

Universidade Federal de Ouro Preto

**Escola de Medicina/ Departamento de Medicina de Família, Saúde Mental
e Coletiva (DEMSC)**

Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

Trabalho de conclusão de curso

**Tabagismo: histórico, políticas nacionais de controle do tabaco, impacto
na saúde pública e tratamento**

Charles Bernardo Buteri Filho

Ouro Preto, Minas Gerais

2022

Charles Bernardo Buteri Filho

**Tabagismo: histórico, políticas nacionais de controle do tabaco, impacto
na saúde pública e tratamento**

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial para obtenção do título de Médico de Família e Comunidade

Orientador: Rodrigo Pastor Alves Pereira

Coorientador: Charles Bernardo Buteri

Ouro Preto

2022

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

B983t Buteri Filho, Charles Bernardo.
Tabagismo [manuscrito]: histórico, políticas nacionais de controle do tabaco, impacto na saúde pública e tratamento. / Charles Bernardo Buteri Filho. - 2022.
32 f.: il.: tab..

Orientador: Prof. Me. Rodrigo Pastor Alves Pereira.

Coorientador: Prof. Dr. Charles Bernardo Buteri.

Produção Científica (Especialização). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Medicina.

1. Fumo - Vício - Tratamento. 2. Nicotina. 3. Saúde pública-Brasil. 4. Pandemias. 5. Uso do tabaco. 6. Impacto Econômico. I. Buteri, Charles Bernardo. II. Pereira, Rodrigo Pastor Alves. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU 613.84

Bibliotecário(a) Responsável: Angela Maria Raimundo - SIAPE: 1.644.803



FOLHA DE APROVAÇÃO

Charles Bernardo Buteri Filho

Tabagismo: histórico, políticas nacionais de controle do tabaco, impacto na saúde pública e tratamento

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade.

Aprovada em 10 de fevereiro de 2022.

Membros da banca

Mestre Rodrigo Pastor Alves Pereira - Orientador (Universidade Federal de Ouro Preto)

Doutor Charles Bernardo Buteri - Coorientador (Instituto Federal do Norte de Minas Gerais)

Doutora Adriana Maria de Figueiredo (Universidade Federal de Ouro Preto)

Especialista Luara Brandão Viveiros (Prefeitura Municipal de Ouro Preto)

O Prof. Rodrigo Pastor Alves Pereira, orientador do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP, em 17 de fevereiro de 2022.



Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo Pastor Alves Pereira, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 23/02/2022, às 14:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0284226** e o código CRC **2CC121CD**.

Resumo

O berço do tabagismo é a América, o tabaco era fumado e mascado pelos indígenas em rituais religiosos. A origem da palavra tabaco é incerta, podendo ser derivada desde da língua indígena Arawák, do espanhol ou do árabe. Na Europa chegou através dos navegadores no século XVI. Aconselhada por Jean Nicot a rainha da França Catarina Médicis fez uso de tabaco em forma de rapé, como forma de combater suas fortes enxaquecas e logo o hábito se disseminou pela Europa. A origem da palavra nicotina vem do sobrenome de Jean Nicot. A revolução industrial com a criação de máquinas capazes enrolar cigarros, as novas técnicas agrícolas, a criação das caixas de fósforo e a primeira guerra mundial foram fatores que propiciaram a expansão do tabagismo. A primeira máquina de cigarros no Brasil foi instalada no Rio de Janeiro no início do século XX e em meados desse século o médico Mario Kroef relacionou o hábito de fumar com certos tipos de cânceres. O tabagismo é uma condição de saúde crônica tratável considerada a maior causa de mortes prematuras evitáveis no mundo. Acredita-se que o tabagismo passivo ocupe o terceiro lugar nesse ranking, ficando atrás apenas do tabagismo ativo e do consumo de álcool. O Brasil é um país de referência no combate ao tabagismo, tendo reduzido 63,8% do percentual de fumantes entre os anos de 1989 e 2019. Apesar disso o tabagismo é responsável pela morte de cerca de 156 mil pessoas todo ano no Brasil. O número absoluto de fumantes no país é grande, o que gera custos elevados para o sistema de saúde. No ano de 2020 os custos atribuíveis ao tabagismo foram de 125,2 bilhões de reais, o que corresponde a 1,69% do PIB do Brasil no mesmo ano, enquanto o gasto total com a pandemia no mesmo ano foi de 524 bilhões de reais. Prejuízo que se repete ano após ano. No contexto atual de pandemia pela infecção pelo SARS Cov-2 as chances de complicação em fumantes são maiores do que nos não fumantes, mesmo assim um terço dos fumantes relatou ter aumentado o consumo de cigarros durante a pandemia. O tratamento do tabagismo deve ser bastante disponível e de fácil acesso. Segundo a OMS 60% dos fumantes desejam parar de fumar, mas só 30% tem acesso a serviços adequados. No Brasil a atenção primária tem papel de destaque na promoção da cessação. A abordagem preconizada pelo

SUS é o aconselhamento terapêutico estruturado em geral, associado ao tratamento medicamentoso. O SUS disponibiliza as seguintes medicações para o tratamento do tabagismo, a bupropiona em comprimido e a nicotina, em forma de adesivo, goma e pastilha. Outra estratégia possível é a de redução dos danos com foco principal para os pacientes que não conseguem ou não desejam parar de fumar.

Abstract

The birthplace of smoking is America, tobacco was smoked and chewed by indigenous people in religious rituals. The origin of the word tobacco is uncertain, and may be derived from the Arawák indigenous language, Spanish or Arabic. In Europe it arrived through the navigators in the 16th century. On the advice of Jean Nicot, the queen of France, Catherine Médicis, used tobacco in the form of snuff, as a way to combat her severe migraines, and soon the habit spread across Europe. The origin of the word nicotine comes from the surname of Jean Nicot. The industrial revolution with the creation of machines capable of rolling cigarettes, the new agricultural techniques, the creation of matchboxes and the first world war were factors that favored the expansion of smoking. The first cigarette machine in Brazil was installed in Rio de Janeiro at the beginning of the 20th century and in the middle of that century the doctor Mario Kroef linked the habit of smoking with certain types of cancers. Smoking is a treatable chronic health condition considered the leading cause of preventable premature death in the world. Passive smoking is believed to rank third in this ranking, behind only active smoking and alcohol consumption. Brazil is a reference country in the fight against smoking, having reduced the percentage of smokers by 63.8% between 1989 and 2019. Despite this, smoking is responsible for the death of about 156 thousand people every year in Brazil. The absolute number of smokers in the country is large, which generates high costs for the health system. In the year 2020, the costs attributable to smoking were 125.2 billion reais, which corresponds to 1.69% of Brazil's GDP in the same year, total spending on the pandemic in the same year was 524 billion reais. Damage that happens year after year. In the current context of a pandemic caused by SARS Cov-2 infection, the chances of complications in smokers are greater than in non-smokers, yet one third of smokers reported having increased cigarette consumption during the pandemic. Smoking treatment should be widely available and easily accessible. According to the WHO, 60% of smokers want to quit, but only 30% have access to adequate services. In Brazil, primary care has a prominent role in promoting cessation. In Brazil, primary care has a prominent role in promoting cessation. The approach recommended by the SUS is structured therapeutic

counseling in general associated with drug treatment. The SUS provides the following medications for the treatment of smoking, bupropion in a tablet and nicotine in the form of a patch, gum and lozenge. Another possible strategy is harm reduction, with a primary focus on patients who are unable or unwilling to quit smoking.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
OBJETIVOS	8
MÉTODOS	9
RESULTADOS	9
Histórico do Tabagismo	9
O uso do tabaco no Brasil	11
Política Nacional de Controle do Tabaco	12
Impacto Econômico do Tabagismo	14
Saúde Pública	16
O Tabagismo e a Pandemia de COVID-19	20
Métodos de Tratamento	20
CONCLUSÃO.....	28
REFERÊNCIAS.....	29
ANEXO I - Termo de Esclarecimento e Responsabilidade	34
ANEXO II – Teste de Fagerström.....	36
ANEXO III - Medicamentos	37

INTRODUÇÃO

O tabagismo é uma doença crônica tratável, considerada a principal causa de morte evitável no mundo, além de gerar morbidade e altos custos para o país. O Brasil é referência internacional no combate ao tabagismo, apesar disso é o segundo no ranking mundial em produção do fumo em folha e apresenta um número absoluto ainda grande de tabagistas. Sendo assim é importante atuar ativamente no tratamento dessa condição de saúde.

O Ministério da Saúde orienta que o estímulo a cessação do tabagismo seja realizado em todos os níveis de atenção à saúde, porém na atenção primária é o local que em geral propicia mais oportunidades de incentivo à cessação, tanto por ser um serviço de porta aberta quanto por ser a porta de entrada preferencial do paciente no sistema de saúde.

Atualmente a melhor forma de tratamento é a combinação entre medidas farmacológicas e não farmacológicas. Essas medidas podem ser empregadas de diferentes maneiras e com diferentes graus de evidência e eficácia, devendo, cada abordagem ser individualizada para cada perfil de paciente.

Entender a história, a expansão do uso e o contexto atual do tabagismo no país, tanto em relação a seus impactos na saúde pública quanto no contexto da pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 é fundamental para o entendimento da dimensão do problema com o qual temos que lidar.

OBJETIVOS

Apresentar e discutir aspectos históricos que corroboraram com a expansão do tabagismo;

Apresentar as principais formas de manejo do tabagismo na atenção primária;

Descrever os métodos atuais de redução de danos e do tratamento do tabagismo.

MÉTODOS

Revisão narrativa da literatura, as principais fontes foram: Instituto Nacional de Câncer (INCA), Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organizações não governamentais de notório saber técnico da área no Brasil.

Buscou-se abordar desde a parte histórica do uso do tabaco, fatores que influenciaram sua expansão, o impacto e os gastos na saúde pública, a evolução das políticas de prevenção no Brasil, o tabagismo no contexto da pandemia causada pelo SARS-CoV-2 e as principais estratégias de tratamento e redução de danos do tabagismo na atenção primária.

RESULTADOS

Histórico do Tabagismo

A América é o berço do tabaco. A população indígena que vivia no continente, antes da chegada dos europeus, mascava ou fumava o tabaco em seus rituais religiosos, com objetivo de purificação, contemplação, proteção e fortalecimento dos guerreiros. A planta era cultivada em todo o continente americano e foi utilizado por povos distintos.(1)

Uma das origens possíveis, da palavra tabaco, é que ela venha da língua dos indígenas Arawák, os quais aspiravam a fumaça por meio de um tubo em forma de “Y” e/ou fumavam as folhas enroladas de modo semelhante ao charuto. Outra versão, é que a palavra deriva do termo Árabe “tabbâq” que identificava certas plantas fumadas em cachimbo.(2) Outra possibilidade ainda, é que o termo tenha a origem no idioma Espanhol, TABACO, possivelmente deriva da palavra Taino, significando um cachimbo para fumar, ou um rolo de folhas da planta.(3)

O tabaco chegou ao Brasil provavelmente pelas migrações da tribo dos tupis-guaranis. Já no século XVI, ele foi levado para a Europa por navegadores e de lá se espalhou para todo o resto do mundo.(2)

Em meados dos anos de mil e quinhentos, aconselhada por Jean Nicot (embaixador da França em Portugal), Catarina de Médicis, a rainha da França, começou a fazer uso do rapé como forma de combater suas constantes enxaquecas.

Esse hábito logo virou moda nas cortes europeias.(2) A origem da palavra nicotina e o nome científico dado à planta, *Nicotiana tabacum*, derivam do sobrenome de Jean Nicot.(2)(4)

Cerca de cinquenta anos após a chegada do tabaco no velho mundo, fumar passou a ser símbolo da civilização, e em todo o continente o cachimbo passou a ser utilizado. Pintores célebres de toda Europa, dos séculos XVII e XVIII, reproduziram personagens como reis, ministros e generais fumando ou aspirando rapé.(1)

Por séculos o tabaco foi consumido de diferentes formas, principalmente, mascado, cheirado na forma de rapé e fumado em cachimbos e charutos. Com o advento da revolução industrial, foi possível a produção em larga escala do cigarro industrializado, em 1881 foi inventada a primeira máquina de enrolar cigarros que três anos depois foi aperfeiçoada e já era capaz de produzir 200 cigarros por minuto. Juntamente com o desenvolvimento das máquinas que aumentaram a produção industrial, as novas técnicas agrícolas para o plantio do fumo e a introdução das caixas de fósforos, foram fatores que favoreceram a expansão do consumo mundial do tabaco. Além disso, a primeira guerra mundial (1914 - 1918) teve papel decisivo na difusão do tabaco, pois foi fornecido em grande quantidade aos soldados norte-americanos. A carta do General Pershing enviada ao Ministro da Guerra, priorizava cigarros em detrimento de comida. Só depois da metade do século XIX é que o cigarro industrializado se popularizou, inicialmente nos Estados Unidos e na Inglaterra, antes de atingir o resto do mundo. Seu consumo foi considerado dinâmico e prático, sendo assim considerado mais adequado aos tempos modernos.

No início do século XX chega a primeira fábrica de cigarros no Brasil, instalada no Rio de Janeiro. Em meados do século XX, o médico Mário Kroeff, (principal nome na área de oncologia brasileira), defendeu a concepção de câncer como problema de saúde pública e organizou com sucesso ações educativas sobre a doença. Em uma dessas ações divulgou materiais informativos sobre os fatores de risco para o câncer e afirmou, no jornal "A Tarde" de 11 de maio de 1939, que: "Pelas estatísticas do Centro, observa-se que a pele é a localização mais frequente e em segundo lugar, vem a localização da boca e vias respiratórias, atribuídas ao fumo". Ele dirigiu o Serviço Nacional de Câncer e fundou o serviço que viria a ser o INCA (Instituto Nacional do Câncer).(2)

Atualmente o tabagismo é tido como uma doença crônica, que tem como característica a dependência por nicotina, substância presente no tabaco. Apesar de no Brasil o maior consumo do tabaco seja fumado, todos os produtos que contêm nicotina, aumentam a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), não importando a forma de consumo (fumado, inalado, mascado ou absorvido pela pele ou mucosa).(5) O tabagismo guarda causalidade com cerca de 50 doenças incapacitantes e fatais, como câncer, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas.(6)

Segundo o relatório anual de 2018 da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), o Brasil continua como o segundo colocado no ranking dos países produtores de fumo em folha, ficando atrás apenas da China que é responsável por 36% da produção mundial.(7) Mesmo sendo um dos maiores exportadores de fumo do mundo, o Brasil segue colecionando dicotomias, pois também se apresenta como referência internacional no controle do uso do tabaco.(8)

Desde 1986, ano que foram implementadas no Brasil uma gama de intervenções tanto legislativas e regulatórias quanto educacionais e econômicas, com foco na redução do consumo do tabaco, o país conseguiu reduzir o uso de 34,3% em 1989 para 14,7% em 2013, uma redução bastante expressiva de 57,14%, tornando-se um dos países mais bem sucedidos no controle do tabagismo.(9)

O uso do tabaco no Brasil

Nas últimas três décadas o percentual de adultos que fumavam no Brasil teve uma queda significativa. Entre os homens, a prevalência de tabagismo caiu de 43,3% em 1989 para 18,9% em 2013, já entre as mulheres a queda foi respectivamente de 27,0% para 11,0%.(10) Em 2019, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, a parcela de fumantes adultos no Brasil foi de 12,6% uma queda percentual de 63,8% nesses últimos 30 anos, entre 1989 e 2019. O percentual de redução de adultos fumantes no Brasil, entre 1989 e 2010, reduziu 46% graças às Políticas de Controle do Tabagismo que foram implementadas. Estima-se que com a queda do consumo, cerca de 420.000 mortes, relacionadas ao tabaco, foram evitadas.(11)

Entre os estudantes universitários das capitais brasileiras, tanto os do sexo masculino quanto os do sexo feminino, em média, experimentaram o tabaco pela

primeira vez aos 16 anos de idade. Quando se avalia, o uso do tabaco, entre as instituições de ensino públicas e privadas, observou-se que nas primeiras, 13,2% dos estudantes alegaram ter feito o uso do tabaco nos últimos 30 dias, contra 23,7% nos estabelecimentos privados. Já em relação ao território brasileiro, o uso do tabaco se faz de forma desigual com grande variação no percentual de usuários entre as regiões, destaque para a região Nordeste com o menor percentual de usuários (13,3%) e a região Sul com o maior (25,8%), sendo que a maior prevalência é entre os indivíduos do sexo masculino.(11)

O tabagismo ocupa o segundo lugar no ranking de drogas mais experimentadas no país. Apesar disso, pesquisas tem demonstrado que, tanto a média de idade de início do uso do tabaco, quanto a porcentagem de experimentação, tem atingido números mais satisfatórios, ou seja, a média de idade aumentou e a porcentagem de experimentação¹ diminuiu.(11)(12)

Em relação ao comércio de cigarros no Brasil, considerando apenas o consumo de cigarros ilegais e o número de fumantes ativos de 2016 para 2017, foi observado uma redução de 42,8% para 38,5% no consumo dos produtos ilegais, totalizando uma redução de 4,8 bilhões de unidades. Já o número de cigarros legais consumidos cresceu nesse mesmo período de 53,1 bilhões de unidades para 55,8 bilhões. Em um ano foi possível observar uma queda significativa no comércio de cigarros ilegais e um aumento no consumo de 2,7 bilhões dos legais, ou seja, uma redução aproximada de 2,1 bilhões de unidades. Apesar dessa redução no consumo, a prevalência de fumantes nas capitais brasileiras reduziu apenas de 10,16% para 10,11%, ou seja, se manteve praticamente igual no período analisado.(9)

Política Nacional de Controle do Tabaco

A Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT), é uma política que envolve ações entre diversos setores, e devido ao seu sucesso, tem feito do Brasil uma referência internacional quando se trata do controle do tabagismo.(8)

¹ A experimentação pode ser entendida como a resposta afirmativa à pergunta, “alguma vez na vida você já fumou cigarro, mesmo que seja uma ou duas tragadas?” Já o uso deve ser entendido como algo habitual.

As políticas para o controle do uso do tabaco, começaram no Brasil, na década de 1960 com a elaboração de projetos de lei que visavam advertir os usuários sobre os riscos do consumo e restringir a veiculação de propagandas de cigarros.

Em 1979 se destacou a produção da Carta de Salvador, na qual líderes médicos alertaram aos poderes públicos e a população, a respeito dos enormes malefícios à saúde causados pelo uso do tabaco, e do Programa Nacional Contra o Fumo que buscou a conscientização da sociedade como um todo, inclusive a classe médica, sobre os efeitos do tabaco.(13)

No ano de 1980 foi realizada a primeira Conferência Brasileira de Combate ao Tabagismo, e em 1985 foi formado o Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo e nessa mesma época houve um fortalecimento das políticas antitabagistas no Brasil, tendo sido criado em 1986 o dia Nacional de Combate ao Fumo. No ano seguinte foi instituído pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o dia Mundial sem Tabaco (31 de maio), o que propiciou a discussão do tema no cenário internacional.

Na elaboração da política nacional, o Brasil adotou métodos baseados em evidências, realizou a descentralização de medidas e consolidou uma base política, legislativa e institucional (governamental ou não) para o controle do tabagismo, o que fez do Brasil um exemplo para os outros países.(8)

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo busca a nível federal desenvolver a promoção de ambientes livres de tabaco e a implantação de projetos para cessação do consumo de cigarros na rede SUS. Também regula e fiscaliza os derivados do tabaco, restringindo propagandas, regulamentando as embalagens e fiscalizando o consumo em recintos coletivos, isto sob a coordenação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) desde 1999, e em parceria com a rede de vigilância sanitária do SUS.(14)

Já a vigilância epidemiológica, é feita em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que promove a Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab) e a Pesquisa Nacional sobre Saúde Escolar (PeNSE), que através de questionários nacionais possibilitaram a visualização do impacto do tabagismo sobre a saúde e permitem direcionar a Política Nacional de Controle do Tabaco. Outro programa, desenvolvido pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário, conhecido como Programa Nacional de Diversificação da Produção em Áreas Cultivadas com Tabaco,

promove a diversificação da produção em áreas nas quais a produção do tabaco é o cultivo dominante.(14)

Além disso, o Ministério da Fazenda juntamente com a Secretaria da Receita Federal cuida da política de preços e impostos para o setor do fumo e promove ajustes sucessivos nos impostos sobre o cigarro, política que se encontra alinhada aos objetivos traçados (internacionalmente) pela Convenção Quadro para o Controle do Tabaco - Organização Mundial da Saúde (CQCT/OMS). Ainda, temos a política de combate ao comércio ilegal de produtos de tabaco, que é parte dos projetos de combate à pirataria e é promovida também pelo Ministério da Fazenda junto com o Ministério da Justiça e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) que incluiu o tema tabagismo nas suas ações educacionais e nas pesquisas que realiza para monitorar o consumo de drogas ilícitas e lícitas no território brasileiro.(14)

Atualmente, as políticas antitabagistas estão consolidadas no país através das ações governamentais, da participação da sociedade e a rejeição social ao tabagismo, como forma de combate ao fumo. Além disso o prestígio no cenário internacional auxilia também nesse controle, pois não menos relevante é a interação entre os processos políticos nacionais e internacionais. A importante redução percentual dos tabagistas no Brasil no período entre 1986 a 2016 demonstra na prática o sucesso das políticas adotadas pelo Brasil.(8)

Impacto Econômico do Tabagismo

O Brasil é o segundo maior produtor de tabaco do mundo, entretanto o mercado interno consegue absorver apenas cerca de 12% da produção nacional para à fabricação final de cigarros. Na safra agrícola 2017/2018, o Brasil possuía cerca de 150 mil produtores envolvidos no cultivo do tabaco, com uma produção total de 632 mil toneladas, resultando em um faturamento de R\$ 6,28 bilhões. Em 2019, segundo os dados da Siscomex/Ministério da Economia, Indústria, Comércio Exterior e Serviços, a exportação do tabaco ocupou o 22º lugar no ranking dos produtos exportados pelo Brasil.(7)(15)

Apesar do destaque nacional na produção do tabaco, em relação aos custos atribuíveis ao tabagismo, em 2015, o consumo de tabaco gerou cerca de 40 bilhões de reais em gastos em assistência médica, o que representou 8% do total de gasto

em saúde no ano. Acrescentando-se a este valor os custos indiretos, representados pela perda de produtividade, pela incapacidade ou morte prematura dos fumantes, estimou-se um gasto adicional de outros 17 bilhões de reais, elevando o valor para 57 bilhões de reais atribuídos ao tabagismo.(16)

Os impostos sobre a venda dos produtos do tabaco, arrecadaram, em 2015, aproximadamente 13 bilhões de reais, o que correspondeu a 32,5% dos gastos diretos e a 22,8% do total de gasto, o que deixa o país com um prejuízo, estimado de 44 bilhões de reais, o que representa aproximadamente 0,79% do PIB (Produto Interno Bruto) de 2015.(16)

Em 2020, uma publicação do Instituto de Efetividade Clínica e Sanitária estimou os gastos totais atribuíveis ao tabagismo em 125,2 bilhões ao ano, isso sem incluir as ações de prevenção e tratamento para cessação do consumo, nem os custos com o controle do mercado ilegal do tabaco. Enquanto isso, os gastos para o enfrentamento da Pandemia de Covid-19 foram de 524 bilhões, ou seja, os custos do tabagismo foram de aproximadamente 23,8% do total gasto com a pandemia.(17)(18)

Ainda, do total atribuído ao Tabagismo no ano de 2020: 50,3 bilhões foram gastos com custos médicos diretos o que equivale a 7,8% do total gasto em saúde no ano; 42,5 bilhões de custos indiretos por perda de produtividade, incapacidade ou morte prematura; e outros 32,4 bilhões de custos indiretos com cuidados de familiares e pessoas próximas que dedicaram seu tempo ao tabagista adoecido. O total de custos atribuíveis ao tabagismo em 2020 correspondeu a 1,69% do PIB brasileiro, segundo os dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). (PIB Brasil 2020 foi de 7,4 trilhões).(18)(19)

De forma semelhante ao ocorrido em 2015, o total arrecadado pelos impostos sobre a venda do tabaco e seus derivados em 2020, não cobre os custos econômicos totais desencadeados pelo tabagismo.(18). Este “prejuízo” vem de um lugar conhecido, já que mais de 85% dos cigarros produzidos no mundo, são feitos por seis empresas multinacionais, as quais tem faturamento bruto comparável ao PIB de países pequenos.(20)

Em nível mundial, os gastos públicos, dos países de baixa renda com políticas de controle do tabagismo, são estimados em aproximadamente 68 milhões para evitar um total de 4,3 milhões de mortes. Enquanto isso, os gastos com outras enfermidades

como: AIDS, tuberculose e outras doenças transmissíveis são mais altos mas combatem uma mortalidade menor. Para cada 6,36 dólares gastos com um maço de cigarro com vinte unidades, mais de 5,5 vezes do valor, cerca de 35,0 dólares são gastos com doenças relacionadas ao tabaco.(16)(19)

A ajuda internacional com foco no controle do tabagismo para países de baixa e média renda foi de 68 milhões de dólares durante o ano de 2011, enquanto a indústria do tabaco para anunciar e promover seus produtos nos Estados Unidos, gasta esse mesmo valor em 3 dias.(20)

Saúde Pública

Há tempos já é bem estabelecido que a principal causa de mortes prematuras evitáveis no mundo é o tabagismo. Este é definido como sendo uma doença crônica causada pela dependência à nicotina, presente nos produtos à base de tabaco, sendo classificada no Código Internacional de Doenças (CID10) da Organização Mundial da Saúde, como Tabagismo Ativo F17 e Tabagismo Passivo Z58.7. A doença mata anualmente perto de 8 milhões de pessoas no mundo e foi responsável pela morte de aproximadamente 100 milhões de pessoas no século XXI. No Brasil é responsável por aproximadamente 156 mil mortes por ano, além de gerar muita dor e sofrimento.(21)(22)(23)

Na fumaça do cigarro são encontradas mais de 4 mil substâncias químicas, destas mais de 60 com potencial carcinogênico e outras muitas irritantes. No Brasil e no mundo, os fatores que se relacionam com uma maior prevalência do consumo são: sexo masculino, cor negra/parda, baixa escolaridade e classe de renda baixa. São essas populações as menos amparadas e as mais suscetíveis ao consumo do tabaco.(24)

Na maioria dos casos, as pessoas que fazem uso regular do tabaco começaram a fazê-lo antes dos 20 anos de idade e suas razões são as mais diversas, desde problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade e estresse; em outros casos, por *parecer legal*, maduro ou sociável, ou como forma de lidar com o controle do peso corporal, Alguns outros fatores que influenciam são, pais ou colegas fumantes, publicidade dos produtos relacionados ao tabaco, aceitabilidade social e preços acessíveis.(20)

Em 2005, entrou em vigor a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde (CQCT-OMS) que contribui até hoje para a redução da prevalência do tabagismo.(8) O Brasil comemorou em 2015, 10 anos de adesão ao CQCT-OMS que foi o primeiro tratado internacional de saúde pública, ratificado por 178 países.(14)

Em relação às campanhas antitabagismo no Brasil, ao longo dos anos o conteúdo foi mudando, inicialmente se pautava no medo, atualmente tem como foco a promoção da saúde, o que demonstra uma mudança no modelo de abordagem das campanhas antitabagistas nacionais.

As campanhas pautadas em mensagens de medo e na culpabilização do fumante baseadas em evidências sanitárias, foram típicas dos anos 40, já nos anos 60 somadas ao medo, era exposto que o diagnóstico e tratamento eliminavam a doença. A partir dos anos 80 as campanhas iniciaram o debate sobre estilo de vida ativo como estratégia de saúde pública e melhor qualidade de vida, mudando as narrativas de perda de saúde para aconselhamento em direção ao ganho de qualidade de vida e modo de evitar doenças.(25)

Na política brasileira, até o ano de 1980, foram poucas as regulamentações relacionadas ao aspecto econômico do tabaco. A partir de 1986, houve expansão e estruturação das políticas públicas com várias estratégias que levaram a uma redução significativa da prevalência de tabagistas no Brasil. Três importantes momentos culminaram nesse êxito: primeiro a estruturação inicial da política entre os anos de 1986 e 1998; segundo as negociações da CQCT-OMS e sua ratificação pelo Brasil realizada durante os anos de 1999 a 2005; e por último a implementação da CQCT-OMS no país, que teve início em 2006.(8)

A partir do final da década de 90 se observou uma queda importante no consumo de tabaco, redução que se manteve praticamente constante ao longo dos anos no território brasileiro, tendo alcançado uma redução no consumo aparente de cigarros per capita de 65%, entre os anos de 1980 e 2010, sendo que em 2016 foi registrado o menor consumo de cigarros per capita, número que voltou a ter um pequeno aumento nos anos 2017 e 2018.(26)

É necessário abordar também o impacto na saúde do tabagismo passivo, que é definido como a inalação de fumaça derivada do tabaco por indivíduos que não

fumam, mas que convivem com tabagistas em ambientes fechados. É estimado que essa modalidade de tabagismo seja a terceira maior causa de mortes evitáveis, ficando atrás apenas do tabagismo ativo e do consumo de álcool.(24)

Tanto o tabagismo ativo quando na exposição passiva à fumaça do cigarro se relacionam com o aparecimento de cerca de 50 enfermidades. Dentre estas, vários tipos de cânceres como: câncer de laringe; câncer de pulmão; câncer na cavidade oral; câncer de faringe; câncer de esôfago; câncer de estômago; leucemia mieloide aguda; câncer de pâncreas; câncer de fígado; câncer do colo do útero; câncer nos rins; e câncer de bexiga. Outras doenças do aparelho respiratório como enfisema pulmonar, bronquite crônica, asma, infecção das vias aéreas; doenças cardiovasculares: hipertensão arterial, trombose, aneurismas, angina, infarto, acidente vascular encefálico; infertilidade, menopausa precoce, complicações na gravidez, impotência sexual, catarata, patologias da boca, úlcera do aparelho digestivo e osteoporose.(23)

Nos fumantes o risco de morte por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica aumenta em 12 vezes, o risco de doença coronariana e de acidente vascular cerebral aumentam de 2 a 4 vezes e o risco de desenvolver câncer de pulmão nos homens aumenta cerca de 23 vezes e nas mulheres de 13 vezes, quando comparado aos não fumantes.(23) Dados da Vigilância de Tabagismo em Escolares (VIGESCOLA), no período de 2002 a 2005, mostraram que entre os escolares, 67% em Porto Alegre e 41% em Natal e Salvador se expuseram à fumaça de cigarro fora de casa. Já dentro de casa a exposição variou de 55% em Porto Alegre e 20% em Salvador. Segundo dados de 2009 da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 31% dos escolares tinham pelo menos um dos pais ou responsáveis que fuma em casa, já em 2015 essa proporção caiu para 26,2%, que foi maior entre os escolares de escolas públicas 27,8% contra 16,7% dos escolares de escolas particulares. Ainda segundo dados da PeNSE de 2015, entre 16 e 17 anos 24% dos escolares tinham ao menos um dos pais fumantes e 53% tinham contato com pessoas no seu entorno que faziam uso do tabaco fumado.(11)

Estima-se que no mundo existam mais de um bilhão de fumantes e que estes consumam seis trilhões de cigarros ao ano. Do total de fumantes, 80% vivem em 24 países e desses 67% vivem em países de baixa e média renda, locais nos quais a

carga de morbimortalidade relacionada ao tabaco é mais elevada. Há uma tendência atual à redução do tabagismo nos países desenvolvidos e um aumento do consumo nos países em desenvolvimento.

Com relação aos custos do tabagismo, quando consideramos apenas os custos diretos para o tratamento de três grupos de doenças tabaco-relacionadas, (câncer, doenças do aparelho circulatório e doenças respiratórias) em indivíduos com mais de 35 anos, estima-se que foram gastos R\$ 338 milhões em 2005 no Sistema Único de Saúde (SUS).(24)

No ano de 2011, o consumo do tabaco provocou, no Brasil cerca de 402 mortes diárias, que ocasionou uma perda estimada de 2,69 milhões de anos de vida.(27) Em 2015, do total de mortes causadas pelo tabagismo 32,7% foi devido a cânceres. Estima-se que foram perdidos 4,2 milhões de anos de vida devido aos infartos agudos do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e aos diagnósticos de cânceres relacionados com o uso do tabaco. O custo direto em saúde gerado foi de 39,8 bilhões de reais, e os custos indiretos, devido a morbimortalidade, foram de 17,1 bilhões, totalizando 56,9 bilhões de reais.(23)(28)

Durante o ano de 2020, o tabagismo respondeu por 13% do total de mortes, o que representa 161.853 óbitos. Entre as principais causas de mortes estão a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) que matou 37.686 (23,28%) as Doenças Cardíacas com 33.179 mortes (20,50%), outros cânceres com 25.683 (15,87%) e o câncer de pulmão com 24.443 (15,10%), ou seja, 30,97% do total de mortes atribuídas ao tabaco foram relacionadas com cânceres. Devemos ainda considerar as mortes provocadas pelo tabagismo passivo e outras causas que mataram 18.620 pessoas (11,50%), a pneumonia 12.201 (7,54%) e 10.041 (6,20%) por acidente vascular cerebral (AVC), o que demonstra o enorme risco à saúde que representa o tabagismo.(18)

Pelo exposto, supondo que o tabaco fosse uma droga farmacêutica nova, ele jamais seria licenciado e nem sua venda lícita permitida, porém mesmo após anos sendo usado e comercializado, ainda não foi retirado do mercado, como aconteceu com a droga talidomida quando seus efeitos negativos se tornaram conhecidos. Acrescente-se a isso que a nicotina é considerada um veneno e é listada como tal, na Lei de Venenos na Austrália Ocidental há décadas.(29) Na luta pela redução da

prevalência do tabagismo como forma de melhoria da saúde pública são poucos os países de baixa e média renda que possuem a expertise e os recursos necessários para responder de forma adequada ao avanço da indústria tabagista.(20)

O Tabagismo e a Pandemia de COVID-19

O contexto epidemiológico atual é de uma pandemia causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2). Estudos indicam desfechos piores da COVID-19 em pacientes tabagistas, e que ainda o ato de fumar amplia os riscos relacionados ao contágio, pois proporciona o contato direto com os dedos e com o cigarro, ambos podendo estar contaminados. Além disso, outras formas de fumar que envolvem uso compartilhado de bocais como narguilé, cigarros eletrônicos e cachimbos podem aumentar ainda mais as chances de transmissão do vírus.(30)(31)

Na infecção pela COVID-19 as chances de complicação (risco relativo) em fumantes é 45% maior, e a mortalidade aumenta em 38%, já naqueles fumantes que já possuem a doença pulmonar obstrutiva crônica, o risco de complicações quando comparado aos não fumantes é de 88% a mais e também foi observado, neste grupo, o aumento do risco de morte em 60%.(32)(33)

A despeito dos riscos da associação do tabagismo com a doença, durante a pandemia da COVID-19 a prevalência de fumantes estimada foi de 12%, sendo que um terço relatou ter aumentado o consumo de cigarros. Esse aumento foi relacionado à piora na qualidade do sono, o sentir-se isolado, triste ou deprimido, ansioso, a falta de renda e por avaliar uma piora da saúde. Apesar de discreto, o aumento foi maior entre as mulheres e indivíduos com ensino médio completo.(34)

Métodos de Tratamento

O tratamento do tabagismo deve ser de fácil acesso e estar sempre disponível, devendo ser acolhedor e levar em conta as diferenças de gênero, cultura, religião, idade, escolaridade, classe social e se adaptar às necessidades dos grupos que mais precisam.(10)(35)

Existem diversas estratégias, técnicas e guias de recomendações que direcionam os profissionais de saúde para auxiliar os pacientes na cessação do tabagismo. Os pontos em comum são, que estas abordagens trabalham conceitos de

dependência química, questões psicológicas, comportamentais e sociais relacionadas ao vício.(24) Segundo a OMS 60% dos tabagistas do mundo desejam parar de fumar, mas apenas 30% tem acesso a serviços apropriados que os auxiliem.(5)

A nicotina, em poucos segundos atinge o Sistema Nervoso Central (SNC) e produz seu pico de ação.(10) Uma das explicações para a dependência de nicotina, é que ela tenha uma ação direta sobre o núcleo accumbens,(31) estimulando a liberação de neurotransmissores responsáveis pela sensação de prazer, redução da ansiedade e do apetite, melhora da cognição e controle de emoções negativas produzindo assim um reforço positivo do seu uso. A nicotina possui meia vida plasmática de duas horas o que leva o tabagista a fumar novamente a fim de evitar sintomas como irritação, ansiedade, depressão, entre outros, dificultando a superação da abstinência.(10) A avaliação da dependência à nicotina, em geral, é feita através da aplicação do teste de Fagerström, que consiste de um questionário com seis perguntas com pontuação variando de 0 a 10. O diagnóstico da dependência é clínico, feito pelo profissional de saúde durante o atendimento do tabagista.(10)(31) Apesar de ser o mais usado no dia a dia, o teste de Fagerström deixa escapar algumas situações comuns, como as que surgiram após a criação da legislação sobre ambientes livres de tabaco, a qual levou o tabagista a mudar seus locais e horários de fumar, há aqueles que acordam à noite para fumar, tabagistas irregulares e os que fumam quando consomem bebidas alcoólicas.(10)

Os integrantes das equipes das unidades básicas de saúde como um todo, tem o papel de identificar e realizar de forma rotineira a abordagem dos fumantes aconselhando-os quanto aos benefícios e a importância de cessar com o tabagismo. Estes agentes de saúde nunca devem perder a oportunidade de realizar uma abordagem, mesmo que em situações improváveis, já que quanto mais intensa for a abordagem maior a taxa de sucesso na cessação do tabagismo.(31)

Múltiplos fatores influenciam na cessação do tabagismo, alguns influenciando positivamente e outros negativamente. As evidências não são muito consistentes, mas é sugestivo que uma menor dependência aumente as chances de cessação. Já doenças psiquiátricas, baixa motivação, sedentarismo, ausência de doença relacionada ao tabaco, início do consumo na vida adulta, tabagistas com menos de 20 anos de uso, ser solteiro, ter maior escolaridade, não participar das sessões de

manutenção da abstinência e presença de gatilhos, podem ser fatores complicadores que influenciam negativamente a cessação do hábito de fumar.(10)

Em relação às formas de parar de fumar, os métodos utilizados são: a parada abrupta, na qual o fumante para de um dia para o outro, é o método de maior eficácia; a redução gradual, na qual o tabagista reduz o número de cigarros a cada dia até parar; e outra forma é o adiamento gradual, que consiste em adiar o horário do primeiro cigarro progressivamente até parar. É importante ressaltar que os dois últimos não devem levar mais de duas semanas até a cessação.(24)

Por ser considerada uma doença crônica, o tabagismo costuma exigir mais de uma intervenção para a sua cessação e múltiplas tentativas até que de fato o abandono do vício seja alcançado, característica esta que compõe o diagnóstico de dependência.(10)(31)

Para que o sucesso seja obtido a avaliação do grau de motivação do fumante é essencial, visto que o uso das intervenções comportamentais e medicamentosas em pessoas desmotivadas ou pouco motivadas a parar, tem pouca eficácia, pois a cessação do tabagismo envolve mudança nos hábitos pessoais e estilo de vida. Na avaliação da motivação, a escala mais usada é o modelo transteórico comportamental de Prochaska e colaboradores que classifica a pessoa nos estágios, de Pré-contemplação, quando o indivíduo mesmo conhecendo os benefícios de parar de fumar não cogita essa possibilidade; Contemplação, no qual apesar de admitir o problema, ainda tem medo de se movimentar para parar de fumar; e Preparação, fase na qual os primeiros passos na direção da cessação são dados. Neste último estágio temos a fase de Ação, na qual a pessoa adota atitudes que a levam efetivamente a parar de fumar, e fase de Manutenção, onde, após a cessação do hábito, o foco está em manter a mudança, prevenir lapsos/recaídas e reforçar os benefícios da cessação do tabagismo, esta etapa, configura a finalização do processo.(31)

Uma das técnicas utilizadas para promover a cessação do tabagismo é a Terapia cognitivo-comportamental, sua premissa é a de que não é a situação, e sim um processo cognitivo que leva o indivíduo a usar determinada droga, processo este que é ativado a partir de determinada situação. Nesse caso, a dependência, teria um elemento de comportamento aprendido, que eventos específicos desencadeiam e a mantêm, sendo possível sua modificação. O foco da Terapia Cognitivo-

Comportamental é na mudança de crenças e comportamentos que levam o indivíduo a lidar com uma determinada situação, para isso aborda crenças aditivas antecipatórias (expectativa sobre o efeito) “ficarei menos ansioso se eu fumar”, crenças aditivas de alívio (situações difíceis) “preciso fumar para ficar menos ansioso” e as crenças aditivas facilitadoras (autorizam a fumar) “depois de trabalhar o dia inteiro eu mereço um cigarro”.(24)

As ações de “Boas Práticas no Tratamento do Tabagismo” recomendam que todo profissional de saúde faça pelo menos a intervenção/aconselhamento breve, que será descrita a seguir, aos pacientes tabagistas não importando a situação do atendimento em saúde.(5)

Nestas abordagens pode ser adotada a intervenção breve/mínima, (PAAP sigla que significa: Perguntar, Avaliar, Aconselhar e Preparar) que é um método que consiste em realizar perguntas para avaliar, aconselhar e preparar o tabagista para a cessação sem acompanhá-lo.(5)

A intervenção breve/mínima tem duração de três a cinco minutos, pode ser realizada em qualquer contato com a paciente e por qualquer profissional de saúde. Idealmente, como forma de aumentar a oferta desta intervenção, toda a equipe deveria ser treinada para realizar algumas perguntas que levem o paciente a refletir e se sensibilizar a tentar parar de fumar, como: Você fuma? Há quanto tempo? Quantos cigarros por dia? Em quanto tempo após acordar acende o primeiro cigarro? O que você acha de marcar uma data para parar de fumar? Quando? Já tentou parar? O que aconteceu? As perguntas tem como foco principal, diferenciar a experimentação do uso regular; avaliar as chances do paciente desenvolver sintomas de abstinência; descobrir em qual estágio de motivação o paciente se encontra; identificar pontos forte e fracos nas tentativas anteriores de cessação, como forma de trabalhá-los melhor nas próximas tentativas.(24)

Embora a abordagem breve/mínima, não seja a forma ideal de atendimento, tem a capacidade de mudar o cenário do tabagismo, já que tem um grande alcance em termos de saúde pública. É uma abordagem possível até mesmo para os profissionais que atuam em serviços de urgência e emergência, que tem dificuldade em acompanhar o paciente no processo de parada. Esta abordagem aumenta as chances de cessação quando comparadas a nenhum aconselhamento.(5)(10)

No contato com os usuários do tabaco também pode ser adotada a abordagem básica (PAAPA – sigla para Perguntar e Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar) que é uma estratégia importante em termos de saúde pública e é mais recomendada que a abordagem ou intervenção breve/mínima. Também pode ser feita por qualquer profissional de saúde e tem duração também de 3 a 5 minutos, a diferença em relação a estratégia anterior é que prevê consultas de seguimento, que tem o objetivo de auxiliar o fumante a lidar melhor com a fase de abstinência.(10)

Na abordagem básica os tabagistas que não estiverem dispostos a parar em até 30 dias, devem ser incentivados a pensar sobre o assunto e abordados em uma próxima oportunidade. Já os interessados devem ser incentivados a marcar uma data para a cessação, neste momento devem ser esclarecidos quanto aos sintomas de abstinência, estratégias para se manter abstinente, evitar gatilhos e se desfazer de cigarros e isqueiros. Em ambos os casos é essencial que o profissional de saúde se coloque à disposição para ajudar.(10)

A entrevista motivacional é uma técnica que auxilia na mudança do estágio de motivação em que o paciente se encontra, principalmente para aqueles que tem um sentimento ambivalente em relação ao tabagismo. Para realizá-la o profissional deve acolher o fumante e compreender seus conflitos em relação ao tabagismo, analisar os elementos que impedem a mudança, minimizar as incertezas do tabagista e enfatizar os benefícios que serão alcançados com a abstinência.(31)

Entretanto, apesar de muito interessantes, nas pesquisas realizadas, tanto a entrevista motivacional quanto a abordagem breve não tiveram resultados satisfatórios, principalmente nos grupos de pacientes com dependência grave do tabaco.(31)

O tratamento para cessação do tabagismo adotado pelo SUS, consiste no aconselhamento terapêutico estruturado/abordagem intensiva associado com tratamento farmacológico, exceto em situações especiais como por exemplo adolescentes, gestantes, idosos, pacientes com câncer, nos quais as evidências para uso do tratamento farmacológico são insuficientes ou seu uso deve ser feito com cautela. Sugere-se o acompanhamento ao longo de um ano, englobando os processos de avaliação inicial, intervenção e manutenção da abstinência. Os medicamentos incluídos na lista do SUS para tratamento do tabagismo são

bupropiona e nicotina tanto na forma de adesivo quanto goma de mascar e pastilha.(10)

Na avaliação inicial é importante conhecer algumas particularidades de cada paciente como, o histórico tabagista, doenças, o grau de dependência de nicotina através do teste de Fagerström e o estágio de motivação segundo o modelo transteórico de Prochaska e colaboradores. É através dessa avaliação que é definido qual abordagem, além da cognitivo-comportamental, que o paciente vai necessitar. O desfecho buscado é a cessação completa do tabagismo, outros que não este, são considerados falha terapêutica.(10)

A abordagem intensiva adotada no tratamento dos fumantes, deve ser coordenada por profissional de nível superior capacitado (método preconizado pelo SUS). É realizada preferencialmente em grupo, mas pode ser feita também de forma individual. O método é baseado na terapia cognitivo-comportamental e consiste em fornecer informações, estimular o autocontrole e autocuidado para que o próprio paciente seja protagonista da mudança.(10)

Nas intervenções em grupo, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) sugere que os encontros tenham no máximo 15 pessoas e sejam feitos semanalmente no primeiro mês e quinzenalmente no segundo mês totalizando seis encontros. Com encontros de manutenção mensais, misturando os participantes dos diferentes grupos. O coordenador deve sempre ser empático acolhedor e respeitoso.(24)

A vantagem da adoção do grupo é usar a interação entre os participantes como forma de incentivo e apoio necessário para as mudanças, além de contar com a participação ativa do fumante e do profissional de saúde nesse processo. Os objetivos dos encontros são de discutir e aprofundar em temas com a finalidade de ajudar o paciente a superar a dependência. A sequência dos encontros tem o objetivo de preparar o fumante para resolver seus problemas, estimular a autoeficácia para resistir às fissuras, prepará-lo para prevenção de recaídas e criar estratégias para lidar com o estresse.(24)

Métodos como o uso de cigarro sem droga e as Práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) como hipnoterapia, acupuntura, aromaterapia e meditação mindfulness não apresentam, até o momento, evidências científicas que comprovem sua eficácia quando comparadas às intervenções comportamentais,

terapia de reposição de nicotina ou a nenhuma intervenção. As PICS são intervenções seguras, mas não recomendados como recurso isolado no tratamento de cessação do tabagismo.(10)(31)

Medidas auxiliares, como os canais telefônicos usados para suporte ao tratamento de dependência à nicotina são uma medida com baixo custo e alta abrangência, que aumenta a cessação do tabagismo. No Brasil o telefone 136, Disque Saúde, faz orientações sobre cessação do tabagismo. Quando comparadas a intervenção breve/mínima, materiais de autoajuda e farmacoterapia isolada, três ou mais contatos telefônicos aumentaram as chances de cessação.(10)

Outra estratégia possível são as intervenções de autoajuda, que envolvem a distribuição de material escrito como panfletos, livretos, manuais e material audiovisual. São fáceis de realizar e podem funcionar como complementares aos outros recursos.(24) Quando comparados a nenhuma intervenção apresentaram um efeito positivo discreto na cessação, porém quando associados a outras intervenções não foi observado benefício adicional.(10)

A abordagem comunitária é usada como forma de influenciar na redução do hábito de fumar, a recomendação da OMS (Organização Mundial da Saúde) é que se priorize a população escolar nestas abordagens já que é nesse grupo que os hábitos se formam, outras formas são a proibição da propaganda dos derivados do tabaco e da sua venda para os menores de idade, as advertências sobre os riscos do tabagismo, proteção de áreas públicas e privadas com a proibição do ato de fumar em locais fechados e o aumento dos preços dos cigarros. O médico como conhecedor do saber científico tem voz de destaque na esfera comunitária e papel importante na estimulação de ações para diminuir o tabagismo.(24)

Nos casos leves, aqueles em que o paciente tem uma ou mais das seguintes características, como: ausência de sintomas de abstinências, uso igual ou menor do que 5 cigarros ao dia, fumar o primeiro cigarro mais de 01 hora após acordar ou pontuar até 4 no teste de Fagerström, o tratamento é feito preferencialmente com o aconselhamento intensivo isolado.(10)

O uso de medicação é recomendado nas seguintes situações: consumo de 20 cigarros ou mais por dia, ou naqueles usuários que fumam em até 30 minutos após acordar e no mínimo 10 cigarros ao dia, ou os com teste de Fagerström maior ou igual

a cinco, ou ainda, aqueles que não obtiveram sucesso na cessação com o uso apenas da terapia cognitivo-comportamental, desde que, não tenha contraindicações para o uso.(24) Entretanto a combinação de aconselhamento e tratamento medicamentoso tem eficácia superior e deve sempre ser usada, exceto nos casos que houver contraindicação ou em populações específicas como gestantes, tabagistas leves e adolescentes nos quais a evidência do uso ainda é insuficiente.(31)

A USPSTF (Força-Tarefa de Saúde Preventiva dos Estados Unidos) segue a mesma linha do Protocolo de Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo de 2020 e também recomenda intervenções comportamentais associada a farmacoterapia para cessação do tabagismo em adultos (homens e mulheres não grávidas).(36)

É consenso que a combinação de medicação e aconselhamento é mais efetiva do que quando estes métodos são usados separadamente. Os fármacos usados como primeira linha são a nicotina, bupropiona e vareniclina. Um fármaco alternativo de menor custo é a nortriptilina, porém com menor evidência e mais efeitos adversos.(24)

Os fármacos disponíveis no SUS são a bupropiona com comprimidos de 150 mg de liberação prolongada; a nicotina transdérmica de liberação lenta, na forma de adesivo com apresentações de 7 mg, 14 mg e 21 mg; e, a nicotina de liberação rápida na forma de goma de mascar de 2 mg e pastilha de 2mg. Lembrando que a reposição de nicotina só deve ser feita após a cessação do tabagismo e/ou do uso de derivados do tabaco.(10)

É importante, antes de considerar o tratamento para cessação do tabagismo, uma avaliação da saúde mental do indivíduo, visto que pacientes com história de ansiedade ou depressão podem necessitar de acompanhamento multiprofissional.(31)

Os fumantes após a cessação do tabagismo, podem ter ganho de peso que ocorre mais comumente nos primeiros 6 meses, ficando em torno de 2 a 4 kg e tende a estabilizar após o primeiro ano de cessação.(31) Na média, os ex-fumantes não tem maior peso que os não fumantes, o que sugere que os ex-fumantes percam esse peso adquirido nos anos subsequentes.(24)

Após o indivíduo parar de fumar, o foco deve ser na prevenção de recaídas, fase na qual é importante elogiar o sucesso, o manejo das dificuldades e reforçar os

benefícios da cessação. Quanto maior for o período de abstinência na última tentativa, maior a chance de sucesso na tentativa atual. (24)

As recaídas ocorrem e são mais frequentes nas duas primeiras semanas após a cessação do tabagismo, e é comum que os fumantes necessitem de mais de uma tentativa até realmente conseguirem parar de fumar.(31)

A prevenção de recaídas tem como objetivo estimular a autoeficácia, evitar situações gatilho e focar nos motivos que levaram o paciente a parar de fumar e a importância dele se manter abstinente. É sabido que a saúde mental prejudicada, os conflitos interpessoais, a pressão social, a exposição ao cigarro, o uso de álcool, o ganho de peso, os sintomas de abstinência, a redução da motivação e o sentimento de perda, aumentam a ocorrência de recaídas.(24)

Outra estratégia possível e com benefícios já bem estabelecidos é a da redução de danos, com foco para os pacientes que não conseguiram se manter abstinente ou que não desejam parar de fumar. Envolve incentivar o usuário a realizar mudanças nos seus hábitos de consumo, para padrões com menor potencial de danos e desencorajar aqueles com maior risco à saúde.(37)

O tabaco por se tratar de uma droga lícita com uso tolerado, as principais estratégias a serem adotadas para a redução de danos são: diminuir o número de cigarros fumados, uso de cigarros legais, uso de filtros e dispositivos que reduzam a temperatura da fumaça, criar ambientes livres de tabaco, fiscalizar e proibir a venda a menores de idade, oferecer tratamento a todos que tenham vontade ou precisem reduzir o consumo do tabaco.(37)(38)

CONCLUSÃO

Após a realização dessa revisão narrativa sobre o tabagismo, com contextualização histórica das suas origens, expansão e impactos na saúde, fica evidente o tamanho do problema com o qual temos que lidar atualmente, já que o uso do tabaco é reconhecido como a principal causa de morte prematura evitável no mundo, gerando muita dor e sofrimento tanto aos usuários, quanto aos seus familiares e amigos, além do grande prejuízo econômico e elevados custos para a saúde pública.

Somado a isso, acredita-se que o tabagismo passivo ocupe o terceiro lugar nas causas de mortes evitáveis no mundo, o que só ressalta a importância de direcionar os esforços no combate ao uso do tabaco e quando não for possível a cessação, estratégias como as de redução de danos devem ser prontamente sugeridas.

Concluimos que o Brasil está no caminho certo e que graças as suas políticas antitabagistas vêm obtendo grande sucesso no combate ao tabagismo. Porém por ser um país com uma grande população, continua com um número elevado de fumantes. Por isso é importante que o país mantenha as políticas já existentes e busque ampliá-las, para a redução do número de tabagistas e assim evitar muito sofrimento e perdas humanas.

REFERÊNCIAS

1. Histórico/Saúde/DH | ACT BR [Internet]. [citado 14 de julho de 2021]. Disponível em: <https://actbr.org.br/historico-saude-dh>
2. Brasil Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ). Exposição: Controle do tabaco no Brasil: uma trajetória. Rio de Janeiro, 2012.
3. tabagismo | Palavras | Origem Da Palavra [Internet]. [citado 14 de julho de 2021]. Disponível em: <https://origemdapalavra.com.br/palavras/tabagismo/>
4. nicotina | Palavras | Origem Da Palavra [Internet]. [citado 14 de julho de 2021]. Disponível em: <https://origemdapalavra.com.br/palavras/nicotina/>
5. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Abordagem breve/mínima/básica na cessação do tabagismo.2021e. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//abordagem_tabagismo_web.pdf. Acesso em: 1 de out. de 2021.
6. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Eastern Mediterranean Health Journal. East Mediterr Health J. janeiro de 2020;26(1):4–133.
7. Produção de fumo e derivados [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [citado 21 de julho de 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/producao-fumo-e-derivados>
8. Portes LH, Machado CV, Turci SRB. Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016. Cad Saúde Pública [Internet]. 19 de fevereiro de 2018 [citado 28 de julho de 2021];34(2). Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205012&lng=pt&tlng=pt

9. Dados e números do tabagismo [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [citado 21 de julho de 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros>
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. Portaria Conjunta Nº10, 16 abril de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-conjunta-n-10-de-16-de-abril-de-2020-253756566>. Acesso em: 14 de out. de 2021.
11. Dados e números da prevalência do tabagismo [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [citado 21 de julho de 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>
12. Silva RMA, Bezerra VM, Medeiros DS de. Experimentação de tabaco e fatores associados entre adolescentes da zona rural de Vitória da Conquista, BA, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. fevereiro de 2019;24(2):431–41.
13. ACT | Aliança de Controle do Tabagismo | Comunicação [Internet]. [citado 3 de setembro de 2021]. Disponível em: <https://actbr.org.br/comunicacao/boletim-act-72.asp>
14. Política nacional [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [citado 21 de julho de 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/politica-nacional>
15. SINDICATO INTERESTADUAL DA INDÚSTRIA DO TABACO (SINDITABACO). Tabaco: Relevância Econômica e Social. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/camaras-setoriais/tematicas/documentos/camaras-setoriais/tabaco/2019/sinditabaco-relatorio-institucional-2019.pdf/view>. Acesso em: 1 de out. de 2021.
16. Filho CBB, Martins MVM, Gomes LZ, Nalon KM de P, Carvalho VB de, Fonseca RCP, et al. Tabagismo no Brasil: impacto econômico na saúde pública e seu tratamento. Rev Eletrônica Acervo Méd. 15 de outubro de 2021;1(1):e9043.
17. Custos atribuíveis ao tabagismo [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [citado 21 de julho de 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/custos-atribuiveis-ao-tabagismo>
18. Mortalidade no Brasil [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [citado 21 de julho de 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/mortalidade-brasil>

19. Produto Interno Bruto - PIB | IBGE [Internet]. [citado 30 de julho de 2021]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php>
20. Eriksen MP, Mackay J, Schluger NW, Islami F, Drope J. The tobacco atlas. Fifth edition. Atlanta, Georgia, 30303, USA: Published by the American Cancer Society; 2015.
21. Szklo AS, Bertoni N. Relação entre a Epidemia de Tabagismo e a Epidemia recente de Covid-19: um Panorama Atual das Evidências Científicas. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2 de julho de 2020 [citado 16 de julho de 2021];66(TemaAtual). Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/1105>
22. F17 - CID 10 – Doenças CID-10 [Internet]. [citado 30 de julho de 2021]. Disponível em: <https://www.medicinanet.com.br/pesquisa/cid10/cod/f17.htm>
23. Doenças relacionadas ao tabagismo [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [citado 21 de julho de 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/doencas-relacionadas-ao-tabagismo>
24. Duncan B, Harzheim E, Drachler M de L, Leite JC. Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4ª ed. Artmed; 1952 p.
25. Ruas ECM, Ribeiro APG. Campanhas educativas de controle do tabagismo: do vício moral ao estilo de vida saudável. Rev Eletrônica Comun Informação E Inov Em Saúde [Internet]. 20 de dezembro de 2019 [citado 16 de julho de 2021];13(4). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1629>
26. Consumo de cigarros per capita [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [citado 21 de julho de 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/consumo-cigarros-capita>
27. Pinto MT, Pichon-Riviere A, Bardach A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. Cad Saúde Pública. junho de 2015;31(6):1283–97.
28. Pinto M, Bardach A, Palacios A, Biz A, Alcaraz A, Rodriguez B, et al. Carga do tabagismo no Brasil e benefício potencial do aumento de impostos sobre os cigarros para a economia e para a redução de mortes e adoecimento. Cad Saúde Pública. 2019;35(8):e00129118.
29. Musk AW, De Klerk NH. History of tobacco and health. Respirology. setembro de 2003;8(3):286–90.
30. Tabagismo e coronavírus [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2020 [citado 28 de agosto de 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tabagismo-e-coronavirus>

31. Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes, Lêda Chaves Dias. Tratado de Medicina de Família e Comunidade 2ªEd. Porto Alegre: Artmed; 2018. 2083–2091 p.
32. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Tabagismo e coronavirus. 2021d. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tabagismo-e-coronavirus>. Acesso em: 1 de out. de 2021.
33. Alqahtani JS, Oyelade T, Aldhahir AM, Alghamdi SM, Almehmadi M, Alqahtani AS, et al. Prevalence, Severity and Mortality associated with COPD and Smoking in patients with COVID-19: A Rapid Systematic Review and Meta-Analysis. Bhatt GC, organizador. PLOS ONE. 11 de maio de 2020;15(5):e0233147.
34. Malta DC, Gomes CS, Souza Júnior PRB de, Szwarcwald CL, Barros MB de A, Machado ÍE, et al. Fatores associados ao aumento do consumo de cigarros durante a pandemia da COVID-19 na população brasileira. Cad Saúde Pública. 2021;37(3):e00252220.
35. Brasil, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Cancer Jose Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a implementação do art. 14 da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para Controle de Tabaco (CQCT/OMS) – Medidas de redução de demanda relativas à dependência e à cessação do consumo do tabaco [Internet]. 2016 [citado 30 de agosto de 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-implementacao-do-artigo-14-da-convencao-quadro-da-organizacao>
36. US Preventive Services Task Force, Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, et al. Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 19 de janeiro de 2021;325(3):265.
37. Cartilha para profissionais da saude [Internet]. [citado 4 de novembro de 2021]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf
38. Lindson-Hawley N, Hartmann-Boyce J, Fanshawe TR, Begh R, Farley A, Lancaster T. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. Cochrane Tobacco Addiction Group, organizador. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 13 de outubro de 2016 [citado 4 de novembro de 2021];2016(12). Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005231.pub3>
39. Heatheron TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom K-O. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Addiction. setembro de 1991;86(9):1119–27.
40. Lexicomp. Bupropion: Drug information - UpToDate [Internet]. UpToDate. [citado 10 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/bupropion-drug->

information?search=bupropiona&source=panel_search_result&selectedTitle=1~
148&usage_type=panel&kp_tab=drug_general&display_rank=1#F143192

ANEXO I - Termo de Esclarecimento e Responsabilidade

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

ADESIVO DE NICOTINA E CLORIDRATO DE BUPROPIONA

Eu, _____ (nome do(a) paciente), 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 médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

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 nutrizes devem tentar parar de fumar sem utilizar nenhum tratamento medicamentoso, portanto, se caso engravidar, devo avisar imediatamente o médico;

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 pastilhas.

- 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

Local:	Data:	
Nome do Paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
_____ Assinatura do paciente ou responsável legal		
Médico Responsável:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do prescritor Data: _____		

Termo de Esclarecimento e Responsabilidade adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo do Ministério da Saúde de 2020.

ANEXO II – Teste de Fagerström

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

Tabela adaptada do artigo: The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire Addiction.(39)

ANEXO III - Medicamentos

Nome	Posologia	Orientações	Principais contraindicações
Cloridrato de Bupropiona - Comprimido 150mg	<p>1º ao 3º dia de tratamento: 1 comprimido de 150mg pela manhã;</p> <p>4º ao 84º 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>Não partir, triturar ou mastigar o comprimido pois pode aumentar as chances de efeitos colaterais, inclusive convulsões</p> <p>Recomenda-se não fazer a segunda dose depois das 16h pelos riscos de insônia</p>	<p>Hipersensibilidade à bupropiona;</p> <p>convulsão; história de anorexia e bulimia;</p> <p>pacientes em descontinuação abrupta de etanol ou sedativos; uso de inibidores da MAO (uso concomitante ou dentro dos últimos 14 dias); uso de linezolida ou azul de metileno intravenoso</p>
Terapia de Reposição de Nicotina Isolada (TRN) - Adesivos de 7mg, 14mg e 21mg (liberação lenta)	<p>1ª a 4ª semana: adesivo de 21mg a cada 24 horas;</p> <p>5ª a 8ª semana: adesivo de 14mg a cada 24 horas;</p> <p>9ª a 12ª semana: adesivo de 7mg a cada 24 horas.</p> <p>*Essa posologia está condicionada ao número de cigarros fumados/dia.</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). Fazer rodízio entre os locais e trocar na mesma hora do dia. Evitar exposição solar no local.</p>	<p>Hipersensibilidade à Nicotina ou a qualquer componente da fórmula</p>
Terapia de Reposição de Nicotina Isolada (TRN) - Goma de mascar 2mg	<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>Deve-se mascar a goma, sem parar, por 30 minutos, até o surgimento de um sabor forte ou uma leve sensação de formigamento. Nesse momento, deve-se parar de mascar. A goma deve ser mantida entre a bochecha e a</p>	

(liberação rápida)	*A quantidade máxima é de 15 gomas de 2mg de nicotina/dia.	gingiva por aproximadamente 2 minutos ou até que desapareça o sabor ou o formigamento (tempo necessário para absorver a nicotina). Voltar a mascar lentamente a goma, repetindo o processo, por 30 minutos, para uma segunda liberação de nicotina. Além disso, antes do uso da goma, é indicado ingerir um copo de água para neutralizar o pH bucal e para remoção de resíduos alimentares.	
Terapia de Reposição de Nicotina Isolada (TRN) - Pastilha 2mg (liberação rápida)	Mesma posologia da goma	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	

Tabela Adaptada do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo do Ministério da Saúde de 2020. Informações de contraindicações adaptadas do Lexicomp.(40)