

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ELAYNE MIDORI KAWAGUCHI

A IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DE TERAPIAS ANTITABAGISMO
PARA PACIENTES DEPENDENTES DE NICOTINA

Porto Alegre

2013

ELAYNE MIDORI KAWAGUCHI

A IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DE TERAPIAS ANTITABAGISMO PARA
PACIENTES DEPENDENTES DE NICOTINA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Odontologia da Faculdade de
Odontologia da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, como requisito
parcial para obtenção do título de
Cirurgião Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Marco Antônio
Trevizani Martins

Porto Alegre

2013

CIP – Catalogação na Publicação

Kawaguchi, Elayne Midori.

A importância da utilização de terapias antitabagismo para pacientes dependentes / Elayne Midori Kawaguchi. – 2013.

58 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

Dedico este trabalho primeiramente aos pacientes que foram tratados por mim ao longo da graduação, que deram alegria em minha formação acadêmica e fizeram acreditar que minhas escolhas foram certas. Este trabalho foi inspirado em minha preocupação com a saúde deles e com a maneira de como poderei tratá-los por completo com zelo no decorrer da carreira profissional.

Dedico ao Grupo PET Odontologia UFRGS e à minha querida tutora Prof.^a e Dr.^a Susana Maria Werner Samuel que me fizeram amadurecer durante esses cinco anos de voluntariado e bolsa. Durante esse período aprendi a trabalhar em equipe, seja com Ensino, Pesquisa ou Extensão, compreendi a importância de respeitar opiniões e também de saber colocá-las, reafirmei as palavras “amor” e “respeito” neste grupo e aprendi entre os irmãos mais velhos e mais novos que todo trabalho é compensador.

Dedico este trabalho ao meu orientador Prof. e Dr. Marco Antonio Martins que diante de tantas pressões na vida acadêmica, fez com que sua presença amável e sua maneira leve de lidar com o trabalho fosse contagiante, estimulando-me à realização deste trabalho.

À minha querida psicóloga, Veneza Schindler, que fez mudanças positivas em minha vida com seu trabalho.

Às bibliotecárias Ida Rossi e Rejane Raffo Klaes, pela paciência, amizade e prontidão em me ajudar em muitos trabalhos durante a graduação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Hirochi e Darcy, por me darem a liberdade de escolher meu caminho. Por não duvidarem de minha capacidade. Por me deixarem amadurecer dos 16 aos 29 anos de idade em Curitiba, Maringá e Porto Alegre. Por me ensinarem a gratidão, a generosidade, o respeito e a humildade.

Aos meus irmãos, Lorayne e Andrey, por mostrarem-me o caminho de ser uma irmã mais velha e uma irmã mais nova. Por mostrarem-me a ser forte e ao mesmo tempo simples. Por ensinarem-me o significado da palavra compartilhar e compreensão.

À minha avó, Yukiko, que me mostrou que a bondade não tem limite e que este é o atalho para o amor e o carinho.

Ao meu grande amor, Daniel Fior, que me inspirou no tema deste trabalho e me apoiou nos momentos acadêmicos difíceis. Mostrou-me que a ternura é a maneira mais simples de demonstrar o amor, que a vida deve ser vivida de modo tranquilo e feliz e que o trabalho deve ser feito com muito esforço e dedicação, que tudo será possível futuramente.

À minha amiga e sogra Noélia Kempf Fior, obrigada pela bondade, amor, generosidade e compreensão. Mostrou-me que a alegria é fundamental para ter uma vida longa e saudável.

Aos meus amigos, Fabiana e Ana Cláudia Tomazi, por me incentivarem a sonhar alto, Lucas Jardim, pelo companheirismo e confiança, Leonardo Spohr, pela sinceridade na amizade e nas palavras, Camila Dal Pra Nunes, pela sua lealdade e prontidão em sempre estar ao meu lado, Daéne Karini, pelo seu carinho e pela companhia agradável em todos os momentos.

À minha banca: prof^a Marta Musskopf e prof^a Carmen Beatriz Borges Fortes, as quais sempre tive um carinho e admiração imensos e agradeço ao estímulo para finalizar meu trabalho com qualidade, carinho e dedicação.

Aos meus pacientes fumantes:

“Estar decidido, acima de qualquer coisa, é o segredo do êxito”.

Henry Ford

RESUMO

KAWAGUCHI, Elayne Midori. **A importância da utilização de terapias antitabagismo para pacientes dependentes de nicotina.** 2013. 58 f. Trabalho de Conclusão do Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

O tabagismo é uma doença crônica resultante da dependência à nicotina estando classificado no Código Internacional de Doenças Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde⁴. Ao fumar, o tabagista se expõe a uma intoxicação permanente, pois as doses múltiplas de nicotina que inala, embora degradadas, em parte, acumulam-se de tal maneira, que a intoxicação é contínua durante as 24 horas do dia. Assim permanece constante por toda a vida do tabagista¹². Dentre as terapias, existem as medicamentosas e as não medicamentosas. Faz parte das terapias não medicamentosas a terapia cognitivo-comportamental, sendo uma abordagem que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. Esta se divide em terapia breve, básica e intensiva. Outras terapias que não utilizam medicamentos são a acupuntura, a hipnoterapia e a prática de exercícios físicos. As terapias medicamentosas são diversas e são diferenciadas com a nicotina e as sem nicotina. Os medicamentos com nicotina fazem parte das terapias de reposição de nicotina que podem ser o adesivo o adesivo transdérmico (patch), o inalador, a goma de mascar, o spray nasal, os PREP's ou pseudocigarros e a nicotina sublingual. Os medicamentos sem nicotina são os antidepressivos, como cloridrato de bupropiona, nortriptilina, clonidina, tartarato de vareniclina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, selegina, lazabemida, triptofano, venlafaxina e hypericum. O ansiolítico buspirona também faz parte dos medicamentos não nicotínicos para a cessação do tabagismo. Para pacientes, como grávidas, adolescentes e usuários de álcool há necessidade de abordagem e preparo específico para cada um deles, assim como, para aqueles pacientes com psicopatias como transtorno do pânico, esquizofrenia e transtornos depressivos.

Palavras-chaves: Terapia antitabagismo. Cessação de fumo. Dependência da nicotina. Fumante.

ABSTRACT

KAWAGUCHI, Elayne Midori. **The importance of the use of anti-smoking therapies to patients nicotine dependent.** 2013. 58 f. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

Smoking is a chronic disease resulted from nicotine dependence being ranked in the International Code of Diseases International Statistical Classification of Diseases and Related Problems health⁴. When smoking, the smoker is exposed to permanent poisoning because multiple doses of nicotine inhaling, although degraded, partly accumulate in such a way that the poisoning is continued for 24 hours. Thus remains constant throughout the life of the smoker¹². Among the therapies, there are drug and non-drug. It is part of the non-drug therapies to cognitive behavioral therapy, and an approach that combines interventions with cognitive behavioral skills training. This is divided into brief therapy, basic and intensive. Other therapies that do not use drugs are acupuncture, hypnotherapy and physical exercise. Drug therapies are diverse and are differentiated nicotine containing and not containing nicotine. The drugs are known with nicotine replacement therapy, nicotine, here we mention the patch (patch), the inhaler, chewing gum, nasal spray, or the PREP's pseudo-cigarettes and nicotine sublingual. The drugs are nicotine without antidepressants such as bupropion hydrochloride, nortriptyline, clonidine, varenicline tartrate, fluoxetine, paroxetine, sertraline, selegine, lazabemida, tryptophan, venlafaxine and hypericum. The anxiolytic buspirone also part of the non-nicotinic drugs for smoking cessation. For patients such as pregnant women, adolescents and alcohol user no need to approach and specific preparation for each of them, as well as for those with psychopathy as panic disorder, schizophrenia and depressive disorders.

Keywords: Antismoking therapy. Smoking cessation. Nicotine addiction. Smoker.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	09
2	INTRODUÇÃO	10
3	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	11
4	OBJETIVOS	12
5	REVISÃO DE LITERATURA	13
5.1	EPIDEMIOLOGIA DO TABAGISMO NO MUNDO E NO BRASIL.....	13
5.1.1	Prevalência do Tabagismo no Mundo e no Brasil	13
5.2	ACÇÃO E DEPENDÊNCIA DA NICOTINA.....	16
5.3	ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS.....	17
5.3.1	Terapia de Reposição de Nicotina	17
5.3.1.1	Adesivos transdérmicos de nicotina (Patch).....	17
5.3.1.2	Gomas de nicotina.....	19
5.3.1.3	Spray nasal.....	20
5.3.1.4	Inalador de nicotina.....	20
5.3.1.5	Nicotina sublingual.....	21
5.3.1.6	PREPs (Potencial Reduced Exposure Products).....	21
5.3.2	Tratamentos com medicamentos não nicotínicos – antidepressivos	23
5.3.2.1	Cloridrato de bupropiona.....	23
5.3.2.2	Nortriptilina.....	24
5.3.2.3	Clonidina.....	24
5.3.2.4	Tartarato de vareniclina.....	25
5.3.2.5	Cloridrato de Fluoxetina.....	25
5.3.2.6	Cloridrato de Paroxetina.....	26
5.3.2.7	Cloridrato de Sertralina.....	26
5.3.2.8	Selegilina.....	27
5.3.2.9	Lazabemida.....	28
5.3.2.10	Triptofano.....	28
5.3.2.11	Venlafaxina.....	28
5.3.2.12	Hypericum.....	29
5.3.3	Tratamento com medicamentos não nicotínicos – ansiolíticos	30
5.3.3.1	Buspirona.....	30

5.3.4	Outros Medicamentos.....	30
5.3.4.1	Mecamilamina.....	30
5.3.4.2	Lobelina.....	31
5.3.4.3	Acetato de prata.....	31
5.3.5	Terapia não medicamentosa.....	32
5.3.5.1	Acupuntura.....	32
5.3.5.2	Hipnoterapia.....	32
5.3.5.3	Exercício físico.....	32
5.4	TRATAMENTO DA NICOTINO-DEPENDÊNCIA EM CASOS ESPECIAIS..	33
5.4.1	Pacientes grávidas.....	33
5.4.2	Adolescentes.....	33
5.4.3	Álcool e tabagismo.....	34
5.4.4	Pacientes com psicopatias.....	35
5.4.4.1	Transtorno do pânico.....	35
5.4.4.2	Esquizofrenia.....	35
5.4.4.3	Transtornos depressivos.....	36
5.5	TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.....	37
5.5.1	Técnica da abordagem breve/mínima.....	37
5.5.2	Técnica da abordagem básica.....	38
5.5.3	Técnica da abordagem intensiva/específica.....	39
5.6	ABORDAGEM DO CIRURGIÃO-DENTISTA AO FUMANTE.....	42
6	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
	REFERÊNCIAS.....	45
	ANEXO – TABELAS COMPLEMENTARES.....	51

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste no Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: “A Importância da Utilização de Terapias Antitabagismo para Pacientes Dependentes de Nicotina”. Apresentada ao Programa de Graduação de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 2013.

O trabalho apresenta:

1. Introdução
2. Objetivos
3. Revisão de Literatura
4. Conclusões e Considerações Finais

2 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ estima que 1 bilhão e 200 milhões de pessoas no mundo (entre as quais 200 milhões de mulheres), sejam fumantes. Nos países em desenvolvimento os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina, já nos países desenvolvidos a participação das mulheres mais do que triplica, pois 24% das mulheres têm o comportamento de fumar e os homens 42%.

O total de mortes devido ao uso do tabaco atingiu quase 5 milhões de mortes anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. Se as atuais tendências de expansão do seu consumo forem mantidas, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva (entre 35 e 69 anos)².

O tabaco fumado em qualquer uma das suas formas causa até 90% de todos os cânceres do pulmão e é um fator e risco significativo para acidentes vascular cerebral e infarto no miocárdio. O tabaco não fumado ou o mascado é também altamente aditivo e causa câncer de cabeça e pescoço, esôfago e pâncreas, assim como muitas patologias buco-dentais³. Os estudos epidemiológicos têm continuamente identificado novas localizações de câncer com vinculações causais com o uso do tabaco, ascendendo hoje a 20 diferentes tipos de tumores⁴.

Hoje, há o entendimento de que o tabagismo é uma doença crônica resultante da dependência à nicotina estando classificado no Código Internacional de Doenças Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde⁵.

Para o tratamento de cessação de fumo há os métodos que têm evidências científicas atuais sobre sua eficácia (abordagem cognitivo-comportamental e farmacoterapia) e métodos que, embora preconizados para cessação de fumo, ainda carecem de evidências científicas sobre sua eficácia (acupuntura, hipnose, feedback fisiológico, cigarros artificiais sem drogas, aromaterapia, fórmulas de ervas e adesivos de lobélia) .

3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Qualquer profissional da saúde pode promover o tratamento da nicotina-dependência, somando-se a isso, observa-se na literatura que há muitas informações sobre as diversas terapias antitabagismo, entretanto ainda há pessoas que iniciam o tabagismo e fumantes que não conseguiram cessar o tabagismo.

O cirurgião-dentista, como profissional da área da saúde tem um papel importante na promoção de terapias antitabagismo frente às grandes alterações funcionais, estéticas e patológicas que a dependência da nicotina pode causar aos indivíduos.

Diante deste problema, este trabalho mostra-se relevante socialmente ao contribuir, de alguma forma para a conscientização do cirurgião-dentista sobre a sua influência na promoção de saúde de seus pacientes.

4 OBJETIVOS

Os objetivos podem ser divididos em geral e específicos.

4.1 OBJETIVO GERAL

Fazer uma revisão de literatura abordando as principais terapias antitabagismo no tratamento de pacientes dependentes de nicotina.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar quais são as terapias para o tratamento de cessação de fumo disponíveis no meio científico.
- Identificar as suas melhores indicações e eficácias
- Avaliar as limitações de cada terapia

5 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi realizada com base em dados encontrados na Cochrane, Portal CAPES, MEDLINE / PubMed, SCIELO, Biblioteca Brasileira de Odontologia (BBO) e na Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), além de outras bases virtuais como o Instituto Nacional de Câncer, Ministério da Saúde e Organização Mundial da saúde.

5.1 EPIDEMIOLOGIA DO TABAGISMO NO MUNDO E NO BRASIL

A partir da década de 1950, diversas evidências científicas internacionais identificaram o tabagismo como um dos principais fatores causadores do câncer e de outras 50 doenças. No fim da década de 1970, alguns grupos começaram a se preocupar com o controle do tabaco no Brasil, inicialmente, por profissionais isolados, associações médicas, religiosas e outras ONGs, sem nenhum apoio governamental. E em 1980, o Ministério da Saúde passou a assumir a organização de ações sistemáticas, continuadas e abrangentes, através do Instituto Nacional de Câncer⁶.

O combate ao fumo, que envolveu legislação e impostos, é um bem-sucedido exemplo de promoção da saúde no Brasil: entre 1989 e 2009: as prevalências de fumo caíram de 35% para 17%, o que poderia explicar, ao menos em parte, as quedas marcantes na mortalidade por doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas observadas neste período^{10,11}.

5.1.1 Prevalência do Tabagismo no Mundo e no Brasil

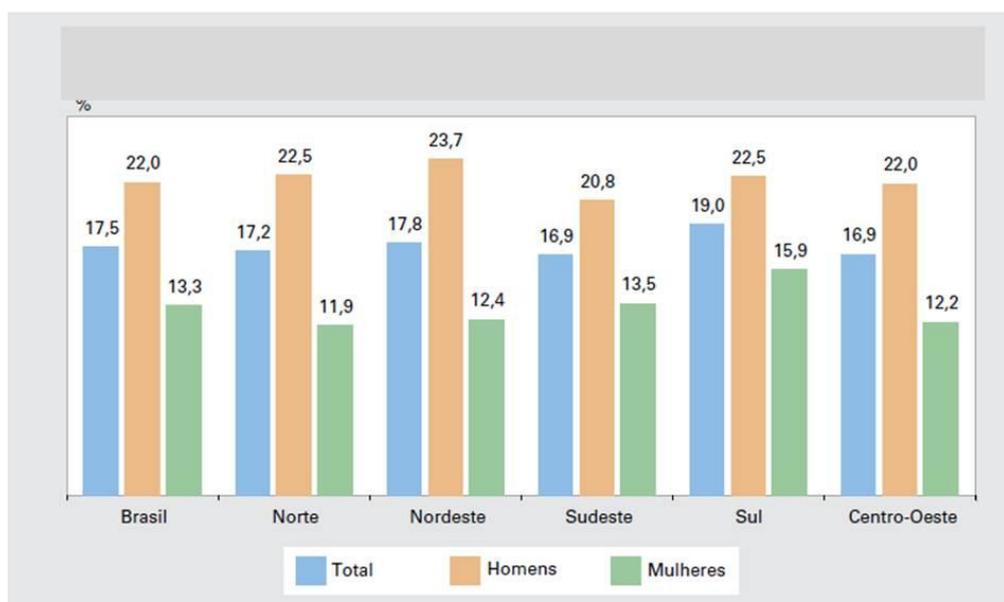
De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em 2003, na Dinamarca e na Alemanha, mais mulheres jovens (entre 14 e 19 anos de idade) do que homens jovens fumam. No Vietnã, 50% dos homens fumam em relação a apenas 3,4% das mulheres. O pequeno número de mulheres fumantes nesse país é devido à reprovação social e aos problemas de saúde. As taxas de tabagismo em mulheres da China e Índia eram baixas, entretanto, vêm subindo. Em Cingapura, as mulheres entre 20 e 24 aumentaram o uso do fumo de 2,5% para 6,7% entre 1992 e 1998, sendo que as taxas masculinas decresceram neste período⁷.

Nos Estados Unidos o número de mulheres fumantes vem aumentando, devido à crescente autonomia feminina e às mudanças no papel dela na sociedade. No Chile, 40% dos médicos fumam em comparação a 24% das médicas⁷.

No Brasil, segundo os dados publicados em 2011 pela Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), houve queda do número de fumantes para 14,8%, sendo a primeira vez que o número cai para menos de 15%. O índice dos que fumam mais de 20 cigarros por dia também caiu e está em 4,3%. Entre os homens, o percentual de fumantes ficou em 18,1% e entre as mulheres, 12%. Entre aqueles que fumam 20 cigarros ou mais por dia, 5,4% são homens e 3,3, mulheres. Os homens, em compensação, estão deixando mais o cigarro: 25% se declararam ex-fumantes, enquanto 19% das mulheres afirmaram terem sido tabagistas⁸.

Pode-se observar no gráfico 1, o percentual de fumantes a partir de 15 anos de idade de acordo com o gênero e a região do país.

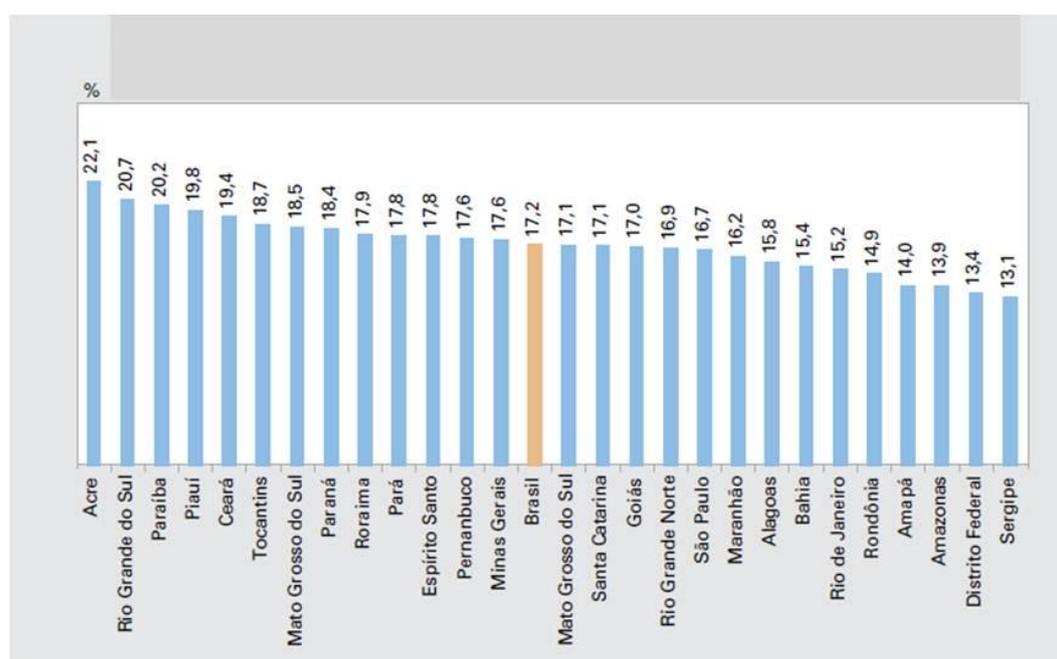
Gráfico 1 – Percentual das pessoas de 15 anos ou mais de idade usuárias de tabaco fumado ou não fumado, por sexo, segundo as Grandes Regiões – 2008.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

Ainda de acordo com a pesquisa da Vigitel, Porto Alegre vem sendo a capital onde mais se fuma (23%), seguido de Curitiba (20%) e São Paulo (19%). Já no Nordeste estão as capitais com menor incidência de tabagismo entre seus moradores: Maceió (8%), João Pessoa, Aracaju e Salvador (todas com 9%). O gráfico 2 mostra as Unidades de Federação e seus respectivos percentuais de fumantes.

Gráfico 2 – Percentual das pessoas de 15 anos ou mais de idade usuárias de tabaco fumado, segundo as Unidades de Federação – 2008.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

Um fator promissor em nosso país é o elevado índice de cessação de uso de tabaco, em torno de 50% em todas as capitais pesquisadas; superior ao de outros países (como por exemplo, os EUA que é de 40%)⁹.

5.2 AÇÃO E DEPENDÊNCIA DA NICOTINA

A nicotina tem características neurobiológicas, sendo uma droga psico-estimulante. O processo farmacológico da nicotina-dependência é semelhante ao da cocaína e ao da heroína. Estas drogas, como a nicotina e opiáceos em geral, liberam dopamina e aumentam a produção de norepinefrina. As drogas psicoativas, como a nicotina especialmente, agem sobre centros mesolímbicos, dopaminérgicos colinérgicos e nucleus accumbens, provocando o aumento e a liberação de dopamina e de outros hormônios psicoativos, levando à dependência pelas propriedades euforizantes e ansiolíticas. Observa-se isso facilmente administrando essas drogas endovenosamente. Outros estimulantes podem agir da mesma forma e o mecanismo é fundamental para a criação da dependência. Desse modo, não há dúvidas de que a nicotina contida no tabaco é a responsável pelo desencadeamento da dependência químico-física do tabagista. Se o tabaco não contivesse nicotina, o seu consumo não geraria dependência e fumar não passaria de um hábito que poderia ser abandonado facilmente. Entretanto, para o estabelecimento da dependência e seus graus de intensidade, existem fatores associados, características fisiológicas orgânicas, psicológicas, genéticas, comportamentais e outras menos ponderáveis. O tabagista se expõe a uma intoxicação permanente, pois as doses múltiplas de nicotina que inala, embora degradadas, em parte, acumulam-se de tal maneira, que a intoxicação é contínua durante as 24 horas do dia. Assim permanece constante por toda a vida do tabagista. Nenhuma outra droga age dessa forma¹².

5.3 ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS

Os medicamentos disponíveis na atualidade são nicotínicos e não nicotínicos. Os primeiros contêm nicotina, e fazem parte da chamada Terapêutica da Reposição da Nicotina (TRN). Estes medicamentos são de uso: dérmico, o adesivo transdérmico; por via oral, a goma-nicotina de mascar, sob a forma de tabletes e pastilhas; por inalação; aerossol (spray). Só a goma de mascar e o adesivo transdérmico estão disponíveis no Brasil, sendo considerados de primeira linha⁵. Há também os pseudocigarros, conhecidos pela sigla PREPs (Potential reduced exposure products), que poderiam ser empregados no tratamento da reposição da nicotina. Os medicamentos não nicotínicos são, de preferência, os antidepressivos. Entre estes, o de eleição é a bupropiona¹².

5.3.1 Terapia de Reposição de Nicotina

A terapia de reposição de nicotina (TRN) tem a função de substituir grande parte da nicotina do cigarro, diminuindo a vontade de fumar e os sintomas de abstinência fisiológica e psicomotora, que são frequentes durante uma tentativa de parar de fumar. Esta terapia facilita a transição entre o fumar e o parar de fumar e auxilia nos períodos de abstinência¹³.

5.3.1.1 Os adesivos transdérmicos de nicotina (patch)

Estes adesivos diferem de outros produtos na medida em que liberam a dose de nicotina de forma lenta e passiva. A sua forma comercial é sob a forma de disco, contendo nicotina e que é absorvida pela derme, penetrando rapidamente na circulação. Este adesivo é muito utilizado por não ocasionar tantos efeitos colaterais, mas não substituem qualquer das atividades comportamentais do tabagismo, como o hábito. Eles estão disponíveis no Brasil, em doses de: 7 mg, 14 mg e 21 mg de nicotina e seu uso mostra níveis plasmáticos similares aos níveis mínimos observados nos grandes fumadores. O início do tratamento é com doses iniciais mais elevadas, sendo reduzidas com o passar do tempo¹⁴.

Tabela 1 Teste de Fagerström (Teste para avaliar dependência química)

Pergunta	Resposta	Pontuação
1. Quanto tempo depois de acordar você fuma o seu primeiro cigarro?	menos de 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	mais de 60 minutos	0
2. Você acha difícil deixar de fumar em lugares proibidos? (p. ex., hospital, cinema, biblioteca, igreja, etc.)	sim	1
	não	0
3. Que cigarro você mais sofreria em deixar?	o primeiro da manhã	1
	todos os demais	0
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	10 ou menos	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 ou mais	3
5. Você fuma mais durante as primeiras horas após acordar do que durante o resto do dia?	sim	1
	não	0
6. Você fuma mesmo estando tão doente que precise ficar de cama quase todo um dia?	sim	1
	não	0

Nota: pontuação de zero a três; dependência baixa (leve); pontuação maior ou igual a sete indica dependência alta (grave) da nicotina

De acordo com a Tabela de Fagerström acima, a aplicação dos adesivos pode ser realizada da seguinte maneira:

a) Pacientes com 5 a 7 pontos do teste de Fagerström (tabela 1) e/ou fumantes de 10 a 20 cigarros por dia e que acendem o primeiro cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar:

- Semanas 1 a 4: adesivo de 21mg a cada 24 horas
- Semanas 5 a 8: adesivo de 7mg a cada 24 horas

b) Pacientes com 8 a 10 pontos e/ou consumidores de mais de 20 cigarros por dia:

- Semanas 1 a 4: adesivo de 21mg a cada 24 horas
- Semanas 5 a 8: adesivo de 14mg a cada 24 horas
- Semanas 9 a 12: adesivo de 7mg a cada 24 horas

Se o paciente apresentar elevada nicotina-dependência (como elevado sintoma de abstinência), pode-se considerar a conveniência de empregar dois adesivos de 21mg, simultaneamente, a cada 24 horas. Os discos devem ser trocados de 24 em 24 horas e aplicados em sistema de rodízio, nos braços, ombros e peito. Sendo a absorção da nicotina de cada disco de 75% do total, sobra nicotina no disco no final de 24 horas, o que mantém uma absorção constante, garantindo um pico de concentração no sangue permanentemente¹⁷. Não deve ser usado para alívio das situações agudas, por exemplo,

irritação, ansiedade, tremores, sudorese fria nas mãos, fome compulsiva, modificação do hábito intestinal, alterações da arquitetura do sono (insônia ou hipersônia), dificuldade extrema de concentração e alternância de episódios de apatia com outros de agressividade comportamental.¹²

Ao contrário, os outros tipos de terapia de reposição de nicotina são mais rápidos na atuação, como o spray de nicotina, mas requer mais esforço por parte do utilizador.

5.3.1.2 As gomas de nicotina

Estão disponíveis em dose de 2 mg e 4 mg¹⁵. No Brasil, a sua utilização deve ser a seguinte:

- a) Pacientes consumidores de até 20 cigarros por dia e que fumam o primeiro cigarro nos 30 minutos após acordar, utilizar tabletes de 2mg, sendo em:
 - Semanas 1 a 4: 1 tablete a cada 1 a 2 horas
 - Semanas 5 a 8: 1 tablete a cada 2 a 4 horas
 - Semanas 9 a 12: 1 tablete a cada 4 a 8 horas
- b) Pacientes consumidores de mais de 20 cigarros por dia devem utilizar tabletes de 2mg e 4 mg, sendo:
 - Semanas 1 a 4: 1 tablete de 4mg a cada 1 a 2 horas
 - Semanas 5 a 8: 1 tablete de 2mg a cada 2 a 4 horas
 - Semanas 9 a 12: 1 tablete de 2mg a cada 4 a 8 horas¹⁶.

Elas devem ser mastigadas com força até surgir sensação de formigamento da mucosa bucal ou o sabor do tabaco. Então, o paciente deve parar de mastigar e manter a goma entre a bochecha e a gengiva até desaparecer o formigamento, voltando a repetir a operação por 30 minutos, quando se deve retirar da boca. O paciente não deve ingerir nenhum tipo de líquido enquanto estiver mascando a goma⁵. Os efeitos colaterais indesejáveis são: gosto desagradável, salivação, ferimento da gengiva, soluço, náuseas, vômitos, fadiga muscular com dor nas maxilas e amolecimento de dentes. É importante ressaltar que nenhuns dos produtos disponíveis liberam as doses de nicotina tão rapidamente como os cigarros¹².

5.3.1.3 Spray nasal

A sua utilização é semelhante ao spray nasal anti-histamínico. Sendo que cada dose contém 0,5 mg de nicotina. A recomendação é de uma a duas doses por hora, durante três meses. O spray nasal libera nicotina com maior rapidez do que a goma de nicotina e o adesivo, sendo que os níveis mais altos de nicotina no sangue ocorrem dentro de 10 minutos¹². Em uma revisão sistemática, encontrou-se apenas um ensaio que comparou o uso associado do spray nasal e do adesivo isolado, o spray nasal mostrou uma taxa significativamente maior de abstinência prolongada, após o uso de um ano com a terapia combinada¹⁷.

Os estudos mostram que o sucesso de cessação de fumar com o uso da terapia combinada é o dobro daqueles que usaram placebo, após um ano de observação.

Todas as formas de reposição de nicotina disponíveis no mercado são eficazes como parte de uma estratégia para promover a cessação de fumar. Essas terapias aumentam a taxa de abandono de longo prazo em cerca de 50% a 70%, independentemente do tipo de terapia de reposição de nicotina. Isso se aplica aos fumantes motivados para deixar de fumar e os que têm níveis elevados de dependência da nicotina. Existem poucas evidências sobre o papel da TRN para os indivíduos que fumam menos de 10 a 15 cigarros por dia¹⁷. Entre os sintomas mais frequentes estão a irritação da garganta e a do nariz, rinite, espirros, lacrimejamento e tosse. No geral, o uso do spray nasal de nicotina não é confortável¹². O spray nasal está disponível nos Estados Unidos, mas não no Brasil.

5.3.1.4 Inalador de Nicotina

De modo simplificado, o inalador tem a forma de um bastonete de plástico e é



composto por três partes: parte 1 (local de saída do vapor), parte 2 (cartucho com a medicação) e parte 3 (perfurador do cartucho). Para melhor compreensão analisar a imagem acima do produto Nicotrol®. A dose de nicotina liberada é de 4 mg e não chega aos pulmões em quantidades significativas. Só ocorrendo nas inspirações profundas. Deve-

se usar o inalador de forma semelhante à tragada do cigarro. É ideal para o início do período de abstinência. A farmacocinética do inalador é semelhante a da goma de mascar e a do adesivo. O método é muito irritante, então, mentol é adicionado ao plugue. Em média, cada tragada contém 13 microgramas de nicotina. A absorção é quase toda bucal, porque o produto é alcalinizado. Cada bastonete contém nicotina suficiente para 300 tragadas¹².

A goma e o inalador usados conjuntamente, já foram aprovados pelas autoridades de licenciamento em alguns países europeus, para aquelas pessoas que não conseguem parar de fumar abruptamente ou que não conseguem reduzir o número de cigarros, antes da cessação total do fumo¹⁸.

5.3.1.5 Nicotina sublingual

O comprimido sublingual da nicotina é uma nova alternativa para a goma de mascar, visto que não necessita ser mascarada. A sua apresentação comercial é sob a forma de tabletes com 2 mg de nicotina alcalina, o que facilita a absorção pela mucosa bucal, sendo recomendado para casos de leve ou grave dependência.

Em um estudo, o tratamento com a nicotina sublingual foi significativamente superior em diminuir a fissura e outros sintomas de abstinência em comparação ao tratamento com placebo. Os efeitos adversos encontrados foram principalmente sintomas de irritação local, como uma sensação de queimação na garganta ou sob a língua e azia. Estes resultados demonstram que houve um alívio parcial da síndrome de abstinência do tabaco, com o uso do comprimido sublingual semelhante ao com outras formas de substituição de nicotina¹⁹. Não estão disponíveis no Brasil e não se tem informações sobre sua eficácia.

5.3.1.6 PREPs (Potential reduced exposure products)

São pseudocigarros lançados nos Estados Unidos, com dispositivos especiais, fornecendo tabaco com menos tóxicos (como o alcatrão e o monóxido de carbono) e liberação de nicotina¹².

Esses produtos objetivam reduzir a pirólise ou queima do tabaco, reduzindo seus elementos tóxicos. Assim, haveria mudança substancial na liberação dos elementos tóxicos, inclusive os cancerígenos. Entretanto, são aconselháveis estudos aprofundados

para avaliar as reais vantagens do PREPs e os problemas ético-comerciais neles implicados²⁷.

Em um estudo foram medidos os sintomas de abstinência depois do uso de duas marcas de produtos considerados com baixo conteúdo de nitrosaminas (compostos cancerígenos): a Stonewall®, um comprimido prensado de tabaco, e a General snus®, um produto de tabaco em pasta produzido na Suécia. Como resultado, através da urina coletada dos usuários, concluiu-se que a marca Stonewall® foi associada com baixos níveis de metabolitos de nicotina comparada com uma marca própria, enquanto a General snus® comparada à marca própria teve os mesmos níveis urinários de metabolitos de nicotina, entretanto, os sintomas de abstinência geralmente não diferiram entre as condições de tabaco²⁷.

Tabela 2 - Comparações entre as terapias de reposição de nicotina com o placebo

	EC	RC	IC
TRN vs. placebo	132	1,58	1,50-1,66
Goma de nicotina vs. placebo	53	1,43	1,33-1,53
Adesivo de nicotina vs. placebo	41	1,66	1,53-1,81
Inalador de nicotina vs. placebo	4	1,90	1,36-2,67
Tablete oral de nicotina vs. placebo	6	2,00	1,63-2,45
Spray nasal de nicotina vs. placebo	4	2,02	1,49-3,73

EC (ensaios clínicos), RC: razão de chances, IC: intervalo de confiança,
TRN (terapia de reposição de nicotina).

Fonte: Stead LF et al. The Cochrane Library. November, 2007.

5.3.2 Tratamento com medicamentos não nicotínico-antidepressivos

Entre os antidepressivos que são utilizados para o tratamento da nicotina-dependência, pode-se citar o cloridrato de bupropiona, nortriptilina, clonidina, tartarato de vareniclina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, lazabemida, selegilina, triptofano, venlafaxina e hypericum.

5.3.2.1 Cloridrato de Bupropiona

A bupropiona é um antidepressivo estruturalmente semelhante à anfetamina. Ela imita o efeito da nicotina do cigarro, pois realiza a inibição da recaptação de noradrenalina e dopamina, sendo usada para reduzir as manifestações de abstinência da nicotina por este mecanismo. Entre os efeitos colaterais, o distúrbio do sono é muito comum, mas outros sintomas seriam: tremor, dor de cabeça, dificuldade de concentração, tonturas, boca seca e problemas gastrointestinais também podem ocorrer. As crises epilépticas podem ocorrer ocasionalmente e esta droga é contraindicada para os pacientes que estão em risco elevado de desencadear uma convulsão. O médico também deve estar ciente de possíveis interações com outros medicamentos, como antipsicóticos, antidepressivos e teofilina²³.

Assim, a bupropiona é o medicamento de eleição, pois na grande maioria dos casos não apresenta efeitos colaterais importantes, sendo considerado de primeira linha, assim como são os de terapia de reposição de nicotina (goma de mascar e adesivo). Os de segunda linha seriam a nortriptilina e a clonidina ¹².

Em uma revisão sistemática em que foram abordados estudos de metanálises controlados e randomizados, observou-se uma diferença estatisticamente significativa a favor da bupropiona, seguido da goma, o adesivo, a vareniclina, o inalador e o spray nasal²⁰.

Em outro estudo, os autores concluíram que a bupropiona e a nortriptilina ajudam à cessação de fumar em longo prazo. As evidências sugeriram que os modos de ação da bupropiona e da nortriptilina são independentes do seu efeito antidepressivo e que a eficácia é semelhante à substituição da nicotina ²¹.

Este medicamento pode ser usado inicialmente duas semanas antes da cessação, sendo a dose de 150 mg por dia até o terceiro dia, aumentam-se para 150 mg duas vezes ao dia durante 7 a 12 semanas. A tentativa de parar de fumar é geralmente iniciada uma

semana após o início da farmacoterapia. A associação entre a terapia de reposição de nicotina e a bupropiona tem resultado da efetividade aumentado na cessação do uso do tabaco quando comparada ao uso de bupropiona isoladamente²⁴.

5.3.2.2 Nortriptilina

A nortriptilina é um antidepressivo tricíclico de segunda opção a ser empregado na inoperância da TRN e da bupropiona, ou nas contraindicações destas. O tratamento é iniciado entre duas a quatro semanas antes da suspensão do uso do tabaco, com doses progressivas, partindo de 25mg por dia até 75mg, sendo que o tempo de tratamento é variável. Os sintomas da abstinência do tabaco são, relativamente, diminuídos¹².

Em uma revisão sistemática envolvendo nove estudos de nortriptilina, todos contendo placebo, com doses de 75 a 100 mg ao dia ou doses tituladas para os níveis séricos recomendados para a depressão. Concluiu-se que a bupropiona e a nortriptilina são igualmente eficazes em fumantes com ou sem histórico de depressão. Os efeitos adversos relatados foram os efeitos bem conhecidos dos tricíclicos: boca seca, sonolência, tonturas. Além disso, a nortriptilina pode ser letal em sobredosagens²⁵.

5.3.2.3 Clonidina

É um fármaco usado para reduzir a pressão sanguínea e também uma droga de reserva para o tratamento da nicotina-dependência, sendo agonista alfa-adrenérgico, diminuidora da atividade do sistema nervoso simpático. A clonidina foi indicada para tratamento de fumantes pela sua propriedade de reduzir os sintomas de dependência de narcóticos e álcool, agindo sobre o sistema nervoso central. Administra-se por via oral e transdérmica. Por via oral, a dose inicial é de 0,05 mg por dia, sendo depois ajustada até 0,15mg. A administração transdérmica é por meio de adesivos (patch) contendo 0,1 mg e 0,2mg. A administração começa alguns dias antes da tentativa de parar de fumar¹².

Em uma revisão sistemática envolvendo estudos de clonidina versus placebo, houve seis estudos que se incluíam. Os autores concluíram que a clonidina pode não ser a melhor opção para quem está tentando parar de fumar, mas pode ser útil para pessoas que não são ajudadas pela terapia de reposição de nicotina ou antidepressivos²⁶.

5.3.2.4 Tartarato de Vareniclina

É um medicamento utilizado para ajudar na nicotina-dependência, podendo ajudar a reduzir o desejo intenso e os sintomas de abstinência associados ao fato de parar de fumar. Ele é contraindicado a pacientes com hipersensibilidade conhecida ao tartarato de vareniclina ou a qualquer componente da fórmula. Este medicamento se distribui nos tecidos, incluindo o cérebro e seu volume médio de distribuição aparente é de 415 litros (%CV=50) no estado de equilíbrio. A taxa de ligação a proteínas plasmáticas da vareniclina é baixa ($\leq 20\%$), não dependendo nem da idade nem da função renal. Cada comprimido revestido de Champix® 0,5 mg contém tartarato de vareniclina equivalente a 0,5 mg de vareniclina base⁷⁴.

Em um estudo, a vareniclina exerce um efeito favorável sobre a cessação do tabagismo em relação ao placebo e pode ter um efeito favorável (supressivo) sobre sintomas de depressão e outras medidas afetivas, sem efeito desfavorável claro sobre eventos adversos neuropsiquiátricos²².

Entretanto, em outro estudo, conclui-se que o número dos estudos com a vareniclina é pequeno, a superioridade deste medicamento para a cessação do tabagismo não poderia ocorrer na realidade e uma explicação para a eficácia biológica superior para vareniclina em relação à bupropiona não tem sido proposta²⁵.

5.3.2.5 Cloridrato de Fluoxetina

Este medicamento é indicado para o tratamento de depressão, associada ou não à ansiedade, da bulimia nervosa, do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e do transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM), incluindo tensão pré-menstrual (TPM), irritabilidade e disforia (mal-estar provocado pela ansiedade). Sua ação faz aumentar os níveis de serotonina no cérebro, resultando em melhora dos sintomas da depressão, associada ou não à ansiedade, da bulimia nervosa, do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e do transtorno disfórico pré-menstrual. Apresenta-se em cápsulas de 20 mg e embalagem com 30 cápsulas⁷⁵.

Alguns estudos são encontrados em relação à fluoxetina e à cessação do tabagismo. O resultado de um deles apresentou um efeito modesto e de curto prazo, sendo alta a dose do medicamento. Sendo assim, é necessário haver uma comparação da eficácia de

diferentes agentes antidepressivos como coadjuvantes para tratamento do tabagismo do comportamento padronizado, levar em consideração os efeitos adversos que a fluoxetina pode causar e também definir subgrupos de fumantes que podem se beneficiar mais a partir de efeitos de fluoxetina^{25,28}.

5.3.2.6 Cloridrato de paroxetina

Cloridrato de paroxetina deve ser usado por adultos que apresentem depressão, comportamento obsessivo ou compulsivo (incontrolado), ataques de pânico, incluindo os causados por fobia de lugares abertos (agorafobia) e ansiedade ou nervosismo. O medicamento age elevando os níveis da serotonina, sendo um inibidor seletivo de recaptção da serotonina. Apresenta-se em comprimidos revestidos em embalagens com 20 ou 30 comprimidos de 20 mg⁷⁶.

Existem poucos estudos da paroxetina em relação à cessação do tabagismo. Um estudo com seis meses de seguimento avaliou-se paroxetina (40 mg, 20 mg ou placebo) durante nove semanas, como um adjuvante para o adesivo de nicotina. O tratamento combinado (paroxetina mais o adesivo transdérmico) foi mais eficaz tanto na redução do desejo e dos sintomas de depressão associados ao tabagismo²⁹.

5.3.2.7 Cloridrato de sertralina

O cloridrato de sertralina apresenta-se em comprimidos revestidos de 25 mg, 50 mg, 75 e de 100 mg. É indicado no tratamento da depressão, incluindo depressão acompanhada por sintomas de ansiedade, em pacientes com ou sem história de mania, também no tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC); do Transtorno do Pânico; do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT); da Síndrome da Tensão Pré-Menstrual (STPM) e/ou Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM); e no tratamento de fobia social (Transtorno da Ansiedade Social). Além disso, pode ser usado em crianças e adolescentes (6 a 17 anos), mas apenas no tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). Sua contraindicação é para pacientes com hipersensibilidade ao cloridrato de sertralina ou aos demais componentes da fórmula, e para pacientes em uso concomitante com antidepressivos inibidores da monoaminoxidase (IMAO) e pimozida. O mecanismo de

ação da sertralina é através de uma inibição de captação neuronal de serotonina (5-HT) no sistema nervoso central (SNC)⁷⁷.

Um estudo com seis meses de acompanhamento de sertralina avaliadas (200 mg / dia) durante 11 semanas versus placebo em conjunto com seis sessões de aconselhamento individual. Houve 134 participantes, todos os fumantes atuais com um passado histórico de depressão maior. Embora o tratamento com sertralina tenha produzido menores sintomas de irritabilidade, ansiedade, desejo e inquietação que o placebo. As taxas de abstinência não diferiram significativamente entre os grupos de tratamento^{25, 30}.

Em outro estudo avaliou-se a eficácia da combinação de sertralina e bupirona mais o tratamento cognitivo-comportamental para promover a abstinência do tabaco em indivíduos encaminhados para uma clínica de dependência química. A conclusão deste estudo relatou que a combinação de sertralina e bupirona com terapia cognitivo-comportamental foi mais eficaz do que o placebo e terapia cognitivo-comportamental para promover a cessação do tabagismo. Entretanto, o efeito específico de sertralina não pode ser avaliado^{25, 31}.

5.3.2.8 Selegilina

A selegilina é um inibidor irreversível seletivo da monoaminaoxidase - B em doses baixas (10 mg / dia) e mostrou a ação antidepressiva a doses mais elevadas, quando é não-selectivo²⁵.

Em um estudo duplo-cego, controlado e randomizado, em que 246 pessoas participaram durante nove semanas, foram avaliados a eficácia e a segurança de um sistema transdérmico com selegilina (STS) e a intervenção breve do comportamental repetido (BRBI) para cessação do tabagismo em fumantes pesados . Apesar do sistema transdérmico de selegilina ter sido bem tolerado, os resultados gerais indicaram que o STS com a BRBI não foram mais eficazes do que o placebo mais BRBI para parar de fumar³².

Outro estudo com 243 participantes que examinou a eficácia da STS em comparação a um placebo durante 52 semanas, ambos com terapia cognitivo-comportamental, concluiu-se que não houve resultado significativo³³.

5.3.2.9 Lazabemida

A lazabemida é um inibidor seletivo da monoaminaoxidase-B (MAOB). Em pesquisas anteriores mostraram que os fumantes têm a atividade plaquetária da MAOB reduzida no cérebro, provavelmente, devido a alguns componentes da fumaça do tabaco. Quando os fumantes cessam o fumo, a atividade da MAOB retorna ao normal. Quando essa atividade é reduzida pode haver o aumento do potencial viciante da nicotina, os inibidores da MAOB são promissores tratamentos como uma ajuda na cessação tabágica, porém devido a sua alta hepatotoxicidade é necessário desenvolver um inibidor que tenha uma toxicidade favorável. Assim, novos estudos poderão associar inibidores da MAOB com as terapias de reposição de nicotina para aumentar a eficácia terapêutica³⁴.

5.3.2.10 Triptofano

O triptofano pode ter propriedades antidepressivas, porque aumenta o nível de serotonina e as evidências ligam o desejo pelo cigarro a neurotransmissão serotoninérgica²⁵.

Em um estudo cujas hipóteses foram que as pistas advindas da palavra cigarro seriam mais perturbadoras após a depleção aguda de triptofano e os fumantes vulneráveis à depressão apresentam maior viés de atenção para estes sinais do que os fumantes sem histórico de depressão. O resultado entre 34 fumantes diagnosticados com ou sem história de transtorno de depressão foi o comprometimento da neurotransmissão serotoninérgica via depleção aguda de triptofano que aumenta a importância da atenção de pistas relacionadas com o cigarro, talvez por desencadear recompensa e déficits motivacionais subjacentes à dependência da nicotina³⁵.

5.3.2.11 Venlafaxina

Este antidepressivo inibe a recaptção de serotonina e noradrenalina. Os resultados de um estudo realizado com ratos afirmam que a venlafaxina pode representar uma nova abordagem terapêutica para a cessação do tabagismo³⁶.

Outro estudo com 147 participantes foram aleatoriamente designados a utilizar ou venlafaxina (225 mg ao dia) ou placebo juntamente com terapia psico-comportamental e

terapia de reposição de nicotina (adesivo transdérmico 22 mg ao dia). Os resultados sugerem que a venlafaxina pode ter algum papel a desempenhar no tratamento do tabagismo mais leves, além dos benefícios esperados da terapia de substituição da nicotina e do aconselhamento³⁷.

5.3.2.12 Hypericum (Erva de São João)

É um clássico medicamento antidepressivo sintético que inibe diretamente a recaptção de noradrenalina (NE) e / ou serotonina (5-HT) em axônios pré-sinápticos³⁸. Em um estudo foram avaliados os efeitos neurocognitivos de Remotiv® (Hypericum perforatum extrato especial - Ze 117), Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) e combinado de ambos. Participaram 20 fumantes regulares com idade entre 18 e 60 anos, por um período de 10 semanas durante a cessação do tabagismo. Foi realizada a gravação da atividade cerebral durante uma tarefa, não foram encontrados o tempo de reação e a precisão na tarefa para serem significativamente diferente entre os grupos³⁹.

5.3.3 Tratamento com medicamentos não nicotínico – ansiolítico

O ansiolítico encontrado na literatura é a buspirona.

5.3.3.1 Buspirona

Os resultados de eficácia da buspirona têm sido inconsistentes e contraditórios. A taxa de abstinência do fumo tem sido variada de 36% a 88% e de 16% para 89% no grupo de placebo e buspirona, respectivamente. Os estudos mais recentes tem sido incapazes de demonstrar a eficácia da buspirona no tratamento do tabagismo ou no alívio de sintomas de abstinência. Os efeitos do tratamento com buspirona pode ser testado especificamente como uma função de atenuar o componente de ansiedade da síndrome de abstinência do fumo. Além disso, a buspirona pode vir a ser uma alternativa em doentes com ou sem capacidade de tolerar a terapia transdérmica de nicotina. São desconhecidas as terapias que comparam o uso de buspirona e bupropiona para a cessação do tabagismo⁴⁰.

5.3.4 Outros medicamentos

São os demais medicamentos não classificados em ansiolíticos ou antidepressivos. Como a mecamilamina, lobelina e acetato de prata.

5.3.4.1 Mecamilamina

A mecamilamina é um antagonista bloqueador dos receptores nicotínicos, parece reduzir a vontade de fumar e os resultados são melhores na associação com TRN⁴¹. Em uma revisão sistemática, os dados de dois estudos sugerem que a combinação de nicotina e mecamilamina podem ser superiores à nicotina sozinha na promoção da cessação do tabagismo. No entanto, estes resultados necessitam de confirmação em estudos maiores, antes dos tratamentos clinicamente recomendados⁴².

5.3.4.2 Lobelina

A lobelina foi uma das drogas usadas na dependência à nicotina; liga-se aos receptores nicotínicos e, agindo como agonista, substitui farmacologicamente a nicotina. Entretanto, não há evidência disponível a partir de ensaios de longa duração, que possam auxiliar a lobelina na cessação de fumar, e as evidências sugerem que em curto prazo, não há benefício⁴³.

5.3.4.3 Acetato de prata

O acetato de prata produz um sabor desagradável quando combinado com os cigarros, produzindo, assim, um estímulo aversivo. Já foi comercializado em várias formas com o objetivo de extinguir o desejo de fumar. Os estudos existentes mostram pouca evidência para um efeito específico de acetato de prata na promoção da cessação do tabagismo, desse modo, qualquer efeito deste agente é susceptível de ser menor do que a terapia de substituição da nicotina. A ausência de efeito do acetato de prata pode refletir a baixa adesão, cujo objetivo consiste em criar um estímulo desagradável⁴⁴.

5.3.5 Terapias não medicamentosas

As terapias não medicamentosas são a acupuntura, hipnoterapia e exercícios físicos.

5.3.5.1 Acupuntura

A acupuntura e as técnicas relacionadas (terapia a laser e eletroestimulação) são recomendadas como um tratamento para a cessação do tabagismo na crença de que elas podem reduzir os sintomas de abstinência de nicotina.

Em uma revisão sistemática foram incluídos 33 estudos e o resultado mostrou que a acupuntura foi menos eficaz do que a terapia de reposição de nicotina (TRN), sendo que muitos estudos possuíam problemas metodológicos⁴⁵.

5.3.5.2 Hipnoterapia

A hipnoterapia é amplamente promovida como um método para ajudar a cessação do tabagismo. Propõe-se a enfraquecer o desejo de fumar ou reforçar a vontade de parar de fumar. Uma revisão sistemática que avaliou 11 estudos não mostrou evidência de que a hipnoterapia pode ser tão eficaz como o tratamento de aconselhamento. Os efeitos da hipnoterapia na cessação do tabagismo não foram confirmados por análise de ensaios clínicos controlados randomizados⁴⁶.

5.3.5.3 Exercício físico

Em uma revisão sistemática, cujo objetivo foi avaliar a eficácia dos exercícios isolados ou dos exercícios em combinação com um programa de cessação do tabagismo. Entre 15 estudos encontrados, concluiu-se que apenas um dos 15 ensaios randomizados mostrou evidências de que o exercício ajuda na cessação do tabagismo em 12 meses de acompanhamento. Os outros 14 ensaios eram demasiado pequenos para excluir o efeito de uma intervenção, ou foi incluído um programa de exercício físico que não era suficientemente intenso para atingir o desejado nível. Há necessidade de outros ensaios com amostras maiores e intervenções suficientemente intensas, condições de controle de contato iguais⁶⁹.

5.4 TRATAMENTO DA NICOTINO-DEPENDÊNCIA EM CASOS ESPECIAIS

São considerados pacientes que apresentam casos especiais: gestantes, adolescentes e dependentes químicos de álcool que fumam.

5.4.1 Pacientes grávidas

O fumo durante a gravidez está associado à baixa renda nos países, devido ao baixo nível educacional, a falta de apoio social e a presença de doença psicológica. Essa dependência causa sérias implicações em longo prazo para a saúde da mãe e do bebê, assim como, baixo peso ao nascer e nascimento prematuro. Em uma revisão sistemática, incluíram-se 62 ensaios clínicos, obtendo o total de 25 mil grávidas. Nele observou-se que a intervenção de cessação do tabagismo precisa ser implementada durante toda a gravidez, pois se reduziu a proporção de mulheres que fumavam ao final. Os tipos de terapias realizadas nos estudos foram desde a terapia cognitivo-comportamental, com uso de estratégias de ensino e de entrevista motivacional até uso de recompensas e incentivos, uso de farmacoterapia, com a TRN, bupropiona, entre outros agentes e uso até mesmo da hipnose⁴⁷.

Em outro artigo, o TRN deve ser evitado, devido aos perigos exercidos pela nicotina. A abordagem cognitivo-comportamental das gestantes deve ter esclarecimentos meticolosos, incluindo-se os altos riscos de natimortalidade, defeitos congênitos e deficiências mentais⁴⁸.

5.4.2 Pacientes adolescentes

Em 2005, os adolescentes do sexo masculino apresentavam maiores prevalências de consumo do tabaco quando comparados com a população feminina da mesma idade. Na faixa etária de 12 a 17 anos, 15,2% fizeram uso de tabaco, sendo que 2,9% usavam habitualmente. Quanto à idade de iniciação ao tabaco, a média etária foi de 12,8 anos, comprovando o uso precoce da droga⁴⁹. Observe a tabela 1 das tabelas complementares em anexo.

Comparado àqueles que fumam após os 20 anos, os jovens que fumam aos 14 anos desenvolvem dependência da nicotina de modo mais intenso. Os adolescentes têm duas vezes maior dificuldade de abandonar o cigarro, pois a síndrome de abstinência é alta comparada aos adultos⁵⁰.

Em uma revisão sistemática com 24 estudos envolvendo mais de 5 mil jovens, abordaram entre as terapias, a cognitivo-comportamental com aprimoramento, a

bupropiona e a TRN. Concluindo-se que as abordagens complexas foram mais eficazes comparadas ao uso de fármacos⁵¹.

Em outra revisão sistemática que abordou as intervenções comunitárias para a prevenção do fumo em jovens, 25 estudos foram incluídos na revisão, sendo que todos os estudos utilizaram um desenho experimental controlado, 15 delas utilizaram a atribuição aleatória de escolas ou comunidades. Apenas um estudo relatou uma redução na prevalência do tabagismo de curto prazo (12 meses ou menos), enquanto nove estudos detectaram efeitos significativos em longo prazo. Assim, há uma evidência, mas não muito forte, para apoiar a eficácia das intervenções comunitárias na redução do consumo de tabaco nos jovens⁵².

Na Europa tem sido implementado a competição de classe antifumo (Smoke free Class Competition ou SFC). Nesta competição, as salas de aulas com os jovens entre 11 a 14 anos de idade se comprometem à proibição do fumo por um período de seis meses. Se 90% ou mais da sala não fumou no final dos seis meses, a classe entra em uma competição para ganhar prêmios⁵³.

No Brasil existe o Saber Saúde que inclui a capacitação de professores para inclusão de discussão sobre o tema tabagismo no currículo escolar como forma de prevenir a iniciação, tornar a escola livre de fumo, promover a cessação do tabagismo, juntamente com outros temas de promoção de estilo de vida saudáveis⁵⁴.

A abordagem que tem se mostrado mais eficaz para os adolescentes tem sido o aconselhamento com o envolvimento de esforços para aumentar a motivação ao abandono do tabagismo, estabelecendo metas, treinamento de habilidades para solução de problemas e prevenção de recaída⁵⁵.

5.4.2 Álcool e tabagismo

A prevalência da dependência da nicotina é bastante elevada entre as pessoas dependentes químicas de álcool⁵⁶.

Sabe-se também que o uso combinado de álcool e tabaco aumenta o risco de câncer na faringe e na laringe supraglótica⁵⁷.

Quando alcoolistas param de beber, há um aumento neuronal dos receptores GABA_A, resultando em aumento de sintomas. O fumo reduz uma regulação positiva dos receptores do GABA_A, reduzindo a severidade da retirada do álcool⁵⁸.

Para tratar tabagistas dependentes de álcool ou qualquer outra droga a abordagem cognitivo-comportamental deve ser intensa e com a orientação de técnicas especializadas

no tratamento de droga dependente. Os êxitos quanto à cessação de fumar, são geralmente precários, é importante tratar cada caso adequadamente¹².

5.4.3 Pacientes com psicopatias

Pacientes com psicopatias fumam de duas a três vezes a taxa da população em geral, além das intervenções de cessação para esta população serem escassas a maioria dos estudos de cessação excluem as pessoas com doença mental grave⁶¹. Entretanto, cerca de metade dos fumantes com problemas de saúde mental no Reino Unido expressaram o desejo de parar de fumar⁶².

5.4.4.1 Transtorno do pânico (TP)

Há uma relação positiva entre tabagismo e transtorno de pânico. Em um estudo, de 73 pacientes que eram fumantes no início do TP, 57 (78%) relataram que esse transtorno influenciou o seu comportamento tabagista: 11 (19%) afirmaram que fumaram mais devido ao TP, 31 (55%) afirmaram que reduziram o fumo por essa razão, e 15 (26%) tinham parado de fumar por causa do TP. A conclusão foi de que em pacientes com TP, a motivação para mudança do hábito de tabagismo é elevada⁵⁹.

5.4.4.2 Esquizofrenia

Em uma revisão sistemática, vinte trabalhos foram analisados em relação à terapia cognitiva-comportamental e pacientes esquizofrênicos. Os autores concluíram que não há uma vantagem clara e convincente para a terapia cognitivo-comportamental em relação a pacientes com esquizofrenia⁶⁰.

Entretanto, há o aumento das taxas de cessação quando com combinações de medicamentos, intervenções psicossociais e integração do tratamento em atendimento global, planejando os riscos de recaída⁶³.

Para estes pacientes, os tratamentos para a nicotina-dependência podem ser:

- a) Reposição de nicotina: mostra-se eficaz, mas menos comparada à população em geral.
- b) Bupropiona contribui para reduzir o tabagismo e não piora os sintomas clínicos
- c) Combinação da TRN e do tratamento com bupropiona é eficaz na abstinência
- d) Medicação combinada e terapia cognitiva-comportamental

- e) TRN e antipsicóticos são eficazes, há melhora na abstinência⁶³.

5.4.4.3 Transtornos depressivos

Para estes tipos de pacientes, podem seguir os seguintes tratamentos:

- a) TRN pode dobrar as taxas de cessação e diminuir a depressão.
- b) Bupropiona é eficaz para a prevenção de recaída para os fumantes com e sem história de depressão maior
- c) Estratégias psicológicas e estilo de vida alteram a regulação do humor e acima
- d) Abordagens psicológicas estruturadas para a cessação de fumar adicionado aos benefícios de antidepressivos e TRN particularmente para fumantes com alta dependência da nicotina e com repetidos episódios de depressão maior
- e) A terapia cognitiva-comportamental dobra as taxas de abstinência em um ensaio de fumantes com depressão recorrente
- f) O aumento das taxas de cessação para aqueles que estão tratando a depressão ocorreu por meio de aconselhamento informatizado motivacional⁶³.

5.5 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

É uma abordagem que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. Os componentes principais dessa abordagem envolvem tanto a detecção de situações de risco de recaída quanto o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento do problema. Dentre as várias estratégias empregadas nesse tipo de abordagem temos: a automonitoração, o controle de estímulos e o emprego de técnicas de relaxamento. Essa abordagem ensina o indivíduo como escapar do ciclo vicioso da dependência, usando o estímulo ao autocontrole ou automanejo⁵.

5.5.1 Técnica de abordagem breve/mínima (PAAP)

O aconselhamento mínimo é realizado em qualquer lugar onde haja um profissional da saúde⁵. Pode ser realizado por qualquer um deles, podendo ser durante 3 min em uma consulta usual. Os fumantes mais indicados para esta abordagem são aqueles com pontuação de zero a três e muitos com pontuação até quatro ou mesmo cinco da tabela de Fagerström, totalizando 30% a 40%, sendo aqueles que conseguem abandonar o tabaco, desde que alertados e aconselhados por profissionais da saúde. Essa terapia consiste em perguntar, avaliar, aconselhar e preparar o fumante para que deixe de fumar, sem haver acompanhamento nesse processo. Este tipo de abordagem beneficia grande número de fumantes, sendo um instrumento de cessação que traz resultados positivos, mesmo não sendo a forma ideal de atendimento⁶⁴.

Nos Estados Unidos, 100 mil médicos receberam um manual de técnica antitabagista e efetuaram aconselhamento de seus pacientes por 3 min em suas consultas. O resultado foi que alguns médicos conseguiram 30% de êxito com os pacientes. Se apenas metade dos médicos americanos fizessem essa abordagem em cada um de seus pacientes fumantes, estima-se que o sucesso seria de 10%, significando 4,5 milhões de novos ex-fumantes⁶⁵.

Em um estudo, analisaram-se os serviços de telefonia para cessação de tabagismo os quais podem fornecer informações e apoio para os fumantes. Neste artigo observou-se que quanto menor a quantidade de ligações, menor será a probabilidade para fornecer um benefício mensurável, como uma a duas ligações breves. Já três ou mais chamadas podem aumentar as chances de cessar o fumo, comparando-se com um mínimo de intervenção, tais como o fornecimento de materiais padrão de autoajuda, o aconselhamento breve, ou em comparação com a farmacoterapia sozinha⁷⁰.

5.5.2 Técnica de abordagem básica (PAAPA)

Esta técnica é indicada a todos os fumantes, consistindo em todos os passos da técnica breve, entretanto, há o acompanhamento de um profissional da saúde e a abordagem dura no mínimo 3 minutos a no máximo 5 minutos durante uma consulta de rotina. A técnica de abordagem básica é mais recomendada do que a breve devido à existência de acompanhamento, bastante importante na fase em que o paciente esteja em abstinência⁶⁴. A padronização recomendada da técnica de abordagem cognitivo comportamental, dita anteriormente, é conhecida pela sigla PAAPA – Perguntar, Avaliar, Aconselhar, Preparar, Acompanhar.

- a) Perguntar e Avaliar: são seis perguntas que, em geral, permitem avaliar o grau de dependência à nicotina e a motivação para deixar de fumar. Entre as perguntas estão o questionamento do número de cigarros fumados ao dia, o tempo desde o despertar até o acender o primeiro cigarro e se já tentou para de fumar.
- b) Aconselhar e Preparar: o aconselhamento para parar de fumar varia de acordo com avaliação das respostas às perguntas antes realizadas. Os tabagistas, que ainda não se sentem dispostos a parar nos próximos 30 dias, devem ser estimulados a pensar na decisão. Já aqueles decididos a parar de fumar devem ser ajudados, com a marcação da data, o esclarecimento das dificuldades como os sintomas desagradáveis que surgirão com o abandono do tabaco e sendo aconselhado o afastamento de hábitos associados ao fumo como ingerir café, álcool e situações de estresse, além de evitar ambientes que estimulam o uso de fumo.
- c) Acompanhar: o ideal é que todos os fumantes, em fase de cessação de fumar, sejam acompanhados com consultas de retorno. Os intervalos entre as consultas e o número destas variam com as necessidades de cada caso, ficando a critério do profissional⁵.

Assim, o aconselhamento mínimo é realizado em qualquer lugar que haja um profissional de saúde, sendo rápido e sumário e a abordagem básica é realizada em serviços específicos, pois dependendo da natureza dos casos exige um tempo maior de intervenção e de equipes de técnicos, como os médicos, enfermeiros, psicólogos...¹².

5.5.2 Técnica de abordagem intensiva /específica

A abordagem específica ou intensiva foi desenvolvida para tabagistas com maiores dificuldades de cessação do tabaco. É um serviço específico de atendimento, podendo ser individual ou em grupo e o número de sessões e seu tempo variam de acordo com cada situação. Entretanto, o inconveniente do atendimento em grupo é a diversidade, inclusive genética, de cada caso, a exigir intervenção adequada conforme a avaliação⁵.

Desde o primeiro momento em que um profissional da saúde aborda a importância de se parar de fumar até a manutenção de um ex-fumante, ocorrem vários estágios dinâmicos em que o paciente pode se apresentar e ir desenvolvendo:

- a) Pré-contemplação: o indivíduo não tem intenção de tomar decisões em relação à mudança de comportamento, frente a uma situação de risco. Na maioria dos casos, nesse estágio, os dependentes de nicotina não consideram a possibilidade de deixar de fumar, nem se preocupam com essa questão. Para eles, há mais prós do que contras no ato de fumar e negam os malefícios do tabaco à saúde.
- b) Contemplação: os fumantes têm consciência do risco que sofrem e possuem intenção de modificar seu comportamento, mas ainda não marcaram uma data para tais decisões. Nessa fase, geralmente, o fumante admite que o tabagismo é um problema e planeja seriamente deixar de fumar nos próximos 6 meses, ele encontra um pouco mais contras do que prós no ato de fumar, mas na dúvida não para de fumar. A fase de contemplação pode demorar apenas minutos ou se estender por anos
- c) Preparação para a ação: o fumante marca a data para iniciar o abandono do cigarro. Neste momento, o pensamento dele é de procurar soluções para o problema e dispõe-se a planejar a mudança de comportamento, passa a considerar seriamente a necessidade de parar de fumar e firma consigo o compromisso de fazê-lo.
- d) Ação: o tabagista toma as medidas necessárias para a decisão firme e final, deixando de fumar. O tempo e a vontade para a tomada da decisão definitiva do abandono do tabaco varia consideravelmente.
- e) Manutenção: exterioriza-se a decisão de não fumar e o comportamento para sua manutenção é extremamente variável. Muitos hábitos devem ser mudados, e a dificuldade de modificá-los está estreitamente ligada à dependência¹².

Em um estudo realizado no hospital de Clínicas de Campinas, São Paulo, 171 tabagistas foram avaliados no Grupo Terapêutico no período de fevereiro de 2004 a fevereiro de 2007. Durante este período, 614 fumantes compareceram ao Grupo Motivacional que era um grupo aberto, de acesso direto (sem necessidade de encaminhamento formal), cujas reuniões eram realizadas semanalmente por profissionais da equipe do ambulatório, incluindo psiquiatra, pneumologista, dentista, enfermeira, assistente social até psicólogo ou terapeuta ocupacional e que foi observado por alunos de medicina, residentes de psiquiatria, neurologia e saúde da família, além de profissionais da rede pública de saúde. O grupo tinha duração de uma hora e nele foram discutidas as dificuldades de parar de fumar, mecanismos relacionados à dependência da nicotina, barreiras à cessação e alternativas de tratamento, além de propor estratégias para reconhecimento de fatores de motivação pessoais para a cessação do tabagismo. Destas 614 pessoas, 171 participaram do Grupo Terapêutico semanalmente com uma hora e meia de duração, sendo coordenado por um terapeuta e um coterapeuta totalizando uma média de oito sessões semanais. Após, o paciente era convidado a comparecer mensalmente ao Grupo de Motivação até completar um ano da interrupção do tabagismo. Os resultados mostraram uma taxa de cessação (79%) e principalmente de manutenção da cessação de 62% após 25 meses. Muito importante ressaltar que os tabagistas incluídos neste estudo haviam sido submetidos a algumas sessões motivacionais (média de seis) contribuindo para a elevada taxa de participantes já em estágio de ação otimizando a resposta, principalmente porque a disponibilidade e o uso de terapia de reposição de nicotina e antidepressivos foram inconstantes. Diante disto, o estudo sugeriu que a inclusão e ampliação de estratégias motivacionais devam ser consideradas no processo que antecede a tentativa de cessação, principalmente em serviços públicos de saúde, com limitações na disponibilidade de fármacos⁶⁶.

Em uma revisão sistemática, em que foram analisados ensaios clínicos randomizados de cessação de tabagismo com intervenções, concluiu-se que as intervenções comportamentais intensivas, incluindo individual, em grupo e aconselhamento por telefone, aumentaram significativamente a abstinência do fumo em pessoas motivadas para parar de fumar⁶⁷.

Em outra revisão sistemática, em que foram considerados ensaios clínicos randomizados que compararam a terapia de grupo com autoajuda, aconselhamento individual e outra intervenção ou sem intervenção, observou-se que a terapia em grupo é

melhor para ajudar as pessoas a parar de fumar do que a autoajuda e outras intervenções menos intensivas. Não houve evidências suficientes para avaliar se os grupos são mais eficazes ou de melhor custo-benefício que o aconselhamento intensivo individual⁶⁸.

5.6 ABORDAGEM DO CIRURGIÃO-DENTISTA AO PACIENTE FUMANTE

O tabagismo é o principal fator de risco para o carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço. Tal risco é correlacionado com a intensidade e duração do hábito de fumar. O cigarro contém nitrosaminas e hidrocarbonetos policíclicos carcinogênicos genotóxicos que podem aumentar o risco de doença. Tais elementos podem alterar o perfil molecular dos indivíduos e causar mutações genéticas⁷⁸. O câncer de boca também tem uma das menores taxas de sobrevivência, que permanecem inalteradas, apesar dos avanços terapêuticos recentes, principalmente por causa da apresentação tardia da doença devido aos atrasos no diagnóstico (período decorrido desde o primeiro sintoma até o diagnóstico definitivo). Praticamente metade dos cânceres bucais é diagnosticada em estágios avançados⁷⁹. O papel do cirurgião-dentista é fundamental no diagnóstico precoce do câncer bucal, além de também atuar como um profissional de saúde participando ativamente das terapias antitabagistas.

O tabagismo é o fator de risco ambiental mais importante para a periodontite. Em um estudo em que se comparou o periodontista com o dentista clínico geral, observou-se quais seriam as barreiras existentes para um paciente fumante aderir a um tratamento para cessar o fumo. Para ambos os grupos, a resistência do paciente frente ao tratamento antitabagista foi identificado como uma das maiores dificuldades na abordagem com o paciente fumante. Em segundo lugar, para os periodontistas, ficou a preocupação com a adesão do paciente para a realização de atividades de cessação ao tabagismo. A quantidade de tempo necessária para o tratamento foi classificada como intermediária no ordenamento hierárquico das barreiras, tanto para o periodontista como para o dentista clínico geral⁷¹.

Em outro estudo em que foram analisados 14 estudos de ensaios clínicos, foi observado que a intervenção comportamental para a cessação do tabaco realizado por profissionais de saúde bucal incorporando concomitantemente com o exame oral realizado no consultório ou na comunidade pode aumentar as taxas de abstinência do tabaco entre os fumantes e usuários de tabaco sem fumaça. O aconselhamento comportamental (tipicamente breve), em combinação com o exame oral foi um componente de intervenção consistente, que também foi realizado em alguns grupos de controle⁷².

Na cidade de Bangalore, na Índia, realizaram um estudo com cem cirurgiões-dentistas. Foi aplicado um questionário autoadministrado antes de um programa de sensibilização sobre a dependência da nicotina. Todos os cirurgiões-dentistas relataram a

necessidade de aumentar a sensibilização sobre a questão do tabaco, especialmente entre os profissionais de saúde. Apenas 33% sabiam que a nicotina é a droga mais viciante e o conhecimento que tinham era pobre sobre a ação farmacológica, bem como sobre os métodos não farmacológicos de tratamento da dependência da nicotina. Destes cem cirurgiões-dentistas apenas 52% questionavam todos os seus pacientes sobre o uso do tabaco, enquanto apenas 36% mantiveram registros sobre esta questão. No entanto, quase todos os cirurgiões-dentistas concordaram que deve haver uma proibição de uso público do tabaco⁷³.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos achados na literatura, pode-se concluir que as terapias cognitivo-comportamentais são base do tratamento de um fumante. A partir delas e analisando o nível de dependência de nicotina do indivíduo, pode-se optar pela TRN ou terapia medicamentosa associada ou não com terapia cognitivo-comportamental.

Para aqueles pacientes considerados especiais, como as gestantes, são necessárias uma abordagem com a terapia cognitivo-comportamental visto que durante a gestação não se pode utilizar medicação indicada para a cessação do tabaco. Com os adolescentes fumantes há necessidade de um manejo especial, pois é uma fase da vida em que não há a sensação de medo e a abstinência ocorre de maneira intensa. Já com os pacientes alcoolistas que fumam, o cigarro ameniza a abstinência da bebida alcoólica, necessitando de abordagem específica para cada situação.

O cirurgião-dentista assume um importante papel como profissional da área da saúde nas terapias antitabagismo, podendo contribuir de maneira significativa, orientando e incentivando seus pacientes na cessação do fumo.

A eliminação da dependência química do tabaco pode contribuir para a qualidade de vida dos pacientes, melhorando as condições de saúde bucal e diminuindo a incidência de doenças bucais relacionadas ao fumo.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. World no-tobacco day. Tobacco and poverty: a vicious circle. Brasília; 2004
- 2 Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo: dados e números. [Internet]. São Paulo; [2004]. [acesso em 2012 nov. 10]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>
- 3 Organização Mundial da Saúde. Relatório do biénio 2008-2009. Promoção da saúde e redução dos fatores de risco associados ao uso do tabaco, álcool, drogas e de outras substâncias psicoativas. Moçambique. P. 43.
- 4 Secretan B, Straif K, Baan R, Groose Y, El Ghissassi F, Bouvard V et al. A review of human carcinogens – Part E: tobacco, arena nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *Lancet Oncol.* 2009; 10: 1033-4.
- 5 Organização Mundial da Saúde. CID-10. [Internet]. Brasília; 1998. [Acesso em 2013 março 23]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/download.htm>
- 6 Instituto Nacional do Câncer. Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001. Rio de Janeiro; 2001.
- 7 Organização Mundial da Saúde. Gender, health and tobacco. [Internet]. Geneva; 2003. [acesso em 2013 março 21]. Disponível em: http://www.who.int/gender/documents/Gender_Tobacco_2.pdf
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância para fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. [Internet]. Brasília; 2012. [acesso em 2013 março 23]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Abr/10/vigitel_100412.pdf
- 9 Instituto Nacional do Câncer. Prevalência do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro; 2004.
- 10 Instituto Nacional do Câncer. A situação do tabaco no Brasil: dados dos inquéritos do sistema internacional de vigilância do tabagismo da organização mundial da saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro; 2011.
- 11 Epidemiologia e Serviços da Saúde. Rev. do Sistema Único de Saúde. 2011 out/dez; 20(4): 1-164.
- 12 Rosenberg J. Nicotina: droga universal. Rio de Janeiro: Inca; 2004.
- 13 West R, Shiffman S. Effect of oral nicotine dosing forms on cigarette withdrawal symptoms and craving: a systematic review. *Psycho pharmacology Berl.* 2001; 155:115-22.

- 14 Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NiquitinTM. [Internet]. Rio de Janeiro; [2003]. [acesso em 2013 abril 06].
Disponível em:
[http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM\[26511-1-0\]. PDF](http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM[26511-1-0].PDF)
- 15 Marlow SP, Stoller JK. Smoking cessation. *Respir Care* 2003; 48:1238-54.
- 16 Rosemberg, AMA. Tabagismo e a mulher. *Jovem Médico*. 2001; 1:42.
- 17 Stead LF, Pereira R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2012 Nov; 11. doi: 10.1002/14651858.
- 18 Stead LF, Lancaster T. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. *Cochrane Database of Syst Rev*, 2007.
19. Molander L, Lunell E, Fagerström KO. Reduction of tobacco withdrawal symptoms with a sublingual nicotine tablet: a placebo controlled study. *Nicotine Tob Res*. 2000 May; 2(2):187-91.
20. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, Belisle P, Mottillo S, Joseph L, Gervais A, O'Loughlin J, Paradis G, Rinfret S, Pilote L, . Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Canadian Medical Association Journal* 2008; 179(2):135-144.
21. Hughes JR, Stead F, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2007 Jan 24; 1. DOI: 10.1002/14651858
22. Cinciripini PM et al. Effects of varenicline and bupropion sustained-release use plus intensive smoking cessation counseling on prolonged abstinence from smoking and on depression, negative affect, and other symptoms of nicotine withdrawal. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70(5):1-12.
23. Batra A. Treatment of tobacco dependence. *Dtsch Arztebl Int*. 2011 Aug; 108(33): 555–64.
24. Goldstein MG. Bupropion sustained release and smoking cessation. *J Clin Psychiatry*; 1998; 59:66-72.
25. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2012; 08. DOI: 10.1002/14651858.
26. Gourlays G, Stead LF, Benowitz N. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; 3:CD000058.
27. Gray JN, Breland AB, Weaver M, Eissenberg T. Potential reduced exposure products (PREPs) for smokeless tobacco users: clinical evaluation methodology. *Nicotine Tob Res*. 2008 Sep; 10(9): 1441–48.

28. Niaura et al., Multicenter trial of fluoxetine as an adjunct to behavioral smoking cessation treatment. *J Consul Clin Psychol.* 2002; v. 70, No. 4, 887–96.
29. Killen JD, Fortmann SP, Schatzberg AF, Hayward C, Sussman L, Rothman M, Strausberg L, Varady A. Nicotine patch and paroxetine for smoking cessation. *J Consult Clin Psychol.* 2000 Oct; 68(5):883-9.
30. Covey LS, Glasmann AH, Stetner F, Rivelli S, Stage K. A randomized trial of sertraline as a cessation aid for smokers with a history of major depression. *Am J Psychiatry.* 2002 Oct; 159(10):1731-7.
31. Carrão JL, Moreira LB, Fuchs FD. The efficacy of the combination of sertraline with buspirone for smoking cessation. A randomized clinical trial in non depressed smokers. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2007 Oct; 257(7):383-8.
32. Kahn *et. al.*, Selegiline transdermal system (sts) as an aid for smoking cessation. *Nicotine Tob Res.* 2012; 14(3):377–382.
33. Killen JD, Fortmann SP, Murphy Jr GM, Hayard C, Fong D, Lowental K, Bryson SW, Killen DT, Schatzberg AF. Failure to improve cigarette smoking abstinence with transdermal selegiline + cognitive behavior therapy. *Addiction.* 2010 Sep; 105(9):1660-8.
34. Berlin I, Aunbon HJ, Pedarriosse AM, Rames A, Lancrenon S, LagrueG. Lazabemide, a selective, reversible monoamine oxidase B inhibitor, as an aid to smoking cessation. *Addiction.* 2002 Oct; 97(10):1347-54.
35. Hitsman B, Spring B, Pingitore R, Mumafó M, Hedeker D. Effect of tryptophan depletion on the attentional salience of smoking cues. *Psychopharmacology (Berl).* 2007 June; 192(3):317-24.
36. Nowakolska E, Kus K, Florek E, Czubak A, Jodynis-liebert . The influence of tobacco smoke and nicotine on antidepressant and memory-improving effects of venlafaxine. *Hum ExpToxicol.*2006 Apr; 25(4):199-209.
37. Cinciripini PM et al. Combined effects of venlafaxine, nicotine replacement, and brief counseling on smoking cessation. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2005 Nov; 13(4):282-92.
38. Ruedeberg C, Wiesmann UN, Brattstroem A, Honegger UE. *Hypericum perforatum* L. (St John's wort) extract Ze 117 inhibits dopamine re-uptake in rat striatal brain slices. An implication for use in smoking cessation treatment? Department of Pharmacology, University of Bern, Bern, Switzerland. *Phytother Res.* 2010 Feb; 24(2):249-51.
39. Centre for Human Psychopharmacology. The neurocognitive effects of hypericum perforatum special extract (ze 117) during smoking cessation. [Internet]. Melbourne, Australia. 2012. [acesso em 2013 maio 12]. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23280675
40. Farid P, Abate MA. Buspirone use for smoking cessation. School of Pharmacy, West Virginia University, Morgantown, USA. *Ann Pharmacother.* 1998 Dec; 32(12):1362-4.

41. Rose JE, Behm FM. Nicotine-mecamylamine treatment for smoking cessation. The role of pre-cessation therapy. *Exp Clin Psychopharmacol*. 1998 Aug; 6(3):331-43.
42. Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2012; 8. doi: 10.1002/14651858.
43. Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2012 Feb 15; 2: doi: 10.1002/14651858CD000124.
44. Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2012 Sep 12; 9. doi: 10.1002/14651858.
45. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2012; 08. doi: 10.1002/14651858.
46. Barnes J, Dong CY, Mc Robbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2010 Oct 6; 10. doi: 10.1002/14651858
47. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Intervention for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane database of Syst rev*. 2009 Jul 8; 3. doi: 10.1002/14651858.
48. Lancaster T, Stead L, Silgay C, et al. *Cochrane tobacco addiction review group*. *Brit Med J*. 2000; 321:355-58.
49. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa nacional de saúde do escolar, Brasília; 2009. P. 34-60.
50. Trauth JA, Seidler FJ, Slotkin TA. An animal model of adolescent nicotine exposure: effect on gene expression and macromolecular constituents in rat brain regions. *Bras Res*. 2000; 867:29.
51. Grimshaw G, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane database of Syst Rev*. 2006 Oct 18; 4.CD003289.
52. Carson KV, Brinn MP, Labiszewski NA, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2011 July 6; 7. doi: 10.1002/14651858.
53. Johnston V, Liberato S, Thomas D. Incentives for preventing smoking in children and adolescents. 2012 Oct 17; 10. doi: 10.1002/14651858.
54. Instituto nacional do Câncer. Tabagismo: um grave problema de saúde pública. Rio de Janeiro; 2007; 1:13.

55. Associação Médica Brasileira, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Tabagismo. [Internet]. São Paulo; 2011. [Acesso em 2013 maio 19]. Disponível em: www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf
56. Grant BF, Hasin DS, Chow SP, Stinson FS, Dawson DA. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2004; 61:1107-15.
57. Instituto Nacional do Câncer. Alcoolismo. [Internet]. Rio de Janeiro; 2013. [acesso em 2013 maio 12]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=14.
58. Dani JA, Harris RA. Nicotine addiction and comorbidity with alcohol abuse and mental illness. *Nat Neurosci*. 2005; 8:1465-70.
59. Amering M, Bankier B, Berger P, Griengl H, Windhabe J, Katsching H. Panic disorder and cigarette smoking behavior. *Compr Psychiatry*. 1999; 4:35-8.
60. Jones C, Hacker D, Meaden A, Cormac I, Irving CB. Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Apr 18; 4. doi: 10.1002/14651858.
61. Gallagher SM, Penn PE, Schindler E, Layne W. A comparison of smoking cessation treatments for persons with schizophrenia and other serious mental illnesses. *J Psychoactive Drugs*. 2007; 39(4): 487-97.
62. Jochelson K, Majrowski B. Clearing the air. Debating smoke-free policies in psychiatric units. [S.l.]: King's Fund. 2006:1-23.
63. Champion J, Checinski K, Nurse J. Review of smoking cessation treatments for people with mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2008; 14:208–216.
64. Universidade Estadual de São Paulo. Abordagem do tratamento ao fumante. [Internet]. São Paulo; 2003. [acesso em 2013 maio 19]. Disponível em: http://www.emv.fmb.unesp.br/material_estudo/pneumologia/abordagem_trat_fumante/fumantes.asp#paap.
65. Orleans CT et al. Minimal contact clinical quit smoking strategies for medical setting. *Nicotine Addiction: Principles and management*. Ed. Orleans CT. Slade JS. N York. 2008; 10 (145): 181-83.
66. Azevedo RCS et al. Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. *Rev Assoc Med Bras* 2009; 55(5): 593-6.
67. Mottillo S, Filion KB, Belisle P, Joseph L, Gervais A, O'Loughlin J, Paradis G, Pihl R, Pilote L, Rinfret S, Tremblay M, Eisenberg MJ, . Behavioural interventions for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Heart J* 2009; 30(6):718-30.
68. Stead LF, Lancaster T. Group behavior therapy programmers for smoking cessation. *Cochrane Database of Syst*. 2005 Apr 18; 2:CD001007.

69. Ussher MH, Taylor A, Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2012 Jan 18; 1.CD002295. doi: 10.1002/14651858.
70. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counseling for smoking cessation. 2006 Jul 19; 3. CD002850.
71. Kunzel C, Lalla E, Lamster I B. Management of the Patient Who Smokes and the Diabetic Patient in the Dental Office. *J Periodontol* 2006; 77: 331- 40.
72. Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database of Syst Rev* 2012; 09. DOI: 10.1002/14651858.
73. Saddichha S, Rekha DP, Patil BK, Murthy P, Benegal V, Isaac MK. Knowledge, Attitude and Practices of Indian Dental Surgeons Towards Tobacco Control: Advances towards Prevention. *Asian Pacific J Cancer Prev*.2010; 11(4): 939-42.
74. Pfizer. Champix®. [Internet]. Illertissen, Alemanha; 2008. [acesso em 2013 junho 09]. Disponível em: <http://www.pfizer.com.br/arquivoPdf/Champix.pdf>
75. Biosintética. Cloridrato de fluoxetina. [Internet]. São Paulo; 2012. [acesso em 2013 junho 09]. Disponível em: http://www.ache.com.br/Downloads/LeafletText/70/BU_CLOR_FLUOXETINA_MAR2012.pdf
76. Nova Química. Cloridrato de paroxetina. [Internet]. São Paulo; 2012. [acesso em 2013 junho 09]. Disponível em: <http://www.novaquimicafarma.com.br/site/arquivos/bulas/Cloridrato%20paroxetina%20comp%20rev%20-%20B300106%200811.pdf>
77. Biosintética. Cloridrato de sertralina. Tolrest®. [Internet]. São Paulo; 2012. [acesso em 2013 junho 09]. Disponível em: [http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM\[25391-1-0\].PDF](http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM[25391-1-0].PDF)
78. Torrente MC, Rodrigo JP, Haigentz M Jr, Dikkers FG, Rinaldo A, Takes RP, et al. Human papillomavirus infections in laryngeal cancer. *Head Neck*. 2011; 33(4):581-6.
79. Seoane-Lestón J. Knowledge of oral cancer and preventive attitudes of Spanish dentists: primary effects of a pilot educational intervention. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*. 2010 May 1; 15 (3): 422-6.

ANEXO – TABELAS COMPLEMENTARES

Tabela 1 - Mostra o percentual de escolares no 9º ano do ensino fundamental que experimentaram cigarro alguma vez, por sexo e dependência administrativa da escola, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo os municípios das capitais e do Distrito Federal. Com destaque à cidade de Porto Alegre.

Municípios das capitais e Distrito Federal	Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que experimentaram cigarro alguma vez (%)														
	Total			Sexo						Dependência administrativa da escola					
				Feminino			Masculino			Privada			Pública		
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%	
		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior
Total	24,2	23,6	24,8	24,0	23,2	24,8	24,4	23,5	25,2	18,3	17,2	19,3	25,7	25,0	26,4
Porto Velho	26,3	24,3	28,3	24,6	22,0	27,3	28,5	25,4	31,6	18,0	13,7	22,3	28,2	25,9	30,4
Rio Branco	26,7	24,6	28,8	28,0	25,1	31,0	25,1	22,1	28,2	23,9	18,6	29,3	27,2	24,8	29,5
Manaus	24,4	22,1	26,6	21,8	18,8	24,8	27,2	23,9	30,6	23,5	17,4	29,5	24,5	22,1	26,9
Boa Vista	28,4	26,2	30,6	25,4	22,5	28,3	31,8	28,5	35,0	22,1	15,6	28,7	28,9	26,6	31,2
Belém	22,5	20,5	24,5	20,0	17,4	22,5	25,4	22,4	28,4	17,9	14,5	21,2	23,9	21,5	26,2
Macapá	24,8	23,0	26,6	21,0	18,7	23,3	29,3	26,5	32,1	16,2	10,3	22,0	25,5	23,7	27,4
Palmas	23,4	21,2	25,5	20,1	17,3	22,9	27,2	23,8	30,6	20,4	15,2	25,5	23,8	21,4	26,2
São Luis	22,6	20,9	24,3	20,3	18,1	22,5	25,4	22,9	28,0	19,2	16,0	22,4	23,6	21,7	25,5
Teresina	22,7	21,0	24,5	20,0	17,6	22,3	25,9	23,2	28,6	17,2	14,3	20,0	25,6	23,3	27,8
Fortaleza	21,3	19,4	23,1	19,1	16,7	21,6	23,8	20,9	26,6	12,3	10,1	14,6	25,1	22,6	27,5
Natal	20,5	18,7	22,2	18,0	15,7	20,2	23,4	20,7	26,1	15,3	12,7	17,9	23,6	21,3	25,9
João Pessoa	23,6	21,6	25,5	19,9	17,4	22,4	27,9	24,9	30,9	16,8	12,9	20,6	25,2	23,0	27,4
Recife	24,4	22,5	26,2	22,9	20,5	25,3	26,0	23,3	28,8	18,6	15,8	21,5	26,5	24,2	28,7
Maceió	18,5	16,5	20,5	17,9	15,4	20,5	19,3	16,0	22,5	13,9	11,1	16,7	20,3	17,7	22,8

Aracaju	22,7	20,8	24,6	21,3	18,8	23,7	24,6	21,7	27,5	16,3	13,8	18,9	25,9	23,4	28,5
Salvador	20,4	18,6	22,2	20,7	18,2	23,1	20,0	17,3	22,8	15,2	11,3	19,1	21,3	19,3	23,3
Belo Horizonte	25,4	23,6	27,1	26,0	23,6	28,4	24,7	22,1	27,2	19,0	15,6	22,3	26,8	24,8	28,8
Vitória	20,2	18,5	22,0	18,6	16,2	21,0	21,9	19,3	24,5	13,8	11,0	16,6	24,2	21,9	26,4
Rio de Janeiro	21,5	19,9	23,1	23,2	21,0	25,5	19,6	17,3	21,9	17,2	14,1	20,3	22,9	21,0	24,7
São Paulo	24,2	22,5	26,0	25,5	23,0	28,0	23,0	20,6	25,4	20,0	16,3	23,7	25,1	23,1	27,0
Curitiba	35,0	33,0	37,0	36,5	33,8	39,3	33,3	30,4	36,1	24,4	20,1	28,6	37,2	34,9	39,4
Florianópolis	23,2	21,3	25,0	22,1	19,6	24,6	24,3	21,6	26,9	11,5	8,8	14,3	26,7	24,5	29,0
Porto Alegre	29,6	27,3	32,0	31,2	27,9	34,5	28,0	24,6	31,4	19,6	15,8	23,4	33,4	30,5	36,3
Campo Grande	32,7	30,6	34,8	32,7	29,8	35,6	32,7	29,7	35,8	24,5	19,7	29,2	34,2	31,9	36,5
Cuiabá	27,4	25,2	29,6	25,9	23,0	28,8	29,1	25,9	32,3	21,9	17,4	26,4	28,5	26,0	30,9
Goiânia	25,6	24,0	27,3	22,8	20,5	25,1	28,6	26,2	31,0	21,1	18,3	23,8	27,6	25,5	29,6
Distrito Federal	25,5	23,8	27,2	25,3	23,1	27,6	25,7	23,2	28,3	20,3	17,2	23,3	27,1	25,2	29,1

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisa, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009.

Tabela 2 - Pessoas de 15 anos ou mais de idade que fumavam algum produto derivado do tabaco, por produto do tabaco fumado, segundo algumas características socioeconômicas – Brasil – 2008.

Algumas características socioeconômicas	Pessoas de 15 anos ou mais de idade que fumavam algum produto derivado do tabaco, por produto do tabaco fumado (1 000 pessoas)				
	Qualquer produto do tabaco fumado	Cigarro			Outros (2)
		Total (1)	Industrializado	De palha ou enrolado à mão	
Total (3) (4)	24 552	24 425	20 645	7 314	1 168
Sexo					
Homens	14 789	14 734	12 233	5 041	611
Mulheres	9 764	9 692	8 412	2 273	557
Grupos de idade					
15 a 24 anos	3 545	3 529	3 291	728	198
25 a 44 anos	10 324	10 303	8 999	2 734	290
45 a 64 anos	8 771	8 745	7 149	2 871	411
65 anos ou mais	1 913	1 848	1 207	982	268
Situação do domicílio					
Urbano	20 132	20 058	18 051	4 320	915
Rural	4 420	4 367	2 594	2 994	252
Grupos de anos de estudo					
Sem instrução e menos de 1 ano	4 035	3 958	2 341	2 551	322
1 a 3 anos	3 307	3 298	2 497	1 653	144
4 a 7 anos	7 132	7 125	6 254	1 927	129
8 a 10 anos	4 125	4 109	3 830	685	123
11 anos ou mais	5 905	5 888	5 674	491	448
Classes de rendimento mensal domiciliar per capita (5)					
Sem rendimento a menos de 1/4 do salário mínimo (6)	5 454	5 381	3 775	2 841	283
1/4 a menos de 1/2 salário mínimo	4 532	4 532	3 638	1 672	214
1/2 a menos de 1 salário mínimo	5 698	5 683	4 972	1 578	171
1 a menos de 2 salários mínimos	4 986	4 965	4 642	783	209
2 salários mínimos ou mais	3 181	3 169	3 013	280	240

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

Nota: Fumante corrente inclui fumante diário e fumante ocasional (menos que diariamente).

(1) Inclusive cigarros de cravo ou de Bali. (2) Inclusive Bidis ou cigarros indianos, cachimbos, charutos ou cigarrilhas, narguilé e outros produtos. (3) Inclusive as pessoas com anos de estudo indeterminados. (4) Inclusive as pessoas sem declaração de rendimento mensal domiciliar per capita. (5) Exclusive as pessoas cuja condição na unidade domiciliar era pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico. (6) Inclusive as pessoas moradoras em unidades domiciliares cujos componentes recebiam somente em benefícios.

Tabela 3 – Distribuição das pessoas de 15 anos ou mais de idade, por frequência de uso de tabaco fumado, segundo o sexo e algumas características socioeconômicas – Brasil – 2008.

Sexo e algumas características socioeconômicas	(conclusão)			
	Distribuição das pessoas de 15 anos ou mais de idade (%)			
	Total	Frequência de uso de tabaco fumado		
Diário		Ocasional	Não fumante	
Mulheres	100,0	11,5	1,6	86,9
Grupos de idade				
15 a 24 anos	100,0	5,1	1,3	93,6
25 a 44 anos	100,0	12,6	1,8	85,5
45 a 64 anos	100,0	16,3	1,7	82,0
65 anos ou mais	100,0	8,3	1,0	90,7
Situação do domicílio				
Urbano	100,0	11,5	1,6	86,9
Rural	100,0	11,9	1,5	86,5
Grupos de anos de estudo				
Sem instrução e menos de 1 ano	100,0	17,0	1,7	81,3
1 a 3 anos	100,0	16,3	1,6	82,1
4 a 7 anos	100,0	13,0	1,5	85,6
8 a 10 anos	100,0	10,7	1,8	87,5
11 anos ou mais	100,0	8,2	1,5	90,3
Cor ou raça				
Branca	100,0	10,3	1,3	88,4
Preta ou parda	100,0	12,9	1,9	85,3
Classes de rendimento mensal domiciliar per capita(1)				
Sem rendimento a menos de 1/4 do salário mínimo (2)	100,0	13,5	1,9	84,6
1/4 a menos de 1/2 salário mínimo	100,0	12,6	2,1	85,3
1/2 a menos de 1 salário mínimo	100,0	11,5	1,3	87,2
1 a menos de 2 salários mínimos	100,0	10,3	1,4	88,3
2 salários mínimos ou mais	100,0	9,6	1,4	89,0

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

(1) Exclui as pessoas cuja condição na unidade domiciliar era pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico. (2) Inclusive as pessoas moradoras em unidades domiciliares cujos componentes recebiam somente em benefícios.

Tabela 4 – Cessação do tabagismo: Percentual das pessoas de 15 anos ou mais de idade que fumavam e que fizeram alguma tentativa de parar de fumar nos 12 meses anteriores à entrevista realizada, por método utilizado para parar de fumar, segundo algumas características socioeconômicas – Brasil – 2008.

Algumas características socioeconômicas	Percentual das pessoas de 15 anos ou mais de idade que fumavam e que fizeram alguma tentativa de parar de fumar nos 12 meses anteriores à data da entrevista, por método utilizado (%)	
	Farmacoterapia	Aconselhamento
Total	6,7	15,2
Sexo		
Homens	5,5	13,7
Mulheres	8,3	17,1
Grupos de idade		
15 a 24 anos	2,5	7,1
25 a 44 anos	6,9	13,7
45 a 64 anos	8,3	20,0
65 anos ou mais	6,9	18,3
Situação do domicílio		
Urbano	7,4	15,3
Rural	3,5	14,5
Grupos de anos de estudo		
Sem instrução e menos de 1 ano	3,7	15,7
1 a 3 anos	3,6	18,4
4 a 7 anos	5,4	15,1
8 a 10 anos	7,7	14,5
11 anos ou mais	11,3	13,5
Classes de rendimento mensal domiciliar per capita (1)		
Sem rendimento a menos de 1/4 do salário mínimo (2)	4,7	15,3
1/4 a menos de 1/2 salário mínimo	3,8	17,8
1/2 a menos de 1 salário mínimo	5,7	14,6
1 a menos de 2 salários mínimos	8,0	13,3
2 salários mínimos ou mais	13,8	15,1

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

(1) Excluídas as pessoas cuja condição na unidade domiciliar era pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico. (2) Inclusive as pessoas moradoras em unidades domiciliares cujos componentes recebiam somente em benefícios

Tabela 5 – Cessação do tabagismo: Distribuição das pessoas de 15 anos ou mais de idade que fumavam por interesse em parar de fumar, segundo algumas características socioeconômicas – Brasil – 2008.

Algumas características socioeconômicas	Distribuição das pessoas de 15 anos ou mais de idade que fumavam (%)				
	Total	Interesse em parar de fumar			
		Estava planejando parar de fumar no mês seguinte ao da data da entrevista	Estava pensando em parar de fumar nos 12 meses seguintes ao da data da entrevista	Estava pensando em parar algum dia, mas não nos 12 meses seguintes ao da data da entrevista	Não estava interessado em parar de fumar
Total	100,0	7,3	11,4	33,5	47,9
Sexo					
Homens	100,0	6,8	10,8	31,5	50,8
Mulheres	100,0	8,0	12,2	38,9	42,9
Grupos de idade					
15 a 24 anos	100,0	6,5	9,4	33,8	50,3
25 a 44 anos	100,0	8,3	12,8	35,0	43,8
45 a 64 anos	100,0	6,7	11,1	33,8	48,5
65 anos ou mais	100,0	5,6	9,0	24,3	61,1
Situação do domicílio					
Urbano	100,0	6,9	11,4	34,4	47,3
Rural	100,0	8,8	11,1	29,7	50,4
Grupos de anos de estudo					
Sem instrução e menos de 1 ano	100,0	6,9	9,8	28,7	54,6
1 a 3 anos	100,0	7,3	11,1	30,8	50,8
4 a 7 anos	100,0	7,0	12,6	34,3	46,2
8 a 10 anos	100,0	7,6	9,4	35,1	48,0
11 anos ou mais	100,0	7,2	12,6	38,4	43,8
Classes de rendimento mensal domiciliar per capita (1)					
Sem rendimento a menos de 1/4 do salário mínimo (2)	100,0	5,8	11,5	31,1	51,7
1/4 a menos de 1/2 salário mínimo	100,0	9,6	10,4	32,5	47,5
1/2 a menos de 1 salário mínimo	100,0	6,1	12,2	34,9	46,9
1 a menos de 2 salários mínimos	100,0	7,3	10,4	35,3	47,1
2 salários mínimos ou mais	100,0	9,2	13,9	32,2	44,7

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

(1) Excluídas as pessoas cuja condição na unidade domiciliar era pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico. (2) Inclusive as pessoas moradoras em unidades domiciliares cujos componentes recebiam somente em benefícios.

Tabela 6 – Cessação do tabagismo: Percentual das pessoas que tentaram parar de fumar ou visitaram algum médico ou profissional de saúde nos 12 meses anteriores à data da entrevista, na população de 15 anos ou mais de idade que fumava ou que tinha parado de fumar por período inferior a 12 meses, segundo as Unidades de Federação– Brasil – 2008.

Unidades da Federação	Percentual das pessoas que tentaram parar de fumar ou visitaram algum médico ou profissional de saúde nos 12 meses anteriores à data da entrevista (%)	
	Tentaram parar de fumar	Visitaram algum médico ou profissional de saúde
Brasil	45,6	58,8
Rondônia	54,3	35,9
Acre	41,8	58,2
Amazonas	41,5	39,6
Roraima	47,2	49,2
Pará	50,7	49,6
Amapá	29,6	38,8
Tocantins	48,4	58,0
Maranhão	38,6	50,7
Piauí	47,3	60,3
Ceará	45,3	53,1
Rio Grande do Norte	47,3	56,6
Paraíba	43,3	58,5
Pernambuco	43,0	51,6
Alagoas	34,5	46,0
Sergipe	46,6	47,3
Bahia	52,2	50,0
Minas Gerais	46,4	65,4
Espírito Santo	51,4	57,4
Rio de Janeiro	41,4	57,0
São Paulo	45,2	65,8
Paraná	46,6	56,3
Santa Catarina	42,4	59,1
Rio Grande do Sul	45,0	67,4
Mato Grosso do Sul	41,4	66,2
Mato Grosso	44,9	51,3
Goiás	51,6	56,9
Distrito Federal	52,6	57,6

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

