consulta Pública

APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Nova Lima, no contínuo processo de organização, produção e oferta de serviços e ações em saúde, tem se dedicado de forma sistemática à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse compromisso institucional orienta o planejamento e a qualificação das ações desenvolvidas no âmbito municipal, com vistas à ampliação do acesso, à integralidade do cuidado e à melhoria dos resultados em saúde da população.

Nesse contexto, destacam-se os esforços empreendidos para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e para a qualificação das práticas cotidianas das equipes de Saúde da Família (eSF). Reconhece-se que o aprimoramento da APS exerce impacto decisivo e positivo sobre todos os níveis de organização do sistema municipal de saúde, uma vez que constitui a principal porta de entrada do usuário e o eixo estruturante da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Entre as estratégias adotadas para alcançar esse objetivo, sobressai-se a revisão e a construção de protocolos técnicos assistenciais. Esses documentos configuram-se como instrumentos normativos fundamentais, pois orientam e padronizam intervenções, atualizam conceitos e condutas clínicas e estabelecem fluxos assistenciais claros e definidos no âmbito da RAS, contribuindo para a organização do cuidado e para a segurança das práticas profissionais.

O protocolo expressa, portanto, a política assistencial adotada pela SEMSA, refletindo escolhas éticas, organizacionais e tecnológicas consideradas adequadas, úteis e disponíveis para o enfrentamento dos principais problemas de saúde da população, em consonância com sua magnitude e relevância epidemiológica. Trata-se de um instrumento que visa apoiar a tomada de decisão clínica e organizacional, sem substituir o julgamento profissional fundamentado.

Reconhece-se, entretanto, que, mesmo sendo abrangente, um protocolo não é capaz de contemplar a totalidade das situações técnicas e/ou clínicas vivenciadas na prática profissional. Dessa forma, recomenda-se, nos casos específicos, a consulta a materiais complementares, como cartilhas, manuais e publicações científicas disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (MS), da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e do Instituto Nacional de Câncer (INCA), de modo a subsidiar condutas mais individualizadas e contextualizadas.

Nesse sentido, o Programa de Controle do Tabagismo (PCT) de Nova Lima tem como finalidade atualizar as diretrizes relacionadas à identificação, ao tratamento e ao acompanhamento de usuários tabagistas no âmbito da APS, além de estabelecer, de forma clara e objetiva, o fluxo municipal do PCT. O programa reafirma o papel estratégico da APS na prevenção, no cuidado continuado e na promoção da cessação do tabagismo, alinhando-se às políticas nacionais de controle do uso do tabaco.

O presente documento contempla, de maneira sistematizada, a estruturação do programa no município; os principais pontos de atenção envolvidos; os critérios para identificação do público-alvo; a realização da avaliação clínica inicial do fumante; a elaboração do plano terapêutico; as orientações para solicitação de insumos; o registro adequado das ações executadas; e o monitoramento do programa em nível local e central. Esses elementos visam assegurar a padronização das práticas e o acompanhamento efetivo dos resultados alcançados.

Trata-se, assim, de uma ferramenta essencial para a implementação de boas práticas assistenciais, devendo ser utilizada como material de referência no cotidiano das equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde. Ao orientar e qualificar o cuidado ao usuário tabagista, este protocolo contribui para o fortalecimento da rede de atenção e para a melhoria da qualidade de vida da população de Nova Lima.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de Abordagem em espaços coletivos e individuais na APS	23
Figura 2 – Fluxo do tratamento de tabagismo no SUS.....	38
Figura 3 – Localização da Ficha de Atividade Coletiva do e-SUS APS.....	67
Figura 4 – Adicionar registro na Ficha de Atividade Coletiva do e-SUS APS.....	67
Figura 5 – Como inserir os profissionais participantes da ação	68
Figura 6 – Preenchimento do tipo de atividade	69
Figura 7 – Preenchimento do público-alvo e temas para saúde	70
Figura 8 – Registro das ações de educação em saúde ou mobilização social	71
Figura 9 – Preenchimento do cadastro da pessoa tabagista no território	72
Figura 10 – Registro do acompanhamento da pessoa tabagista	72
Figura 11 – Registro de atividades coletivas	74
Figura 12 – Ficha de atividade coletiva.....	74
Figura 13 – Registro dos profissionais que participaram da ação coletiva	75
Figura 14 – Registro das sessões de tratamento do PNCT.....	76
Figura 15 – Cadastro das informações de identificação dos participantes da sessão.....	76
Figura 16 – Como registrar sessões de manutenção na Ficha de Atividade Coletiva.....	78
Figura 17 – Módulo Relatório gerencial de atendimentos	95
Figura 18 – Como gerar tabela no Relatório gerencial de atendimentos	95
Figura 19 – Módulo Relatório consolidado.....	96
Figura 20 – Filtro personalizado no “Relatório de cadastro individual”	97
Figura 21 – Gerar relatórios de produção de atendimento individual	99
Figura 22 – Gerar relatórios de produção de atividade coletiva.....	100
Figura 23 – Relatórios das ações relativas ao tratamento do tabagismo	101
Figura 24 – Relatórios de produção de procedimentos individualizados.....	103
Figura 25 – Relatórios de produção de visita domiciliar e territorial.....	104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Questionamentos para a abordagem básica da pessoa tabagista.....	21
Quadro 2 – Teste de Fagerström para a dependência à nicotina.....	27
Quadro 3 – Estágios de motivação para cessação do tabagismo.....	28
Quadro 4 – Conteúdo abordado nas sessões 1 a 4	33
Quadro 5 – Estruturação e programação da abordagem dos indivíduos em tratamento para a cessação do tabagismo.....	34
Quadro 6 – Medicamentos para tratamento da dependência à nicotina.....	39
Quadro 7 – Fórmula de cálculo da demanda de medicamentos.....	105

Consulta Pública

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Questionário sobre atendimentos aos tabagistas realizados nos serviços de saúde da Atenção Especializada e Atenção Hospitalar	107
---	-----

Consulta Pública

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CEC	Carcinoma de Células Escamosas
CIAP-2	Classificação Internacional de Atenção Primária - Segunda Edição
CID-10	10ª Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CPF	Cadastro de Pessoas Físicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEF	Dispositivo Eletrônico para Fumar
DO	Declaração de Óbito
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
eSF	Equipes de Saúde da Família
EVALI	E-cigarette or Vaping product use-Associated Lung Injury
GABA	Gamma-Aminobutyric Acid (Ácido gama-aminobutírico)
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
IMAO	Inibidor da enzima monoamina oxidase
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCT	Programa de Controle do Tabagismo
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PIB	Produto Interno Bruto
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Rede de Atenção à Saúde

RT	Referência Técnica
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SIGAF	Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
TRN	Terapia de Reposição de Nicotina
UBS	Unidade Básica de Saúde

Consulta Pública

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 ESTRUTURAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NO MUNICÍPIO	16
2.1 REFERÊNCIA TÉCNICA	16
2.2 PONTOS DE ATENÇÃO	16
3 PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NO MUNICÍPIO	18
3.1 MEDIDAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO	18
3.2 IDENTIFICAÇÃO E ABORDAGEM À PESSOA QUE FUMA.....	20
3.3 ATENÇÃO SECUNDÁRIA.....	21
3.3 DIAGNÓSTICO	24
3.4 AVALIAÇÃO INICIAL DO FUMANTE.....	26
3.5 TRATAMENTO	31
3.5.1 Tratamento Não Medicamentoso	32
3.5.2 Associação dos tratamentos não medicamentosos e medicamentosos	35
3.5.3 Fármacos	37
3.5.4 Fluxograma de tratamento	37
3.5.5 Esquemas de administração dos medicamentos	39
3.5.5.1 <i>Terapia de reposição de nicotina combinada</i>	42
3.5.5.2 <i>Adesivos de nicotina (transdérmico).....</i>	42
3.5.5.3 <i>Associação de adesivos</i>	43
3.5.5.4 <i>Gomas de mascar e pastilhas de nicotina (ou nicotina oral)</i>	43
3.5.5.4 <i>Cloridrato de bupropiona</i>	44
3.6 PRINCIPAIS EVENTOS ADVERSOS DA TERAPIA MEDICAMENTOSA.....	45
3.6.1 Adesivo de nicotina (transdérmico)	45
3.6.2 Goma e pastilha de nicotina.....	46
3.6.3 Cloridrato de bupropiona	46
3.7 PRINCIPAIS CONTRAINDICAÇÕES DA TERAPIA MEDICAMENTOSA	46
3.7.1 Terapia de Reposição de Nicotina (TRN)	47
3.7.1.1 <i>Contraindicações específicas</i>	47
3.7.2 Cloridrato de bupropiona	48

4 RECOMENDAÇÕES SOBRE A PRESCRIÇÃO DE NICOTÍNICOS PELO ENFERMEIRO.....	49
5 CASOS ESPECIAIS.....	50
5.1 CASOS DE RECAÍDA	50
5.2 ADOLESCENTES (INDIVÍDUOS MENORES DE 18 ANOS)	51
5.3 GESTANTES E NUTRIZES	51
5.4 IDOSOS	52
5.5 PACIENTES COM TUBERCULOSE	52
5.6 PACIENTES COM CÂNCER.....	53
5.7 PACIENTES COM TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO (INCLUINDO DEPENDÊNCIA AO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS)	53
5.8. PACIENTES HOSPITALIZADOS	54
5.9 PACIENTES INTERNADOS EM INSTITUIÇÕES DE MÉDIA E LONGA PERMANÊNCIA	55
6 TABAGISMO PASSIVO.....	56
7 DISPOSITIVOS ELETRÔNICOS PARA FUMAR (DEF).....	57
7.1 TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE CIGARROS ELETRÔNICOS.....	58
7.2 ORIENTAÇÕES PARA MÉDICOS E CODIFICADORES SOBRE O REGISTRO DA LESÃO PULMONAR ASSOCIADA AO USO DE CIGARRO ELETRÔNICO (EVALI) NA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO).	60
8 MONITORAMENTO.....	62
9 SOLICITAÇÃO DOS INSUMOS.....	63
10 REGISTRO.....	66
10.1 REGISTRO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE OU MOBILIZAÇÃO SOCIAL VOLTADAS PARA O CONTROLE DO TABAGISMO	66
10.2 REGISTRO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE OU MOBILIZAÇÃO SOCIAL VOLTADAS PARA O CONTROLE DO TABAGISMO NO ÂMBITO ESCOLAR	70
10.3 REGISTRO DA IDENTIFICAÇÃO/CADASTRO DA PESSOA TABAGISTA (ACS).....	71
10.4 REGISTRO DA AVALIAÇÃO CLÍNICA INDIVIDUAL DA PESSOA TABAGISTA.....	73

10.5 REGISTRO DAS AÇÕES RELATIVAS AO TRATAMENTO DO TABAGISMO (PNCT- SESSÕES 1 A 4), REALIZADAS EM GRUPO	73
10.6 REGISTRO DOS ATENDIMENTOS RELATIVOS AO TRATAMENTO DO TABAGISMO (SESSÕES 1 A 4 + SESSÕES DE MANUTENÇÃO), REALIZADAS INDIVIDUALMENTE	78
11 INDICADORES.....	80
11.1 PROPORÇÃO DE USUÁRIOS TABAGISTAS CADASTRADOS:	80
11.2 NÚMERO DE GRUPOS/ATENDIMENTOS DE TRATAMENTO DO TABAGISTA REALIZADOS	80
11.3 PROPORÇÃO DE USUÁRIOS TABAGISTAS PARTICIPANTES DE ATENDIMENTO EM GRUPO	81
11.4 PROPORÇÃO DE FUMANTES QUE DEIXARAM DE FUMAR	81
11.5 PROPORÇÃO DE FUMANTES QUE ABANDONARAM O TRATAMENTO:.....	81
12 A ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL.....	82
12.1 AURICULOTERAPIA	84
12.2 ABORDAGEM DA FONOAUDIOLOGIA.....	85
12.3 ABORDAGEM DA TERAPIA OCUPACIONAL	86
12.4 ABORDAGEM DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE	86
12.5 ABORDAGEM NUTRICIONAL	87
12.6 ABORDAGEM DA ODONTOLOGIA.....	89
12.7 ABORDAGEM DA PSICOLOGIA	90
12.8 ABORDAGEM DO ASSISTENTE SOCIAL.....	91
13 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE (TER)	93
14 RELATÓRIOS	94
14.1 RELATÓRIOS GERENCIAIS - ATENDIMENTOS	94
14.2 RELATÓRIO CONSOLIDADO - CADASTRO INDIVIDUAL	96
14.3 RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO	97
14.3.1 Relatórios de produção - Atendimento Individual	98
14.3.2 Relatórios de produção - Atividade Coletiva	99
14.3.3 Relatórios de produção - Procedimentos individualizados.....	102
14.3.4 Relatórios de produção - Visita Domiciliar e Territorial.....	103

15 FÓRMULA DE CÁLCULO DA DEMANDA DE MEDICAMENTOS PARA O TABAGISMO	105
16 REGISTRO DOS ATENDIMENTOS AOS TABAGISTAS REALIZADOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA E ATENÇÃO HOSPITALAR	107
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
ANEXO A – Relação das Farmácias Municipais	112
ANEXO B – Relação das UBS Municipais	113
ANEXO C – Anamnese Clínica Para o Tratamento do Tabagismo	115
ANEXO D – Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (adesivo de nicotina e cloridrato de bupropiona).....	117

Consulta Pública

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é reconhecido como uma doença crônica de caráter epidêmico, resultante da dependência à nicotina, substância psicoativa presente em produtos derivados do tabaco, responsável por provocar dependência química, física e psicológica. Embora a nicotina seja o principal agente responsável pela adicção, o cigarro convencional contém milhares de outras substâncias tóxicas, muitas delas com comprovado potencial carcinogênico. Assim, o consumo de produtos derivados do tabaco configura-se como fator de risco para uma ampla gama de doenças graves, como doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas e diversos tipos de câncer.

Observa-se, no Brasil e no mundo, uma ampla diversidade de produtos derivados do tabaco, utilizados sob diferentes formas. Os produtos fumados, forma predominante de uso do tabaco no Brasil, incluem cigarros, charutos, cachimbos, cigarros de palha, cigarrilhas, narguilé, cigarros eletrônicos e produtos de tabaco aquecido. Já os produtos não fumados incluem o rapé, o fumo de rolo, o Snus, entre outros.

Nos últimos anos, o uso de dispositivos eletrônicos para fumar (DEFs), como os cigarros eletrônicos, tem apresentado crescimento expressivo, sobretudo entre adolescentes e jovens adultos^{1,2}.

O tabagismo configura-se como a principal causa evitável de doenças e mortes no mundo, sendo responsável por mais de 5 milhões de óbitos anuais, número que pode atingir 10 milhões até 2025, segundo projeções internacionais. No Brasil, estima-se que entre 10% e 24% dos homens e entre 4% e 17% das mulheres sejam fumantes, e que aproximadamente 145 mil mortes anuais estejam diretamente associadas ao uso do tabaco, representando 12% de todas as mortes em pessoas com mais de 35 anos.

Os impactos econômicos do tabagismo são igualmente significativos. Estima-se que os custos médicos diretos relacionados ao tabagismo cheguem a R\$ 67,2 bilhões por ano, o que corresponde a aproximadamente 7% dos gastos totais com saúde no país. Quando considerados os custos indiretos, como perda de produtividade por incapacidades, morte prematura e cuidados informais, esse valor ultrapassa R\$ 153 bilhões anuais, ou cerca de 1,55% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional³.

Em contraposição, a arrecadação federal proveniente da tributação sobre cigarros totalizou, em

2022, aproximadamente R\$ 8 bilhões, cobrindo apenas 5,2% dos prejuízos gerados pelo tabagismo. Esse desequilíbrio evidencia a urgência da implementação de políticas públicas eficazes e sustentáveis para o controle do tabaco. Entre as medidas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), destaca-se o aumento progressivo da carga tributária sobre os produtos derivados do tabaco, considerada uma das estratégias mais custo-efetivas para reduzir o consumo, especialmente entre jovens e populações em situação de vulnerabilidade social³.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o enfrentamento ao tabagismo foi fortalecido a partir de 1989, com a criação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), instituído pelo Ministério da Saúde por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA)⁴. A Portaria nº 571/GM/MS, de 2013, atualizou as diretrizes nacionais para o cuidado integral à pessoa tabagista, estabelecendo responsabilidades entre os entes federados e atualizando os procedimentos de adesão ao programa e a programação para aquisição de medicamentos⁵.

Mais recentemente, a Portaria GM/MS nº 502, de 1º de junho de 2023, formalizou o PNCT no SUS, reafirmando seus objetivos de reduzir a prevalência do tabagismo e sua morbimortalidade associada, por meio de ações articuladas de promoção da saúde, prevenção e tratamento⁶.

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume papel central e estratégico, em virtude de seus atributos de primeiro acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. O Programa de Controle do Tabagismo (PCT) de Nova Lima, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), integra os esforços locais de reorganização dos processos de trabalho na APS, com o objetivo de apoiar as equipes das Unidades Básicas de Saúde na identificação, no tratamento e no acompanhamento das pessoas tabagistas.

Este protocolo fundamenta-se nas diretrizes do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Tabagismo, publicado pelo Ministério da Saúde, bem como nos materiais técnicos do INCA, constituindo-se como instrumento de referência para a qualificação das ações de controle do tabagismo no município.

2 ESTRUTURAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NO MUNICÍPIO

A estruturação do programa de controle do tabagismo (PCT) no município de nova lima está alinhada às diretrizes nacionais do sistema único de saúde (SUS) e às normativas vigentes relacionadas ao cuidado integral à pessoa tabagista. Baseia-se na organização da rede de atenção à saúde (RAS) e no fortalecimento da atenção primária à saúde (APS) como coordenadora do cuidado. Essa estruturação visa garantir a integralidade, a longitudinalidade e a efetividade das ações de promoção da saúde, prevenção da iniciação ao tabagismo e tratamento para cessação do uso de produtos derivados do tabaco.

Para tanto, o PCT foi organizado considerando a definição de responsabilidades institucionais, a coordenação técnico-assistencial do programa e a articulação entre os diferentes pontos de atenção da RAS, assegurando fluxos assistenciais claros, acompanhamento sistemático dos usuários e uso racional dos insumos terapêuticos disponíveis. Os componentes dessa organização, incluindo a designação de uma Referência Técnica (RT) e a definição dos pontos de atenção envolvidos na execução das ações do programa, são detalhados nos tópicos a seguir.

2.1 REFERÊNCIA TÉCNICA

A gestão do PCT no município será conduzida no âmbito do Departamento de APS, sob a responsabilidade de uma Referência Técnica (RT), na Gerência de Integração Assistencial, designada para essa finalidade, que responderá institucionalmente por meio do e-mail: progcontrole.tabagismo.semsa@pnl.mg.gov.br.

2.2 PONTOS DE ATENÇÃO

A Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013, que atualizou as diretrizes para o cuidado à pessoa tabagista no âmbito da RAS das pessoas com doenças crônicas do SUS, estabelece que esse cuidado deve ser ofertado em todos os pontos de atenção da rede, com prioridade para os serviços da APS⁵.

Posteriormente, a Portaria GM/MS nº 502, de 1º de junho de 2023, definiu como atribuições comuns ao Ministério da Saúde, às Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, entre outras responsabilidades, a disponibilização de medicamentos para apoio ao tratamento de pessoas usuárias de produtos de tabaco e dependentes de nicotina.

No que se refere especificamente às Secretarias Municipais de Saúde, compete-lhes a execução de ações de controle do tabagismo nas unidades sob sua gestão, compreendendo iniciativas de promoção da saúde, prevenção da iniciação e tratamento para cessação do uso de produtos derivados do tabaco⁶.

No município de Nova Lima, as atribuições dos serviços diretamente envolvidos no PCT estão assim organizadas:

- Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF): responsável pela programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos e insumos destinados ao programa.
- Farmácias Municipais (Anexo 1): responsáveis pela dispensação dos medicamentos aos pacientes devidamente inscritos e em acompanhamento regular pelo PCT.
- APS / UBS (Anexo 2): responsável pela assistência direta à pessoa tabagista, incluindo sua identificação e acolhimento, oferta de apoio terapêutico, realização de ações de promoção da saúde e implementação de estratégias de suporte ao autocuidado.
- Atenção Secundária: responsável pela prestação de assistência direta à pessoa tabagista, devendo realizar o adequado encaminhamento dos usuários à UBS de referência para o início ou continuidade do tratamento.
- Atenção terciária: responsável pela assistência direta à pessoa tabagista durante a internação hospitalar. Recomenda-se iniciar o aconselhamento estruturado/abordagem intensiva durante a internação hospitalar por qualquer condição de saúde.
- SEMSA: designará uma Referência Técnica (RT) responsável pelo acompanhamento do programa por meio da planilha de controle dos usuários em tratamento, aprovação de tratamentos com terapia medicamentosa conforme a disponibilidade de insumos, monitoramento do registro das atividades coletivas no sistema e-SUS, e discussão de casos ou situações específicas com os profissionais da RAS. Além disso, a RT participará da programação de solicitação de medicamentos e insumos junto às instâncias estadual e federal do Ministério da Saúde.

3 PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NO MUNICÍPIO

O PCT no município está alinhado às diretrizes do PNCT. Seu principal objetivo é reduzir a prevalência de usuários de produtos derivados do tabaco e dependentes de nicotina e, conseqüentemente, a morbimortalidade associada ao seu consumo e à exposição ambiental à fumaça do tabaco. Para isso, o programa promove ações integradas de promoção à saúde, prevenção e tratamento do tabagismo e da dependência à nicotina⁶.

3.1 MEDIDAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

A PNCT tem como finalidade a implementação de medidas intersetoriais de saúde pública voltadas ao enfrentamento do uso de produtos derivados do tabaco. Essas medidas incluem ações educativas dirigidas à população, campanhas de conscientização sobre os danos causados pelo tabagismo, estratégias de prevenção à iniciação do consumo, especialmente entre crianças e adolescentes.

Integram ainda esse conjunto de ações instrumentos regulatórios e econômicos, como a definição de preço mínimo e o aumento progressivo de impostos sobre produtos fumígenos, bem como medidas legislativas que restringem a propaganda, a comercialização e o uso desses produtos em ambientes fechados, públicos e privados⁷. Tais iniciativas visam reduzir a atratividade, a acessibilidade e a aceitabilidade social do consumo de tabaco.

A indústria do tabaco adota diversas estratégias para promover e sustentar o consumo de seus produtos, direcionando seus esforços, sobretudo, a crianças, adolescentes e jovens. Esse público apresenta maior vulnerabilidade à experimentação e à iniciação do tabagismo, razão pela qual constitui prioridade para as ações educativas e preventivas.

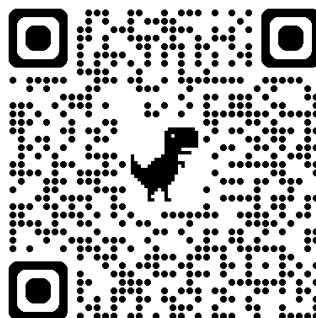
A OMS classifica o tabagismo como uma doença pediátrica, uma vez que a maioria das pessoas que desenvolvem dependência à nicotina inicia o consumo ainda na infância ou adolescência, tornando-se dependente até os 19 anos de idade. Dados do MS indicam que, na última década, o tabaco ocupa o segundo lugar entre as substâncias psicoativas mais experimentadas no Brasil, com idade média de iniciação em torno dos 16 anos. Esses dados reforçam a urgência de

intensificar as ações de prevenção voltadas ao público jovem, com foco na proteção contra a exposição precoce e na redução da experimentação⁸.

Nesse contexto, é fundamental o desenvolvimento de ações permanentes de prevenção à iniciação do uso do tabaco no ambiente escolar, por meio da articulação com o Programa Saúde na Escola (PSE). Tais iniciativas devem ser complementadas pela divulgação de informações nas redes sociais, nas unidades da APS e em outros espaços comunitários, garantindo ampla disseminação do tema.

A abordagem do tabagismo deve ocorrer de forma contínua e acessível, tanto por meio de estratégias orais quanto escritas, criando oportunidades educativas que favoreçam mudanças de comportamento, especialmente entre crianças, adolescentes e jovens. Com esse propósito, o MS publicou o documento *Guia de Bolso do Programa Saúde na Escola – Prevenção ao Uso do Tabaco*, destinado a apoiar profissionais da saúde e da educação no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção ao uso de produtos derivados do tabaco no ambiente escolar⁹.

Para acessar o documento na íntegra, acesse:



Ademais, é essencial fortalecer a mobilização social em datas estratégicas, como o Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio) e o Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto), reforçando a conscientização coletiva sobre os riscos associados ao tabagismo e a importância da prevenção desde as fases iniciais da vida⁷.

3.2 IDENTIFICAÇÃO E ABORDAGEM À PESSOA QUE FUMA

A APS constitui o ponto de atenção preferencial da RAS para a abordagem do tabagismo, não apenas por sua ampla capilaridade, mas também por seu vínculo com a população, pelo conhecimento do território e pela compreensão dos determinantes sociais que influenciam os comportamentos relacionados à saúde. Essa posição estratégica confere à APS as melhores condições para apoiar o processo de cessação do tabagismo, promovendo o autocuidado e o acompanhamento longitudinal dos usuários¹⁰.

O primeiro passo para a abordagem do tabagismo no âmbito da APS é a identificação de usuários tabagistas na comunidade adscrita das UBS. Esse reconhecimento pode ocorrer por meio do preenchimento da Ficha de Cadastro Individual do e-SUS, instrumento amplamente utilizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante as visitas domiciliares ou durante qualquer atendimento realizado na UBS, independentemente da natureza da consulta ou do profissional responsável. Todos os profissionais de saúde devem estar devidamente capacitados para abordar de forma sistemática o uso de produtos derivados do tabaco durante os atendimentos¹¹.

O estímulo à cessação do tabagismo e a valorização de sua importância integram o conjunto de estratégias recomendadas pela OMS para o controle do uso de produtos derivados do tabaco. Entre essas medidas, destaca-se a recomendação de que todos os profissionais de saúde adotem, em sua prática cotidiana, pelo menos uma das ações reconhecidas como “Boas Práticas no Tratamento do Tabagismo”. Isso implica assegurar que todo usuário seja contemplado, durante qualquer atendimento em saúde com pelo menos um aconselhamento breve para cessação do tabagismo¹².

A abordagem breve/mínima/básica possui papel estratégico e de alto impacto em saúde pública, sobretudo pela sua ampla aplicabilidade em diversos contextos e serviços. Evidências demonstram que, quando comparada à ausência de qualquer intervenção, mesmo uma abordagem com duração de até três minutos é capaz de aumentar significativamente as chances de abandono do tabaco por parte do usuário. Trata-se, portanto, de uma intervenção simples, de baixo custo e elevada efetividade, que deve ser incorporada de forma rotineira nos diferentes pontos de atenção da RAS¹².

A abordagem breve/mínima consiste em perguntar, avaliar, aconselhar e preparar o fumante para que deixe de fumar, sem, no entanto, acompanhá-lo neste processo. Pode ser feita por qualquer profissional da saúde durante uma consulta de rotina, sobretudo por aqueles que têm dificuldade de fazer um acompanhamento com esse tipo de paciente (ex.: profissionais que atuam em pronto-socorro, pronto atendimento, triagem etc.).

A abordagem básica envolve perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar um fumante para que deixe de fumar. Também pode ser feita por qualquer profissional da saúde durante uma consulta de rotina, com duração de três a cinco minutos em cada contato. Esta abordagem é indicada para todos os fumantes e mais recomendada que a anterior porque prevê o retorno do paciente para acompanhamento na fase crítica da abstinência. Portanto, é igualmente uma abordagem que se constitui em uma importante estratégia em termos de saúde pública, além de oferecer a vantagem do baixo custo.

O **Quadro 1** destaca as perguntas sugeridas para a abordagem da pessoa tabagista¹².

Quadro 1 – Questionamentos para a abordagem básica da pessoa tabagista

- ✓ *Você fuma? Há quanto tempo?*
(Permite diferenciar a experimentação do uso regular).
- ✓ *Quantos cigarros fuma por dia?*
(Pacientes que fumam 20 cigarros ou mais por dia provavelmente terão uma maior chance de desenvolverem fortes sintomas de síndrome de abstinência na cessação de fumar).
- ✓ *Quanto tempo após acordar acende o 1º cigarro?*
(Pacientes que fumam nos primeiros 30 minutos após acordar, provavelmente terão uma maior chance de desenvolverem fortes sintomas de síndrome de abstinência na cessação de fumar).
- ✓ *O que você acha de marcar uma data para deixar de fumar?*
(Permite avaliar se o fumante está pronto para iniciar o processo de cessação de fumar).
- ✓ Em caso de resposta afirmativa, perguntar: *Quando?*
- ✓ *Já tentou parar?*
(Se a resposta for afirmativa, fazer a próxima pergunta).
- ✓ O que aconteceu?
(Permite identificar o que ajudou e o que atrapalhou a deixar de fumar, de modo que esses dados sejam trabalhados na próxima tentativa).

Fonte: Adaptado de Brasil, 2020¹².

A partir das respostas às perguntas, preconiza-se aconselhar o fumante a parar de fumar, adaptando as mensagens ao seu perfil e levando em consideração idade e existência de doenças associadas ao tabagismo, entre outros aspectos. A conduta deve respeitar o interesse do fumante em deixar de fumar ou não no momento da consulta.

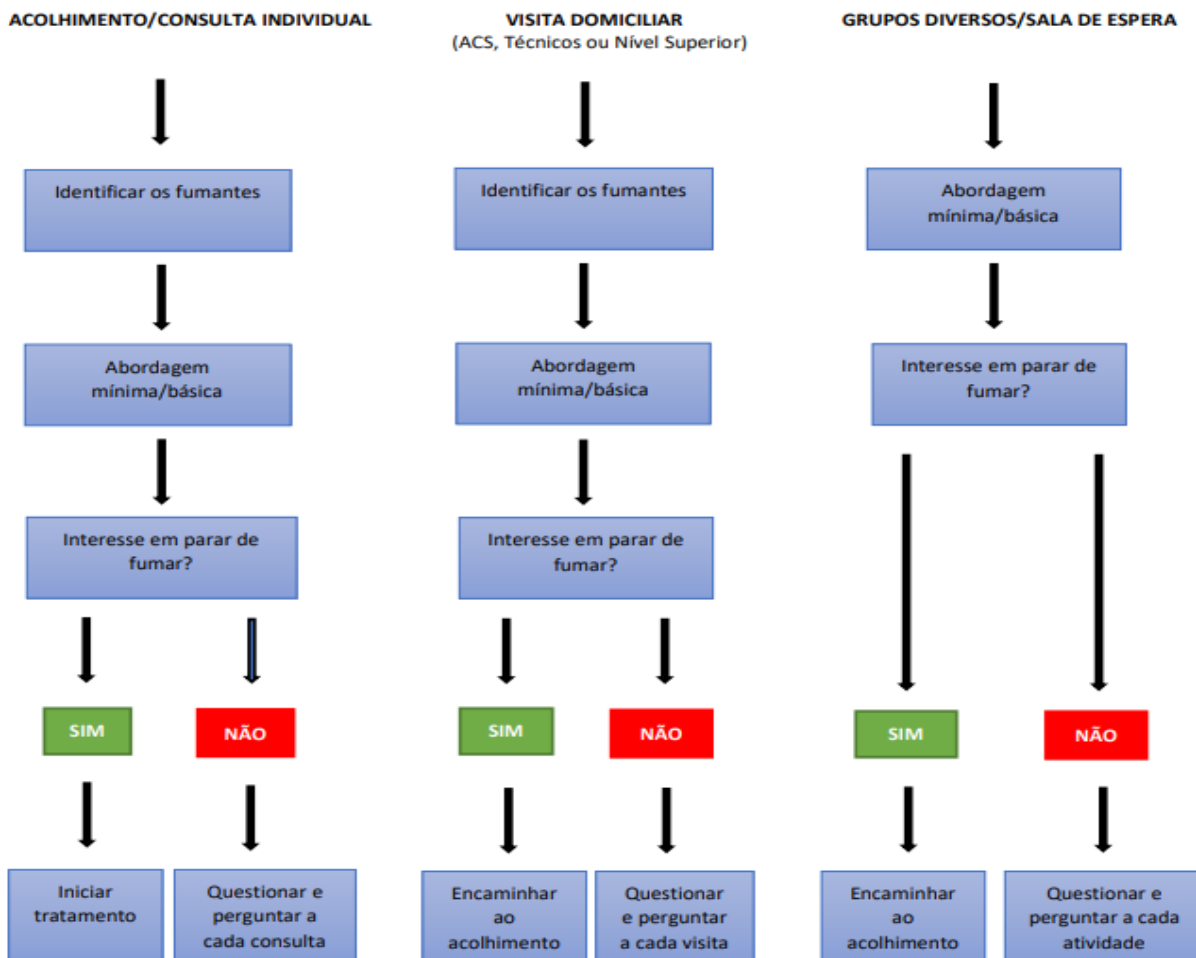
Os fumantes que não estiverem dispostos a parar de fumar nos próximos 30 dias devem ser estimulados a refletir sobre o tema e serem novamente abordados em contatos posteriores, de modo a favorecer o aumento gradual da motivação.

Para os usuários que desejarem cessar o uso do tabaco, a próxima etapa é a realização da avaliação individual para se identificar o nível de dependência, o grau de motivação e a história pregressa da pessoa, situando o tabagismo na integralidade do sujeito¹².

Com o objetivo de facilitar a compreensão sobre o processo de atendimento ao tabagista, apresenta-se a seguir o Fluxograma de Abordagem em Espaços Coletivos e Individuais na APS. Esse instrumento visa orientar os profissionais de saúde quanto às etapas do acolhimento, identificação, aconselhamento e encaminhamento para o tratamento, de forma padronizada e eficiente no contexto da RAS⁸.

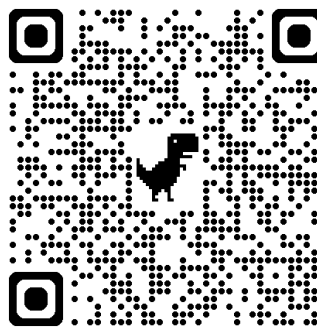
Consulta Pública

Figura 1 – Fluxograma de Abordagem em espaços coletivos e individuais na APS

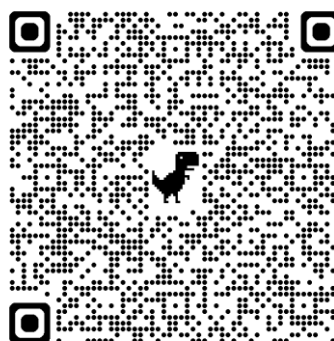


Fonte: Adaptado de Rio de Janeiro, 2023⁸.

Para maiores informações sobre a Abordagem breve/mínima/básica na cessação do tabagismo, acesse:



Para maiores informações sobre a atuação do ACS no Controle do Tabagismo no Brasil, acesse:



3.3 DIAGNÓSTICO

A nicotina, substância psicoativa presente no tabaco, atua diretamente sobre o sistema nervoso central, especialmente no sistema mesolímbico, que está relacionado a funções como motivação, prazer, recompensa, atenção e sexualidade. O risco de dependência está diretamente associado à rapidez com que a substância produz seu pico de ação, ocorrendo poucos segundos após a tragada do produto.

Ao atingir o sistema de recompensa, a nicotina estimula a liberação de neurotransmissores, como a dopamina, responsável pela sensação de prazer, melhora da cognição, maior controle de estímulos e emoções negativas, além da redução da ansiedade e do apetite. Esse mecanismo gera reforço positivo e a necessidade de repetição do uso, contribuindo para a manutenção do comportamento de fumar.

Outra importante ação da nicotina é a inibição do sistema ácido gama-aminobutírico (GABA). Quando esse sistema é bloqueado, ocorre intensificação das sensações de prazer e bem-estar, que se tornam mais intensas e duradouras. Com o uso continuado, torna-se necessária uma quantidade cada vez maior da substância para alcançar os mesmos efeitos, caracterizando o desenvolvimento de tolerância e, conseqüentemente, o quadro de dependência química.

Além disso, a nicotina apresenta meia-vida de duas horas e, após esse período, com a redução

dos níveis plasmáticos, sintomas desagradáveis, como irritação, depressão, ansiedade e aumento do apetite, podem surgir e dificultar a abstinência, levando o tabagista a fumar novamente para livrar-se do desconforto¹³.

Diante dessas características, a OMS classificou o tabagismo como transtorno mental e de comportamento decorrente do uso de substâncias psicoativas. No âmbito da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), as doenças relacionadas ao uso do tabaco são categorizadas da seguinte forma¹³:

- F17.1 Transtornos devido ao uso do fumo – uso nocivo para a saúde.
- F17.2 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo – síndrome de dependência.
- F17.3 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo – síndrome (estado) de abstinência.
- T65.2 Efeito tóxico do tabaco e da nicotina.
- Z72.0 Uso de Tabaco.

São considerados dependentes os indivíduos que, no período de um ano, apresentem pelo menos 3 (três) critérios clínicos estabelecidos para o diagnóstico da dependência à nicotina¹³:

- Desejo forte e compulsivo para consumir a substância (fissura ou craving).
- Dificuldade para controlar o uso (início, término e níveis de consumo).
- Estado de abstinência fisiológica diante da suspensão ou redução, caracterizado por síndrome de abstinência e consumo da mesma substância ou similar, com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência (reforço negativo).
- Evidência de tolerância, ou seja, necessidade de doses crescentes da substância para obter os efeitos produzidos anteriormente com doses menores.
- Abandono progressivo de outros prazeres em detrimento do uso de substâncias psicoativas.
- Aumento do tempo empregado para conseguir ou consumir a substância ou recuperar-se de seus efeitos.
- Persistência no uso apesar das evidentes consequências, como câncer pelo uso do tabaco, humor deprimido ou perturbações das funções cognitivas relacionada com a substância

O diagnóstico de dependência da nicotina é clínico e deve ser realizado por meio de avaliação conduzida pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento ao usuário de tabaco, com base nos critérios diagnósticos descritos acima. Não são necessários exames físicos, laboratoriais ou de imagem para essa finalidade. O diagnóstico fundamenta-se no relato do usuário¹³.

3.4 AVALIAÇÃO INICIAL DO FUMANTE

Os usuários tabagistas identificados na abordagem básica e que manifestam desejo de parar de fumar devem ser referenciados para a avaliação inicial do fumante, a ser realizada por profissional de nível superior, em consulta individual. Essa avaliação tem como finalidade conhecer a história tabagística do usuário, incluindo a idade de início do consumo, tentativas anteriores de cessação, presença de doenças relacionadas ou não ao tabagismo, além de mensurar o grau de dependência à nicotina.

Além disso, deve ser avaliado o estágio motivacional em que o usuário se encontra, de modo a orientar adequadamente a condução do tratamento e a definição das estratégias terapêuticas mais adequadas¹⁴.

Para a avaliação do grau de dependência à nicotina, recomenda-se a utilização do Teste de Fagerström, instrumento amplamente validado, composto por seis perguntas objetivas. Os escores variam de zero a dez, sendo que resultados iguais ou superiores a seis pontos indicam forte dependência e maior probabilidade de o tabagista apresentar sintomas intensos da síndrome de abstinência durante o processo de cessação.

Dessa forma, o Teste de Fagerström constitui ferramenta essencial para subsidiar a escolha terapêutica, contribuindo para a definição das intervenções mais adequadas às necessidades do usuário^{13,14}.

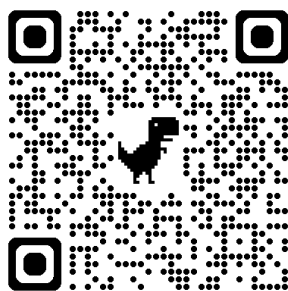
Quadro 2 – Teste de Fagerström para a dependência à nicotina

Perguntas	Respostas	Pontuação
1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	() Nos primeiros 5 minutos. () De 6 a 30 minutos. () De 31 a 60 minutos. () Mais de 60 minutos.	3 2 1 0
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?	() Sim () Não	1 0
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?	() O 1º da manhã. () Os outros.	1 0
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	() Menos de 10 () 11-20 () 21-30 () Mais de 31	0 1 2 3
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?	() Sim () Não	1 0
6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?	() Sim () Não	1 0
Escore Total: 0-2 = muito baixa; 3-4 = baixa; 5 = média; 6-7 = elevada; 8-10 = muito elevada.		

Fonte: Adaptado de Brasil, 2020

É importante ressaltar que mesmo os pacientes que não preenchem critérios para dependência elevada devem receber tratamento específico¹³.

Acesse o Teste de Fagerström - Teste de Dependência à Nicotina:



A avaliação do estágio motivacional constitui etapa essencial no processo de cessação do tabagismo, uma vez que a motivação é o principal fator que impulsiona o indivíduo à ação e à mudança de comportamento. A identificação desse estágio permite adequar a abordagem profissional às necessidades e à prontidão do usuário, favorecendo maior adesão ao tratamento.

Durante a abordagem, o profissional de saúde deve questionar o tabagista sobre sua disposição para mudar hábitos e sobre os planos que possui para iniciar o tratamento, observando atentamente os elementos predominantes em seu discurso.

Com base nessas informações, será possível identificar o estágio em que o indivíduo se encontra, conforme o Modelo de Avaliação do Grau de Motivação para a Mudança, proposto por Prochaska, DiClemente e Norcross (1992), que contempla seis estágios distintos de prontidão para a mudança, descritas no **Quadro 3**¹⁴.

Quadro 3 – Estágios de motivação para cessação do tabagismo

(continua)

✔ **Pré-contemplação** (“Eu não vou”):

Não considera a possibilidade de mudar, nem se preocupa com a questão. Exemplo: “Eu não quero parar de fumar”.

✔ **Contemplação** (“Eu poderia”):

Admite o problema, é ambivalente e considera adotar mudanças eventualmente. Exemplo: “Eu quero parar de fumar, mas não sei quando”.

✔ **Preparação** (“Eu vou / Eu posso”):

Inicia algumas mudanças, planeja, cria condições para mudar, revisa tentativas passadas.

Exemplo: “Eu tenho tentado parar de fumar de um tempo para cá” ou “Eu tenho uma data e um esquema para começar nos próximos 30 dias”.

Quadro 3 – Estágios de motivação para cessação do tabagismo

(conclusão)

- ✓ **Ação** (“Eu faço”):
Implementa mudanças ambientais e comportamentais, investe tempo e energia na execução da mudança.
Exemplo: “Eu tenho feito uso descontínuo do cigarro de um mês para cá, ficando sem fumar pelo menos um dia inteiro durante este período”.
- ✓ **Manutenção** (“Eu tenho”):
Processo de continuidade do trabalho iniciado com ação, para manter os ganhos e prevenir a recaída.
Exemplo: “Eu parei de fumar”
- ✓ **Recaída**
Falha na manutenção e retomada do hábito ou comportamento anterior – retorno a qualquer dos estágios anteriores.
Exemplo: “Eu voltei a fumar regularmente”.

Fonte: Adaptado de Florianópolis, 2021¹⁴.

O estágio motivacional em que o tabagista se encontra deve orientar o foco da abordagem adotada pelo profissional de saúde. Para indivíduos nas **fases de pré-contemplanção e contemplanção**, a estratégia deve concentrar-se no estímulo à reflexão sobre o hábito de fumar, por meio da oferta de informações claras sobre os riscos associados ao consumo de tabaco e os benefícios da cessação. O objetivo, nesse momento, é sensibilizar o usuário para considerar a mudança de comportamento.

Para os usuários que se encontram na fase de preparação para a ação, a intervenção deve ser mais prática e direcionada. Recomenda-se incentivar o tabagista a definir uma data para parar de fumar, iniciar a prática regular de atividades físicas — preferencialmente ao ar livre — e adotar medidas para evitar fatores de risco como o estresse, ambientes com fumantes etc. Nessa etapa, o foco deve ser a escolha conjunta da estratégia mais adequada ao perfil e às necessidades do usuário.

Ademais, é essencial que o profissional de saúde auxilie o usuário a identificar e evitar os

“gatilhos”, entendidos como hábitos, situações ou condicionamentos associados ao ato de fumar. O usuário deve ser preparado para enfrentar os sintomas da abstinência e os episódios agudos de fissura, que representam a principal causa de recaídas durante o processo de cessação. É importante, ainda, alertar sobre a possibilidade de ganho de peso após a interrupção do tabagismo — aspecto que pode ser particularmente mais sensível para mulheres —, orientando a adoção de uma alimentação saudável e a prática regular de atividade física.

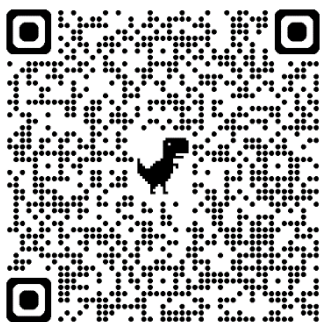
Durante a **fase de ação**, o usuário enfrenta os sintomas da abstinência e os episódios de fissura. Nessa etapa, o papel do profissional de saúde é fundamental, cabendo-lhe acolher as dificuldades relatadas, oferecer orientações claras, discutir alternativas viáveis e reforçar estratégias que contribuam para a prevenção da recaída. A presença ativa da equipe de saúde ou do grupo de cessação do tabagismo é fundamental para assegurar apoio contínuo, promover o enfrentamento dos desafios e fortalecer o vínculo terapêutico necessário à manutenção do tratamento.

Na **fase de manutenção**, é essencial que o paciente seja parabenizado pelos avanços alcançados na cessação do tabagismo, ainda que parciais ou momentâneos. O reconhecimento do sucesso fortalece a autoconfiança e contribui para a consolidação dos ganhos obtidos durante a fase de ação. O foco da abordagem deve estar na identificação de estratégias para lidar com eventuais dificuldades, visando à prevenção de recaídas, caracterizadas pelo retorno ao uso regular do tabaco, ou de lapsos, definidos como episódios isolados de consumo.

Assim como nas fases anteriores, o envolvimento ativo do profissional de saúde e/ou do grupo de cessação do tabagismo é determinante para a sustentação da abstinência ao longo do tempo. A **recaída** é um fenômeno comum no processo de cessação e não deve ser interpretada como um fracasso definitivo. Os lapsos, inclusive, são preditores importantes de recaída, mas podem representar oportunidades valiosas de aprendizado e reforço do compromisso com a mudança.

É fundamental que o paciente seja acolhido sem julgamentos, incentivado a refletir sobre os fatores que contribuíram para o episódio e estimulado a retomar o tratamento o quanto antes. Dados mostram que, mesmo com abordagem intensiva, aproximadamente 78% dos pacientes podem retornar ao uso do tabaco após um ano da intervenção, o que reforça a importância do acompanhamento contínuo e do suporte qualificado¹⁴.

O roteiro para a realização da avaliação inicial do fumante pode ser acessado por meio do QR Code abaixo ou no Anexo 3.



3.5 TRATAMENTO

O tratamento para cessação do tabagismo no âmbito do SUS é composto pelo aconselhamento terapêutico estruturado/abordagem clínica intensiva, associado, quando necessário, ao tratamento medicamentoso, exceto em situações clínicas específicas que contraindiquem seu uso (tópico 3.7).

O tratamento medicamentoso inclui a Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), realizada por meio de adesivo transdérmico, goma de mascar ou pastilha, de forma isolada ou combinada, e o cloridrato de bupropiona.

O tempo de tratamento total preconizado é de 12 meses, compreendendo as etapas de avaliação, intervenção e manutenção da abstinência. A partir da avaliação inicial, será possível definir a conduta terapêutica mais adequada, incluindo a necessidade ou não de prescrição medicamentosa.

As etapas seguintes — intervenção e manutenção — visam promover o abandono do tabagismo e consolidar a abstinência, oferecendo suporte contínuo ao usuário ao longo do processo de cessação.

O desfecho desejado do tratamento é a cessação completa do uso da nicotina, em qualquer de suas formas. O insucesso do tratamento, ou falha terapêutica, caracteriza-se pela não interrupção do uso do tabaco ao final do período preconizado¹³.

3.5.1 Tratamento Não Medicamentoso

Todos os indivíduos em tratamento para cessação do tabagismo devem receber aconselhamento terapêutico estruturado/abordagem intensiva. Trata-se de uma intervenção não medicamentosa que tem como objetivo promover o entendimento da dependência da nicotina e melhorar o controle dos sintomas relacionados à abstinência. Esse tipo de aconselhamento deve considerar, preferencialmente, a disponibilidade e a viabilidade dos usuários, dos profissionais envolvidos e dos serviços de saúde locais.

A abordagem intensiva baseia-se nos princípios da terapia cognitivo-comportamental e deve ocorrer em sessões periódicas, preferencialmente em grupos de apoio, embora possa também ser realizada de forma individualizada.

Durante o processo, são oferecidas informações claras sobre os riscos associados ao tabagismo e os benefícios da cessação, além de estímulo ao autocuidado e ao desenvolvimento de estratégias de autogerenciamento da dependência.

O aconselhamento estruturado deve ser conduzido por profissionais de saúde de nível superior, devidamente capacitados. Recomenda-se o modelo de quatro sessões iniciais, preferencialmente semanais, já utilizado no SUS desde 2001, com apoio de materiais específicos desenvolvidos pelo MS/INCA.

Nessas sessões são abordados os seguintes conteúdos descritos no **Quadro 4**, que são fundamentais para a promoção da cessação do tabagismo¹³:

Quadro 4 – Conteúdo abordado nas sessões 1 a 4

<p>Sessão 1</p> <p>Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde.</p>	<p>Nesta sessão serão desenvolvidas orientações sobre os aspectos do tabagismo; ambivalência do fumante em parar ou continuar fumante; métodos para deixar de fumar; as principais substâncias contidas na fumaça do produto e seus prejuízos à saúde. Também serão abordadas tarefas para que o paciente identifique e mensure sua dependência física e psicológica; pense numa data e o método que usará futuramente para deixar de fumar e apresentará na sessão 2, objetivando a organização de seu processo de cessação</p>
<p>Sessão 2</p> <p>Os primeiros dias sem fumar.</p>	<p>Nesta sessão serão conduzidas discussões sobre viver os primeiros dias sem fumar, síndrome de abstinência e estratégias para superá-la, exercícios de respiração e relaxamento, definição de assertividade e sua relação com o parar de fumar, o que são e quais as contribuições do pensamento construtivo diante dos sintomas da abstinência, motivação, tarefas que estimulem o fumante a efetivar a cessação na data e método escolhidos para deixar de fumar e trazer o resultado na próxima sessão.</p>
<p>Sessão 3</p> <p>Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar.</p>	<p>Nesta sessão o indivíduo será estimulado a identificar os benefícios físicos obtidos após parar de fumar, descrição das causas e estratégias para lidar com o ganho de peso que se segue ao parar de fumar, o papel do álcool e sua relação com o parar de fumar, importância do apoio interpessoal para continuar sem fumar. Também serão apresentadas tarefas que envolvem leituras e estímulo à prática dos exercícios de relaxamento e dos procedimentos práticos para lidar com a fissura (ânsia).</p>
<p>Sessão 4</p> <p>Benefícios obtidos após parar de fumar.</p>	<p>Nesta sessão, após a definição pelo coordenador da abordagem sobre os benefícios indiretos em parar de fumar, o indivíduo é estimulado a apresentar alguns exemplos desses benefícios. O coordenador aborda então as principais armadilhas evitáveis para permanecer sem fumar, os benefícios a longo prazo obtidos com o parar de fumar, planos de acompanhamento para prevenção da recaída. Também faz parte dessa sessão a orientação aos que não conseguiram parar de fumar.</p>

Fonte: Adaptado de Brasil, 2020¹³.

No segundo mês de tratamento, serão realizadas duas sessões quinzenais, marcando o início da fase de manutenção da abstinência. Diferentemente das sessões iniciais, essas reuniões não

seguem um roteiro estruturado, pois o foco passa a ser a identificação das dificuldades enfrentadas por cada participante e as estratégias adotadas para permanecer sem fumar, oferecendo suporte e orientações.

A partir do terceiro mês e até a conclusão de um ano de acompanhamento, será promovida uma sessão mensal aberta, com o objetivo principal de prevenir recaídas. Assim como nas sessões quinzenais, esses encontros mensais não seguem uma estrutura rígida.

O conteúdo abordado continua centrado no reconhecimento das dificuldades vivenciadas pelos fumantes, no compartilhamento de estratégias bem-sucedidas e no fortalecimento da decisão de manter-se abstinente do uso de produtos derivados do tabaco¹³.

Quadro 5 – Estruturação e programação da abordagem dos indivíduos em tratamento para a cessação do tabagismo

Fase 1:

- ✓ 1º encontro/sessão semanal
- ✓ 2º encontro/sessão semanal
- ✓ 3º encontro/sessão semanal
- ✓ 4º encontro/sessão semanal

Fase 2:

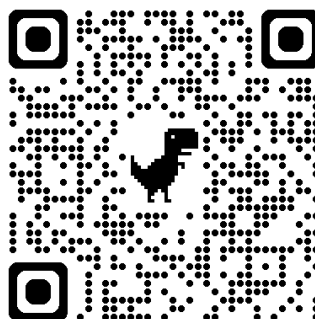
- ✓ 1º encontro/sessão quinzenal
- ✓ 2º encontro/sessão quinzenal

Fase 3:

- ✓ 1º encontro/sessão mensal
- ✓ 2º encontro/sessão mensal
- ✓ 3º encontro/sessão mensal
- ✓ 4º encontro/sessão mensal
- ✓ 5º encontro/sessão mensal
- ✓ 6º encontro/sessão mensal
- ✓ 7º encontro/sessão mensal
- ✓ 8º encontro/sessão mensal
- ✓ 9º encontro/sessão mensal
- ✓ 10º encontro/sessão mensal

Fonte: Adaptado de Brasil, 2020¹³.

O INCA desenvolveu materiais de apoio específicos para a condução do tratamento do tabagismo no âmbito do SUS. Dentre esses materiais, destacam-se: o Manual do Coordenador, que apresenta de forma detalhada o conteúdo e a metodologia de cada sessão do tratamento, orientando os profissionais de saúde quanto aos procedimentos adequados para o acompanhamento clínico e comportamental do paciente; e o Manual do Participante, material voltado diretamente às pessoas em tratamento, com o objetivo de fornecer informações acessíveis e orientações práticas sobre as etapas do processo de cessação do tabagismo. Esses materiais integram os insumos disponibilizados pelo PNCT e podem ser acessados por meio dos QR codes apresentados abaixo.



3.5.2 Associação dos tratamentos não medicamentosos e medicamentosos

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

Entretanto, o aconselhamento estruturado/abordagem intensiva isolada é preferencialmente preconizado para pacientes que apresentem uma ou mais das seguintes características¹³:

- relato de ausência de sintomas de abstinência;
- nº de cigarros consumidos diariamente igual ou inferior a 5;
- consumo do primeiro cigarro do dia igual ou superior a 1 hora após acordar;
- pontuação no teste de Fagerström igual ou inferior a 4.

Adicionalmente, independentemente da carga tabágica — seja em relação ao número de cigarros consumidos por dia e/ou aos anos de tabagismo — e do grau de dependência à nicotina, a farmacoterapia não deve ser indicada em casos de contraindicações clínicas ou quando o próprio paciente optar por não utilizar medicamentos, mesmo após ser devidamente esclarecido pelo profissional de saúde responsável pelo seu acompanhamento.

No que diz respeito à farmacoterapia, a TRN combinada — que associa uma forma de liberação lenta (adesivo) com uma forma de liberação rápida (goma ou pastilha) — é considerada a modalidade preferencial, devido à sua maior eficácia. Alternativamente, podem ser utilizadas como opções terapêuticas: TRN isolada (adesivo, goma ou pastilha), bupropiona isolada ou a associação de bupropiona com uma forma isolada de TRN¹³.

Nos casos em que houver contraindicação ao uso da TRN, ou quando o paciente apresentar transtornos psiquiátricos, como depressão e esquizofrenia, a indicação de bupropiona deve ser considerada. A TRN isolada poderá ser indicada nos casos em que houver contraindicação a uma das formas de liberação da nicotina e também na impossibilidade de uso da bupropiona.

Em situações de falha terapêutica, a definição de um novo esquema de tratamento deverá considerar os fatores que levaram à falha, como a ocorrência de eventos adversos ou dificuldades de adesão ao(s) medicamento(s) prescrito(s)¹³.

A escolha da modalidade de tratamento medicamentoso deve sempre ser precedida de uma avaliação clínica individualizada e criteriosa. Apenas com base no conhecimento aprofundado do quadro clínico do paciente e do grau de dependência à nicotina será possível ao profissional de saúde selecionar o fármaco mais adequado, que maximize as chances de cessação do tabagismo, ou identificar contraindicações ao seu uso¹³.

3.5.3 Fármacos

A farmacoterapia contribui para minimizar os sintomas da síndrome de abstinência à nicotina, aumentando as chances de sucesso da abordagem intensiva estruturada. Os fármacos atualmente disponíveis no SUS para o tratamento são¹³:

1. Nicotínicos - Terapia de Reposição de Nicotina (TRN):

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

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

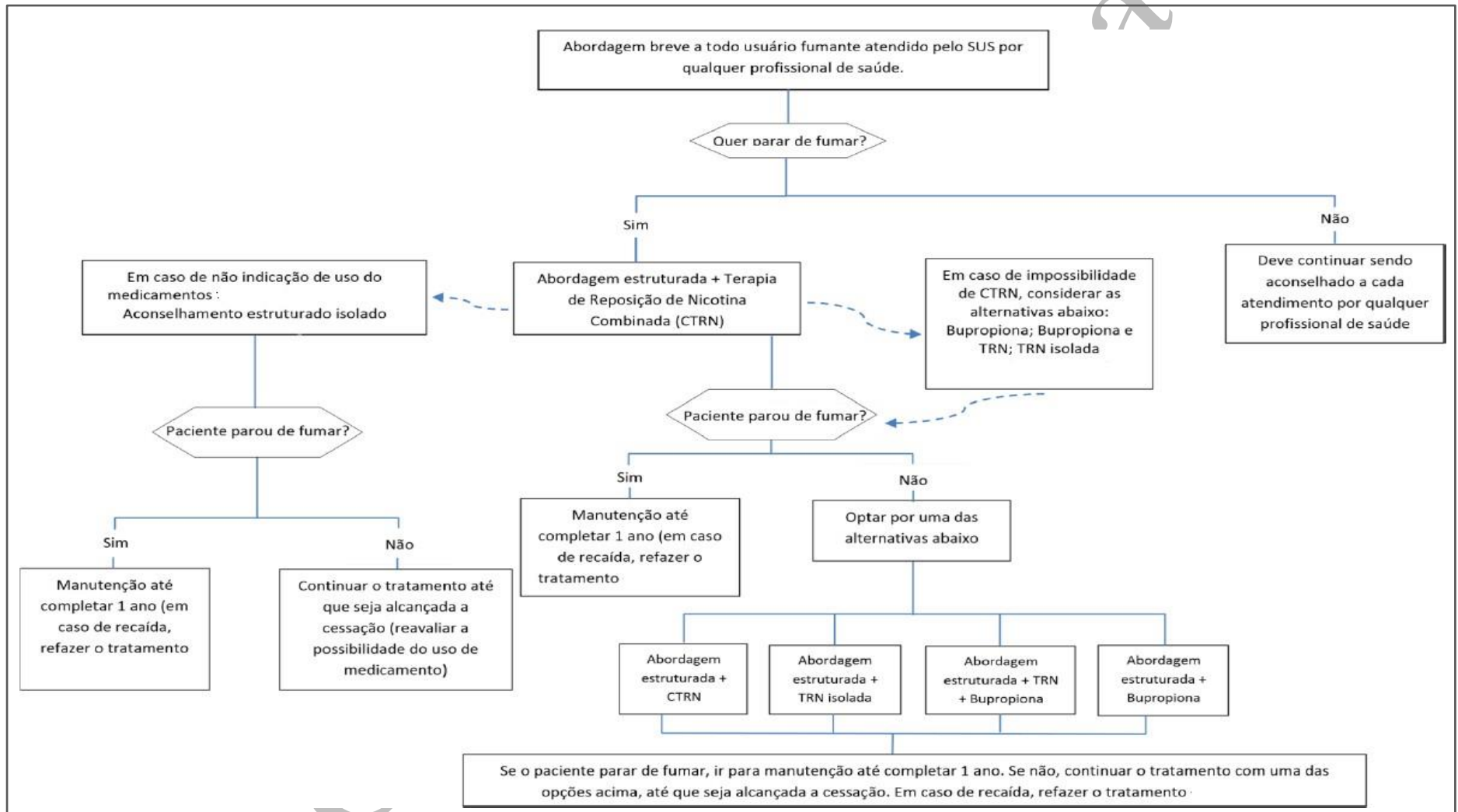
2. Não nicotínicos:

2.1. Cloridrato de bupropiona: comprimido de 150 mg (liberação prolongada).

3.5.4 Fluxograma de tratamento

O fluxograma do tratamento é apresentado na **Figura 2**.

Figura 2 – Fluxo do tratamento de tabagismo no SUS



Fonte: Brasil, 2020

3.5.5 Esquemas de administração dos medicamentos

O esquema de administração de medicamentos para o tratamento da dependência à nicotina preconizada pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Tabagismo do MS é apresentado no **Quadro 6**¹³.

Quadro 6 – Medicamentos para tratamento da dependência à nicotina

(continua)

Denominação Genérica	Forma de apresentação	Posologia	Modo de usar
Terapia de Reposição de Nicotina Combinada	Pastilhas 2mg (liberação rápida).	<p>Uso indicado nos momentos de maior fissura.</p> <p>Não ultrapassar a quantidade de 5 pastilhas de 2mg/dia de nicotina.</p>	<p>Deve-se mover a pastilha, de um lado para o outro da boca, repetidamente, até dissolver, o que leva em torno de 20 a 30 minutos.</p> <p>A pastilha não deve ser partida, mastigada ou engolida inteira.</p> <p>Não se deve comer ou beber enquanto estiver com a pastilha na boca.</p>
	Gomas de mascar 2mg (liberação rápida).	<p>O uso é indicado nos momentos de maior fissura.</p> <p>A boa prática clínica recomenda que não se ultrapasse a quantidade de 5 gomas de nicotina de 2 mg por dia.</p>	<p>Mascar a goma continuamente por 30 minutos, até o surgimento de um sabor forte ou de uma leve sensação de formigamento. Nesse momento, deve-se interromper a mastigação. A goma deve ser mantida entre a bochecha e a gengiva por aproximadamente 2 minutos, ou até que desapareça o sabor ou o formigamento, período necessário para a absorção da nicotina. Em seguida, retomar a mastigação lentamente, repetindo o processo ao longo de 30 minutos, para uma nova liberação de nicotina.</p> <p>Antes do uso da goma, recomenda-se ingerir um copo de água para neutralizar o pH bucal e remover resíduos alimentares.</p>

Quadro 6 – Medicamentos para tratamento da dependência à nicotina

(continuação 1)

Denominação Genérica	Forma de apresentação	Posologia	Modo de usar
Terapia de Reposição de Nicotina Combinada	Adesivos transdérmicos 7mg, 14mg e 21mg (liberação lenta) .	<p>- 1^a a 4^a semana: adesivo de 21mg a cada 24 horas;</p> <p>- 5^a a 8^a semana: adesivo de 14mg a cada 24 horas;</p> <p>- 9^a a 12^a semana: adesivo de 7mg a cada 24 horas.*</p>	<p>Deve-se aplicar o adesivo pela manhã, em áreas cobertas (parte superior do tórax ou regiões anteriores, posteriores e superiores laterais do braço).</p> <p>Fazer rodízio entre os locais e trocar na mesma hora do dia.</p> <p>Evitar exposição solar no local.</p>
Cloridrato de Bupropiona	Comprimido de 150mg	<p>- 1^o ao 3^o dia de tratamento: 1 comprimido de 150mg pela manhã;</p> <p>- 4^o ao 84^o dia de tratamento: 1 comprimido de 150mg pela manhã e outro de 150mg após oito horas da primeira tomada.</p> <p>A dose máxima recomendada é de 300mg/dia de cloridrato de bupropiona, dividida em duas tomadas de 150mg.</p>	<p>Os comprimidos devem ser engolidos inteiros, não podem ser partidos, triturados e nem mastigados, pois isso pode aumentar a chance de eventos adversos, inclusive convulsões.</p> <p>O intervalo de oito horas entre a 1^a e a 2^a dose deve ser respeitado.</p> <p>Recomenda-se não fazer uso da 2^a dose após as 16 horas, pelo risco de insônia.</p>

Quadro 6 – Medicamentos para tratamento da dependência à nicotina

(continuação 2)

Denominação Genérica	Forma de apresentação	Posologia	Modo de usar
Terapia de Reposição de Nicotina Isolada (TRN)	Goma de mascar 2mg (liberação rápida)	<p>- 1ª a 4ª semana: 1 goma de 2mg a cada 1 a 2 horas;</p> <p>- 5ª a 8ª semana: 1 goma de 2mg a cada 2 a 4 horas;</p> <p>- 9ª a 12ª semana: 1 goma de 2 mg a cada 4 a 8 horas.</p> <p>A quantidade máxima é de 15 gomas de 2mg de nicotina/dia.</p>	<p>Mascar a goma continuamente por 30 minutos, até o surgimento de um sabor forte ou de uma leve sensação de formigamento. Nesse momento, deve-se interromper a mastigação. A goma deve ser mantida entre a bochecha e a gengiva por aproximadamente 2 minutos, ou até que desapareça o sabor ou o formigamento, período necessário para a absorção da nicotina. Em seguida, retomar a mastigação lentamente, repetindo o processo ao longo de 30 minutos, para uma nova liberação de nicotina.</p> <p>Antes do uso da goma, recomenda-se ingerir um copo de água para neutralizar o pH bucal e remover resíduos alimentares.</p>
	Pastilha 2mg (liberação rápida)	<p>- 1ª a 4ª semana: 1 pastilha de 2mg a cada 1 a 2 horas;</p> <p>- 5ª a 8ª semana: 1 pastilha de 2mg a cada 2 a 4 horas;</p> <p>- 9ª a 12ª semana: 1 pastilha de 2 mg a cada 4 a 8 horas.</p> <p>A quantidade máxima é de 15 pastilhas de 2mg de nicotina/dia.</p>	<p>Deve-se mover a pastilha, de um lado para o outro da boca, repetidamente, até dissolver, o que leva em torno de 20 a 30 minutos. A pastilha não deve ser partida, mastigada ou engolida inteira. Não se deve comer ou beber enquanto estiver com a pastilha na boca.</p>

Quadro 6 – Medicamentos para tratamento da dependência à nicotina

(conclusão)

Denominação Genérica	Forma de apresentação	Posologia	Modo de usar
Terapia de Reposição de Nicotina Isolada (TRN)	Adesivos transdérmicos de 7mg, 14mg e 21mg (liberação lenta)	- 1 ^a a 4 ^a semana: adesivo de 21mg a cada 24 horas; - 5 ^a a 8 ^a semana: adesivo de 14mg a cada 24 horas; - 9 ^a a 12 ^a semana: adesivo de 7mg a cada 24 horas. **	Deve-se aplicar o adesivo pela manhã, em áreas cobertas (parte superior do tórax ou regiões anteriores, posteriores e superiores laterais do braço). Fazer rodízio entre os locais e trocar na mesma hora do dia. Evitar exposição solar no local.

Legenda: *Essa posologia está condicionada ao número de cigarros fumados/dia. Ver detalhamento no subitem 3.5.5.2.. ** Essa posologia está condicionada ao número de cigarros fumados/dia. Ver detalhamento no subitem 7.5.

Fonte: Brasil, 2020¹³.

3.5.5.1 Terapia de reposição de nicotina combinada

A TRN, seja utilizada isoladamente ou em combinação, deve ser iniciada somente na data em que o paciente cessar completamente o uso do tabaco. A TRN não deve ser administrada de forma concomitante com o cigarro ou outros derivados do tabaco.

As combinações entre adesivo e goma ou pastilha de nicotina devem seguir o esquema de uso do adesivo descrito a seguir, sendo a goma ou pastilha indicada para controle da fissura ou em casos de consumo de até 5 cigarros por dia¹³.

3.5.5.2 Adesivos de nicotina (transdérmico)

A dose de nicotina na TRN deve ser calculada com base na estimativa de 1 mg de nicotina para cada cigarro fumado. A dose total diária não deve ultrapassar 42 mg. A definição da dose inicial da TRN deve levar em consideração o número de cigarros consumidos por dia, conforme os critérios abaixo¹³:

- Até 5 cigarros/dia: não é recomendado o uso de adesivo. Deve-se iniciar o tratamento com goma ou pastilha de nicotina, respeitando o limite máximo de 5 unidades de 2 mg ou 3 unidades de 4 mg por dia.
- De 6 a 10 cigarros/dia: iniciar com adesivo transdérmico de 7 mg/dia.
- De 11 a 19 cigarros/dia: iniciar com adesivo transdérmico de 14 mg/dia.
- 20 ou mais cigarros/dia : iniciar com adesivo transdérmico de 21 mg/dia.

3.5.5.3 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 a nicotina, conforme segue¹³:

- Consumo superior a 40 cigarros/dia: adesivos de 21 mg + 21 mg/dia.
- Consumo entre 31 e 40 cigarros/dia: adesivos de 21 mg + 14 mg/dia.
- Consumo entre 21 e 30 cigarros/dia: adesivos de 21 mg + 7 mg/dia.

A redução das doses associadas deve ocorrer de forma gradual. Recomenda-se diminuir 7 mg por semana, avaliada pela intensidade dos sintomas de síndrome de abstinência.

3.5.5.4 Gomas de mascar e pastilhas de nicotina (ou nicotina oral)

As formas farmacêuticas de TRN em goma e pastilha liberam nicotina de forma rápida, com início de ação em aproximadamente 2 a 3 minutos e pico em torno de 20 minutos. Essa característica as torna especialmente eficazes no alívio imediato da fissura e dos sintomas da síndrome de abstinência. Entretanto, seus efeitos são de curta duração, com atividade inferior a 24 horas.

No SUS, encontra-se disponível apenas a apresentação de 2 mg, cuja prescrição é realizada por meio de receita simples. A absorção da nicotina com o uso das pastilhas pode ultrapassar 90%, o que contribui para sua efetividade clínica¹⁴.

As gomas devem ser mascaradas vigorosamente até o surgimento de formigamento na boca, momento em que devem ser colocadas entre a bochecha e a gengiva até o desaparecimento da sensação e do sabor. Esse ciclo deve ser repetido por 30 minutos.

As pastilhas, por sua vez, devem ser deixadas para dissolver lentamente na boca, durante cerca de 20 a 30 minutos, sem serem mastigadas, chupadas, cortadas ou engolidas. Antes da utilização das gomas, recomenda-se a ingestão de água para remover resíduos alimentares e facilitar a absorção da nicotina. Deve-se evitar a ingestão de alimentos ou bebidas durante o uso da goma ou pastilha e por até 15 a 30 minutos após a administração.

Ressalta-se que as pastilhas de nicotina contêm aspartame, sendo, portanto, contraindicadas para indivíduos com fenilcetonúria. A dose diária máxima recomendada é de até 15 unidades, considerando-se gomas ou pastilhas¹⁴.

3.5.5.4 Cloridrato de bupropiona

No que se refere ao uso do cloridrato de bupropiona no tratamento da dependência à nicotina, algumas considerações clínicas devem ser observadas¹³:

- Idosos: tendem a apresentar maior sensibilidade ao medicamento, motivo pelo qual o uso deve ser criteriosamente avaliado pelo profissional médico. Quando indicado, recomenda-se a prescrição de dose única diária de 150 mg, preferencialmente administrada pela manhã, após o desjejum.
- Insuficiência renal crônica ou hepatopatia crônica: a redução da dose para 150 mg ao dia também é aconselhável, considerando-se a maior biodisponibilidade do medicamento nessas condições clínicas.
- 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.
- Trabalhadores noturnos: ingerir o comprimido no momento em que despertam, após o desjejum.

- Desconforto gástrico ou histórico recente de gastrite: realizar a ingestão do medicamento após a alimentação.

3.6 PRINCIPAIS EVENTOS ADVERSOS DA TERAPIA MEDICAMENTOSA

A terapia medicamentosa para a cessação do tabagismo apresenta perfil de segurança favorável e benefícios amplamente superiores aos riscos associados ao uso contínuo do tabaco. Ainda assim, podem ocorrer eventos adversos relacionados aos medicamentos utilizados, os quais devem ser conhecidos e monitorados pelos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento do tratamento. A adequada orientação ao usuário quanto aos possíveis efeitos indesejáveis contribui para o manejo precoce das intercorrências, reduz a chance de abandono do tratamento e fortalece a adesão terapêutica^{13, 15}.

A identificação precoce dos eventos adversos, bem como a correta avaliação de sua gravidade, permite diferenciar manifestações esperadas de sinais que indiquem necessidade de ajuste terapêutico, suspensão do medicamento ou encaminhamento para avaliação especializada. A seguir, são descritos os principais eventos adversos relacionados às terapias farmacológicas disponibilizadas no SUS para o tratamento da dependência à nicotina.

3.6.1 Adesivo de nicotina (transdérmico)

Entre os principais eventos adversos associados ao uso do adesivo de nicotina, destacam-se prurido, exantema, eritema, cefaleia, tontura, náuseas, vômitos, dispepsia, distúrbios do sono (sonhos incomuns e insônia), além de tremores e palpitações — estes dois últimos geralmente relacionados à administração de doses excessivas de nicotina.

Pode ocorrer irritação cutânea no local de aplicação causada pela ação da cola presente no adesivo. Para minimizar esse desconforto, recomenda-se a aplicação tópica de creme à base de corticoide na noite anterior e no dia seguinte à utilização do adesivo no local onde o adesivo será aplicado. Em casos de reação cutânea, é fundamental orientar o paciente quanto à correta higienização do local antes da aplicação do adesivo, realizando a limpeza com água e sabão, seguida de secagem completa¹³.

3.6.2 Goma e pastilha de nicotina

O uso da goma ou da pastilha de nicotina pode provocar alguns efeitos adversos, entre os quais se destacam tosse, soluços, irritação na garganta, estomatite, boca seca, diminuição ou perda do paladar, parestesia, indigestão, flatulência, desconforto digestivo e dor abdominal. Os episódios de soluços são mais frequentemente relatados por pacientes que fazem uso da pastilha¹³.

3.6.3 Cloridrato de bupropiona

Em relação ao cloridrato de bupropiona, os efeitos adversos mais comuns incluem boca seca, insônia, cefaleia, náuseas, tontura, depressão, ansiedade e crises de pânico. Também podem ocorrer dor torácica, reações alérgicas, desorientação e perda de apetite. Um efeito adverso de atenção especial é o risco de convulsões, cuja incidência estimada é de 1 caso para cada 1.000 indivíduos que utilizam a dose máxima recomendada de 300 mg por dia¹³.

3.7 PRINCIPAIS CONTRAINDICAÇÕES DA TERAPIA MEDICAMENTOSA

A indicação da terapia medicamentosa para a cessação do tabagismo deve ser precedida de avaliação clínica criteriosa, considerando o histórico de saúde do usuário, as comorbidades associadas, o uso concomitante de outros medicamentos e as possíveis contraindicações específicas de cada fármaco. Embora os medicamentos utilizados no tratamento da dependência à nicotina apresentem perfil de segurança favorável, seu uso inadequado pode aumentar o risco de eventos adversos e comprometer a efetividade do tratamento¹³.

Cabe ao profissional de saúde identificar situações clínicas que contraindiquem total ou parcialmente o uso da farmacoterapia, bem como orientar o paciente quanto aos riscos e benefícios de cada opção terapêutica. A decisão terapêutica deve ser individualizada, fundamentada na avaliação risco-benefício e alinhada às diretrizes nacionais vigentes. A seguir, são apresentadas as principais contraindicações relacionadas às terapias farmacológicas

disponibilizadas no SUS para a cessação do tabagismo, organizadas de acordo com cada medicamento.

3.7.1 Terapia de Reposição de Nicotina (TRN)

A TRN é, em geral, bem tolerada por pacientes com cardiopatias crônicas estáveis, não havendo evidências de que seu uso agrave essas condições. Contudo, em situações agudas, como no infarto agudo do miocárdio (IAM), recomenda-se evitar a administração da TRN nas duas primeiras semanas após o evento, em razão do potencial aumento do risco de arritmias cardíacas, decorrente do estímulo adrenérgico da nicotina.

Entretanto, na prática assistencial, há pacientes com eventos cardiovasculares agudos, que podem se beneficiar do uso antecipado da TRN na forma de adesivo de nicotina. Para tanto, esses indivíduos devem ser avaliados pelo médico assistente quanto ao quadro clínico cardiovascular estável, principalmente quando existir risco real de tabagismo entre esses pacientes. Essa decisão deverá considerar os riscos e benefícios do uso da TRN antes dos 15 dias após evento agudo¹³.

Durante o uso da TRN, é fundamental o monitoramento contínuo do paciente. Na ocorrência de efeitos adversos relevantes, deve-se considerar o ajuste da dose ou, se necessário, a suspensão temporária ou definitiva da terapia¹³.

3.7.1.1 Contraindicações específicas

A utilização da TRN requer atenção às contraindicações específicas de cada forma farmacêutica, com o objetivo de garantir a segurança e a eficácia do tratamento¹³.

- **Adesivo de nicotina transdérmico:** contraindicado em casos de história recente de infarto agudo do miocárdio (ocorrido nos últimos 15 dias), arritmias cardíacas graves (fibrilação atrial), angina pectoris instável, doença vascular isquêmica periférica, úlcera péptica ativa, presença de doenças cutâneas, além de durante a gestação e lactação.

- **Goma de nicotina:** contraindicada em indivíduos com incapacidade de mascar, lesões na mucosa bucal, úlcera péptica, sub-luxação na articulação temporomandibular e em usuários de próteses dentárias móveis.
- **Pastilha de nicotina:** contraindicada em casos de lesões na mucosa bucal, úlcera péptica, uso de próteses dentárias móveis e presença de edema de corda vocal (edema de Reinke).

3.7.2 Cloridrato de bupropiona

A bupropiona possui contraindicações absolutas que devem ser rigorosamente observadas antes do início do tratamento:

- epilepsia;
- histórico de convulsão febril na infância;
- tumor no sistema nervoso central;
- histórico de traumatismo crânio-encefálico;
- alterações detectadas no eletroencefalograma;
- uso concomitante de inibidores da enzima monoamino-oxidase (IMAOs), tais como selegilina, fenelzina, tranilcipromina e isocarboxazida.

Nos casos em que o paciente tenha utilizado recentemente algum IMAO, é necessário respeitar um intervalo mínimo de 15 dias entre a suspensão do inibidor da monoamino-oxidase e o início do tratamento com bupropiona, devido ao risco aumentado de ocorrência de crise convulsiva.

Além disso, o cloridrato de bupropiona pode apresentar interações medicamentosas com os seguintes medicamentos: carbamazepina, barbitúricos, fenitoína, antipsicóticos, corticoides e hipoglicemiantes¹³.

4 RECOMENDAÇÕES SOBRE A PRESCRIÇÃO DE NICOTÍNICOS PELO ENFERMEIRO

O Enfermeiro é responsável por suas ações conforme Lei do Exercício profissional, que devem ser respaldadas em fundamentação científica, além de realizadas mediante a elaboração efetiva do Processo de Enfermagem, previstos na Resolução Cofen nº 736/2024. A Resolução determina que o Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todo contexto socioambiental, em que ocorre o cuidado de Enfermagem¹⁶.

De acordo com a Nota COREN-MG N° 01, de 04 de fevereiro de 2025:

“O enfermeiro tem competência técnico-científica, ética e legal para prescrever medicamentos (adesivo, pastilha e goma de mascar) para o uso no Programa de Controle e tratamento ao tabagismo”.

Importante salientar que “Não compete ao profissional Enfermeiro a prescrição de psicotrópicos (Bupropiona)”.

Para acessar a Nota na íntegra, acesse:



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS

NOTA COREN-MG N° 01, DE 04 DE FEVEREIRO DE 2025

Recomendações sobre a prescrição de
nicotínicos pelo Enfermeiro



5 CASOS ESPECIAIS

O tratamento para a cessação do tabagismo deve considerar as especificidades clínicas, sociais e psicossociais de determinados grupos populacionais e situações especiais, que demandam abordagens diferenciadas ou cuidados adicionais. Nesses contextos, a avaliação individualizada torna-se ainda mais relevante, de modo a garantir a segurança do usuário, a adequação das intervenções propostas e a efetividade do tratamento.

Casos como recaídas, adolescência, gestação, envelhecimento, presença de doenças crônicas ou infecciosas, transtornos psiquiátricos, internação hospitalar ou institucionalização exigem estratégias terapêuticas ajustadas às necessidades e vulnerabilidades de cada situação. A atuação integrada da equipe de saúde, o acolhimento qualificado e o acompanhamento contínuo são elementos centrais para o sucesso da cessação do tabagismo nesses cenários^{13, 17}.

Nos subtópicos a seguir, são apresentadas orientações específicas para o manejo do tabagismo em diferentes grupos e contextos especiais, com base nas evidências científicas disponíveis e nas diretrizes nacionais vigentes, visando subsidiar a prática clínica dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde.

5.1 CASOS DE RECAÍDA

A recaída deve ser compreendida como parte possível do processo de cessação do tabagismo e não como fracasso definitivo do tratamento. Tabagistas que já tenham realizado tratamento e apresentado recaída devem ser incentivados a reiniciar o processo, por meio de uma abordagem acolhedora, empática e livre de julgamentos. É fundamental valorizar as experiências adquiridas em tentativas anteriores, reconhecer os avanços obtidos e reforçar a importância da decisão de parar de fumar.

Nesse contexto, recomenda-se discutir, de forma compartilhada entre paciente e profissional de saúde, as estratégias terapêuticas a serem adotadas nesta nova etapa. Sempre que possível, recomenda-se o encaminhamento para acompanhamento psicológico concomitante, visando fortalecer o suporte emocional ao processo de cessação¹³.

No que se refere à farmacoterapia, há flexibilidade para manter ou modificar a medicação previamente utilizada. Evidências demonstram que, mesmo em casos de falha anterior, os fármacos disponíveis continuam sendo mais eficazes do que o placebo em um novo tratamento. Contudo, é imprescindível considerar os eventos adversos relatados em tratamentos anteriores para subsidiar a escolha da nova abordagem medicamentosa, favorecendo, assim, a adesão ao tratamento e o alcance de melhores resultados¹³.

5.2 ADOLESCENTES (INDIVÍDUOS MENORES DE 18 ANOS)

As evidências disponíveis sobre a eficácia de intervenções comportamentais voltadas à cessação do tabagismo em adolescentes ainda são limitadas, principalmente devido à imprecisão, heterogeneidade e risco de viés dos estudos. O aconselhamento em grupo tem se mostrado mais promissor do que as intervenções individuais, configurando-se como uma alternativa terapêutica apropriada para essa faixa etária.

Em relação à farmacoterapia, os estudos são escassos e imprecisos, motivo pelo qual o uso de bupropiona não é recomendado em indivíduos menores de 18 anos. Assim, a recomendação atual é que adolescentes sejam tratados exclusivamente por meio de aconselhamento estruturado/abordagem intensiva, estratégia particularmente relevante diante da vulnerabilidade desse grupo, especialmente com a introdução de novos produtos derivados do tabaco¹³.

5.3 GESTANTES E NUTRIZES

Em gestantes e nutrizes, o tratamento para cessação do tabagismo deve priorizar intervenções não medicamentosas. O aconselhamento estruturado mostra efeitos benéficos tanto ao final da gestação quanto a longo prazo, podendo ser observado até 17 meses após o parto.

Até o momento, não há evidências científicas suficientes que comprovem a eficácia e a segurança do uso de farmacoterapia — incluindo TRN e cloridrato de bupropiona — durante a gestação. Dessa forma, gestantes e nutrizes devem ser orientadas a tentar parar de fumar sem o uso de medicamentos¹³.

5.4 IDOSOS

Não se preconizam condutas terapêuticas do tabagismo para idosos que sejam diferentes das utilizadas para a população adulta, exceto quando esses indivíduos apresentarem comorbidades, que contraindiquem o uso de algum medicamento. Em indivíduos acima de 65 anos, preconiza-se a dose matinal de 150mg/dia de cloridrato de bupropiona.

O tratamento medicamentoso deve ser utilizado objetivando a complementação da terapia cognitivo-comportamental, tendo também como efeito o alívio dos sintomas da abstinência. Independentemente da idade, deixar de fumar pode aumentar a expectativa de vida, melhorar a saúde e a qualidade de vida. Aqueles idosos que decidem fazer uma tentativa têm elevada taxa de sucesso¹³.

5.5 PACIENTES COM TUBERCULOSE

O tabagismo constitui importante fator de risco para a tuberculose. Estima-se que mais de 20% da incidência global da doença esteja associada ao uso de produtos derivados do tabaco, que aumenta em até duas vezes e meia o risco de adoecimento. Tabagistas sem história prévia de tuberculose apresentam risco de morte até nove vezes maior quando comparados a não fumantes.

A cessação do tabagismo reduz em aproximadamente 65% o risco de morte por tuberculose. Dessa forma, as medidas terapêuticas para controle do tabagismo devem integrar o cuidado às pessoas com tuberculose, em articulação entre os programas de controle do tabagismo e da tuberculose, em todos os níveis de atenção à saúde.

Recomenda-se que pessoas com tuberculose, em qualquer fase do tratamento, recebam tratamento para a dependência à nicotina, utilizando-se as mesmas estratégias terapêuticas indicadas para a população geral, com associação de aconselhamento estruturado e farmacoterapia¹³.

5.6 PACIENTES COM CÂNCER

A identificação do tabagismo e as intervenções para a sua cessação são recomendadas como parte essencial da assistência oncológica. Parar de fumar diminui os riscos de doença e de complicações pós-operatórias, aumenta a eficácia da quimioterapia, diminui as complicações da radioterapia e aumenta o tempo de sobrevida e a qualidade de vida dos doentes.

Pacientes com câncer devem ser encorajados a parar de fumar e, portanto, devem receber auxílio para tal. É indicado que o tratamento do tabagismo seja iniciado o mais breve possível e que a conduta terapêutica inclua a associação de intervenções não medicamentosas e medicamentosas¹³.

5.7 PACIENTES COM TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO (INCLUINDO DEPENDÊNCIA AO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS)

É indicado que intervenções para a cessação do tabagismo, incluindo a farmacoterapia e sua combinação com o aconselhamento estruturado, sejam oferecidas aos fumantes em tratamento e reabilitação da dependência de álcool e outras drogas. Não há evidências de eficácia do aconselhamento isolado nessa população, seja em ambiente hospitalar, ambulatorial ou de reabilitação.

Pacientes com depressão atual ou pregressa apresentam melhores resultados quando o tratamento para a cessação do tabagismo é associado a intervenções psicossociais voltadas ao controle do humor. Em fumantes com depressão pregressa, a bupropiona aumenta a cessação do tabagismo, em comparação a placebo. Entretanto, em tabagistas com depressão atual, não há evidências de que a bupropiona aumente as taxas de cessação. Da mesma forma, não existem evidências significativas da eficácia da Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), em comparação ao placebo, no tratamento para cessação do tabagismo em indivíduos com depressão atual.

Em pacientes com esquizofrenia, a bupropiona aumenta as taxas de cessação do tabagismo quando comparada ao placebo. Não há evidências consistentes de benefício do uso de outros

tratamentos medicamentosos ou de intervenções psicossociais adicionais como recursos terapêuticos para a dependência de nicotina nessa população.

É fundamental que pacientes tabagistas que relatem história atual ou pregressa de transtorno psiquiátrico sejam encaminhados — caso ainda não o tenham sido — para avaliação por profissional de saúde mental e para o tratamento adequado. O tratamento para a cessação do tabagismo pode se dar após ou em paralelo ao tratamento definido para o transtorno. O mesmo deve acontecer quando, independentemente do relato de história pregressa, o profissional que faz o atendimento para a cessação do tabagismo avalie ou identifique a necessidade de encaminhamento para o atendimento especializado em saúde mental, visando à melhor caracterização diagnóstica e à definição do tratamento apropriado para casos suspeitos de transtorno psiquiátrico¹³.

5.8. PACIENTES HOSPITALIZADOS

Não foram encontradas revisões sistemáticas que avaliassem como desfecho a redução de sintomas de abstinência em pacientes hospitalizados. Intervenções comportamentais de alta intensidade iniciadas durante a internação hospitalar, e que incluam contato para apoio após a alta por pelo menos um mês, auxiliam na cessação do tabagismo entre os pacientes hospitalizados, independente do diagnóstico de admissão. Inexistem evidências de eficácia para intervenções de menor intensidade ou menor duração.

A associação de farmacoterapia (no caso, a TRN) ao aconselhamento intensivo aumenta significativamente a cessação, em comparação ao aconselhamento intensivo isolado. Inexistem evidências de que a associação de bupropiona ao aconselhamento intensivo aumente a eficácia do tratamento para a cessação do tabagismo, quando comparada ao aconselhamento intensivo isolado nessa população¹³.

5.9 PACIENTES INTERNADOS EM INSTITUIÇÕES DE MÉDIA E LONGA PERMANÊNCIA

Em instituições de média e longa permanência, incluindo hospitais psiquiátricos, unidades de reabilitação clínica e estabelecimentos prisionais, a abordagem terapêutica associada à farmacoterapia aumenta as chances de cessação do tabagismo, com resultados semelhantes aos observados na população geral.

Recomenda-se que a população institucionalizada tenha acesso ao tratamento da dependência da nicotina, respeitando as normas, estruturas e especificidades de cada contexto. Para instituições psiquiátricas, aplicam-se as recomendações descritas no subitem 5.7¹³.

Consulta Pública

6 TABAGISMO PASSIVO

O tabagismo passivo consiste na exposição de indivíduos não fumantes à fumaça exalada pela queima de derivados do tabaco, especialmente em ambientes fechados. Esses indivíduos inalam as mesmas substâncias tóxicas presentes na fumaça aspirada pelo fumante ativo, não havendo níveis seguros de exposição. Assim, a eliminação completa do tabagismo é a única forma eficaz de proteger adequadamente fumantes e não fumantes.

Gestantes expostas ao fumo passivo apresentam maior risco de desfechos adversos, como nascimento de recém-nascidos com baixo peso, prematuridade, defeitos congênitos e aumento da ocorrência de aborto espontâneo. Em lactentes expostos à nicotina por meio do leite materno, podem ocorrer sintomas de intoxicação, incluindo vômitos, diarreia, agitação e taquicardia. Em casos mais graves, já foram descritos sinais como palidez, cianose, taquicardia intensa e episódios de parada respiratória logo após a amamentação.

Crianças expostas à fumaça do tabaco apresentam maiores chances de desenvolver doenças respiratórias, como pneumonia, bronquite aguda, bronquiolite, broncopneumonia, infecção do ouvido médio e exacerbação de crise de asma^{11,14}.

Consulta Pública

7 DISPOSITIVOS ELETRÔNICOS PARA FUMAR (DEF)

Esses dispositivos são compostos por componentes eletrônicos e materiais plásticos, funcionando por meio do aquecimento de um líquido ou de uma folha de tabaco prensada, o que resulta na produção de um aerossol inalável. Popularmente, os DEFs também são conhecidos como *Pods*, *vapes*, *pendrives*, entre outras denominações.

A ampla variedade de aromas e sabores agradáveis, distinta dos cigarros convencionais, contribuiu para a percepção equivocada de que esses dispositivos seriam “menos prejudiciais” à saúde e incapazes de causar dependência. No entanto, embora o aerossol produzido possa apresentar odor mais agradável, ele contém diversas substâncias tóxicas e nocivas, como nicotina, metais pesados, compostos orgânicos voláteis e agentes potencialmente cancerígenos¹⁸.

Persiste ainda a falsa ideia de que os DEFs oferecem menor risco à saúde quando comparados aos cigarros convencionais. Estudos mostram que os níveis de toxicidade podem ser tão prejudiciais como os do cigarro convencional, já que combinam substâncias tóxicas com outras que, muitas vezes, apenas mascaram os efeitos danosos. Dessa forma, os DEFs representam importantes riscos à saúde, incluindo o desenvolvimento de dependência à nicotina, doenças respiratórias e outros agravos. Entre os principais danos associados ao seu uso, destacam-se¹⁸:

- A exposição intencional ou acidental aos e-liquids de nicotina pode levar ao envenenamento e à toxicidade imediata por inalação, incluindo convulsões, que podem ser graves e resultar em morte.
- O uso de cigarros eletrônicos pode causar uma doença respiratória muito grave, que pode levar à morte. É a EVALI (E-cigarette or Vaping product use-Associated Lung Injury), sigla em inglês para lesão pulmonar induzida pelo cigarro eletrônico.
- Os dispositivos podem causar queimaduras e ferimentos graves e resultar em morte (explosão dos dispositivos).
- Podem causar danos ao meio ambiente, que incluem resíduos, incêndios e geração de material particulado transportado pelo ar em ambientes fechados.
- Estimulam a experimentação dos produtos de tabaco.

- Jovens não fumantes de cigarros comuns que usam cigarros eletrônicos têm maior probabilidade que os não usuários de se tornarem fumantes regulares.
- Seu uso ainda aumenta o risco para doença cardiovascular, acidente vascular cerebral, disfunção metabólica, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema) e doença bucal.

Os cigarros eletrônicos são prejudiciais à saúde de fumantes e não fumantes, incluindo crianças, adolescentes e adultos jovens. E é possível que, com o passar do tempo, novas doenças e novos agravos à saúde surjam associados aos DEF¹⁸.

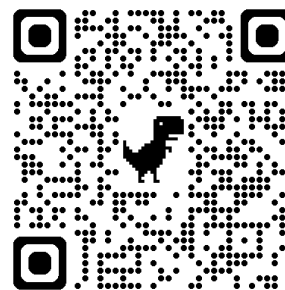
Para maiores informações sobre os DEFs, acesse:



NOTA TÉCNICA 2023 – CONPREV/CONICQ/INCA/MS

1. ASSUNTO

1.1 Trata-se de Nota Técnica referente ao Ofício nº 9/2023/SEI/GGTAB/DIRE3/ANVISA, oriundo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, sobre o **Processo Regulatório relativo à revisão da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 46/2009.**



7.1 TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE CIGARROS ELETRÔNICOS

Até o momento, a literatura referente à avaliação do nível de dependência de nicotina causada pelo cigarro eletrônico ainda é escassa e condicionada a processo de validação. Apesar das mobilizações do campo científico para novos achados, até o presente momento não foram encontradas diretrizes ou consensos que orientem a condução terapêutica especificamente

para usuários dependentes dessa modalidade de entrega de nicotina. Portanto, foram mantidas as mesmas recomendações dos cigarros convencionais¹⁹.

O PCDT recomenda associação entre o aconselhamento estruturado/abordagem intensiva ou a farmacoterapia como indicada para tratar a dependência à nicotina. A associação das duas formas de tratamento é mais eficaz do que somente o aconselhamento estruturado/abordagem intensiva ou a farmacoterapia isolada. Com relação à farmacoterapia, o protocolo observa que o esquema preferencial é o uso de TRN combinada, ou seja, a associação do adesivo transdérmico de nicotina com a goma de mascar de nicotina ou pastilha de nicotina, em momentos de fissura devido a sua maior eficácia no tratamento da dependência à nicotina.

Tomando o PCDT como referência para o norteamto do tratamento de usuários tabagistas, recomenda-se o seguinte esquema medicamentoso para pacientes usuários de cigarro eletrônico cujo nível de dependência indique a necessidade de farmacoterapia, associada à abordagem cognitivo-comportamental¹⁹:

- Iniciar o tratamento com adesivo transdérmico de nicotina 21 mg/24 horas, associado ao uso de goma de mascar de nicotina 2 mg ou pastilha de nicotina 2 mg em caso de fissura (uso sob demanda), respeitando o limite máximo de 5 unidades de goma ou pastilha por dia.
- Caso, durante o acompanhamento, seja identificado que o paciente apresenta grande dificuldade em suspender o uso do cigarro eletrônico, recomenda-se acrescentar, no máximo, mais um adesivo transdérmico de nicotina de 21 mg, totalizando 42 mg em 24 horas. A redução das doses deve seguir a recomendação do PCDT, conforme descrito a seguir, para pacientes em uso de 42 mg de adesivos:
 - 21mg + 21mg por 7 dias;
 - 21mg + 14mg por 7 dias;
 - 21mg + 7mg por 7 dias;
 - 21mg por 7 dias.

A redução das doses associadas de adesivos deve ocorrer de forma gradual, com retirada de 7 mg por semana, sempre considerando a intensidade dos sintomas da síndrome de abstinência. Após o término desse uso combinado de TRN, o tratamento deve prosseguir com 4 semanas de adesivo de nicotina 14 mg, seguidas de mais 4 semanas com adesivo de 7 mg.

É fundamental que o paciente seja acompanhado e alertado que, se estiver usando adesivos, gomas, ou pastilhas e mantendo a continuidade de uso de cigarros eletrônicos ou outra forma de entrega da nicotina, pode colocar em risco sua saúde, como por exemplo apresentar arritmia cardíaca. O acompanhamento da evolução clínica do paciente também permitirá avaliar a possibilidade de introdução da bupropiona 150 mg, desde que não haja contraindicações clínicas, seguindo rigorosamente a posologia estabelecida no PCDT¹⁹.

Para maiores informações sobre o tratamento de usuários de cigarros eletrônicos, acesse:

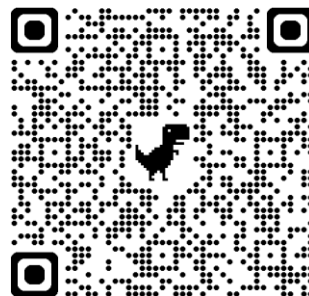


Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco
Coordenação de Prevenção e Vigilância
Instituto Nacional de Câncer
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Ministério da Saúde

NOTA TÉCNICA

TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE CIGARROS ELETRÔNICOS

Trata esta nota técnica de instrumento norteador preliminar para os profissionais de saúde atuando nas unidades de saúde no tratamento de usuários de cigarros eletrônicos.



7.2 ORIENTAÇÕES PARA MÉDICOS E CODIFICADORES SOBRE O REGISTRO DA LESÃO PULMONAR ASSOCIADA AO USO DE CIGARRO ELETRÔNICO (EVALI) NA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO).

Os cigarros eletrônicos contêm nicotina, em sua maioria, e outras substâncias químicas potencialmente tóxicas, contribuindo para o desenvolvimento de dependência e ocasionando inúmeros danos, incluindo doenças pulmonares e cardiovasculares. Em 2019 foi identificada uma condição específica denominada **lesão pulmonar associada ao uso de cigarro eletrônico** (*E-cigarette or Vaping product use-Associated Lung Injury – EVALI*), evidenciando a gravidade dos efeitos adversos do uso deste produto, bem como a necessidade de registro de informações sobre casos e óbitos por esta doença¹⁸.

Os sintomas respiratórios da EVALI incluem tosse, dor torácica e dispneia, sintomas gastrointestinais, como dor abdominal, náuseas, vômitos e diarreia e sintomas inespecíficos, como febre, calafrios e perda de peso. Nos exames de imagem, observam-se infiltrados pulmonares à radiografia de tórax e/ou opacidades em vidro fosco à tomografia computadorizada de tórax. Alterações laboratoriais frequentes incluem leucocitose, elevação da proteína C reativa (PCR) e aumento das enzimas hepáticas. Para a confirmação diagnóstica, devem ser considerados, adicionalmente, a ausência de infecção pulmonar na investigação inicial e a ausência de diagnóstico alternativo plausível (cardíaco, reumatológico ou neoplásico). O diagnóstico de EVALI pressupõe, ainda, o uso de cigarro eletrônico nos 90 dias que antecedem o início dos sintomas²⁰.

Com o propósito de facilitar a identificação e o monitoramento desses eventos, o código U07.0 (Doença relacionada ao uso do cigarro eletrônico) da CID-10 foi designado para casos relacionados ao uso de cigarro eletrônico. A correta notificação desses casos na DO é essencial para a vigilância epidemiológica e para subsidiar a formulação de políticas públicas voltadas à prevenção e controle dos danos associados ao uso desses dispositivos.

Para garantir a acurácia dos dados, orienta-se que médicos e registradores relatem a ocorrência de EVALI como um fator relevante no óbito, sempre que houver evidências clínicas, radiológicas e/ou laboratoriais compatíveis. Além disso, os profissionais responsáveis pela codificação das causas de morte devem estar atentos à alocação correta do código U07.0 (Doença relacionada ao uso do cigarro eletrônico), quando pertinente²⁰.

Para acessar o documento na íntegra, acesse:

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 233/2025-SVSA/SAPS/MS - INCA - ANVISA

1. **ASSUNTO**

Orientações para médicos e codificadores sobre o registro da lesão pulmonar associada ao uso de cigarro eletrônico (EVALI) na Declaração de Óbito (DO).



8 MONITORAMENTO

O monitoramento do tratamento para cessação do tabagismo deve ser realizado pelas UBS por meio de registros sistemáticos. É fundamental que sejam documentados o número de usuários atendidos, a evolução de cada um quanto ao uso de produtos derivados do tabaco em cada consulta e, ainda, os casos de abandono do tratamento ao longo do período previsto de 12 meses.

A avaliação do desfecho do tratamento é feita com base no relato do paciente sobre a abstinência do uso de produtos com nicotina. Essas informações possibilitam a construção de indicadores de cessação, adesão e abandono, os quais são essenciais para o acompanhamento e a avaliação da efetividade do programa, contribuindo para o aprimoramento das ações nos diferentes níveis de atenção do SUS¹³.

O tratamento do tabagismo pode ser iniciado em qualquer nível de atenção à saúde, sendo preferencialmente conduzido na APS. Ao final do tratamento, caso o paciente alcance a abstinência, recomenda-se que seja mantido o acompanhamento por um período de até 12 meses, com o objetivo de apoiar a manutenção da cessação e prevenir recaídas.

Na ocorrência de recaída, torna-se imprescindível a reavaliação da abordagem terapêutica previamente adotada e, de forma compartilhada com o paciente, a definição da estratégia mais adequada para o retratamento. Adicionalmente, recomenda-se a implementação de estratégias de busca ativa de usuários que tenham interrompido o tratamento, com vistas à sua reinserção no cuidado.

Os possíveis eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos devem ser monitorados continuamente pelo profissional de saúde responsável pelo acompanhamento do paciente, o qual deverá avaliar a conduta mais adequada para cada situação. Quando necessário, deve-se proceder ao encaminhamento para outros profissionais ou serviços, a fim de garantir a segurança e a integralidade do cuidado¹³.

9 SOLICITAÇÃO DOS INSUMOS

Após a avaliação individualizada do paciente e a definição do plano terapêutico, o profissional de saúde deverá proceder com a solicitação dos insumos necessários ao tratamento — materiais educativos e, quando indicado, medicamentos — por meio do preenchimento da *Planilha de Inserção e Monitoramento do PNCT na UBS*. O documento está disponível no seguinte link: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1Uug6u3jaeBxAOd_dVAQHcB9caX_3yWpNMYijG_qtkg44/edit?gid=1597111699.

Independentemente de o tratamento ser conduzido de forma individual ou em grupo, todos os pacientes incluídos no Programa de Controle do Tabagismo devem ser devidamente registrados na planilha de monitoramento. A previsão de medicamentos deve contemplar um período de 3 (três) meses, contudo, a prescrição entregue ao paciente deverá ser mensal. Ressalta-se que, mesmo nos casos em que o paciente for conduzido exclusivamente com abordagem cognitiva, sem uso de tratamento medicamentoso, o registro na planilha permanece obrigatório.

As solicitações serão analisadas pela RT do Programa no município no prazo de até 24 horas. Em casos de preenchimento incompleto das informações ou de inadequação da prescrição em relação às recomendações do PNCT, a RT entrará em contato com o(a) enfermeiro(a) ou médico(a) ou gerente da unidade para realizar os ajustes necessários. O parecer sobre a liberação do tratamento será registrado pela RT na coluna “Parecer quanto à liberação do tratamento” na Planilha de Inserção e Monitoramento do PNCT nas UBS. Quando o parecer for “APROVADO”, a equipe de saúde estará autorizada a dar continuidade ao programa. A prescrição referente ao primeiro mês deverá ser entregue ao paciente no primeiro encontro da Fase 1. Caso, durante o tratamento, o profissional prescriptor identifique a necessidade de alteração na prescrição dos insumos inicialmente previstos, deverá entrar em contato com a RT do programa para orientação e atualização.

As farmácias terão acesso à Planilha de Inserção e Monitoramento do PNCT nas UBS, a qual deverá ser consultada previamente a cada dispensação de medicamentos vinculados ao programa. A dispensação somente deverá ser realizada se o nome do paciente constar na planilha com o status “Aprovado” na coluna “Parecer quanto à liberação do tratamento”. O profissional responsável pela dispensação deverá registrar a data e a quantidade de cada

medicamento liberado na aba “Uso exclusivo da farmácia”, na coluna “Registro de dispensação”. Para as dispensações subsequentes, devem ser seguidos os mesmos procedimentos adotados na primeira dispensação.

Ao término dos três primeiros meses de tratamento, a equipe de saúde deverá realizar a avaliação da situação atual do paciente, considerando as seguintes possibilidades:

- 1) o paciente cessou o tabagismo e permanece participando dos encontros mensais de acompanhamento;
- 2) o paciente não alcançou a cessação e não manifesta interesse em dar continuidade ao tratamento;
- 3) o paciente não interrompeu o uso do tabaco, mas deseja reiniciar o tratamento formal.

Essa avaliação é essencial para a definição das condutas subsequentes e para o adequado monitoramento da efetividade das ações desenvolvidas no âmbito do PNCT.

Para os pacientes que não conseguiram cessar o tabagismo, é fundamental que a equipe de saúde os estimule a reiniciar o tratamento, sempre reconhecendo e valorizando as experiências adquiridas em tentativas anteriores. O acolhimento integral do paciente, com ênfase nos avanços conquistados, no fortalecimento da decisão de parar de fumar e na reflexão conjunta sobre estratégias futuras, constitui uma etapa essencial para o êxito do novo processo terapêutico. A definição da abordagem a ser adotada deve ser construída de forma compartilhada entre o paciente e o profissional de saúde, considerando as especificidades de cada caso. Sempre que possível, recomenda-se o encaminhamento do paciente para acompanhamento psicológico concomitante, a fim de potencializar os resultados do tratamento.

No que se refere à farmacoterapia, é possível manter ou modificar a estratégia utilizada anteriormente, considerando-se que há evidências de que, mesmo após falhas terapêuticas, os fármacos disponíveis continuam apresentando eficácia superior ao placebo em novas tentativas de cessação. Contudo, os eventos adversos relatados em abordagens anteriores devem ser cuidadosamente avaliados, de modo a subsidiar a escolha de uma nova estratégia que favoreça a adesão ao tratamento. Após a definição do novo plano terapêutico, o paciente deverá ser reinserido na Planilha de Inserção e Monitoramento do PNCT na UBS, garantindo o adequado registro e acompanhamento pela equipe de saúde.

Para cada encontro realizado no âmbito do PNCT, a equipe de saúde deverá alimentar a Planilha de Inserção e Monitoramento do PNCT na UBS, registrando de forma precisa, na aba “Monitoramento”, a data do comparecimento do paciente, sua situação atual em relação ao uso do tabaco, bem como a presença ou ausência de efeitos adversos relacionados ao tratamento em curso. Esses registros são fundamentais para o acompanhamento sistemático da evolução do paciente, a tomada de decisões clínicas e a avaliação da efetividade das estratégias adotadas.

A abstinência tabágica constitui o desfecho desejado no âmbito do PCT desenvolvido nas unidades de saúde, tendo como eixo central as intervenções cognitivas e o treinamento de habilidades comportamentais, com foco tanto na cessação quanto na prevenção de recaídas. Contudo, a avaliação dos resultados dessas ações, no contexto do SUS, deve considerar os elementos que caracterizam o tabagismo como uma doença crônica, notadamente a dependência química.

Nesse sentido, é essencial reconhecer que a interrupção do uso do tabaco pode desencadear um estado de abstinência fisiológica, manifestado pela ocorrência da síndrome de abstinência e pela necessidade compulsiva de consumir a substância com o intuito de aliviar ou evitar tais sintomas — critérios esses que fundamentam o diagnóstico da dependência à nicotina. Dessa forma, considerando as características clínicas do tabagismo enquanto doença crônica, e conforme evidenciado na literatura científica, é comum que sejam necessárias múltiplas tentativas — por vezes cinco ou mais — até que se alcance a abstinência definitiva, sendo frequentes os episódios de recaída ou a ausência de resposta ao tratamento inicial. Portanto, não se deve condicionar a eficácia terapêutica, seja do aconselhamento isolado ou associado ao uso de medicamentos, à obtenção imediata da cessação do tabagismo. Tal expectativa desconsidera um dos próprios critérios diagnósticos da dependência: a dificuldade persistente em interromper o uso da substância, mesmo diante de esforços repetidos¹³.

10 REGISTRO

Os atendimentos realizados aos tabagistas no âmbito da APS devem ser registrados de forma sistemática e adequada a fim de assegurar a rastreabilidade das ações, a continuidade do cuidado e a avaliação das estratégias adotadas. Para tal, é imprescindível que os serviços de saúde envolvidos no atendimento estejam devidamente cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o código 119-001, correspondente ao Serviço de Controle do Tabagismo/Abordagem e Tratamento do Fumante.

Adicionalmente, todas as ações voltadas ao controle do tabagismo — incluindo atividades de promoção da saúde, prevenção da iniciação ao uso de produtos derivados do tabaco e medidas de proteção ao tabagista passivo — devem ser igualmente registradas no sistema e-SUS APS. Esse registro é fundamental para o monitoramento integrado das ações, a qualificação das informações em saúde e o acompanhamento da efetividade das intervenções desenvolvidas no território²¹.

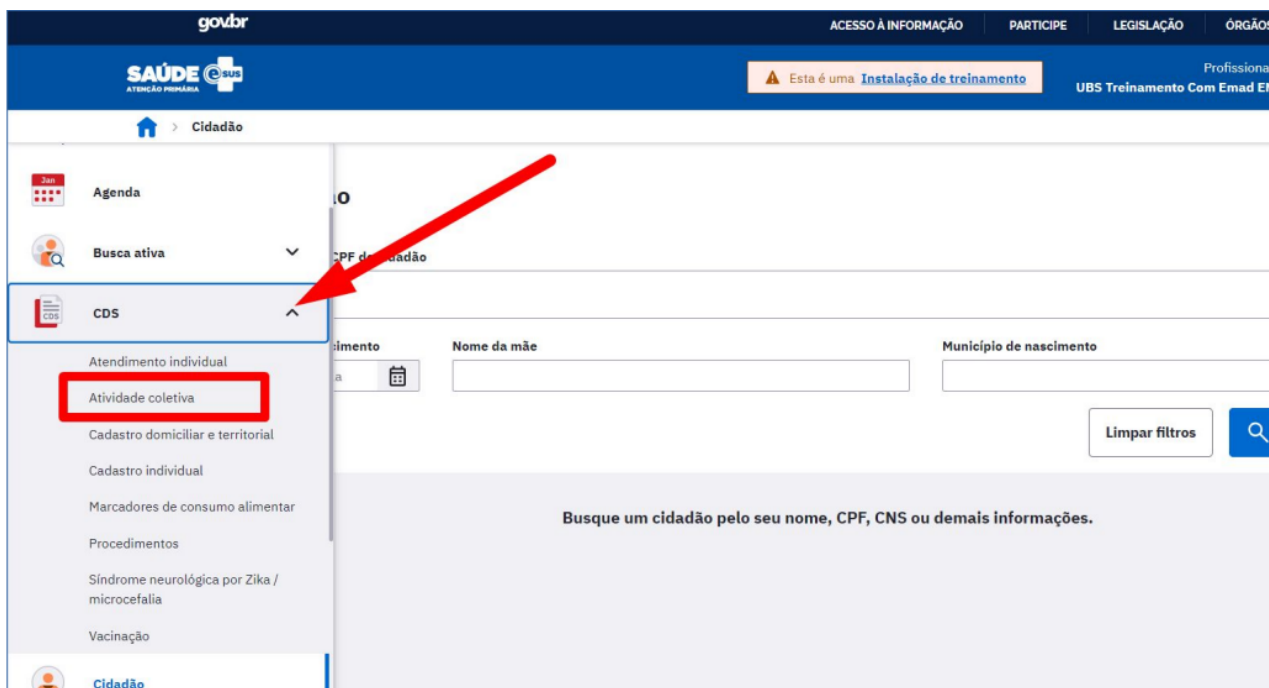
No que se refere à dispensação de medicamentos, esta deverá ser registrada no Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF) pelo farmacêutico responsável, para fins de prestação de contas. Esse registro constitui condição essencial para a realização de distribuições subsequentes dos medicamentos no âmbito do programa.

Os dados de dispensação registrados no SIGAF, bem como a posição dos estoques nas farmácias municipais são critérios tanto para a autorização de distribuição pela Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais aos municípios, quanto para a elaboração da programação do elenco de medicamentos do PNCT junto ao MS²².

10.1 REGISTRO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE OU MOBILIZAÇÃO SOCIAL VOLTADAS PARA O CONTROLE DO TABAGISMO

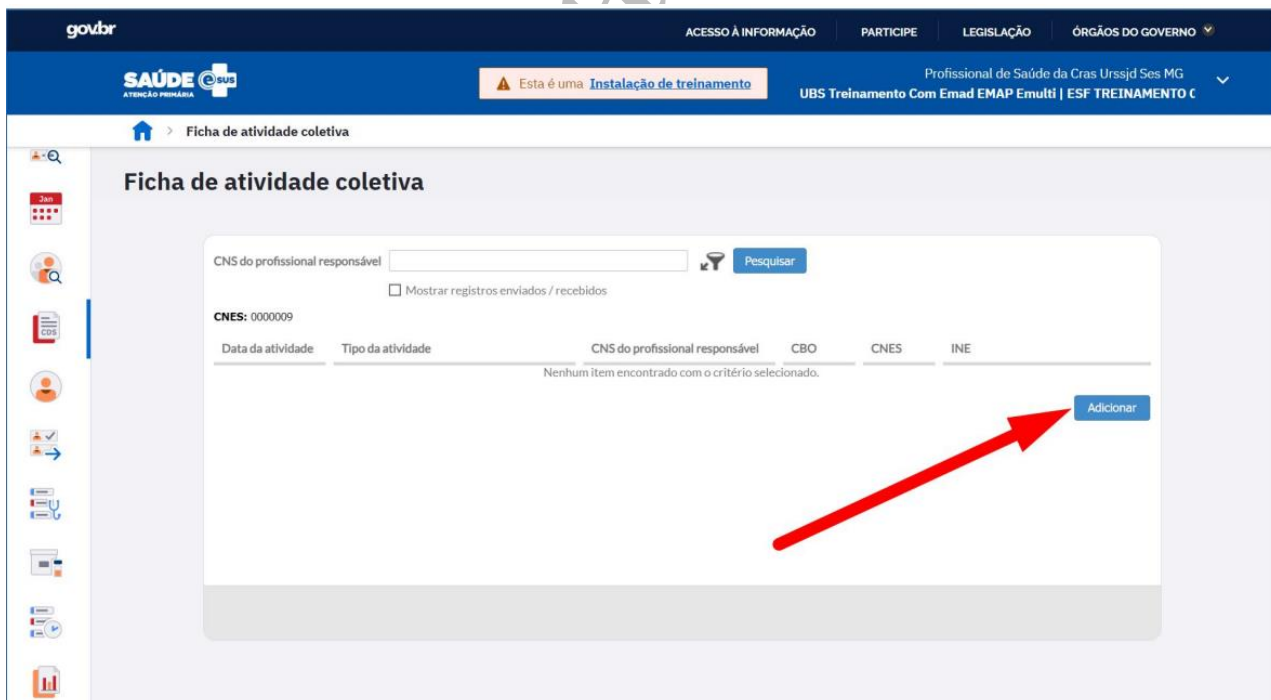
As ações coletivas de educação em saúde ou mobilização social realizadas junto à comunidade voltadas para o controle do tabagismo deverão ser registradas na Ficha de Atividade Coletiva no e-SUS APS²¹.

Figura 3 – Localização da Ficha de Atividade Coletiva do e-SUS APS



Fonte: BRASIL, 2018²³.

Figura 4 – Adicionar registro na Ficha de Atividade Coletiva do e-SUS APS



Fonte: BRASIL, 2018²³.

A Ficha de Atividade Coletiva permite a inserção de todos os profissionais que participaram da ação no campo “Profissionais participantes”. Assim, ressalta-se que a ação não deve ser registrada por todos os profissionais que participaram da ação em fichas diferentes. Ela deve ser registrada em uma única ficha pelo profissional responsável pela ação; e no campo “Profissionais participantes” deverão ser inseridos os dados dos demais profissionais.

Adicionalmente, é obrigatório o preenchimento do número de participantes da ação, informação indispensável para o adequado monitoramento e consolidação dos dados no sistema²³.

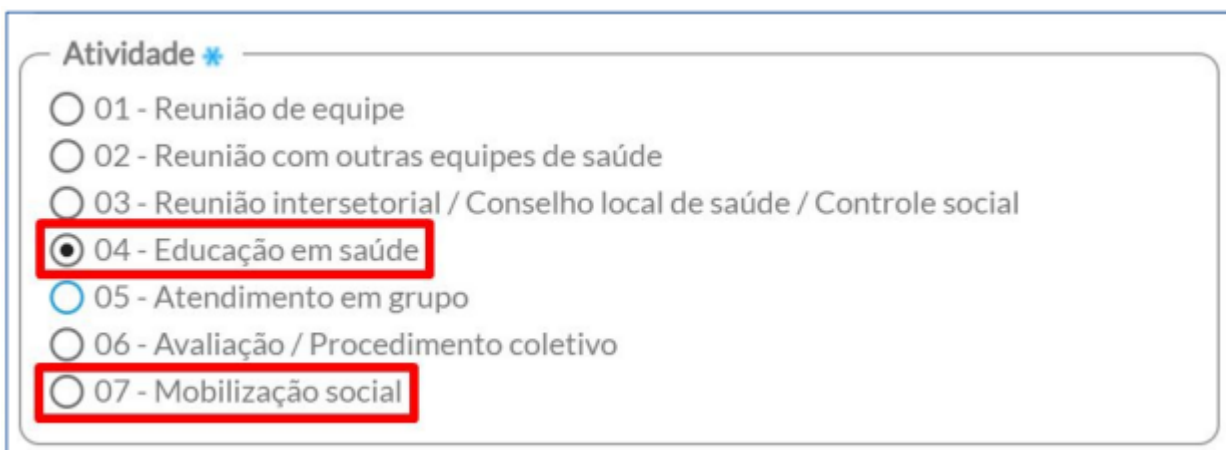
Figura 5 – Como inserir os profissionais participantes da ação

Fonte: BRASIL, 2018²³.

O tipo de atividade deve ser preenchido conforme a característica da ação²⁴:

- 04 - Educação em saúde: Indica uma ação de educação em saúde, como encenações teatrais sobre algum tema em saúde, rodas de conversa com temas da saúde, atividades de sala de espera na UBS, campanhas pontuais ou sazonais de saúde, etc.. Essa opção não exige que os usuários da atividade sejam identificados²⁴.
- 07 - Mobilização Social: Ações de promoção de mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade. Essa opção não exige que os usuários da atividade sejam identificados²⁴.

Figura 6 – Preenchimento do tipo de atividade



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

Fonte: BRASIL, 2018²⁴.

O preenchimento das atividades 04 (Educação em saúde) e 07 (Mobilização Social) fazem relação com “Público-alvo” e “Temas para saúde”.

As categorias disponíveis em “Público alvo” incluem: faixa etária (criança até 3 anos, criança de 4 e 5 anos, criança de 6 a 11 anos, adolescente e idoso), sexo (mulher e homem), condição de saúde (gestante, pessoas com doenças crônicas, usuário de tabaco, usuário de álcool, usuário de outras drogas, pessoas com sofrimento ou transtorno mental), além de familiares, profissionais da educação e outros.

É possível marcar mais de uma opção. O campo “Temas para saúde” é de preenchimento obrigatório. Para as ações relacionadas ao controle do tabagismo, deve ser selecionada a opção (6) Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas²⁴.

Figura 7 – Preenchimento do público-alvo e temas para saúde

Público alvo *	Temas para saúde *
<input checked="" type="checkbox"/> 01 - Comunidade em geral	<input type="checkbox"/> 01 - Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i>
<input type="checkbox"/> 02 - Criança 0 a 3 anos	<input type="checkbox"/> 02 - Agravos e doenças negligenciadas
<input type="checkbox"/> 03 - Criança 4 a 5 anos	<input type="checkbox"/> 03 - Alimentação saudável
<input type="checkbox"/> 04 - Criança 6 a 11 anos	<input type="checkbox"/> 04 - Autocuidado de pessoas com doenças crônicas
<input type="checkbox"/> 05 - Adolescente	<input type="checkbox"/> 05 - Cidadania e direitos humanos
<input type="checkbox"/> 06 - Mulher	<input checked="" type="checkbox"/> 06 - Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas
<input type="checkbox"/> 07 - Gestante	<input type="checkbox"/> 07 - Envelhecimento (climatério, andropausa, etc)
<input type="checkbox"/> 08 - Homem	<input type="checkbox"/> 08 - Plantas medicinais / Fitoterapia
<input type="checkbox"/> 09 - Familiares	<input type="checkbox"/> 09 - Prevenção da violência e promoção da cultura da paz
<input type="checkbox"/> 10 - Idoso	<input type="checkbox"/> 10 - Saúde ambiental
<input type="checkbox"/> 11 - Pessoas com doenças crônicas	<input type="checkbox"/> 11 - Saúde bucal
<input type="checkbox"/> 12 - Usuário de tabaco	<input type="checkbox"/> 12 - Saúde do trabalhador
<input type="checkbox"/> 13 - Usuário de álcool	<input type="checkbox"/> 13 - Saúde mental
<input type="checkbox"/> 14 - Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/> 14 - Saúde sexual e reprodutiva
<input type="checkbox"/> 15 - Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	<input type="checkbox"/> 15 - Semana saúde na escola
<input type="checkbox"/> 16 - Profissional de educação	<input type="checkbox"/> 16 - Outros
<input type="checkbox"/> 17 - Outros	

Fonte: BRASIL, 2018²⁴.

10.2 REGISTRO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE OU MOBILIZAÇÃO SOCIAL VOLTADAS PARA O CONTROLE DO TABAGISMO NO ÂMBITO ESCOLAR

As ações coletivas de educação em saúde ou de mobilização social voltadas para o controle do tabagismo realizadas no âmbito escolar devem ser registradas na Ficha de Atividade Coletiva no e-SUS APS, conforme os procedimentos descritos no item 10.1 deste protocolo. A diferença, nesse caso, é que se trata de uma ação vinculada ao PSE, sendo obrigatório informar que a atividade refere-se ao PSE e registrar o número do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) da escola/creche onde a ação foi desenvolvida²⁴.

Figura 8 – Registro das ações de educação em saúde ou mobilização social

The screenshot shows a web form with the following sections:

- Top Section:** Fields for 'CNS do profissional responsável *', 'CBO *', 'CNES *', 'INE *', and 'Data *'. Values include 115, 223565, 0000009, 0000223875, and 30/10/2024.
- Activity Section:** 'Turno *' with radio buttons for 'Manhã', 'Tarde', and 'Noite'. 'Local de atividade' includes 'N° INEP (Escola / Creche)' (53016580) and 'CNES'.
- Program Section:** 'Programa saúde na escola' with checkboxes for 'Educação' and 'Saúde'.
- Professionals Section:** 'Profissionais participantes' with a search area for 'CNS do profissional' and 'CBO'. A 'Confirmar' button is present.
- Summary Section:** 'N° de participantes *' (5) and 'N° de avaliações alteradas' (0).

Fonte: BRASIL, 2018²⁴.

10.3 REGISTRO DA IDENTIFICAÇÃO/CADASTRO DA PESSOA TABAGISTA (ACS)

O cadastro da pessoa tabagista no território deve ser registrado na Ficha de Cadastro Individual, campo “Questionário Autorreferido de Condições/situações de Saúde”, no qual o indivíduo relata sobre sua situação de saúde. O cidadão é questionado se “ESTÁ FUMANTE?”. O cadastramento e a atualização periódica dessas informações são atribuições dos ACS²⁴.

Figura 9 – Preenchimento do cadastro da pessoa tabagista no território

Questionário autorreferido de condições / situações de saúde

Condições / Situações de saúde gerais Sim Não

Está gestante? Sim Não

Sobre seu peso, você se considera?

Abaixo do peso Peso adequado Acima do peso

Está fumante? Sim Não

Faz uso de álcool? Sim Não

Faz uso de outras drogas? Sim Não

Tem hipertensão arterial? Sim Não

Tem diabetes? Sim Não

Teve AVC / derrame? Sim Não

Teve infarto? Sim Não

Tem doença cardíaca / do coração? Sim Não

Se sim, indique qual(is).

Insuficiência cardíaca Outro Não sabe

Tem ou teve problemas nos rins? Sim Não

Se sim, indique qual(is).

Insuficiência renal Outro Não sabe

Se sim, qual é a maternidade de referência?

Tem doença respiratória / no pulmão? Sim Não

Se sim, indique qual(is).

Asma DPOC / Enfisema Outro Não sabe

Está com hanseníase? Sim Não

Está com tuberculose? Sim Não

Tem ou teve câncer? Sim Não

Teve alguma internação nos últimos 12 meses? Sim Não

Se sim, por qual causa?

Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde? Sim Não

Está acamado? Sim Não

Está domiciliado? Sim Não

Usa plantas medicinais? Sim Não

Se sim, indique qual(is).

Usa outras práticas integrativas e complementares? Sim Não

Fonte: BRASIL, 2018²⁴.

Além disso, o acompanhamento da pessoa tabagista também deve ser registrado na Ficha de Visita Domiciliar pelo ACS no momento da visita ao domicílio do usuário²⁴.

Figura 10 – Registro do acompanhamento da pessoa tabagista

Acompanhamento

Gestante

Puérpera

Recém-nascido

Criança

Pessoa com desnutrição

Pessoa em reabilitação ou com deficiência

Pessoa com hipertensão

Pessoa com diabetes

Pessoa com asma

Pessoa com DPOC / enfisema

Pessoa com câncer

Pessoa com outras doenças crônicas

Pessoa com hanseníase

Pessoa com tuberculose

Sintomáticos respiratórios

Tabagista

Domiciliados / Acamados

Condições de vulnerabilidade social

Condicionais do Bolsa Família

Saúde mental

Usuário de álcool

Usuário de outras drogas

Fonte: BRASIL, 2018²⁴.

10.4 REGISTRO DA AVALIAÇÃO CLÍNICA INDIVIDUAL DA PESSOA TABAGISTA

No registro da avaliação clínica individual da pessoa tabagista, deve-se utilizar o formato de Atendimento Individual – SOAP. Para o correto registro, recomenda-se a utilização do código SIGTAP 03.01.01.0099 – Consulta para avaliação clínica do fumante em procedimentos⁸.

Para médicos, orienta-se o uso dos seguintes códigos da CID-10⁸:

- F17.8 – Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de fumo: outros transtornos mentais ou comportamentais.
- F17.9 – Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de fumo: transtorno mental ou comportamental não especificado.

Para os demais profissionais de saúde, recomenda-se a codificação conforme a Classificação Internacional de Atenção Primária – Segunda Edição (CIAP-2), utilizando o código⁸:

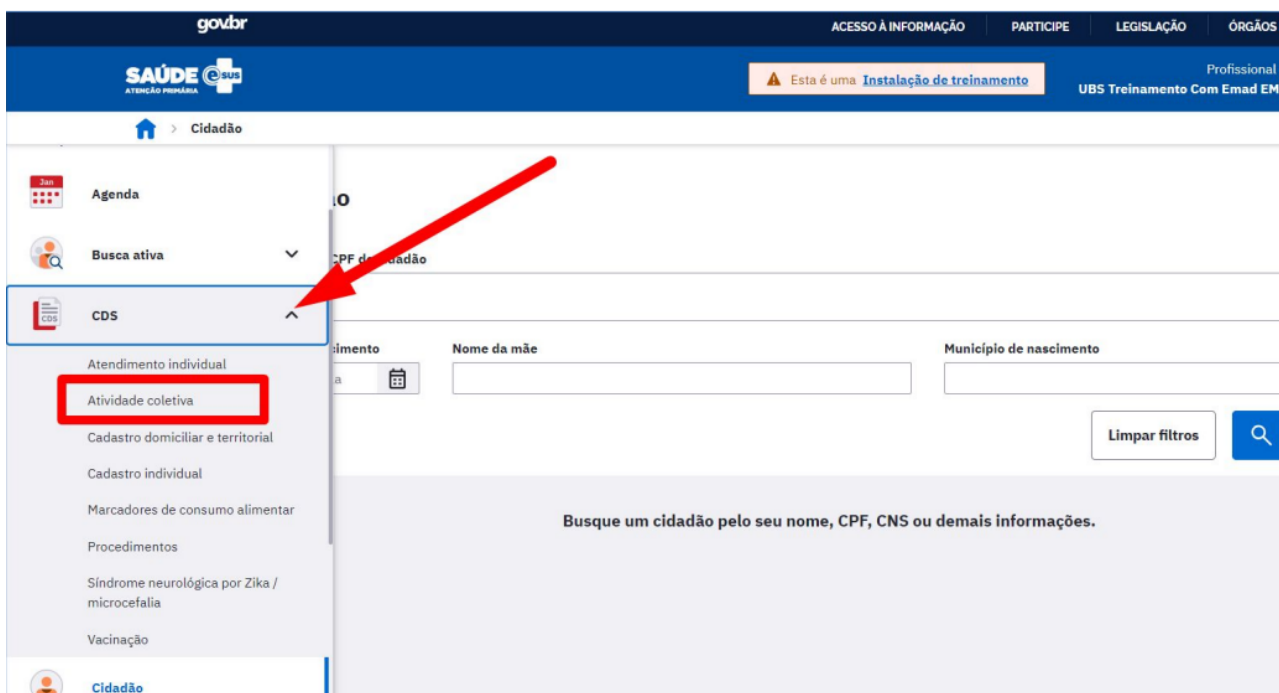
- P17 – Abuso do tabaco.

Este é o momento da realização da avaliação clínica individual do fumante, que consiste na investigação das principais doenças e fatores de risco relacionados ao tabagismo, avaliação do grau de dependência da pessoa ao cigarro e seu estágio de motivação para a cessação do tabagismo. Os profissionais habilitados para a avaliação clínica do fumante são o Médico, Enfermeiro, Cirurgião Dentista, Farmacêutico e o Psicólogo Clínico²⁵.

10.5 REGISTRO DAS AÇÕES RELATIVAS AO TRATAMENTO DO TABAGISMO (PNCT- SESSÕES 1 A 4), REALIZADAS EM GRUPO

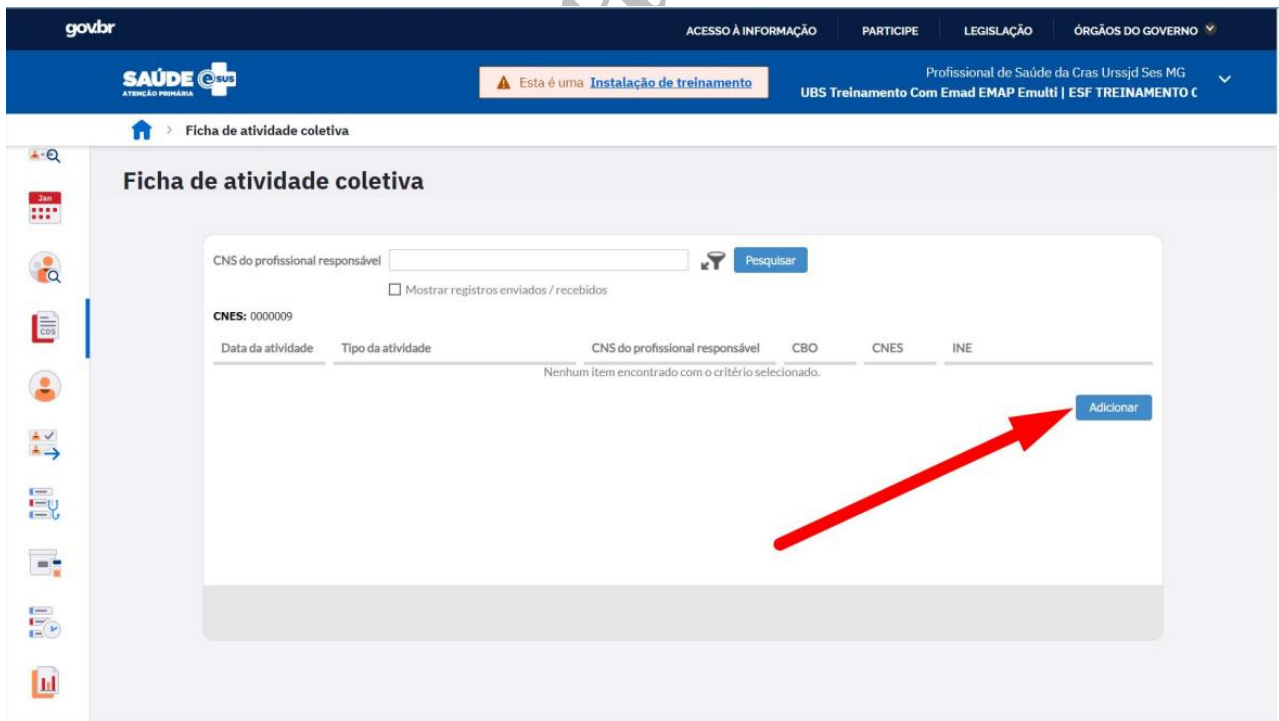
O registro das ações relativas ao tratamento do tabagismo (PNCT - Sessões 1 a 4), realizadas em grupo, deve ser realizado na Ficha de Atividade Coletiva no e-SUS APS por um profissional de nível superior. As quatro sessões iniciais estruturadas devem ser discriminadas na Ficha de Atividade Coletiva para permitir o levantamento posterior das taxas de cessação, abandono e acompanhamento completo dos usuários²⁴.

Figura 11 – Registro de atividades coletivas



Fonte: BRASIL, 2018²⁴.

Figura 12 – Ficha de atividade coletiva



Fonte: BRASIL, 2018²⁴.

A Ficha de Atividade Coletiva permite a inserção de todos os profissionais que participaram da ação no campo “Profissionais participantes”. Dessa forma, a ação não deve ser registrada em fichas distintas por cada profissional, devendo ser lançada em uma única ficha, preenchida pelo profissional responsável. Nesse campo, deverão ser informados os dados dos demais profissionais envolvidos, bem como o número total de participantes da ação²⁴.

Figura 13 – Registro dos profissionais que participaram da ação coletiva

O formulário apresenta os seguintes campos e opções:

- CNS do profissional responsável: 1 [redacted]
- CBO: 223565
- CNES: 0000009
- INE: 0000223875
- Data: 30/10/2024
- Turno: Manhã Tarde Noite
- Programa saúde na escola: Educação Saúde
- Local de atividade: N° INEP (Escola / Creche) e CNES (campos vazios)
- Outra localidade: (campo de texto vazio)
- Nº de participantes: 5
- Nº de avaliações alteradas: 0
- Seção "Profissionais participantes":
 - CNS do profissional e CBO (campos vazios)
 - Botão "Confirmar"
 - Lista de profissionais: Nenhum item encontrado.

Fonte: BRASIL, 2018²⁴.

Para o registro das sessões de tratamento do PNCT, deve-se selecionar a atividade "Avaliação/Procedimento Coletivo" no sistema e-SUS APS. Esse tipo de atividade exige o preenchimento obrigatório das informações de identificação dos participantes da sessão, incluindo o Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), data de nascimento e sexo dos usuários. No bloco “Práticas em Saúde”, devem ser selecionadas as opções correspondentes aos códigos 06 a 09, conforme as orientações estabelecidas no protocolo do programa. Ao registrar uma sessão vinculada ao PNCT, o campo “Programa Nacional de Controle do Tabagismo” será habilitado automaticamente, permitindo indicar, quando aplicável, se o cidadão “Cessou o hábito de fumar” ou “Abandonou o grupo”, contribuindo para o acompanhamento sistemático e a avaliação dos resultados no âmbito da APS²⁴.

Figura 14 – Registro das sessões de tratamento do PNCT

Fonte: BRASIL, 2018²⁴.

Figura 15 – Cadastro das informações de identificação dos participantes da sessão

Fonte: BRASIL, 2018²⁴.

O registro da informação “Cessou o hábito de fumar” deve ocorrer exclusivamente para pacientes que se encontrem sem fumar na 4ª sessão, momento em que se concluem as quatro sessões estruturadas iniciais do tratamento. Nessa etapa, espera-se que o paciente tenha interrompido o uso do tabaco, passando a consolidar e manter a abstinência durante as sessões de manutenção.

Em relação ao registro do “Abandonou o grupo” é essencial que a equipe de saúde faça a busca ativa dos faltosos. A presença de uma falta sem justificativa aceita pela equipe de saúde é caracterizado como abandono do grupo, pois para a efetividade do tratamento é necessário que o usuário participe de todas as sessões, visto que cada sessão contém elementos específicos, importantes para o processo de mudança de comportamento. Nos casos de falta com justificativa aceita, o usuário deverá realizar a sessão perdida, conforme a disponibilidade da equipe, sendo o atendimento registrado de acordo com a sessão efetivamente realizada, garantindo a continuidade do tratamento junto aos demais participantes²⁴.

Exemplo de registro na Ficha de Atividade Coletiva do participante que abandonou o grupo:

Na 1º sessão foram registrados 10 participantes. Na 2º sessão foi constatado o abandono do grupo por um dos participantes, sendo que apenas 9 participaram da sessão. Sendo assim, devemos registrar na 2º sessão os 10 participantes e no participante faltoso, marcar a opção “Abandonou o grupo”, sendo que nas próximas sessões (3 e 4) não é necessário mais registrar esse usuário.

As sessões de manutenção não têm campo específico para registro na Ficha de Atividade Coletiva. Dessa forma, podem ser registradas na Ficha de Atividade Coletiva marcando a atividade "Avaliação/Procedimento Coletivo", e no bloco “Práticas em Saúde” a opção “13 - Outras”²⁴.

Figura 16 – Como registrar sessões de manutenção na Ficha de Atividade Coletiva

<p>Atividade *</p> <p><input type="radio"/> 01 - Reunião de equipe</p> <p><input type="radio"/> 02 - Reunião com outras equipes de saúde</p> <p><input type="radio"/> 03 - Reunião intersetorial / Conselho local de saúde / Controle social</p> <p><input type="radio"/> 04 - Educação em saúde</p> <p><input type="radio"/> 05 - Atendimento em grupo</p> <p><input checked="" type="radio"/> 06 - Avaliação / Procedimento coletivo</p> <p><input type="radio"/> 07 - Mobilização social</p>	<p>Temas para reunião</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - Questões administrativas / Funcionamento</p> <p><input type="checkbox"/> 02 - Processos de trabalho</p> <p><input type="checkbox"/> 03 - Diagnóstico do território / Monitoramento do território</p> <p><input type="checkbox"/> 04 - Planejamento / Monitoramento das ações da equipe</p> <p><input type="checkbox"/> 05 - Discussão de caso / Projeto terapêutico singular</p> <p><input type="checkbox"/> 06 - Educação permanente</p> <p><input type="checkbox"/> 07 - Outros</p>	
<p>Público alvo *</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - Comunidade em geral</p> <p><input type="checkbox"/> 02 - Criança 0 a 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 03 - Criança 4 a 5 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 04 - Criança 6 a 11 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 05 - Adolescente</p> <p><input type="checkbox"/> 06 - Mulher</p> <p><input type="checkbox"/> 07 - Gestante</p> <p><input type="checkbox"/> 08 - Homem</p> <p><input type="checkbox"/> 09 - Familiares</p> <p><input type="checkbox"/> 10 - Idoso</p> <p><input type="checkbox"/> 11 - Pessoas com doenças crônicas</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 12 - Usuário de tabaco</p> <p><input type="checkbox"/> 13 - Usuário de álcool</p> <p><input type="checkbox"/> 14 - Usuário de outras drogas</p> <p><input type="checkbox"/> 15 - Pessoas com sofrimento ou transtorno mental</p> <p><input type="checkbox"/> 16 - Profissional de educação</p> <p><input type="checkbox"/> 17 - Outros</p>	<p>Temas para saúde</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i></p> <p><input type="checkbox"/> 02 - Agravos e doenças negligenciadas</p> <p><input type="checkbox"/> 03 - Alimentação saudável</p> <p><input type="checkbox"/> 04 - Autocuidado de pessoas com doenças crônicas</p> <p><input type="checkbox"/> 05 - Cidadania e direitos humanos</p> <p><input type="checkbox"/> 06 - Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas</p> <p><input type="checkbox"/> 07 - Envelhecimento (climatério, andropausa, etc)</p> <p><input type="checkbox"/> 08 - Plantas medicinais / Fitoterapia</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 09 - Prevenção da violência e promoção da cultura da paz</p> <p><input type="checkbox"/> 10 - Saúde ambiental</p> <p><input type="checkbox"/> 11 - Saúde bucal</p> <p><input type="checkbox"/> 12 - Saúde do trabalhador</p> <p><input type="checkbox"/> 13 - Saúde mental</p> <p><input type="checkbox"/> 14 - Saúde sexual e reprodutiva</p> <p><input type="checkbox"/> 15 - Semana saúde na escola</p> <p><input type="checkbox"/> 16 - Outros</p>	<p>Práticas em saúde *</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - Antropometria</p> <p><input type="checkbox"/> 02 - Aplicação tópica de flúor</p> <p><input type="checkbox"/> 03 - Desenvolvimento da linguagem</p> <p><input type="checkbox"/> 04 - Escovação dental supervisionada</p> <p><input type="checkbox"/> 05 - Práticas corporais e atividade física</p> <p><input type="checkbox"/> 06 - PNCT* sessão 1</p> <p><input type="checkbox"/> 07 - PNCT* sessão 2</p> <p><input type="checkbox"/> 08 - PNCT* sessão 3</p> <p><input type="checkbox"/> 09 - PNCT* sessão 4</p> <p><input type="checkbox"/> 10 - Saúde auditiva</p> <p><input type="checkbox"/> 11 - Saúde ocular</p> <p><input type="checkbox"/> 12 - Verificação da situação vacinal</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 13 - Outras</p> <p><input type="checkbox"/> 14 - Outro procedimento coletivo</p> <p>Código do SIGTAP</p> <p><input type="text"/></p> <p><small>*Programa Nacional de Controle do Tabagismo</small></p>

Fonte: BRASIL, 2018²⁴.

10.6 REGISTRO DOS ATENDIMENTOS RELATIVOS AO TRATAMENTO DO TABAGISMO (SESSÕES 1 A 4 + SESSÕES DE MANUTENÇÃO), REALIZADAS INDIVIDUALMENTE

Os registros dos atendimentos relacionados ao tratamento do tabagismo — correspondentes às Sessões 1 a 4 e às Sessões de Manutenção — quando realizados na modalidade individual, devem seguir as orientações descritas a seguir²³:

- As sessões do PNCT, de abordagem cognitiva comportamental, conforme modelo preconizado pelo INCA são consideradas um procedimento especializado e possui código **SIGTAP 03.01.08.0011 – Abordagem cognitiva comportamental do fumante (por atendimento / paciente)**. Este código deverá ser lançado no campo procedimento. Os profissionais habilitados para realizar esse procedimento são o Médico, Enfermeiro, Profissional de Educação Física, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Fisioterapeuta, Farmacêutico e o Cirurgião Dentista.
- Para os médicos, o registro diagnóstico deve utilizar os seguintes códigos da CID-10:

- F17.8 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo - outros transtornos mentais ou comportamentais; ou
- F17.9 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo - transtorno mental ou comportamental não especificado.
- Para os demais profissionais de saúde, deve ser utilizada a codificação da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2), por meio do código:
 - P17 – Abuso do tabaco.

Consulta Pública

11 INDICADORES

O Anexo da Portaria nº 571, de 05 de abril de 2013, estabelece indicadores para o monitoramento e a avaliação do cuidado ao tabagista. Adicionalmente, outros indicadores podem ser definidos e pactuados localmente, conforme a organização dos serviços e as necessidades do território.

Neste capítulo, são descritos os indicadores adotados para o acompanhamento das ações de tratamento do tabagismo, os quais são apresentados nos subtópicos a seguir⁵.

11.1 PROPORÇÃO DE USUÁRIOS TABAGISTAS CADASTRADOS:

Corresponde à proporção de usuários tabagistas com idade igual ou superior a 18 anos cadastrados em determinado local e período, em relação ao número estimado de usuários tabagistas na mesma área e período.

➤ Cálculo:

$$\frac{\text{Número de usuários tabagistas } \geq 18 \text{ anos cadastrados, em determinado local e período}}{\text{Número estimado de usuários tabagistas } \geq 18 \text{ anos no mesmo local e período}} \times 100$$

O número estimado de usuários tabagistas na área coberta pela equipe de Atenção Básica é obtido a partir da multiplicação do total de pessoas cadastradas na área pelo parâmetro de prevalência estadual, com posterior divisão por 100.

11.2 NÚMERO DE GRUPOS/ATENDIMENTOS DE TRATAMENTO DO TABAGISTA REALIZADOS

Refere-se ao total de atendimentos em grupo realizados para usuários de tabaco, registrados em determinado local e período, considerando aqueles em que o campo “Público-alvo” esteja marcado como “Usuário de tabaco” e o campo “Práticas/Temas para a Saúde” esteja marcado como “Dependência química (tabaco, álcool e outras drogas)”.

➤ Cálculo:

Total de atendimentos em grupo realizados para usuários de tabaco, em determinado local e período.

11.3 PROPORÇÃO DE USUÁRIOS TABAGISTAS PARTICIPANTES DE ATENDIMENTO EM GRUPO

Indica a proporção de usuários tabagistas que participaram de atendimentos em grupo para usuários de tabaco, em determinado local e período, considerando os registros em que o campo “Público-alvo” esteja marcado como “Usuário de tabaco” e o campo “Práticas/Temas para a Saúde” esteja marcado como “Dependência química (tabaco, álcool e outras drogas)”.

➤ Cálculo:

Número de usuários que participaram de atendimento em grupo para usuários de tabaco, em determinado local e período ÷ Número de usuários tabagistas no mesmo local e período × 100

11.4 PROPORÇÃO DE FUMANTES QUE DEIXARAM DE FUMAR

Expressa a proporção de fumantes que se mantiveram abstinentes ao final da 4ª sessão estruturada, em relação ao total de fumantes atendidos na 1ª sessão.

➤ Cálculo:

Número de fumantes sem fumar na 4ª sessão estruturada ÷ Número de fumantes atendidos na 1ª sessão estruturada × 100

11.5 PROPORÇÃO DE FUMANTES QUE ABANDONARAM O TRATAMENTO:

Indica a proporção de fumantes que iniciaram, mas não concluíram o tratamento estruturado para cessação do tabagismo.

➤ Cálculo:

$(\text{Número de fumantes atendidos na 1ª sessão estruturada} - \text{Número de fumantes atendidos na 4ª sessão estruturada}) \div \text{Número de fumantes atendidos na 1ª sessão estruturada} \times 100$

Consulta Pública

12 A ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL

Considerando a composição multiprofissional da APS no município, é recomendável que a abordagem ao paciente tabagista seja conduzida de forma integrada e multidisciplinar. Além dos profissionais que compõem as eSF, é fundamental a inserção ativa dos profissionais das equipes Multiprofissionais na APS e das equipes de Saúde Bucal no cuidado aos usuários tabagistas.

Quando a abordagem for desenvolvida por meio de encontros em grupo, é desejável que profissionais de diferentes áreas participem das sessões, contribuindo de forma articulada e complementar, garantindo a construção coletiva do cuidado. Deve-se evitar a sobreposição de falas, priorizando uma atuação colaborativa que valorize os diferentes saberes e competências profissionais.

Nos casos em que o tratamento for ofertado de maneira individual, a equipe deve se organizar para assegurar que todos os aspectos da abordagem multiprofissional sejam contemplados. Isso pode ser viabilizado por meio de consultas compartilhadas — nas quais dois ou mais profissionais atendem conjuntamente — ou por meio de atendimentos sequenciais, realizados no mesmo dia, a fim de otimizar a presença do paciente na unidade de saúde e garantir a integralidade do cuidado.

Para favorecer a organização do cuidado e orientar a abordagem multiprofissional no controle do tabagismo, recomenda-se que os profissionais envolvidos participem do processo da seguinte forma:

- **Fase 1 – Semanal:**
 - Sessão 1: eSF / Psicólogo / Fonoaudiólogo / Auriculoterapia
 - Sessão 2: eSF / Ed. Físico/ Terapeuta Ocupacional / Auriculoterapia
 - Sessão 3: eSF / Nutricionista / Odontologia / Auriculoterapia
 - Sessão 4: eSF / Assistente social /Ed. Físico / Auriculoterapia
- **Fase 2 - Quinzenal:**
 - Sessão 1: eSF / Psicólogo / Auriculoterapia
 - Sessão 2: eSF / Ed. Físico / Auriculoterapia
- **Fase 3 – Mensal:**

- Sessão 1: eSF e Psicólogo
- Sessão 2: eSF e Nutricionista
- Sessão 3: eSF
- Sessão 4: eSF e Ed. Físico
- Sessão 5: eSF
- Sessão 6: eSF e Psicólogo
- Sessão 7: eSF
- Sessão 8: eSF
- Sessão 9: eSF
- Sessão 10: eSF

12.1 AURICULOTERAPIA

A auriculoterapia consiste em uma intervenção terapêutica baseada na estimulação de regiões específicas do pavilhão auricular com fins clínicos. Estudos indicam que determinadas zonas da orelha podem modular processos dolorosos de origem musculoesquelética. Com a evolução das pesquisas e da prática clínica, verificou-se que a auriculoterapia pode ser aplicada não apenas no manejo da dor, mas também no tratamento de diversos agravos à saúde, como transtornos de humor, disfunções viscerais e questões relacionadas à drogadição.

Uma revisão sistemática publicada em 2020 por pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina, em parceria com o Ministério da Saúde, identificou oito ensaios clínicos e cinco revisões sistemáticas que investigaram os efeitos da auriculoterapia na cessação do tabagismo. Os resultados demonstraram que essa prática foi superior à maior parte dos controles inativos ou à ausência de tratamento na promoção da abstinência ao tabaco¹⁴.

No que se refere à segurança, nenhum evento adverso grave foi relatado nos estudos analisados. O efeito adverso mais comum foi o desconforto local no pavilhão auricular. É importante destacar que a auriculoterapia não deve ser utilizada como intervenção única na cessação do tabagismo. O tratamento do usuário tabagista deve ser multimodal e considerar as particularidades do contexto social, valores e preferências individuais de cada paciente.

De forma geral, a auriculoterapia apresenta elevada adesão por parte dos usuários, por ser um tratamento de rápida aplicação e com risco mínimo de efeitos adversos. Segundo orientação do Ministério da Saúde, recomenda-se a utilização de esferas vegetais (sementes de mostarda, vaccaria ou couza) para a estimulação dos pontos auriculares. Essas esferas são, em geral, disponibilizadas em placas, sendo aplicadas com o auxílio de pinça anatômica em pontos específicos da orelha, conforme protocolo definido pelo profissional de saúde habilitado¹⁴.

A literatura recomenda que o tratamento tenha duração inicial de oito semanas, com acompanhamento semanal para reaplicação das esferas nos pontos selecionados. A extensão do tratamento deve ser avaliada conforme a resposta clínica e as necessidades individuais de cada usuário. A escolha dos pontos de estimulação pode seguir protocolos padronizados, como o protocolo NADA (*National Acupuncture Detoxification Association*), ou ser adaptada às queixas específicas do paciente (por exemplo, insônia, ansiedade, aumento de apetite, entre outras). A seleção dos pontos, bem como os ajustes na duração do tratamento, devem ser realizados por profissional capacitado, em consonância com o plano terapêutico da equipe de saúde responsável pelo acompanhamento do usuário¹⁴.

12.2 ABORDAGEM DA FONOAUDIOLOGIA

A abordagem fonoaudiológica tem por objetivo conscientizar sobre o impacto negativo do uso do tabaco e da exposição ao fumo passivo na saúde, destacando seu papel no desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). O tabagismo é um fator de risco significativo para enfermidades como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) — incluindo bronquite e enfisema —, diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo do útero e estômago), e doenças cardiovasculares, como angina, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE)^{26,27}.

Durante o atendimento, será promovido um momento de sensibilização, esclarecendo os benefícios da interrupção do uso do tabaco e a condução do tratamento. O fonoaudiólogo atua não apenas na orientação sobre os riscos à saúde vocal e respiratória decorrentes do tabagismo, mas também na prevenção e reabilitação de possíveis alterações nas funções orofaciais, na deglutição e na comunicação oral. Considerando que a fumaça do cigarro afeta

diretamente as vias aéreas superiores e estruturas da fala, o profissional contribui para a preservação e recuperação da qualidade vocal e respiratória, aspectos essenciais para a qualidade de vida e interação social dos indivíduos^{26,27}.

12.3 ABORDAGEM DA TERAPIA OCUPACIONAL

O terapeuta ocupacional atua nas sessões de controle do tabagismo com uma abordagem educativa, por meio de rodas de conversa com os participantes e/ou atendimentos individuais, realizando escuta ativa dos relatos sobre dificuldades, desafios enfrentados e estratégias utilizadas no processo de cessação do tabagismo.

Além disso, o profissional propõe, executa e treina técnicas que auxiliam na modificação de hábitos e rotinas associadas ao uso do cigarro, abordando temas como autocuidado, autonomia, manejo do estresse e da ansiedade, bem como a valorização de atividades significativas, incluindo lazer, hobbies e demais ocupações prazerosas. O terapeuta ocupacional orienta e ensina estratégias para lidar de forma funcional com fatores emocionais e contextuais que influenciam o consumo de tabaco, incluindo técnicas de relaxamento e organização da rotina.

Também atua na resignificação do tempo livre e na substituição de comportamentos nocivos por ocupações saudáveis, favorecendo o fortalecimento da motivação, a prevenção de recaídas e a melhoria da qualidade de vida durante e após o processo de cessação¹³.

12.4 ABORDAGEM DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE

A prática de atividades físicas compreende a realização de movimentos corporais planejados que estimulam diversas capacidades funcionais do organismo, tais como força muscular, equilíbrio, flexibilidade, resistência cardiorrespiratória, entre outras. Nesse contexto, existe uma ampla gama de modalidades que podem ser incorporadas à rotina diária, contribuindo para a manutenção e promoção da saúde.

Os exercícios físicos constituem uma categoria específica dentro das atividades físicas, caracterizados por sua sistematização e pela ênfase no desenvolvimento direcionado de

uma ou mais dessas capacidades. Caminhada, ciclismo, musculação, pilates e outras práticas similares destacam-se como exemplos que apresentam reconhecido potencial para melhorar a saúde física e mental dos indivíduos.

Dentre os principais benefícios associados à prática regular de exercícios físicos, destacam-se²⁸:

- liberação de hormônios relacionados à sensação de bem-estar;
- fortalecimento do sistema cardiovascular;
- melhora na qualidade do sono;
- aumento da massa muscular;
- redução dos níveis de gordura corporal e sanguínea;
- prevenção do sedentarismo e de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes mellitus, obesidade e hipertensão arterial.

No que se refere à cessação do tabagismo, é importante destacar que esse processo é frequentemente desafiador, caracterizado por sintomas de abstinência e pela constante possibilidade de recaídas. Nesse cenário, a atividade física surge como uma intervenção complementar de comprovada eficácia.

Além de promover o equilíbrio físico e emocional, a prática regular de exercícios contribui para mitigar os efeitos adversos decorrentes da interrupção do tabaco, auxiliando na redução da ansiedade e no controle do ganho de peso, fatores comumente associados ao abandono do cigarro.

A atuação do profissional de Educação Física é fundamental nesse processo, sendo responsável pela prescrição, orientação e supervisão de programas de exercícios individualizados, considerando as condições de saúde, limitações e objetivos específicos de cada paciente. O acompanhamento qualificado não apenas assegura a prática segura das atividades, mas também potencializa seus benefícios e favorece a adesão contínua, consolidando-se como um recurso valioso no enfrentamento do tabagismo e na promoção de um estilo de vida mais saudável²⁶.

12.5 ABORDAGEM NUTRICIONAL

Para muitos fumantes que desejam parar de fumar, a possibilidade de ganho de peso constitui uma importante barreira à cessação do tabagismo. Essa preocupação pode inibir tentativas de abandono do cigarro, especialmente entre as mulheres, além de se configurar como um fator relevante de recaída entre aqueles que já iniciaram o processo de cessação. A relação inversa entre peso corporal e tabagismo é bem reconhecida na literatura, uma vez que fumantes, em geral, apresentam menor peso corporal quando comparados aos não fumantes.

A menor ingestão alimentar observada entre fumantes tem sido atribuída a diversos mecanismos: aumento da estimulação do sistema adrenérgico; lipólise e termogênese, secundárias ao aumento da taxa metabólica basal; aumento do gasto energético; e supressão do apetite induzida pela nicotina. Há evidências de que alguns aditivos empregados na produção industrial de cigarros são supressores de apetite, tais como ácido tartárico e 2-acetilpiridina. Com a interrupção do tabagismo, esses mecanismos deixam de atuar, favorecendo o aumento do peso corporal.

Estudos sobre características que podem aumentar o risco de um ganho de peso expressivo nos indivíduos que cessaram o hábito de fumar identificaram como fatores de risco: consumo de uma elevada quantidade de cigarros diariamente; menor nível socioeconômico; não ter um hábito alimentar saudável, dentre outros. Soma-se a isso o fato de que muitos ex-fumantes buscam recompensas orais, frequentemente por meio do consumo de alimentos ricos em açúcar e gordura. Ademais, a rápida recuperação dos sentidos do olfato e do paladar após parar de fumar pode estimular ainda mais a ingestão alimentar¹⁴.

A literatura apresenta dados conflitantes quanto à magnitude da alteração ponderal após a cessação tabágica. Uma metanálise que avaliou 62 estudos demonstrou que parar de fumar está associado a um ganho médio de peso de 1,12 kg, 2,26 kg, 2,85 kg, 4,23 kg e 4,67 kg após um, dois, três, seis e doze meses, respectivamente. Essa variação é distinta em diversos estudos, podendo variar de 1,4Kg a 7Kg de ganho de peso. Ressalta-se que o aumento excessivo de peso - descrito em alguns estudos como acima de 10Kg - é atribuído a uma pequena parte da amostra, em torno de 10%. O controle de peso dentro do tratamento de fumantes pode ser efetivo na cessação do tabagismo, principalmente em mulheres¹⁴.

Há sugestão de alguns autores recomendando intervenções baseadas em terapia cognitivo-comportamental para reduzir as preocupações com o ganho de peso, bem como

desencadear uma mudança positiva no comportamento de fumar por meio de mudanças de comportamento alimentar. O aconselhamento nutricional pode se beneficiar da combinação de diferentes teorias de mudança de comportamento, como a Teoria Cognitivo-Comportamental, a Teoria Cognitiva Social e o Modelo Transteórico, favorecendo a interrupção de padrões alimentares inadequados e a adoção de hábitos mais saudáveis, como a redução do consumo de alimentos com alta densidade energética e o aumento da ingestão de frutas, legumes e verduras.

Assim, a abordagem nutricional na cessação do tabagismo deve considerar a orientação para uma alimentação adequada e saudável, bem como mudanças de comportamento alimentar, com consequente diminuição do peso e redução dos riscos de DCNT, sem perder de vista a importância do aspecto social relacionado ao ato de comer e fazer escolhas saudáveis¹⁴.

12.6 ABORDAGEM DA ODONTOLOGIA

O tabagismo representa um dos mais relevantes fatores de risco para o desenvolvimento de diversas doenças sistêmicas e bucais, com destaque para os cânceres da cavidade oral, como o carcinoma de células escamosas (CEC). Essa neoplasia maligna, responsável por mais de 90% dos casos de câncer bucal, acomete principalmente homens com mais de 50 anos e tem como locais mais frequentes a borda da língua e o assoalho bucal. O diagnóstico, infelizmente, costuma ser realizado de forma tardia, o que compromete o prognóstico e dificulta a identificação precisa da região anatômica de origem da lesão.

Além do CEC, o uso do tabaco está diretamente associado a outras alterações bucais de relevância clínica, como xerostomia (boca seca), halitose, pigmentação dentária, retração gengival, lesões cáries cervicais, leucoplasia e periodontite. Esta última merece especial atenção no âmbito odontológico, uma vez que o quadro inflamatório pode ser parcialmente mascarado pela vasoconstrição provocada pela nicotina, dificultando a identificação precoce dos sinais clínicos da doença periodontal²⁹.

A associação do tabagismo com outros fatores de risco, especialmente o consumo de álcool, potencializa de forma significativa os danos à mucosa oral, favorecendo o surgimento de lesões potencialmente malignas. Soma-se a isso a carência de informação por parte da população e a insuficiente capacitação dos profissionais de saúde para o rastreamento e diagnóstico

precoce, o que contribui significativamente para o retardo no início do tratamento e o consequente agravamento do quadro clínico.

Apesar desses desafios, políticas públicas como o aumento da carga tributária sobre os produtos derivados do tabaco têm se mostrado eficazes na redução do consumo no Brasil, promovendo impacto positivo na saúde coletiva. Nesse contexto, destaca-se o papel estratégico do cirurgião-dentista na prevenção, diagnóstico precoce e encaminhamento adequado dos casos suspeitos de doenças relacionadas ao tabagismo. Cabe a esse profissional não apenas o cuidado com os dentes, mas também a avaliação integral da cavidade oral, contribuindo para a detecção precoce de lesões e o fortalecimento das ações de educação em saúde voltadas à cessação do tabagismo²⁷.

No âmbito do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), recomenda-se que o cirurgião-dentista participe do grupo de tabagismo na terceira sessão da Fase 1, realizando orientações sobre higiene bucal e abordando o risco aumentado de câncer bucal entre os tabagistas. Deve-se, ainda, disponibilizar consulta odontológica individual para cada paciente inscrito no PNCT, com o objetivo de identificar precocemente a presença de lesões suspeitas e realizar as condutas clínicas e encaminhamentos necessários, garantindo a integralidade do cuidado.

12.7 ABORDAGEM DA PSICOLOGIA

A abordagem psicológica adotada será fundamentada nas diretrizes propostas pelo manual do coordenador “*Deixando de Fumar sem Mistérios*”. No primeiro encontro, cuja temática central é “*Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde*”, busca-se promover a conscientização dos participantes sobre os fatores que os levam a fumar e os prejuízos causados pelo tabagismo à saúde individual e coletiva.

Durante essa sessão inicial, serão aplicadas cinco questões norteadoras com o intuito de estimular a autorreflexão sobre o papel simbólico e funcional do cigarro na vida de cada indivíduo. Além disso, serão abordados os diferentes tipos de dependência envolvidos no tabagismo — física, comportamental e psíquica — bem como o mecanismo de ação da nicotina no organismo, evidenciando seus aspectos neurobiológicos. Também serão discutidos os

fatores que sustentam a ambivalência característica do processo de cessação, marcada pelo desejo simultâneo de parar e de continuar fumando, reconhecida como uma das principais barreiras ao tratamento da dependência de nicotina¹³.

Na primeira sessão da segunda fase do programa, realiza-se um resgate dos processos vivenciados até o momento, incluindo conquistas, recaídas e superações. Quando possível, será adotada a modalidade grupal de atendimento, transformando os encontros subsequentes em espaços de apoio mútuo.

O compartilhamento de experiências entre os participantes será incentivado com o objetivo de fortalecer os avanços individuais e coletivos, além de promover a reintegração daqueles que eventualmente tenham se afastado do grupo. Espera-se, com isso, fomentar o protagonismo dos pacientes no processo de mudança, por meio do convite ao relato de suas vivências em novos grupos a serem formados. Na impossibilidade de condução dos encontros em grupo, essa temática será trabalhada de forma individualizada¹³.

A partir do terceiro mês de tratamento, observa-se com frequência o fenômeno conhecido como substituição de comportamentos aditivos. Nessa fase, é comum que o indivíduo que cessa o uso do tabaco manifeste comportamentos compensatórios, como a compulsão alimentar ou o uso excessivo de bebidas alcoólicas. O profissional atuará nesse momento, promovendo reflexões e estratégias de enfrentamento com vistas à tomada de decisões conscientes, prevenindo novos agravos à saúde mental e física do paciente¹³.

Por fim, na sexta sessão, correspondente à terceira fase do programa, serão abordadas estratégias de prevenção à recaída. Essa etapa é fundamental para o fortalecimento das habilidades de enfrentamento frente aos desafios cotidianos, que frequentemente funcionam como gatilhos emocionais para a recaída no uso do tabaco. Aspectos como estresse, ansiedade e sintomas depressivos serão abordadas, considerando sua relevância no contexto da manutenção da abstinência e na promoção da saúde integral do indivíduo¹³.

12.8 ABORDAGEM DO ASSISTENTE SOCIAL

O Assistente Social, enquanto profissional integrante da equipe multiprofissional, busca compreender os aspectos socioeconômicos e culturais que possam interferir no processo saúde-doença, destacando a importância da participação dos usuários na construção de um conhecimento crítico sobre sua realidade. Seu objetivo é potencializar, junto aos sujeitos, a elaboração de estratégias coletivas de enfrentamento das condições que permeiam essa realidade³⁰.

Consulta Pública

13 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE (TER)

Deve-se informar ao usuário, ou seu responsável legal, sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao uso dos medicamentos preconizados neste Protocolo, levando-se em consideração as informações contidas no TER (Anexo 4)¹³.

Consulta Pública

14 RELATÓRIOS

O módulo "Relatórios" permite que trabalhadores e gestores possam visualizar, de forma sintetizada e sistematizada, as ações de saúde realizadas no território. Nesta seção estão disponíveis diferentes tipos de relatórios³¹:

- **Relatórios gerenciais:** os dados são apresentados em uma tabela dinâmica construída pelo profissional, que pode definir a tabela arrastando os campos disponíveis para linhas e colunas.
- **Relatórios consolidados:** possibilitam a visualização da situação cadastral de forma agregada e atualizada, de acordo com a data selecionada. Dessa forma, o usuário tem acesso às informações mais recentes registradas no sistema até o período escolhido.
- **Relatórios de produção:** permitem uma visualização agregada das ações realizadas, contemplando informações como atendimentos individuais, atendimentos odontológicos, visitas domiciliares, atividades coletivas, procedimentos, entre outros, além de relatórios de resumo da produção assistencial.

O consolidado dos dados relacionados ao registro das ações de controle do tabagismo para monitoramento e avaliação pode ser obtido consultando os relatórios disponibilizados do e-SUS³¹.

14.1 RELATÓRIOS GERENCIAIS - ATENDIMENTOS

O relatório gerencial de atendimentos apresenta a contagem dos atendimentos individuais e odontológicos realizados. A origem dos atendimentos deste relatório são o CDS (coleta de dados simplificado) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Para identificar os atendimentos a usuários tabagistas, deve-se selecionar "Tabagismo" no campo "Grupos de condições prioritários" e selecionar o mês ou período de interesse³¹.

Figura 17 – Módulo Relatório gerencial de atendimentos

Relatório gerencial de atendimentos

O relatório gerencial de atendimentos apresenta a contagem dos atendimentos individuais e odontológicos realizados. A origem dos atendimentos deste relatório são o CDS e o PEC. Os atendimentos do tipo "Escuta inicial / Orientação" não serão apresentados.

Modelo de relatório com filtros personalizados

Período ⓘ
Mensal

Último mês Últimos 3 meses Últimos 6 meses Outro 06/2025 até 06/2025

CIAP2 e CID10
Selecione outros CIAP2 e CID10

Grupos de condições prioritários
Tabagismo X

Consultar

Fonte: Brasil, 2025³¹.

Em seguida, para gerar uma tabela, arraste os “Campos Disponíveis” desejados para os quadros de “Linhas” e “Colunas”, selecione a “forma de apresentação” e clique em “Gerar tabela”³¹.

Figura 18 – Como gerar tabela no Relatório gerencial de atendimentos

Campos disponíveis

Atendimento compartilhado Categoria profissional
CBO Dia Dia da semana Equipe
Faixa etária Hora Mês
Profissional Sexo Tipo de atendimento
Tipo de consulta Turno Unidade de saúde

Colunas

Arraste os itens para inserir na tabela

Linhas

Arraste os itens para inserir na tabela

Filtros aplicados

Limpar filtros

Forma de apresentação

Contagem Percentual

Limpar tabela Gerar tabela

Fonte: Brasil, 2025³¹.

14.2 RELATÓRIO CONSOLIDADO - CADASTRO INDIVIDUAL

Este relatório reflete o consolidado do estado atual do cadastro individual, contém as informações registradas por meio da ficha de Cadastro Individual, bem como do Aplicativo do e-SUS APS Território.

Para gerar o relatório de cadastro individual deve-se escolher a data limite para a consolidação dos dados no campo “Data”. Os relatórios poderão ser gerados a partir dos “grupos de informações disponíveis para impressão” ou pela opção “filtros personalizados”³¹.

Figura 19 – Módulo Relatório consolidado

PEC > Relatórios > Consolidados > Cadastro individual

Relatório de cadastro individual

Data *
26/09/2018

Produções
 Minha equipe Minhas produções

Grupos de informação disponíveis para impressão

Filtros personalizados

Campo filtro
[Campo de texto] x

Adicionar

Voltar Exportar CSV Imprimir

Fonte: Brasil, 2025²⁹

No filtro personalizado, são apresentadas variáveis consolidadas referentes aos dados do cidadão, conforme registrados na ficha de cadastro individual. Para identificar quantos usuários tabagistas cadastrados, deve-se selecionar “Está Fumante” e clicar em “adicionar”. Em seguida, selecionar “SIM” e, por fim, acionar o botão "Exportar CSV" ou "Imprimir"³¹.

Figura 20 – Filtro personalizado no “Relatório de cadastro individual”

Data *
31/07/2025

Unidade de saúde

Equipe

Profissional

Grupos de informação disponíveis para impressão

Filtros personalizados

Campo filtro

Está fumante

Sim
 Não
 Não informado

Exportar CSV Imprimir

Fonte: Brasil, 2025³¹.

14.3 RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO

Os relatórios de produção do sistema e-SUS APS constituem instrumentos essenciais para o monitoramento, a avaliação e o planejamento das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde no território. Esses relatórios permitem a visualização agregada das informações registradas nas diferentes fichas de atendimento, possibilitando o acompanhamento quantitativo e qualitativo das atividades realizadas em determinado período e unidade de saúde.

No contexto das ações de controle do tabagismo, os relatórios de produção viabilizam a análise dos atendimentos individuais e das atividades coletivas relacionadas à temática, fornecendo subsídios para a avaliação da cobertura das ações, da adesão dos usuários e da atuação das equipes multiprofissionais. A correta utilização desses relatórios contribui para o fortalecimento da gestão da informação, para a tomada de decisões baseadas em dados e para a qualificação contínua do cuidado ofertado à população.

Os relatórios de produção são organizados conforme o tipo de ação registrada, sendo detalhados nos subtópicos a seguir.

14.3.1 Relatórios de produção - Atendimento Individual

Este relatório reúne e contabiliza os dados referentes aos atendimentos individuais realizados em um período previamente definido, tendo como fontes de informação a Ficha de Atendimento Individual e os registros de atendimentos efetuados no sistema. Para a geração do relatório, o usuário deve selecionar o período desejado e a unidade de saúde correspondente.

Os relatórios podem ser emitidos por meio dos "grupos de informações disponíveis para impressão" ou pela opção "filtros personalizados". No filtro personalizado, são apresentadas outras variáveis consolidadas que informam os dados sobre o atendimento e que estão presentes na ficha de atendimento individual. Para identificar os atendimentos relacionados ao tabagismo, deve-se selecionar, no "Campo Filtro", a opção "Problemas/Condições avaliadas", a opção "Tabagismo". Após a seleção, o relatório poderá ser gerado por meio das opções "Exportar CSV" ou "Imprimir"³¹.

Figura 21 – Gerar relatórios de produção de atendimento individual

Relatório de atendimento individual

Modelo do relatório Analtico Série Histórica

Relatórios em processamento/processados (7 dias)

Data da requisição	Status do processamento	
31/07/2025 09:14	Pronto	↓
31/07/2025 09:14	Pronto	↓

Período *
 01/06/2025 a 30/06/2025

Unidade de saúde

Equipe

Profissional

Categoria profissional

Preencha apenas um dos campos: Profissional ou Categoria profissional

Grupos de informação disponíveis para impressão

Filtros personalizados

Campo filtro

Problemas / Condições avaliadas

Problemas / Condições avaliadas

Tabagismo

Exportar CSV Imprimir

Fonte: Brasil, 2025³¹.

14.3.2 Relatórios de produção - Atividade Coletiva

Este relatório consolida os dados referentes às atividades coletivas dentro do período determinado, tendo como fonte de informação os registros das Fichas de atividade coletiva. Para a sua geração, o usuário do sistema deve inicialmente selecionar o período que deseja consultar, bem como a unidade de saúde correspondente.

Os relatórios podem ser emitidos por meio dos "grupos de informações disponíveis para impressão" ou pela opção "filtros personalizados". No filtro personalizado são disponibilizadas variáveis consolidadas que refletem as informações registradas na ficha de atividade coletiva. Para obter relatórios das ações coletivas de educação em saúde ou mobilização social, deve-se selecionar, em "Campo filtro", a opção "Temas para saúde". Em seguida, selecione "06 - Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas" e clique no botão "Exportar CSV" ou "Imprimir".

Figura 22 – Gerar relatórios de produção de atividade coletiva

Relatório de atividade coletiva

Modelo do relatório: **Analtico** | Série Histórica

Relatórios em processamento/processados (7 dias)

Data da requisição	Status do processamento
06/10/2025 09:32	Pronto

Período: 01/09/2025 a 30/09/2025

Unidade de saúde: [Selecione]

Equipe: [Selecione]

Profissional: [Selecione]

Categoria profissional: [Selecione]

Preencha apenas um dos campos: Profissional ou Categoria profissional

Grupos de informação disponíveis para impressão: [Selecione]

Filtros personalizados

Campo filtro: [Selecione] Adicionar

- Temas para saúde
- Temas para saúde
- 06 - Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas

Exportar CSV | Imprimir

Fonte: Brasil, 2025³¹.

Para obter relatórios das ações relativas ao tratamento do tabagismo (PNCT - Sessões 1 a 4), realizadas em grupo, deve-se selecionar, em “Campo filtro”, a opção “Práticas em saúde”. Em seguida, selecione “06 - PNCT sessão 1”, “07 - PNCT sessão 2”, “08 - PNCT sessão 3” e “09 - PNCT sessão 4” clique no botão "Exportar CSV" ou "Imprimir"³¹.

Figura 23 – Relatórios das ações relativas ao tratamento do tabagismo

Relatório de atividade coletiva

Modelo do relatório

Analítico

Série Histórica

?

Relatórios em processamento/processados (7 dias)

Data da requisição	Status do processamento
06/10/2025 09:32	Pronto

Período *

01/09/2025 a 30/09/2025

Unidade de saúde x v

Equipe x v

Profissional x v

Categoria profissional x v

Preencha apenas um dos campos: Profissional ou Categoria profissional

Grupos de informação disponíveis para impressão v

Filtros personalizados

Campo filtro x v Adicionar

Práticas em saúde x ^

Práticas em saúde x v

06 - PNCT sessão 1 x

07 - PNCT sessão 2 x

08 - PNCT sessão 3 x

09 - PNCT sessão 4 x

Exportar CSV

Imprimir

Fonte: Brasil, 2025³¹.

14.3.3 Relatórios de produção - Procedimentos individualizados

Este relatório contabiliza os dados referentes aos procedimentos dentro do período determinado, tendo como fonte as fichas de procedimentos ou os registros de procedimentos no Prontuário Eletrônico e-SUS APS. Para gerar o relatório de procedimentos, deve-se escolher o período que gostaria de consultar e a unidade de saúde.

Os relatórios podem ser emitidos por meio dos "grupos de informações disponíveis para impressão" ou pela opção "filtros personalizados". No filtro personalizado são apresentados outras variáveis consolidadas que informam os dados sobre os procedimentos e que estão contidas na ficha de procedimentos. Para obter os dados relacionados às ações de controle do tabagismo, deve-se selecionar, no campo "Campo filtro", a opção "Outros procedimentos (SIGTAP)". Em seguida, buscar e selecionar os procedimentos "Consulta para avaliação clínica do fumante" e/ou "Abordagem cognitiva comportamental do fumante (por atendimento/paciente)".

Após a seleção dos procedimentos desejados, o relatório poderá ser gerado por meio das opções "Exportar CSV" ou "Imprimir"³¹.

Figura 24 – Relatórios de produção de procedimentos individualizados

Fonte: Brasil, 2025³¹.

14.3.4 Relatórios de produção - Visita Domiciliar e Territorial

Este relatório contabiliza os dados referentes às visitas domiciliares dentro do período determinado, tendo como fonte de informação as Fichas de Visita Domiciliar e Territorial ou o Aplicativo e-SUS APS Território.

Para gerar o relatório deve-se escolher o período que se deseja consultar e a unidade de saúde. Em seguida, no campo “Categoria profissional”, selecione “ACS - AGENTE COMUNITÁRIO

DE SAÚDE”. Em “Filtros personalizados”, deve-se selecionar, em “Campo filtro”, a opção “Motivos de visita - Acompanhamento” e, neste, “Tabagista”. Para gerar o relatório, basta clicar no botão "Exportar CSV" ou "Imprimir"³¹.

Figura 25 – Relatórios de produção de visita domiciliar e territorial

Modelo do relatório **Analítico** Série Histórica

Período *
01/06/2025 a 30/06/2025

Unidade de saúde

Equipe

Profissional

Categoria profissional
ACS - AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Preencha apenas um dos campos: Profissional ou Categoria profissional

Grupos de informação disponíveis para impressão

Filtros personalizados

Campo filtro

Adicionar

Motivos de visita - Acompanhamento

Motivos de visita - Acompanhamento

Tabagista

Exportar CSV Imprimir

Fonte: Brasil, 2025³¹.

15 FÓRMULA DE CÁLCULO DA DEMANDA DE MEDICAMENTOS PARA O TABAGISMO

Para auxiliar no cálculo da quantidade de medicamentos a ser solicitada, o município pode considerar as seguintes variáveis ³²:

Quadro 7 – Fórmula de cálculo da demanda de medicamentos

$$\{[(\text{N}^\circ \text{ DE TABAGISTAS} \times \text{QUANTIDADE DE MEDICAMENTOS} \times \text{PADRÃO DE CONSUMO (\%)} \times \text{N}^\circ \text{ DE MESES DE COBERTURA DA PROGRAMAÇÃO}) + (\text{ESTOQUE DE SEGURANÇA})] - \text{ESTOQUE EXISTENTE NA UNIDADE}\}$$

Fonte: Elaborado pelo autor.

- **Nº de tabagistas:** número total de tabagistas a serem tratados.
- **Quantidade:** quantidade média de cada medicamento necessário para um mês de tratamento, conforme o Protocolo Clínico:
 - Adesivo transdérmico de Nicotina 7 mg: 28 unidades;
 - Adesivo transdérmico de Nicotina 14 mg: 28 unidades;
 - Adesivo transdérmico de Nicotina 21 mg: 28 unidades;
 - Cloridrato de Bupropiona 150 mg comprimido: 60 comprimidos;
 - Goma de Nicotina 2 mg: 90 unidades.
- **Padrão de consumo:** porcentagem aproximada de pacientes que utilizam cada medicamento dentro do elenco disponibilizado. Caso o município não possua um padrão de consumo definido, utilizar o padrão de consumo nacional:
 - Adesivo transdérmico de Nicotina 7 mg: 44,80%;
 - Adesivo transdérmico de Nicotina 14 mg: 51,20%;
 - Adesivo transdérmico de Nicotina 21 mg: 64,00%;
 - Cloridrato de Bupropiona 150 mg comprimido: 30,00%;
 - Goma de Nicotina 2 mg: 3,00%.
- **Estoque de segurança:** quantidade de medicamentos necessários para cobrir eventuais flutuações ou aumentos de demanda. Caso o município opte por estoque de segurança, é possível atendermos um percentual de até 20%. Verificar as observações na lista do SIGAF, pois quaisquer informações relevantes sobre as validades são informadas nesse campo.

- **Estoque existente na unidade:** quantidade de medicamentos disponíveis no estoque. É importante observar o prazo de validade dos itens, a fim de garantir a cobertura no tempo previsto para consumo, lembrando sempre da regra do PVPS (Primeiro que vence, Primeiro que sai) no momento do armazenamento e dispensação.
- **Fator embalagem:** refere-se à quantidade de medicamentos - adesivos ou comprimidos - na embalagem secundária.
 - Adesivo transdérmico de Nicotina 7 mg: fator embalagem = 07;
 - Adesivo transdérmico de Nicotina 14 mg: fator embalagem = 07;
 - Adesivo transdérmico de Nicotina 21 mg: fator embalagem = 07;
 - Cloridrato de Bupropiona 150 mg comprimido: fator embalagem = 60;
 - Goma de Nicotina 2 mg: 30.

A título de ilustração, veja abaixo a fórmula de cálculo de Bupropiona 150 mg, para um grupo de 10 tabagistas, considerando padrão de consumo nacional, estoque existente (zero) e estoque de segurança (10%) para 3 meses de consumo³²:

$$\{[(10 \times 60 \times 0,30 \times 3) + (0,10 \times (10 \times 60 \times 0,30 \times 3))] - 0\} = 594 \text{ comprimidos}$$

Considerando que a embalagem da Bupropiona 150 mg possui 60 comprimidos, o resultado deverá ser arredondado para 600 comprimidos (10 caixas)³².

Atenção: É importante ainda observar a quantidade mínima por tratamento quando o número de usuários após a aplicação do padrão de consumo for diferente de número inteiro. Neste caso, arredondar sempre para cima, observando sempre o fator embalagem³².

16 REGISTRO DOS ATENDIMENTOS AOS TABAGISTAS REALIZADOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA E ATENÇÃO HOSPITALAR

A cada quadrimestre o município deverá informar os atendimentos aos tabagistas (**Tabela 1**) realizados nos serviços de saúde da Atenção Especializada e Atenção Hospitalar por meio de um formulário enviado pela referência técnica estadual. O registro das informações subsidia as solicitações na programação de medicamentos, distribuição de vagas em cursos ofertados, distribuição de materiais, entre outros.

Tabela 1 – Questionário sobre atendimentos aos tabagistas realizados nos serviços de saúde da Atenção Especializada e Atenção Hospitalar

Questionário	Resposta
Número de pacientes que participaram da 1º Avaliação Clínica	
Número de pacientes que participaram da 1º Sessão	
Número de pacientes que participaram da 2º Sessão	
Número de pacientes que participaram da 3º Sessão	
Número de pacientes que participaram da 4º Sessão	
Número de pacientes sem fumar na 4º Sessão	
Número de pacientes que participaram da Sessão de Manutenção	
Número de pacientes que usaram medicamento	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Dispositivos eletrônicos para fumar: conheça os danos que eles causam. Rio de Janeiro: INCA; 2024. 36 p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Tabagismo – Definição [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2025 jul 17]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/tabagismo/definicao-tabagismo/>
3. Pinto M, Bardach A, Costa MGd, Simões e Senna KM, Barros LB, Moraes ACd, et al. Carga da doença e econômica atribuível ao tabagismo no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos [Internet]. Buenos Aires: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria; 2024 maio [citado 2025 jul 17]. Disponível em: <https://tabaco.iecs.org.ar>
4. Campos PCM, Gomide M. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social: a análise de redes, capital e apoio social [Internet]. Cad Saude Colet. 2015 out-dez;23(4):436–44 [citado 2025 jun 26]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/n9STw983jyhfwyz9k5gDzk/>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 571/GM/MS, de 5 de abril de 2013 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 abr 5 [citado 2025 jul 17]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 502, de 1º de junho de 2023 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 jun 1 [citado 2025 jul 17]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-502-de-1o-de-junho-de-2023/view>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portal Linhas de Cuidado – Tabagismo: Unidade de Atenção Primária/Medidas de prevenção [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [ano não disponível] [citado 2025 jul 17]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/tabagismo/unidade-de-atencao-primaria/medidas-prevencao/>
8. Rio de Janeiro. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Controle do tabagismo na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; 2023 [citado 2025 jun 27]. Disponível em: [https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Prefeitura_CadernosPromoc%CC%A7a%CC%83oSau%CC%81de_TratamentoTabagismo_Online_v4_\(1\).pdf](https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Prefeitura_CadernosPromoc%CC%A7a%CC%83oSau%CC%81de_TratamentoTabagismo_Online_v4_(1).pdf)
9. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de bolso do Programa Saúde na Escola: prevenção ao uso do tabaco [recurso eletrônico] [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. 23 p.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portal Linhas de Cuidado – Tabagismo: Unidade de Atenção Primária/Vigilância em Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [data desconhecida] [citado 2025 jul 17]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/tabagismo/unidade-de-atencao->

primaria/vigilancia-saude/

11. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Agente comunitário de saúde e o controle do tabagismo no Brasil. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2025 [Internet]. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/17292/3/cartilha%20Agente%20Comunit%20a%20rio%20de%20Sa%20bade%20e%20o%20Controle%20do%20Tabagismo%20no%20Brasil%20a-edi%20a7%20a3o%20281%29.pdf> [citado 2025 jul 17].
12. 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 [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2021 [citado 2025 jul 17]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document//abordagem_tabagismo_web.pdf
13. Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Portaria Conjunta nº 10, de 16 de abril de 2020: aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2025 jul 17]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document//protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-do-tabagismo.pdf>
14. Florianópolis. Governo do Estado de Santa Catarina. Abordagem e tratamento do tabagismo [recurso eletrônico] [Internet]. 1. ed. rev. e atual. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde; 2021 [citado 2025 jul 17]. 93 p. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1355058/publicacao-1711_ebook-tabagismo-2021.pdf
15. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Manual do coordenador: deixando de fumar sem mistérios. Rio de Janeiro: INCA; 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/manual-coordenador-deixando-de-fumar-sem-misterio.pdf>.
16. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN-MG). Nota COREN-MG nº 01, de 04 de fevereiro de 2025: recomendações sobre a prescrição de nicotínicos pelo enfermeiro [Internet]. Belo Horizonte: COREN-MG; 2025 [citado 2025 jul 17]. Disponível em: https://sig.corenmg.gov.br/sistemas/file/doc/legislacoes/docs/doc_legis_6295.pdf
17. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Abordagem e tratamento do fumante: consenso* [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2001 [citado 2026 Jan 16]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/abordagem-e-tratamento-do-fumante-consenso?utm_source=chatgpt.com
18. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Dispositivos eletrônicos para fumar: conheça os danos que eles causam [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2024 [citado 2025 jul 17]. 36 p. Disponível em:

<https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/16707/1/Dispositivos%20eletronicos%20para%20fumar.pdf>

19. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Nota técnica: tratamento de usuários de cigarros eletrônicos [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; [data desconhecida] [citado 2025 jul 17]. Disponível em:
<https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/17353/1/NOTA%20T%C3%89CNICA%20-%20TRATAMENTO%20CIGARROS%20ELETRONICOS%20-%20PRELIMINAR.pdf>
20. Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica Conjunta nº 233/2025-SVSA/SAPS/MS - INCA - ANVISA: orientações para médicos e codificadores sobre o registro da lesão pulmonar associada ao uso de cigarro eletrônico (EVALI) na Declaração de Óbito (DO) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado 2025 jul 17]. Disponível em:
<https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/17529/1/nota-tecnica-conjunta-no-233-2025-svsa-saps-ms-inca-anvisa.pdf>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 908, de 20 de abril de 2022. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos serviços e do cuidado à pessoa tabagista no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da alteração do Capítulo IV do Anexo IV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 2025 jul 17]. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0908_25_04_2022.html
22. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Diretoria de Medicamentos Estratégicos. Nota Técnica nº 14/SES/SUBPAS-SAF-DMEST/2018: estabelece fluxo de acesso aos medicamentos do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no SUS/MG [Internet]. Belo Horizonte: SES/MG; 2018 [citado 2025 jul 17]. Disponível em:
<https://drive.google.com/file/d/1xx65geBHIAGL4fjvOT173bmfTSwEjdg/view>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de registro das ações de controle do tabagismo no e-SUS AB [Internet]. Versão atualizada em 08 jun 2018. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2025 jul 17]. Disponível em:
<https://pt.scribd.com/document/671861610/Manual-de-Registro-Das-Acoes-de-Controle-Do-Tabagismo-No-E-SUS-AB-Versao-Atualizada-Em-08-06-18>
24. Brasil. Ministério da Saúde. Manual para preenchimento das fichas de coleta de dados simplificada – CDS (versão 3.0) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [s.d.] [citado 2025 jul 17]. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_CDS_3_0.pdf
25. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP: procedimento 0301010099 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado 2025 jul 17]. Disponível em:
<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0301010099/07/2025>

26. Ferreira LP, Heringer MRC, Pompeu ATS, Pedra AM, Latorre MRDO. Efeitos Deletérios do Tabagismo e a Maconha na Voz de Estudantes Universitários [Internet]. *Distúrb Comun.* 2016;28(1):102–113 [citado 2025 jul 17]. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/23698/19275>
27. Aquino R, Menezes MLLT, Rodrigues CR, et al. Alterações fonoaudiológicas e acesso ao fonoaudiólogo nos casos de óbito por câncer de lábio, cavidade oral e orofaringe: um estudo retrospectivo [Internet]. *Rev CEFAC.* 2016;18(3):737–45 [citado 2025 jul 17]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/pryfNNXRpJNSWdmycLn3CpD/>
28. Hospital Israelita Albert Einstein. Quais são os hormônios liberados na atividade física? Confira seus efeitos [Internet]. 2023 jun 25 [citado 2025 jul 9]. Disponível em: <https://vidasaudavel.einstein.br/hormonios-liberados-na-atividade-fisica/>
29. Souto AC da S. Alterações na cavidade oral associadas ao tabagismo [Internet]. 2020 [citado 2025 jun 18]. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/3220/1/Carol%20Souto.pdf>
30. SOCESP – Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. *Combate ao tabagismo e a importância da equipe multiprofissional*. Sala de Imprensa: Notícias. São Paulo, 24 maio 2022. Disponível em: <https://soces.org.br/noticias/servicos-sociais/combate-ao-tabagismo-e-a-importancia-da-equipe-multiprofissional/>. Acesso em: 21 out. 2025.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação-Geral de Inovação e Aceleração Digital. *Manual e-SUS APS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sistemas/esusaps/docs/manual/>. Acesso em: 31 jul. 2025.
32. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. *Fórmula de cálculo da demanda de medicamentos para o tabagismo*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2020. Disponível em: <https://ajudasaf.saude.mg.gov.br/54273-2/componente-estrategico/memorandos-e-oficios-cesaf/>. Acesso em: 21 out. 2025.

ANEXO A – RELAÇÃO DAS FARMÁCIAS MUNICIPAIS

Farmácia	Endereço	Horário de Funcionamento	Telefone
Farmácia Municipal	Avenida Rio Branco n° 353 - Centro	Segunda a sexta- feira: 07h às 19h Sábado: 07h às 13h	3180-6068 3180-6069
Farmácia UBS Água Limpa	Rua do Peru, n° 15 - Água Limpa	Segunda a sexta-feira: 8h às 14h	3180-6201
Farmácia UBS Cabeceiras	Rua Princesa Isabel, n° 75 - Cabeceiras	Segunda a sexta-feira: 8h às 14h	3180-6176
Farmácia UBS Cruzeiro	Avenida Esmeralda, n° 59 - Cruzeiro	Segunda a sexta-feira: 8h às 14h	3180-6177
Farmácia UBS Honório Bicalho	Rua Natalício de Jesus Carsalade, n° 178 - Honório Bicalho	Segunda a sexta- feira: 8h às 19:45h	3180-6128
Farmácia UBS Jardim Canadá 2	Rua Kenon, s/n - Jardim Canadá	Segunda a sexta- feira: 7h às 18:45h	3180-6178
Farmácia UBS José de Almeida	Rua Dr. Lunds, n° 200 - José de Almeida	Segunda a sexta-feira: 8h às 14h	3180-6179
Farmácia UBS Macacos	Rua Dona Maria da Glória, n° 709 - Macacos	Segunda a sexta-feira: 8h às 14h	3180-6180
Farmácia UBS Paula Fernandes Vilela	Rua Ivanete Salomé, n° 20 - Vila São Luís	Segunda a sexta- feira: 8h às 19:45h	3180-6199
Farmácia UBS Santa Rita	Rua Antônio de Paula Santos, n° 1008 - Santa Rita	Segunda a sexta-feira: 8h às 14h	3180-6181

ANEXO B – RELAÇÃO DAS UBS MUNICIPAIS

UBS	Corporativo	Endereço	Telefone	Email
Água Limpa	(31) 9800-63483	Rua Peru, s/n° - Balneário de Água limpa	(31) 3180-6175	ubs.agualimpa@pnl.mg.gov.br
Bela Fama	(31) 98006-2886	Rua José de Oliveira, nº 1320 - Bela Fama	(31) 3180-6126	ubs.belafama@pnl.mg.gov.br
Boa Vista	(31) 98006-2888	Rua Sebastião de Oliveira, nº 328 - Boa vista	(31) 3180-6056	apoio.boavista@pnl.mg.gov.br
Cabeceiras	(31) 98511-2017	Rua Princesa Isabel, nº 75 - Cabeceiras	(31) 3180-6059	ubs.cabeceiras@pnl.mg.gov.br
Cascalho	(31) 98679-1157	Av. José Bernardo de Barros, nº 889 - Cascalho	(31) 3180-6060	ubs.cascalho@pnl.mg.gov.br
Chácara Bom Retiro	(31) 98006-2876	R. Geraldo Ferreira das Mercês, nº 195 - Chácara Bom Retiro	(31) 3180-6066	ubs.cbr@pnl.mg.gov.br
Cristais	(31) 98634-1176	Rua Cuiabá, nº 250 - Chácara dos Cristais	(31) 3180-6058	ubs.cristais@pnl.mg.gov.br
Cruzeiro	(31) 98006-2884	Avenida Esmeraldas, nº 59 - Cruzeiro	(31) 3180-6123	ubs.cruzeiro@pnl.mg.gov.br
Galo	(31) 98006-2898	MG 30 KM 437 - Galo	(31) 3180-6127	ubs.galo@pnl.mg.gov.br
Honório Bicalho	(31) 98006-2885	Rua João Aurélio Salgado, s/n° - Honório Bicalho	(31) 3180-6121	ubs.honoriobicalho@pnl.mg.gov.br
Jardim Canadá 1	(31) 98006-2878	Rua Dresden, nº 70 - Jardim Canadá	(31) 3180-5721 (31) 3180-5722	ubs.jardimcanada@pnl.mg.gov.br

Jardim Canadá 2	(31) 980062891	Rua Kenon, S/N - Jardim Canadá	(31) 3180-6191	ubs.jardimcanada2@pnl.mg.gov.br
José De Almeida	(31) 980062879	Rua Dr. Lunds, nº 200 - José de Almeida	(31) 3180-6064	ubs.joseddealmeida@pnl.mg.gov.br
Macacos	(31) 988991395	Rua Dona Maria da Glória, s/n	(31) 3180-6062	ubs.macacos@pnl.mg.gov.br
Mingu	(31) 980062893	Rua José do Carmo, nº 80 - Mingu	(31) 3180-6061	ubs.mingu@pnl.mg.gov.br
Nossa Senhora De Fátima	(31) 980062881	Rua Uberaba, nº 322 - Fazenda do Benito	(31) 3180-6124	ubs.nsf@pnl.mg.gov.br
Nova Suíça	(31) 980063480	Rua Rio Grande do Sul, nº 805 - Nova Suíça	(31) 3180-6122	ubs.novasuica@pnl.mg.gov.br
Paula Fernandes Vilela	(31) 98006-2896	Rua Ivanete Salomé, nº 20, Vila São Luiz	(31) 3180-6065	ubs.caic@pnl.mg.gov.br
Retiro	(31) 980063478	Rua Padre Antônio Lopes Almeida, nº 121 - Retiro	(31) 3180-6057	ubs.retiro@pnl.mg.gov.br
Rosário	(31) 980063476	Rua Bonserá Santa Cruz, nº 80 - Rosário	(31) 3180-6063	ubs.rosario@pnl.mg.gov.br
Santa Rita	(31) 980063477	Avenida Antônio de Paula Santos, nº 1008 - Santa Rita	(31) 3180-6125	ubs.santarita@pnl.mg.gov.br
Vale Do Sol	(31) 980063473	Avenida Terra, nº 178 - Vale do Sol	(31) 3180-6195	ubs.valedosol@pnl.mg.gov.br

ANEXO C – ANAMNESE CLÍNICA PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO

MINISTÉRIO DA SAÚDE www.inca.gov.br
<https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tratamento>

INCA
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

ANAMNESE CLÍNICA PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Nº do Prontuário: _____

Nome: _____ Sexo: M F Idade: _____
 Endereço: _____ nº: _____ Complemento: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
 Tel. Fixo: () _____ Col: () _____ Escolaridade (última série completa): _____

Como chegou ao Programa? Encaminhamento de profissional de saúde Busca espontânea Indicação de familiar/amigo

Instrução geral para preenchimento deste formulário: marcar apenas uma opção de resposta pode marcar mais de uma opção de resposta

HISTÓRICO PATOLÓGICO

Doenças / Fatores de risco	Tem/teve?	Em tratamento?	Fatores de risco	Atualmente
1. Diabetes mellitus	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	15. Prótese dentária móvel (atual)***	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
2. Hipertensão arterial	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	16. Gravidez (atual)****	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
3. Problema cardíaco	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	17. Amamentação (atual)****	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
4. Problema pulmonar	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	18. Menores de 18 anos (atual)****	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
5. Alergia respiratória	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	19. Convive com fumantes em casa?	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
6. Crises de depressão e/ou ansiedade	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Atenção! Medicação de tratamento à cessação a restringir: *bupropiona **adesivo ***goma ****total	
7. Tratamento psicológico ou psiquiátrico	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N		
8. Anorexia nervosa ou bulimia*	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	20. Medicamentos diversos em uso atualmente _____ _____	
9. Crise convulsiva ou epilepsia*	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N		
10. Lesão ou tumor maligno*	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N		
11. Alergia cutânea**	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N		
12. Aftas, lesões ou sangramento na boca***	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N		
13. Dor no estômago, úlcera ou gastrite***	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N		
14. Outra. Qual?	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N		

21. Em geral, como você avalia sua saúde?
 1. Muito boa 2. Boa 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim

Consumo de álcool atual

22. Com que frequência você costuma consumir alguma bebida alcoólica?
 1. Nunca 2. Menos de uma vez por mês 3. Uma vez ou mais por mês → **22.1. Quantos dias por semana?** _____

CAGE: Três ou quatro respostas positivas no CAGE mostram uma tendência importante para alcoolismo.

23. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? ... Sim Não
24. As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber? ... Sim Não
25. Você se sente culpado ou chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber? ... Sim Não
26. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? ... Sim Não

Saúde mental

27. Já fez uso de alguma medicação para dormir ou se acalmar, mesmo não prescrita por médico? ... Sim Não

PHQ-9: Se soma dos pontos for ≥9, indivíduo em maior risco de episódio depressivo maior (avaliar)	Nenhum dia [0]	Menos de uma semana [1]	Uma semana ou mais [2]	Quase todos os dias [3]
28. Nas últimas duas semanas, em quantos dias o(a) sr.(a):				
1) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) teve falta de apetite ou comeu demais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler jornal ou ver tv)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?
 1. Nenhuma dificuldade 2. Pouca dificuldade 3. Muita dificuldade 4. Extrema dificuldade

HISTÓRIA TABAGÍSTICA

30. Com que idade você começou a fumar? _____

31. O cigarro está associado ao seu dia a dia em quais situações?

1. Ao falar ao telefone 3. Com café 5. No trabalho 7. Ansiedade 9. Nenhum

2. Com bebidas alcoólicas 4. Após refeições 6. Alegria 8. Tristeza 10. Outros: _____

32. Sobre o cigarro que você fuma:

A.	B.	C.	D.	E.	F.
Qual a marca?	Quanto custa o maço?	Nº cigarros por dia	Valor por dia (B/20 x C)	Valor por mês (D x 30)	Valor por ano (E x 12)
_____	R\$ _____	nº _____	R\$ _____	R\$ _____	R\$ _____

33. Usa cigarro com sabor? Não Sim → 33.1 Se sim, qual sabor? _____ → 33.2. Desde que idade? _____

34. Você convive com fumantes em casa? Não Sim → 34.1 Se sim, qual o parentesco? _____

35. Quantas vezes já tentou parar de fumar? _____

Se ≥ 1 →

35.1. Se já tentou parar de fumar, quais recursos já utilizou?

1. Nenhum 3. Medicação. Qual? _____

2. Profissional de saúde 4. Outro. Qual? _____

35.2. Por que voltou a fumar? _____

35.3. Teve sintoma de abstinência? Qual? _____

36. Quando você pensa em parar de fumar?

1. Sem planos para parar 2. Indeciso 3. Nos próximos 30 dias 4. Nos próximos 6 meses 5. No próximo ano

37. Qual(is) o(s) motivo(s) para você parar de fumar?

1. Tratamento médico atual 4. Gasto financeiro 7. Pressão da família/amigos

2. Está afetando a saúde atualmente 5. Exemplo para filhos/crianças 8. Bem-estar da família

3. Preocupação com saúde futura 6. Restrição de fumar nos ambientes 9. Outro. Qual? _____

38. Qual(is) o(s) seu(s) medo(s) em parar de fumar?

1. Passar mal 2. Não conseguir 3. Ganho de peso 4. Perder meu prazer 5. Outro: _____

39. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA: TESTE DE FAGERSTROM

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

Dentro de 5 minutos = [3] Entre 31-60 minutos = [1]

Entre 6-30 minutos = [2] Após 60 minutos = [0]

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

Sim = [1] Não = [0]

3) Qual cigarro do dia traz mais satisfação?

O primeiro da manhã = [1] Outros = [0]

4) Quantos cigarros você fuma por dia? nº de cigarros: _____

Até 10 = [0] De 21 a 30 = [2]

De 11 a 20 = [1] Acima de 30 = [3]

5) Você fuma mais frequentemente pela manhã?

Sim = [1] Não = [0]

6) Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

Sim = [1] Não = [0]

Conclusão sobre o grau de dependência

Soma dos pontos: _____

Resultado: [0-2]= muito baixo [3-4]= baixo [5]= médio
[6-7]= elevado [8-10]= muito elevado

40. TESTE DO MONOXÍMETRO 1. Não realizado por falta do aparelho 2. Não realizado por falta de profissional

Hora: _____ CO: _____ HbCO: _____ Há quanto tempo fumou o último cigarro? _____

AVALIAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Avaliação do estágio de motivação para cessação do tabagismo

1. Pré-contemplativo: fumando, não pensa em parar e nem tem motivação para deixar o fumo.

2. Contemplativo: motivado a parar de fumar algum dia na vida, porém sem data estipulada nos próximos dias.

3. Pronto para ação: pensando em marcar uma data de parada, porém sem data definida.

4. Ação: já tem uma data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês.

Observações: _____

Data: ____ / ____ / _____

Assinatura do profissional de saúde _____

ANEXO D – TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE (ADESIVO DE NICOTINA E CLORIDRATO DE BUPROPIONA)

Eu, _____ (nome do(a) usuário), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do(s) medicamento(s) adesivo de nicotina e cloridrato de bupropiona.

Os termos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo profissional _____ (nome do profissional prescritor).

Assim declaro que:

Fui claramente informado(a) que o tratamento medicamentoso do tabagismo deve ser utilizado em complementação da terapia cognitivo-comportamental e que o(s) medicamento(s) que passo a receber pode trazer as seguintes melhorias:

- ajuda-me a deixar de fumar, com o que aumento a minha expectativa de vida e melhora a minha saúde e a qualidade da minha vida; e
- alivia os sintomas da abstinência.

Fui também claramente informado(a) que são as seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- gestantes e nutrízes devem tentar parar de fumar sem utilizar nenhum tratamento medicamentoso, portanto, se caso engravidar, devo avisar imediatamente ao profissional;
- os efeitos adversos mais comumente relatados para os medicamentos são:
 - para a nicotina em adesivo: Prurido (coceira), exantema ou rash cutâneo (erupções cutâneas vermelhas), eritema (rubor cutâneo), dor de cabeça, tontura, náusea, vômitos, dispepsia, distúrbios do sono (sonhos incomuns e insônia), tremores e palpitações, sendo os dois últimos mais observados com dose excessiva de nicotina. Pode ocorrer irritação na pele durante o uso do adesivo (decorrente da cola), reação esta que pode ser minimizada com o uso de creme de corticoide no local onde o adesivo será aplicado, na noite anterior e no dia seguinte à aplicação. Em isso ocorrendo, devo limpar o local (com água e sabão) e secar bem o local antes da aplicação do adesivo, para retirar algum resíduo do creme.
 - para a nicotina em goma ou pastilha: Tosse, soluços, irritação na garganta, estomatite, boca seca, diminuição ou perda do paladar, parestesia, indigestão, flatulência, desconforto digestivo, dor abdominal. Os soluços são mais observados com o uso das pastilha.
 - para a bupropiona: Boca seca, insônia, dor de cabeça, náusea, tontura, depressão, ansiedade/pânico, dor torácica, reações alérgicas, desorientação e perda de apetite. O risco de convulsão de 1:1000 pessoas que tomam a dose máxima diária recomendada (300 mg).
 - os medicamentos estão contraindicados em caso de hipersensibilidade (alergia) aos

fármacos;

- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que o(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo(s) ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido, inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento.

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

- adesivo de nicotina
- cloridrato de bupropiona

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não

Nome do usuário: _____
CPF ou CNS: _____
Nome do responsável legal: _____
Documento de identificação do responsável legal: _____

Assinatura do paciente ou do responsável legal
Profissional Responsável: _____
Nº Registro Conselho de Classe: _____

Assinatura e carimbo do prescritor
Local: _____
Data: ____/____/____