

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA O TRATAMENTO DO
TABAGISMO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA

CAROLINE RODRIGUES MARQUES

Uberlândia-MG

2026

CAROLINE RODRIGUES MARQUES

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA O TRATAMENTO DO
TABAGISMO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA

Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade
Federal de Uberlândia como requisito parcial para
obtenção do título de título de residência médica
em Clínica Médica.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientadora: Dra. Marcelle Aparecida de Barros
Junqueira

Uberlândia-MG

2026

Ata de defesa do Trabalho de Conclusão da Residência

Às 18h do dia 27 de janeiro do ano de 2026, realizou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Residência Médica apresentado pelo(a) Residente Caroline Rodrigues Marques. Além da orientadora Marcelle Aparecida de Barros Junqueira, presidente desta banca, constituíram a banca examinadora os seguintes membros: Vanessa Mendes de Resende e Juliana Markus.

Após a finalização da apresentação do TCRM pelo(a) residente(s), a banca examinadora iniciou a sua arguição. Os examinadores reuniram-se e deram o parecer final do trabalho escrito e a apresentação oral e atribuíram as seguintes notas:

Avaliador 1: Nota final: 9,5

Avaliador 2: Nota final: 9

Obtendo como média de nota atribuída pelos dois avaliadores a nota final 9,25. Divulgado o resultado pelo presidente da banca examinadora, os trabalhos foram encerrados e eu Marcelle Aparecida de Barros Junqueira, lavro a presente ata que assino juntamente com os demais membros da banca examinadora.

Uberlândia, 27 de janeiro de 2026.

Documento assinado digitalmente
 MARCELLE APARECIDA DE BARROS JUNQUEIRA
Data: 04/02/2026 07:16:36-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Orientador

 Documento assinado digitalmente
JULIANA MARKUS
Data: 08/02/2026 06:37:50-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Avaliador 01

 SerproID
Vanessa Mendes de Resende Barros
CPF: ***.566.896-**
04/02/2026


Avaliador 02

RESUMO

O tabagismo permanece como uma das principais causas evitáveis de morbimortalidade no mundo, estando relacionado a mais de cinquenta doenças crônicas, incluindo neoplasias e doenças cardiovasculares. Apesar de o Brasil ter avançado em políticas públicas de controle, a dependência à nicotina continua desafiando a prática clínica, onde a cessação efetiva exige abordagem contínua, empática e multiprofissional.

Este trabalho propõe um Protocolo de Abordagem Clínica e Terapêutica do Tabagismo aos pacientes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), elaborado a partir da integração entre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) nacional, as evidências mais recentes sobre tratamento farmacológico e comportamental, e a vivência médica direta no acompanhamento de pacientes fumantes adultos. A proposta busca otimizar o tempo de consulta, aprimorar o vínculo entre médico e paciente e garantir a personalização do cuidado, respeitando o contexto socioeconômico e emocional de cada indivíduo.

O texto traz uma revisão sucinta dos principais fundamentos teóricos do tratamento da dependência à nicotina e apresenta um modelo de protocolo aplicável, com etapas de triagem, aconselhamento, farmacoterapia e seguimento. A abordagem é crítica e humanizada, priorizando a escuta, o acolhimento e a responsabilização compartilhada do cuidado.

Palavras-chave: Tabagismo; Protocolo Clínico; Cessação; Dependência à Nicotina.

ABSTRACT

Tobacco use remains one of the leading preventable causes of morbidity and mortality worldwide, being associated with more than fifty chronic diseases, including neoplasms and cardiovascular diseases. Despite Brazil's progress in public tobacco control policies, nicotine dependence continues to challenge clinical practice, as effective cessation requires a continuous, empathetic, and multidisciplinary approach.

This study proposes a Clinical and Therapeutic Approach Protocol for Tobacco Use for patients at the Hospital de Clínicas of the Federal University of Uberlândia (HC-UFU), developed through the integration of the national Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines (PCDT), the most recent evidence on pharmacological and behavioral treatments, and direct medical experience in the follow-up of adult smokers. The proposal aims to optimize consultation time, strengthen the physician–patient relationship, and ensure individualized care, while respecting each individual's socioeconomic and emotional context.

The text provides a concise review of the main theoretical foundations of nicotine dependence treatment and presents an applicable protocol model, including stages of screening, counseling, pharmacotherapy, and follow-up. The approach is critical and humanized, prioritizing active listening, patient support, and shared responsibility in care.

Keywords: Tobacco Use; Clinical Protocol; Smoking Cessation; Nicotine Dependence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
APS – Atenção Primária à Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
CID – Classificação Internacional de Doenças
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão
DEF – Dispositivo Eletrônico para Fumar
DM – Diabetes Mellitus
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição
DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição
DSM-5-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição – Texto Revisado
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FTND – Fagerström Test for Nicotine Dependence
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HC/UFU – Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
IMAOs – Inibidores da Monoamina Oxidase
INCA – Instituto Nacional de Câncer
MeSH – Medical Subject Headings
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PCDT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PNCT – Programa Nacional de Controle do Tabagismo
SNC – Sistema Nervoso Central
SUS – Sistema Único de Saúde
TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental
TRN – Terapia de Reposição de Nicotina
UFU – Universidade Federal de Uberlândia
USPHS – U.S. Public Health Service
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..	11
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivos gerais.....	12
3.2 Objetivos específicos	12
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	13
4.1 Diretrizes clínicas incluídas.....	13
4.2 Fonte de dados e estratégia de busca.....	13
4.3 Critérios de qualidade metodológica.....	14
4.4 Processo de elaboração do protocolo	14
5 DISCUSSÃO.....	16
5.1 Definição de tabagista.....	16
5.2 Diagnóstico de dependência.....	16
5.3 Avaliação a dependência.....	16
5.4 Teste de Fagestrom.....	17
5.5 Outros instrumentos de avaliação.....	18
5.6 Critérios de inclusão e exclusão.....	19
5.7 Tratamento do tabagismo—.....	20

6 RESULTADOS	21
6.1 Etapa 1 - Identificação sistemática do fumante.....	21
6.2 Etapa 2 - Avaliação clínica completa.....	21
6.3 Etapa 3 - Entrevista motivacional e vínculo.....	22
6.4 Etapa 4 - Abordagem breve.....	22
6.5 Etapa 5 - Abordagem intensiva.....	23
6.6 Etapa 6 - Tratamento farmacológico.....	24
6.7 Etapa 7 - Seguimento e prevenção de recaídas	27
7 REFERÊNCIAS	28

1. INTRODUÇÃO

O tabagismo representa uma das mais graves ameaças à saúde pública global no século XXI, sendo reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a principal causa evitável de morte prematura e morbidade em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Trata-se de uma doença crônica, caracterizada pela dependência à nicotina, substância psicoativa presente nos produtos derivados do tabaco, que promove alterações neurobiológicas profundas e persistentes no sistema nervoso central (BRASIL, 2020).

A magnitude do problema ultrapassa fronteiras geográficas, culturais e socioeconômicas. Estima-se que, globalmente, mais de 1,3 bilhão de pessoas sejam usuárias de tabaco, sendo responsável por aproximadamente 8 milhões de mortes anuais, das quais cerca de 1,2 milhão decorrem da exposição passiva à fumaça do tabaco (WHO, 2021).

Dados do Ministério da Saúde indicam que a prevalência de fumantes adultos nas capitais saltou de 9,3% em 2023 para 11,6% em 2024, um aumento de 25%. Especialistas atribuem essa alta à popularização de novos produtos, como os cigarros eletrônicos (vapes), que atraem principalmente os jovens. (Ministério da Saúde e Pesquisa Vigitel (BRASIL, 2024).

A tendência decrescente da prevalência reflete o êxito das estratégias implementadas pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), em articulação com o Ministério da Saúde e demais órgãos governamentais (INCA, 2019). Entre homens brasileiros, a prevalência declinou de 43,3% em 1989 para 11,8% em 2023; entre mulheres, a redução foi de 27,0% para 7,1% no mesmo período (SZKLO et al., 2016; BRASIL, 2024).

Contudo, o cenário contemporâneo impõe novos desafios. Observa-se o aumento da prevalência de tabagismo em populações vulneráveis, como indivíduos com transtornos mentais, baixa escolaridade e residentes em regiões periféricas (SZKLO et al., 2016). Adicionalmente, a emergência de novos produtos de tabaco e nicotina, como cigarros eletrônicos e dispositivos eletrônicos para fumar, tem despertado preocupações quanto à renormalização do consumo, especialmente entre adolescentes e adultos jovens (BRASIL, 2022).

A compreensão do tabagismo como doença crônica representa um dos avanços conceituais mais importantes na abordagem do problema. A inclusão do tabagismo no grupo de transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, em sua 10ª revisão (CID-10), reflete o reconhecimento de que a nicotina é uma droga psicoativa com elevado potencial de dependência (OMS, 1997).

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU) é um dos serviços de referência em medidas para cessação do tabagismo, garantindo a abordagem multidisciplinar do paciente, bem como o apoio terapêutico necessário para o tratamento de tal doença crônica.

Nos serviços de saúde que oferecem esse cuidado à paciente, é importante que a prática clínica seja guiada e padronizada por protocolos para que haja uniformidade das condutas e redução de erros em saúde, permitindo, consequentemente, o sucesso no processo de abandono da

dependência. Sendo assim, o presente estudo tem o objetivo de construir o protocolo técnico-assistencial do tipo protocolo clínico aplicado do HC-UFU, direcionado aos profissionais de saúde que cuidam de pessoas no processo de cessação ao tabagismo, pautado em evidências científicas atuais, visando garantir a saúde mental física, com a oferta de todas as opções para o processo com ênfase no atendimento integral e humano.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A dependência à nicotina é atualmente reconhecida como uma doença neurobiológica crônica, caracterizada por alterações adaptativas nos circuitos cerebrais de recompensa, controle inibitório e resposta ao estresse, que perpetuam o comportamento de uso compulsivo mesmo diante do conhecimento dos prejuízos à saúde (BENOWITZ; BURBANK, 2016; BRASIL, 2020).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 e DSM-5-TR passou a classificar a dependência de nicotina como Transtorno por Uso de Tabaco, inserido no grupo dos transtornos relacionados ao uso de substâncias. Diferentemente do DSM-IV, o DSM-5 adota um modelo dimensional, no qual a gravidade do transtorno é definida pelo número de critérios clínicos preenchidos ao longo de 12 meses, permitindo melhor estratificação clínica e individualização terapêutica (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; 2022).

Embora modelos clássicos descrevam o uso do cigarro como estratégia de regulação emocional, evidências mais recentes demonstram que o alívio subjetivo da ansiedade e do estresse associado ao ato de fumar decorre, predominantemente, da reversão transitória dos sintomas de abstinência, e não de um efeito ansiolítico direto da nicotina (PARROTT, 1999; WEST et al., 2015; TAYLOR et al., 2019). Esse mecanismo caracteriza um ciclo de reforço negativo, amplamente reconhecido como central na manutenção da dependência.

Revisões sistemáticas e metanálises contemporâneas confirmam que a combinação entre intervenções farmacológicas e abordagens comportamentais estruturadas apresenta maior eficácia na cessação do tabagismo quando comparada a intervenções isoladas, reduzindo taxas de recaída e aumentando a abstinência sustentada em médio e longo prazo (FIORE et al., 2020; COCHRANE TOBACCO ADDICTION GROUP, 2023).

No contexto brasileiro, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Dependência à Nicotina reconhece o tabagismo como condição crônica e recidivante, recomendando abordagem contínua, multiprofissional e centrada no paciente, com acompanhamento longitudinal e prevenção sistemática de recaídas (BRASIL, 2020).

O HC-UFU/ EBSEH conta com o Grupo de Estudos sobre Saúde Mental na Integralidade do Cuidado (GESMIC), que é destaque por oferecer apoio integral e multidisciplinar às pessoas que desejam parar de fumar. O programa segue todas as diretrizes do Ministério da Saúde. Nele são oferecidos acompanhamento com profissionais de diferentes áreas, quatro encontros mensais para compartilhamento de informações e vivências, adesivos e medicações - quando indicados pela equipe médica - disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através da parceria entre a Secretaria do Estado e Municipal de Saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Sintetizar as evidências científicas disponíveis nas principais diretrizes relacionadas à assistência à pessoa com dependência ao tabagismo;
- Adaptar as recomendações das principais diretrizes relacionadas à cessação do tabagismo à realidade dos pacientes do HC-UFU/EBSERH.

3.2 Objetivos Específicos:

- Uniformizar e padronizar a assistência à pessoa no processo de cessação de tabagismo no HC-UFU/EBSERH;
- Implementar práticas baseadas em evidências científicas entre os profissionais de saúde (médicas (os), enfermeiro (as), farmacêuticas (os), psicólogas (os), dentre outros) do HC-UFU/EBSERH
- Apresentar os critérios diagnósticos e classificatórios do tabagismo segundo as normas da CID-10 e os instrumentos de avaliação clínica, como o Teste de Fagerström e as escalas de motivação para cessação;
- Detalhar as modalidades terapêuticas preconizadas pelo PCDT, contemplando intervenções não farmacológicas (aconselhamento breve, intensivo e terapia cognitivo-comportamental) e farmacológicas (terapia de reposição de nicotina e cloridrato de bupropiona).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritiva e aplicada, com delineamento metodológico voltado à elaboração de um protocolo clínico assistencial, fundamentado em diretrizes nacionais e internacionais baseadas em evidências científicas para o tratamento da dependência à nicotina.

O desenvolvimento do protocolo seguiu metodologia estruturada em etapas sequenciais, com o objetivo de garantir rigor científico, aplicabilidade clínica e adequação à realidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU).

4.1 Diretrizes clínicas incluídas

Foram incluídas, como base para a construção do protocolo, as seguintes diretrizes e documentos normativos:

- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Dependência à Nicotina, do Ministério da Saúde do Brasil, em sua versão mais recente;
- Manual de Abordagem e Tratamento do Fumante, elaborado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA);
- Diretrizes internacionais para cessação do tabagismo do U.S. Public Health Service (USPHS);
- Recomendações técnicas da Organização Mundial da Saúde (OMS) relacionadas ao controle do tabaco e ao manejo clínico da dependência;
- Revisões sistemáticas e metanálises publicadas por grupos de referência internacional, incluindo a Cochrane Collaboration, relacionadas a intervenções farmacológicas e comportamentais para cessação do tabagismo.

A seleção dessas diretrizes teve como objetivo integrar recomendações consolidadas, atualizadas e aplicáveis ao contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando as particularidades do cenário hospitalar universitário.

4.2 Fontes de dados e estratégia de busca

A busca por evidências científicas foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scopus, utilizando descritores padronizados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH).

Os termos empregados incluíram: “*Tabagismo*”, “*Cessação do Tabagismo*”, “*Dependência à Nicotina*”, “*Smoking Cessation*”, “*Clinical Protocols*”, “*Guidelines*”, “*Therapeutic Management*” e “*Treatment Strategies*”, combinados por operadores booleanos AND e OR.

Foram priorizados estudos publicados nos últimos dez anos, sem restrição de idioma, desde que apresentassem relevância clínica e metodológica.

4.3 Critérios de qualidade metodológica

Para garantir a robustez científica do protocolo elaborado, foram adotados critérios explícitos de qualidade para a seleção das diretrizes e estudos incluídos, a saber:

- Atualização recente (preferencialmente publicações dos últimos 10 anos);
- Metodologia claramente descrita e reprodutível;
- Utilização de evidências provenientes de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas ou metanálises;
- Avaliação de desfechos clínicos relevantes, como taxa de cessação sustentada, redução do consumo, adesão ao tratamento e prevenção de recaídas;
- Baixo risco de viés metodológico;
- Consistência entre recomendações e nível de evidência científica apresentado;
- Compatibilidade com a prática clínica no contexto do SUS.

Diretrizes ou estudos que apresentaram fragilidades metodológicas significativas, ausência de descrição dos métodos ou desatualização relevante foram excluídos.

4.4 Processo de elaboração do protocolo

A elaboração do protocolo clínico ocorreu em seis etapas principais:

1. Identificação e análise crítica das diretrizes e evidências científicas selecionadas;
2. Avaliação comparativa das recomendações nacionais e internacionais;
3. Seleção das condutas com maior nível de evidência e aplicabilidade clínica;
4. Adaptação das recomendações à realidade assistencial do HC/UFU;
5. Construção do fluxo assistencial e definição das etapas do cuidado;
6. Revisão técnica final, com foco em clareza, viabilidade e segurança clínica.

Cabe destacar que nesta seção são descritos exclusivamente os procedimentos metodológicos, não sendo apresentada aqui a descrição do protocolo final, a qual é abordada de forma detalhada na seção de Resultados, conforme preconizado pelas normas acadêmicas.

5 DISCUSSÃO

5.1 Definição de Tabagista

O tabagista é definido como o indivíduo que faz uso atual de produtos derivados do tabaco, independentemente da frequência ou forma de consumo (BRASIL, 2020). Essa definição inclui tanto usuários regulares quanto ocasionais, abrangendo cigarro industrializado, cigarro de palha, charutos, cachimbos, narguilé, rapé, fumo de corda e dispositivos eletrônicos para fumar (DEFs), ainda que estes últimos não sejam reconhecidos como alternativas terapêuticas pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021).

O PCDT recomenda que o profissional de saúde registre o status tabágico de todos os pacientes atendidos na Atenção Primária à Saúde, classificando-os em uma das seguintes categorias:

- Fumante atual: consome qualquer quantidade de produto do tabaco há pelo menos 30 dias;
- Ex-fumante: cessou o uso há pelo menos 6 meses;
- Nunca fumou: sem histórico de consumo regular;
- Recaído: paciente que voltou a fumar após período de abstinência.

5.2 Diagnóstico de Dependência

A dependência de nicotina é diagnosticada quando há padrão de uso compulsivo, tolerância e sintomas de abstinência na ausência do consumo, resultando em prejuízos físicos, psicológicos e sociais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), considera-se dependente o indivíduo que, nos últimos 12 meses, apresentou três ou mais dos seguintes critérios:

1. Forte desejo ou compulsão de consumir a substância (fissura);
2. Dificuldade em controlar o uso, em termos de início, término ou quantidade;
3. Estado de abstinência fisiológica, com sintomas característicos ao cessar ou reduzir o consumo;
4. Evidência de tolerância, com necessidade de doses crescentes para obter o mesmo efeito;
5. Abandono progressivo de outros prazeres e interesses;
6. Persistência no uso apesar das consequências nocivas (OMS, 1997).

5.3 Avaliação da dependência

A avaliação da dependência à nicotina constitui etapa essencial no manejo clínico do tabagismo, permitindo quantificar o grau de dependência física, identificar níveis de motivação para

cessação e orientar a escolha da abordagem terapêutica mais adequada.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Tabagismo, instituído pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), recomenda que todos os pacientes fumantes sejam avaliados sistematicamente antes do início do tratamento, utilizando instrumentos validados e entrevista clínica estruturada.

A dependência à nicotina é multifatorial, e sua mensuração deve abranger dimensões físicas, psicológicas e comportamentais, de modo a orientar intervenções individualizadas. Dentre os instrumentos disponíveis, o Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina (FTND) é o mais amplamente utilizado e validado em diversos contextos clínicos e populacionais.

5.4 Teste de Fagerström

O FTND é composto por seis perguntas de múltipla escolha, que exploram aspectos relacionados ao tempo de consumo, frequência e urgência do primeiro cigarro do dia.

Os itens e respectivas pontuações são:

Pergunta	Alternativas
1. Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?	≤5 min (3); 6–30 min (2); 31–60 min (1); >60 min (0)
2. Você acha difícil abster-se de fumar em locais proibidos?	Sim (1); Não (0)
3. Qual cigarro do dia lhe dá mais satisfação?	O primeiro da manhã (1); Outros (0)
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	10 ou menos (0); 11–20 (1); 21–30 (2); ≥31 (3)
5. Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas após acordar do que no restante do dia?	Sim (1); Não (0)

6. Você fuma mesmo estando doente, acamado a maior parte do dia?	Sim (1); Não (0)
--	------------------

Fonte: própria, 2026

O escore total varia de 0 a 10 pontos, e sua interpretação segue os seguintes parâmetros (HEATHERTON et al., 1991):

- 0 a 2 pontos: dependência muito baixa
- 3 a 4 pontos: dependência baixa
- 5 pontos: dependência moderada
- 6 a 7 pontos: dependência elevada
- 8 a 10 pontos: dependência muito elevada

O PCDT do Tabagismo (BRASIL, 2020) recomenda que indivíduos com escore ≥ 5 sejam tratados preferencialmente com TRN combinada (adesivo + forma rápida) e aconselhamento intensivo, dada a alta probabilidade de sintomas intensos de abstinência. Aqueles com escores ≤ 4 podem se beneficiar de abordagens não farmacológicas isoladas ou TRN em monoterapia, conforme o grau de motivação e histórico clínico.

5.5 Outros Instrumentos de Avaliação

a) Avaliação Motivacional – Modelo Transteórico de Mudança

O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1983), descreve o processo de cessação como uma sequência de estágios evolutivos de prontidão.

Esse modelo é amplamente utilizado no PNCT e no PCDT para identificar o estágio atual do paciente e ajustar a intervenção conforme seu nível de motivação.

Os estágios são:

1. Pré-contemplação: o indivíduo não reconhece o tabagismo como problema ou não deseja parar;
2. Contemplação: reconhece os riscos, mas ainda se sente ambivalente quanto à cessação;
3. Preparação: expressa intenção de parar nos próximos 30 dias e pode já ter feito tentativas recentes;
4. Ação: interrompeu o consumo há menos de seis meses;

5. Manutenção: mantém abstinência por mais de seis meses;
6. Recaída: retorno ao uso, devendo ser encarada como parte natural do processo terapêutico.

A correta identificação do estágio permite personalizar o tipo de abordagem:

- Pré-contemplativos: devem receber educação e sensibilização
- Contemplativos: necessitam de reforço motivacional e esclarecimento de mitos;
- Preparação e ação: demandam acompanhamento intensivo e farmacoterapia;
- Manutenção: foco em prevenção de recaídas.

5.6 Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Inclusão

São considerados elegíveis para o tratamento da dependência à nicotina os indivíduos que atendam a pelo menos um dos seguintes requisitos:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Diagnóstico de dependência à nicotina (CID-10: F17.2) confirmado por avaliação clínica ou por meio do Teste de Fagerström;
- Uso diário ou regular de produtos derivados do tabaco, independentemente da forma (cigarro, cigarro de palha, cachimbo, narguilé, rapé ou outros);
- Desejo de cessar o uso do tabaco, manifestado durante a consulta e registrado no prontuário;
- Participação voluntária em abordagem comportamental estruturada, individual ou em grupo;
- Aceitação do acompanhamento periódico e das etapas de seguimento recomendadas no protocolo (BRASIL, 2020).

Critérios de Exclusão

- Gestantes e nutrízes: a farmacoterapia é contraindicada, sendo preconizado exclusivamente o aconselhamento comportamental;
- Pacientes com transtornos psiquiátricos graves descompensados, como esquizofrenia aguda ou episódio maníaco;
- Histórico de alergia ou reação adversa grave à bupropiona ou terapia de reposição de nicotina (TRN);
- Uso concomitante de inibidores da monoamina oxidase (IMAOs);
- Epilepsia ativa (contraindicação ao uso da bupropiona);
- Doenças cardiovasculares instáveis — infarto recente, angina instável, arritmia grave ou AVC em fase aguda;
- Impossibilidade de acompanhamento clínico regular nas unidades credenciadas (BRASIL,

2020).

5.7 Tratamento do Tabagismo

Deve-se fundamentar-se em quatro eixos terapêuticos principais:

1. Abordagem biopsicossocial, que reconhece o tabagismo como doença crônica com componentes fisiológicos, psicológicos e sociais;
2. Abordagem motivacional, respeitando o estágio de prontidão do fumante (modelo transteórico de Prochaska e DiClemente);
3. Terapias baseadas em evidências, com eficácia comprovada em estudos clínicos e metanálises;
4. Acompanhamento longitudinal, com suporte contínuo por até 12 meses após a cessação, visando prevenir recaídas (BRASIL, 2020).

O objetivo terapêutico é promover a abstinência completa, não apenas a redução do consumo. No entanto, a redução gradual pode ser uma etapa intermediária para fumantes com alto grau de dependência.

6 . RESULTADOS

6.1 ETAPA 1 — IDENTIFICAÇÃO SISTEMÁTICA DO FUMANTE

Objetivo: não perder oportunidades de intervenção.

O que fazer em toda consulta, independentemente da queixa:

- Perguntar: “Você fuma?”
- Registrar cigarros/dia, tempo de tabagismo, tentativas prévias e métodos usados.
- Identificar uso de outros produtos nicotínicos (narguilé, cigarros eletrônicos, rapé).

Justificativa clínica:

Grande parte dos fumantes só recebe abordagem sobre tabagismo quando a doença já avançou (DPOC, coronariopatia).

Perguntar sistematicamente aumenta em até 40% a chance de cessação ao longo do ano.

6.2 ETAPA 2 — AVALIAÇÃO CLÍNICA COMPLETA

Avaliar:

a) Dependência física (Teste de Fagerström)

- 0–3: leve
- 4–6: moderada
- 7–10: grave

Dependência grave → maior risco de abstinência intensa → requer farmacoterapia combinada.

b) Motivação (Modelo Transteórico)

- Pré-contemplativo: “não quero parar”
- Contemplativo: “quero, mas não agora”
- Preparação: “quero parar nos próximos 30 dias”
- Ação: já está tentando parar

A motivação é mais importante que o grau de dependência para decidir a conduta inicial.

c) Comorbidades associadas

- HAS, DM, DPOC, depressão, ansiedade
- Cardiopatia recente
- Uso de álcool/psicoativos
- IAM/AVC < 2 semanas → evitar TRN de alta dose
- Transtornos psiquiátricos → atenção ao uso de bupropiona

d) Perfil social e ambiental

- Fumantes no domicílio
- Estresse relacionado ao trabalho
- Situações gatilho (álcool, refeições, solidão)

6.3 ETAPA 3 — ENTREVISTA MOTIVACIONAL E VÍNCULO

Princípios da entrevista motivacional:

- Ouça mais do que fala.
- Evite confrontar.
- Reforce a autonomia do paciente.
- Explore ambivalências.

Perguntas úteis:

- “O que você gosta no cigarro?”
- “O que o cigarro tira de você?”
- “O que mudaria na sua vida se você fumasse menos?”
- “Quais situações te fazem querer fumar?”

Meta desta etapa:

Fazer o paciente se mover de estágio (ex.: contemplativo → preparação).

6.4 ETAPA 4 — ABORDAGEM BREVE (3–5 MINUTOS)

Indicada para:

- pacientes sem motivação imediata;
- consultas rápida;

Modelo 5A adaptado:

1. A1 – Avaliar: fuma? quanto?
2. A2 – Aconselhar: “parar de fumar é uma das melhores coisas para sua saúde.”
3. A3 – Avaliar motivação: “em uma escala de 0 a 10, quanto você quer parar?”
4. A4 – Ajudar minimamente: oferecer materiais, explicar opções.
5. A5 – Agendar: marcar retorno OU reforçar abordagem futura.

Por que funciona?

Repetida ao longo das consultas, aumenta a probabilidade de cessação em 30% a 50%.

6.5 ETAPA 5 — ABORDAGEM INTENSIVA (PACIENTE MOTIVADO)

Estrutura da consulta inicial (20–30 min):

1. Avaliação clínica completa (Seção 6.2).
2. Identificação de gatilhos comportamentais.
3. Registro do status tabágico por meio do cálculo de carga tabágica:

Carga Tabágica (anos-maço) = (Maços de cigarro por dia) x (Número de anos fumando)

4. Definição do Dia D (dia exato para cessar).
5. Escolha conjunta da farmacoterapia.
6. Entrega de plano de condutas para abstinência.

7. Agendar retorno semanal.

Orientações práticas pré “Dia D”:

- Remover cinzeiros, isqueiros e maços.
- Avisar família e colegas.
- Definir estratégias para momentos de gatilho.
- Diminuir consumo gradualmente nos 3–7 dias anteriores.

6.6 ETAPA 6 — TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

A farmacoterapia é indicada para dependência moderada a grave ou fumantes leves com forte componente comportamental.

Terapia de Reposição de Nicotina (TRN)

A) Adesivo transdérmico

- Dependência grave:

21 mg/dia por 6 semanas → 14 mg/dia por 2 semanas → 7 mg/dia por 2 semanas

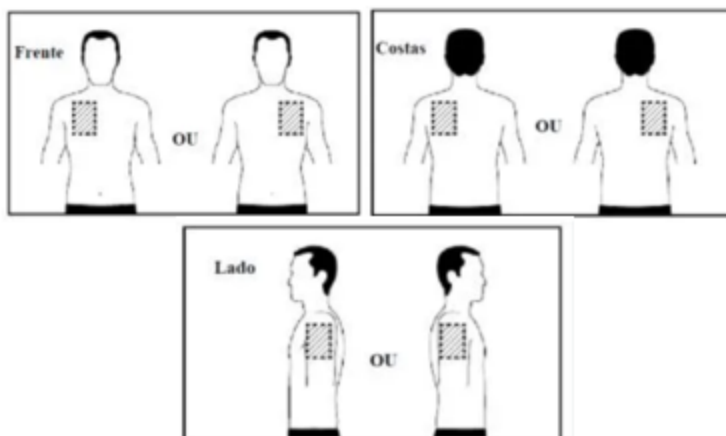
- Dependência moderada:

14 mg/dia por 6 semanas → 7 mg por 2 semanas

Vantagens: fácil, dose estável.

Limitações: não trata picos de compulsão.

Orientações para o uso do adesivo de nicotina: O adesivo deve ser aplicado na pele, fazendo um rodízio do local da aplicação a cada 24 horas. Na mulher, evitar colocá-lo no seio, e no homem, evitar colocá-lo em região que apresente pelos. A região deve estar protegida da exposição direta do sol, porém, não há restrição quanto ao uso na água. Deve-se parar de fumar ao iniciar o medicamento, devido à possibilidade de intoxicação nicotínica, que embora rara em adultos, pode ocorrer quando os indivíduos que usam o adesivo continuam fumando. A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante prescrição



Fonte: própria, 2026

B) Goma ou pastilha 2 mg

Usar quando houver vontade súbita:

- 1 unidade a cada 2–4 horas
- Máximo: 10–12 unidades/dia

Orientações para o uso da pastilha de nicotina: Mover uma pastilha de um lado para o outro da boca, repetidamente, até que esteja totalmente dissolvida nos intervalos estabelecidos na alínea “b” supra. Essa operação deverá ocorrer entre 20 a 30 minutos. Evitar morder a pastilha durante o uso. Da mesma forma, deve-se evitar comer ou beber enquanto estiver com a pastilha na boca, para não interferir na absorção de nicotina. A dose máxima recomendada é de 15 pastilhas de 2mg por dia. Os pacientes devem ser orientados a não fumar após o início do medicamento. A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante prescrição

C) Terapia combinada TRN (melhor eficácia)

Adesivo + goma/pastilha → aumenta abstinência em até 40%

Ideal para pacientes que fumam >20 cigarros/dia.

Bupropiona

Esquema:

- 150 mg/dia por 3 dias
- Depois 150 mg 2x/dia por 8–12 semanas

Vantagens:

- reduz irritabilidade, compulsão e fome
- útil em paciente depressivo leve

Contraindicações:

- epilepsia
- bipolaridade sem estabilização
- alcoolismo ativo
- uso de IMAO

Resumo dos esquemas Terapêuticos Recomendados:

O PCDT preconiza três modalidades principais de tratamento, ajustadas ao perfil clínico do paciente:

Tipo de Abordagem	Indicação	Composição	Duração média
Monoterapia comportamental	Fumantes leves ou contraindicados à farmacoterapia	Aconselhamento intensivo	12 semanas
Terapia combinada TRN	Dependência moderada/alta (≥ 6 Fagerström)	Adesivo + goma ou pastilha	8–10 semanas
Bupropiona + aconselhamento	Intolerância à TRN ou falha prévia	150 mg 2x/dia + TCC	7–12 semanas

Fonte: própria, 2026

6.7 ETAPA 7 — SEGUIMENTO E PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

Cronograma ideal de acompanhamento:

- Semana 1: retorno
- Semana 2: retorno
- Semana 4: retorno
- Semana 8: retorno
- Semana 12: retorno
- Depois: trimestral até 12 meses

Abordagem da recaída:

- Não moralizar
- Identificar gatilho específico
- Ajustar terapia
- Replanejar “novo Dia D”

7 CONCLUSÕES:

O tabagismo é mais do que um vício; é uma doença crônica que reflete fatores biológicos, psicológicos e sociais.

A experiência prática demonstrou que, embora o PCDT seja tecnicamente completo, sua execução demanda adaptação. O protocolo clínico proposto neste trabalho oferece uma alternativa enxuta, factível e humana, que mantém o rigor científico, mas prioriza o vínculo e a continuidade do cuidado.

As principais conclusões deste trabalho são:

1. A adesão depende mais da relação médico-paciente do que da escolha do fármaco.
O vínculo, a escuta ativa e o reforço positivo são determinantes do sucesso.
2. O tratamento deve ser individualizado.
O tipo de dependência, o perfil psicológico e o contexto social influenciam na escolha terapêutica.
3. A abordagem breve, quando sistemática, é poderosa.
Mesmo consultas curtas podem promover cessação quando repetidas e empáticas.
4. O trabalho multiprofissional é indispensável.
Grupos, apoio psicológico e educação em saúde ampliam a eficácia.
5. A recaída não é fracasso, é parte do processo.
Cada tentativa aproxima o paciente da abstinência definitiva.

Como recomendação final, destaca-se a necessidade de capacitação continuada das equipes, de disponibilização estável dos insumos farmacológicos e de inclusão do tabagismo como diagnóstico ativo em todos os prontuários.

A integração do protocolo proposto a essas estratégias pode contribuir para maior efetividade das políticas públicas e para um cuidado mais humano, centrado no paciente.

8 REFERÊNCIAS:

1. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina*. Brasília: MS; 2020.
2. INCA. *Abordagem e Tratamento do Fumante: Manual do Profissional de Saúde*. 2019.
3. Organização Mundial da Saúde. *Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco*. OMS, 2021.
4. Fiore, M. et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline*. U.S. Department of Health and Human Services, 2020.
5. Carvalho, F. et al. *Eficácia e Segurança da Vareniclina na Cessação do Tabagismo*. Rev Med USP, 2021.
6. Nunes, E. et al. *Desafios e Estratégias de Enfrentamento do Tabagismo na Atenção Primária*. Rev Bras Med Fam Comunidade, 2022.
7. Silva, R. et al. *Terapia Combinada e Resultados em Programas de Cessação Tabágica no SUS*. J Bras Pneumol, 2020.
8. Ministério da Saúde. *Diretrizes de Prática Clínica na Atenção Básica*. Brasília: MS; 2022.

