

# BMJ Best Practice

## Abandono do hábito de fumar

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	5
Fisiopatologia	5
<b>Prevenção</b>	<b>7</b>
Prevenção primária	7
Rastreamento	7
Prevenção secundária	7
<b>Diagnóstico</b>	<b>8</b>
Caso clínico	8
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Fatores de risco	9
Anamnese e exame físico	10
Exames diagnóstico	11
Diagnóstico diferencial	12
Critérios de diagnóstico	12
<b>Tratamento</b>	<b>13</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	13
Visão geral do tratamento	20
Opções de tratamento	23
Novidades	39
<b>Acompanhamento</b>	<b>41</b>
Recomendações	41
Complicações	42
Prognóstico	43
<b>Diretrizes</b>	<b>45</b>
Diretrizes de tratamento	45
<b>Recursos online</b>	<b>47</b>
<b>Nível de evidência</b>	<b>48</b>
<b>Referências</b>	<b>50</b>
<b>Imagens</b>	<b>58</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>63</b>

## Resumo

- ◇ Pergunte: sistemas devem ser estabelecidos em cada clínica que identificam a condição de tabagismo de cada paciente e a comunicam aos médicos.
- ◇ Aconselhe: uma discussão personalizada, aberta, reflexiva e centrada no paciente deve ser oferecida sobre como o abandono do hábito de fumar pode ajudá-lo a atingir seus objetivos.
- ◇ Avalie: deve ser determinado se os pacientes estão prontos para considerar uma tentativa de parar de fumar e, se estiverem, quão confiantes eles estão em relação ao sucesso.
- ◇ Ajude: para aqueles que ainda não estiverem prontos para abandonar o hábito de fumar, devem-se manter linhas de comunicação abertas para mensagens motivacionais, de modo que eles saibam que a ajuda estará disponível quando estiverem prontos. Para aqueles que já estiverem prontos, deve-se fornecer uma relação da farmacoterapia disponível e opções de aconselhamento devem ser fornecidas. Farmacoterapia de primeira linha dobra a taxa de sucesso de uma tentativa de parar de fumar.
- ◇ Providencie acompanhamento: os pacientes devem estar conectados a um acompanhamento de aconselhamento dentro de uma semana da data em que pararam de fumar. Isto pode ser feito por meio de uma linha de aconselhamento por telefone, com aconselhamento presencial em grupo ou individual, ou com visitas de retorno à clínica ou ligações telefônicas da clínica.

## Definição

O tabagismo é a causa mais comum de óbitos e doenças passíveis de prevenção.[1] Os médicos e outros profissionais da saúde devem ter um papel central na motivação e assistência dos pacientes que fumam para que deixem de fumar.[2] Os médicos são referências confiáveis de orientação sobre o abandono do hábito de fumar, têm a oportunidade de passar essa mensagem à maioria dos fumantes e podem encaminhá-los ao aconselhamento e à farmacoterapia adequados. Estas ações são econômicas e eficazes para o aumento das taxas de abandono.[3]

## Epidemiologia

Mundialmente, a prevalência do tabagismo está aumentando nos países em desenvolvimento; estima-se, que no século XXI, 1 bilhão de óbitos no mundo serão decorrentes do uso do tabaco, a menos que essa tendência seja revertida.[4]

Um relatório 2017 sobre hábitos de fumantes adultos no Reino Unido constatou que de todos os adultos entrevistados, 15.1% fumavam, o que equivale a aproximadamente 7.4 milhões na população do Reino Unido; 17.0% dos homens e 13.3% das mulheres eram fumantes.[5]

Uma pesquisa domiciliar nacional realizada na Austrália revelou que 21% da população de 14 anos de idade ou mais é formada por tabagistas diários ou semanais. O número médio de cigarros era de 16 por dia.[6]

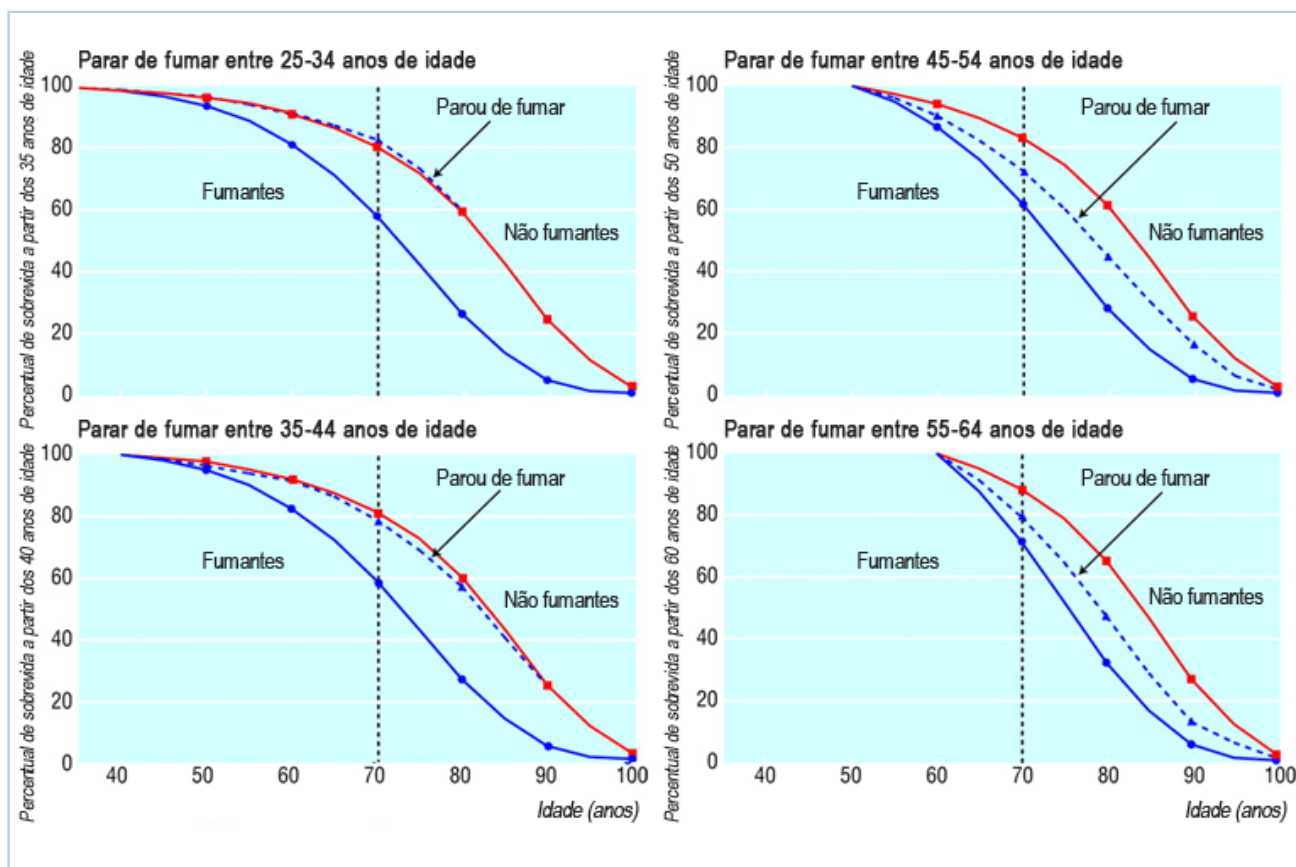
Nos EUA, 37,8 milhões de adultos são fumantes de cigarro. No entanto, a prevalência de tabagismo diminuiu de 20.9% em 2005 para 15.5% em 2016.[7]

Fumar está associado com doenças cardíacas, vários tipos de câncer e DPOC. A cada ano, quase 500,000 pessoas nos EUA morrem em decorrência de doenças relacionadas com o tabagismo[8] e estima-se que, a cada ano, o tabagismo custe aos EUA \$175.9 bilhões em despesas médicas diretas e \$150.7 bilhões em perda de produtividade.[8]

Um estudo de 2018 mostrou que uma grande proporção do risco de doença coronariana e acidente vascular cerebral vem de fumar apenas alguns cigarros. Isto tem consequências importantes para fumantes que acreditam que fumar com moderação leva a pouco ou nenhum dano. Foi demonstrado que um cigarro por dia carrega cerca de 40% a 50% do risco de desenvolver uma doença coronariana e AVC advindo de fumar 20 cigarros por dia, e fumar 5 cigarros por dia tem aproximadamente 55% a 65% desse risco. Não há nível seguro de tabagismo para a doença cardiovascular.[9]

O tabagismo reduz a sobrevida mediana de fumantes em 10 anos em média e, acima de 40 anos de idade, cada ano adicional de tabagismo reduz a expectativa de vida em 3 meses.[10] Ao parar de fumar, um paciente reduz entre 20% e 90% o risco de câncer de pulmão e outras doenças e melhora a sobrevida, mesmo aqueles que param depois dos 50 anos de idade.[10] Todavia, fumantes habituais acham extremamente difícil conseguir parar de fumar. Embora 70% dos fumantes digam que gostariam de parar de fumar e 40% deles façam ao menos 1 tentativa por ano, apenas 3% a 4% dos tabagistas por ano são bem-sucedidos na cessação de longo prazo por conta própria, anualmente.[11]

Em 2016, 7,2% das mulheres que deram à luz fumaram cigarros durante a gravidez. A prevalência do tabagismo durante a gravidez foi maior nas mulheres com idade entre 20 a 24 anos.[12]



*Benefício significativo de sobrevivência por abandono do hábito de fumar*

*Adaptado de Doll R, Peto R, Boreham J, et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ. 2004;328:1519. Usado com permissão*

## Etiologia

O comportamento tabagista é influenciado por fatores biológicos, genéticos, comportamentais, sociais e ambientais. A iniciação no tabagismo é mais provável nos domicílios em que há fumantes, nos quais a aprovação parental é mais provável e há maior acesso aos cigarros. Estudos de gêmeos e adotados sugerem que há uma modesta influência genética no uso regular de cigarros que, provavelmente, interage com fatores ambientais. Um status socioeconômico baixo está associado com taxas de tabagismo mais elevadas, com prevalência de 30% entre aqueles que vivem abaixo da linha da pobreza em comparação com 20% na população adulta geral nos EUA. O tabagismo é mais prevalente em pacientes com história de doença mental ou abuso de substâncias viciantes. A taxa de tabagismo entre esquizofrênicos é próxima de 90%. Pacientes com vírus da imunodeficiência humana/síndrome de imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS) apresentam altas taxas de tabagismo (47% a 72%) e, entre esses pacientes, a proporção de óbitos por doenças relacionadas ao uso de tabaco é substancial e crescente.[13]

## Fisiopatologia

A ligação da nicotina com os receptores nicotínicos neuronais da acetilcolina estimula o sistema nervoso central dopaminérgico mesolímbico, que acredita-se mediar as sensações de reforço e recompensa. A nicotina é uma substância que causa muita dependência, provocando tanto efeitos reforçadores positivo

quanto sintomas de abstinência durante os períodos de abstinência. Os sintomas de supressão da nicotina podem incluir:

- Humor depressivo ou disfórico
- Irritabilidade, frustração, raiva e ansiedade
- Aumento de apetite e ganho de peso.

Aspectos comportamentais também contribuem para a persistência do tabagismo e as altas taxas de recaída após o abandono. A natureza repetitiva do tabagismo reforça esta atividade, e podem ocorrer associações de aprendizado com outras atividades prazerosas (por exemplo, refeições e socialização), bem como com tentativas de regular o humor para lidar com o estresse. As recaídas geralmente ocorrem em situações sociais ou durante períodos estressantes.

## Prevenção primária

Intervenções no nível da população são eficazes na redução do tabagismo. Tributos mais altos sobre cigarros, uma legislação que proíba fumar em todos os ambientes de trabalho e programas estaduais abrangentes de controle do tabaco reduzem o consumo de cigarros e a prevalência do tabagismo.[14] [15]

## Rastreamento

A condição de tabagismo de cada paciente em cada visita deve ser determinada na admissão, juntamente com os sinais vitais, por meio de um conjunto de questões padrão. Esta condição deve estar visível ao médico ou profissional da saúde no local de atendimento.[18] [24] [25]

À medida que os registros eletrônicos de saúde tornam-se mais comuns nos consultórios ambulatoriais, existem oportunidades de se colocar instruções mediadas por computador para abordar o abandono do hábito de fumar na sala de exame, combinadas a apoio à decisão de parar e links para recursos sobre o tema. Essas ferramentas podem aumentar a taxa de intervenções de abandono pelo médico, a proporção de fumantes que recebem aconselhamento e as taxas de abandono.[26]

[Fig-2]

[Fig-3]

## Prevenção secundária

Fornecer gratuitamente recursos de abandono para fumantes aumenta significativamente a proporção de fumantes que tentam parar, usam tratamentos medicamentosos e param de fumar.[96]

Medidas como a promoção de casas livres do cigarro também são importantes na redução do consumo e no abandono do hábito de fumar em adultos. Elas também reduzem a exposição do fumante passivo.[97]

Envolver os pais em estratégias baseadas na escola para abandonar o hábito de fumar como parte de um sistema de suporte ao paciente também foi eficaz.[98]



## Caso clínico

### Caso clínico #1

Uma mulher branca de 34 anos se apresenta para avaliação de uma tosse persistente que dura 3 semanas depois de ter sintomas de uma infecção do trato respiratório superior. Seu registro de sinais vitais indica que ela é fumante. Mais informações sobre o tabagismo indicam que ela fuma 1 maço por dia e tem seu primeiro cigarro minutos depois de acordar pela manhã.

### Caso clínico #2

Um homem de 60 anos de idade com obstrução do fluxo aéreo demonstrada pela espirometria é observado numa consulta de acompanhamento. Ele continua a fumar 1 maço por dia, mas recentemente tentou parar, ficando sem fumar por mais de 2 dias antes da recaída. Ele tem grande interesse, mas pouca confiança, em tentar parar de fumar novamente. Em uma recente tentativa, ele experimentou chiclete de nicotina, mas o usou apenas uma ou duas vezes ao dia. A história pregressa é importante quanto ao controle da hipertensão e uma história remota de transtorno convulsivo.

### Outras apresentações

A experiência de tabagismo e o abandono do hábito de fumar podem diferir entre adolescentes e adultos. Por exemplo, níveis de dependência de nicotina em adolescentes podem não ser iguais aos de fumantes adultos.

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

Os médicos e outros profissionais da saúde devem aconselhar os pacientes a melhorar sua saúde parando de fumar. Eles desempenham um papel central na motivação e assistência no abandono aos pacientes que fumam. [2] Os médicos são uma fonte crível e confiável de aconselhamento à cessação, têm oportunidade de passar esta mensagem à maioria dos fumantes e podem conectar os pacientes com o aconselhamento e a farmacoterapia para abandono. Um simples conselho dos médicos é eficaz na promoção do abandono do hábito de fumar.[16] Essas ações são econômicas e efetivas no aumento das taxas de abandono.[3] Todas as oportunidades devem ser aproveitadas para perguntar aos pacientes se eles fumam e aconselhá-los a parar. Se um paciente está relutante em deixar de fumar, certifique-se que ele compreende os riscos e incentive-o a procurar ajuda no futuro. Pergunte-lhes sobre parar novamente na próxima oportunidade.[17]

O National Institute for Health and Care Excellence aconselha priorizar grupos específicos que estão em alto risco de danos relacionados com o tabaco para intervenção, tais como pessoas com problemas de saúde mental ou pessoas com condições agravadas pelo tabagismo e mulheres grávidas.[17]

### Pergunte (Ask)

Deve ser estabelecido um sistema na clínica, por meio do qual o pessoal da admissão, que observa os sinais vitais, determine a condição de tabagismo de cada paciente utilizando um conjunto de perguntas padrão. A condição de tabagismo deve, então, ser claramente indicada na folha de registro de sinais vitais, de forma que esteja visível para o profissional de saúde. Este sistema de identificação da condição



de tabagismo deve ser planejado pelo pessoal da clínica de modo a se ajustar à sua rotina normal de obtenção e registro de sinais vitais de forma a reduzir a quebra do fluxo de trabalho da clínica.[18] Os pacientes devem ser questionados também sobre o uso de produtos do tabaco sem combustão (rapé, tabaco em pó ou para mascar).

De forma alternativa, os médicos devem usar uma ferramenta como o Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND, teste de Fagerstrom para dependência da nicotina) para avaliar a dependência da nicotina. Em alguns países, exige-se que a pontuação FTND seja anotada nos registros médicos/prontuários, para poder receber o reembolso do governo.[19]

Os dados que suportam a eficácia de um sistema de identificação da condição de tabagismo são substanciais, e o uso de tal sistema deveria ser considerado como padrão de cuidado.[2]

[Fig-2]

[Fig-3]

## Avalie (Assess)

Para avaliar a disposição em parar de fumar pode-se usar o procedimento a seguir. Primeiro, pergunta-se ao paciente o seguinte:

- "Qual o grau de importância que você dá à tentativa de parar de fumar agora?"
- "Se você decidir parar, qual seu grau de confiança no seu sucesso?"

O paciente pode, então, ser solicitado a registrar sua resposta às questões em uma escala variando de 0 (nem um pouco) a 10 (extremamente) e isto pode ser explorado pelo médico e pelo paciente juntos. Por exemplo, "Por que você selecionou 4 em vez de 0?". Este processo pode ajudar o paciente a aumentar a escala motivacional e de confiança e fornece uma avaliação da motivação e autoeficácia.

- Pode-se, então, perguntar ao paciente: "Você está disposto a tentar parar no próximo mês?"

Embora isto não seja parte de um diagnóstico, cada paciente deve ser advertido a parar de fumar, independente do seu grau de disposição.

## Questões adicionais

A discussão adicional e a aquisição da história deve ser coordenada com o aconselhamento e com os esforços de tratamento objetivando o abandono do hábito de fumar. O número de cigarros por dia e o tempo entre o acordar e o primeiro cigarro do dia pode ser útil na escolha da terapia para aqueles que estão dispostos a parar. Comorbidades que podem afetar as escolhas de tratamento também devem ser avaliadas, incluindo depressão, esquizofrenia, abuso de polissubstâncias, atual gravidez ou amamentação, transtorno convulsivo ou menor limiar convulsivo, hipertensão, doença cardíaca instável ou arritmia grave, asma, disfunção temporomandibular ou distúrbio dental.

As intervenções baseadas no "estágio de mudança" (ou seja, pré-contemplação, contemplação, preparo ou ação) do tabagista são populares. No entanto, há pouca evidência de que as intervenções com base no estágio sejam mais eficazes que estratégias diretas para determinar se a pessoa está pronta para tentar parar.[2] [20]

## Fatores de risco

## Fortes

### fumante

- Pessoas que fumam têm risco de dependência da nicotina, doença cardiovascular, doença periodontal e câncer.

### usuário de produtos do tabaco sem combustão

- As pessoas que usam produtos do tabaco sem combustão (rapé, tabaco em pó ou para mascar) têm risco de dependência da nicotina, doença periodontal e câncer.

## Anamnese e exame físico

### Principais fatores de diagnóstico

#### número de cigarros por dia (comum)

- Para aqueles que fumam <10 cigarros/dia, uma forma de substituição da nicotina de acordo com a necessidade (goma, pastilha, inalador, spray nasal) pode ser preferível do que o uso de terapias contínuas como adesivo de nicotina ou bupropiona.<sup>[2] [21]</sup>

#### tempo até o primeiro cigarro (TTFC) ≤30 minutos ou >30 minutos (comum)

- Uma medida simples, de pergunta única, da dependência da nicotina que pode guiar a dosagem da goma e da pastilha de nicotina e pode indicar quais pacientes têm mais problemas com a dependência da nicotina. Se o TTFC for ≤30 minutos, deve recomendar-se a dose mais elevada de goma ou pastilha de nicotina (4 mg).

#### abuso de múltiplas substâncias (comum)

- Requer tratamento coordenado.

#### usuário de produtos do tabaco sem combustão (incomum)

- Os produtos do tabaco sem combustão incluem rapé, tabaco em pó ou para mascar.

#### transtorno convulsivo (incomum)

- Qualquer história de convulsão, traumatismo cranioencefálico ou limiar convulsivo reduzido devem ser observados, e precauções tomadas na seleção de agentes farmacológicos para o abandono do hábito de fumar.

#### gestação ou amamentação (incomum)

- Existem contraindicações absolutas (bupropiona é contraindicada enquanto estiver amamentando) e relativas (todos os outros agentes farmacológicos, inclusive substituição de nicotina) a serem consideradas ao escolher os tratamentos para abandonar o hábito de fumar no contexto de gestação ou amamentação.

### Outros fatores de diagnóstico

#### história de depressão (incomum)

- Maior taxa de tabagismo; também pode exigir tratamento coordenado e precaução em algumas opções de tratamento de outro modo oferecidas para o abandono do hábito de fumar.

**história de esquizofrenia (incomum)**

- Os pacientes com esquizofrenia fumam mais intensamente que a população geral e isto contribui para sua alta morbidade e mortalidade resultante de doenças relacionadas ao tabagismo. O tratamento com bupropiona e reforço contingente (por exemplo, com dinheiro) mostrou ser útil nesta população.[22]

**hipertensão (incomum)**

- Considerações especiais ao escolher os tratamentos para abandonar o hábito de fumar no contexto de hipertensão. A bupropiona não é recomendada para esses pacientes.

**doença cardíaca instável (incomum)**

- Considerações especiais ao escolher os tratamentos para abandonar o hábito de fumar no contexto de doença cardíaca. A terapia de reposição de nicotina e nortriptilina não são recomendadas para esses pacientes.

**arritmia ventricular (incomum)**

- Considerações especiais ao escolher os tratamentos para abandonar o hábito de fumar no contexto de arritmia ventricular. A terapia de reposição de nicotina e nortriptilina não são recomendadas para esses pacientes.

**asma (incomum)**

- Limita o uso do substituto de nicotina dispensado por inalador.

**distúrbio da articulação temporomandibular ou problema dentário (incomum)**

- Pode limitar a adequação da goma de substituição de nicotina.

## Exames diagnóstico

**Primeiros exames a serem solicitados**

Exame	Resultado
<b>nenhum exame é necessário</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No entanto, os médicos podem usar uma ferramenta como o Teste de Fagerstrom para Dependência da Nicotina (FTND) para avaliar a dependência da nicotina. Em alguns países, é necessário que a pontuação FTND seja anotada nos registros médicos/prontuários para receber o reembolso do governo.[19]</li> </ul>	<b>o diagnóstico é clínico</b>

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Abuso de múltiplas substâncias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dependência concomitante de outras substâncias causadoras de dependência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nenhuma.</li> </ul>

## CrITÉRIOS de diagnóstico

### CrITÉRIOS DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição) da abstinência de tabaco[23]

Existem 7 sintomas da abstinência da nicotina descritos no DSM-5. Se 4 ou mais dos sintomas a seguir aparecerem dentro de 24 horas após a cessação ou redução na quantidade de tabaco usado, e os sintomas causarem sofrimento clínico significativo ou deficiência nas áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas importante de funcionamento, o paciente se enquadrará nos critérios do DSM-5 de abstinência de tabaco.

1. Irritabilidade, frustração ou raiva
2. Ansiedade
3. Dificuldade de concentração
4. Aumento de apetite
5. Agitação
6. Humor depressivo
7. Insônia.

## Abordagem passo a passo do tratamento

Todos os pacientes que fumam devem ser advertidos dos benefícios do abandono do hábito de fumar independente da idade, comorbidades ou problemas de saúde que tenham. Os pacientes que pararam recentemente devem ser questionados sobre os desafios durante a tentativa de abandono e o suporte oferecido.[2] [24] [25] O aconselhamento pelos médicos em relação ao abandono do hábito de fumar aumenta a probabilidade de abandono de 6.9% para 14.7%, o que pode se traduzir em mais 1.4 milhão de tabagistas parando por ano. Os médicos podem ser mais eficazes na promoção de tentativas para abandonar o hábito de fumar ao oferecerem assistência a todos os fumantes, e não apenas àqueles que estão motivados a parar.[27]

### Intervenção da equipe do consultório

Devido ao aumento de demandas no tempo dos médicos, é útil para os consultórios desenvolver sistemas que permitam que uma equipe de enfermagem treinada inicie o encaminhamento para os serviços de abandono locais. Em um estudo randomizado por agrupamento ("cluster"), os tabagistas atendidos em centros de atenção primária com um sistema de encaminhamento de fumantes para uma linha de abandono baseada em evidências apresentam taxas de abandono sustentadas superiores aos fumantes de centros que não possuem este sistema de encaminhamento.[28] A American Academy of Family Physicians postou em seu website diversos recursos para facilitar as intervenções da equipe.[29]

### Avaliação do risco biomédico

Fornecer feedback aos fumantes sobre os efeitos físicos do tabagismo por meio de medidas fisiológicas (por exemplo, monóxido de carbono exalado, função pulmonar, fatores de risco genético para o câncer) pode aumentar a motivação para parar ou pode levar ao aumento da ansiedade, que pode impedir os esforços de abandono.[30] Não há evidência suficiente do efeito da avaliação do risco biomédico no abandono do hábito de fumar para avaliar sua eficácia.[30] Em um ensaio controlado, os fumantes que receberam feedback sobre a função pulmonar, monóxido de carbono exalado e condições de saúde relacionadas ao tabagismo tiveram motivação significativamente menor para parar em 12 meses, menor uso de farmacoterapia de interrupção e taxas de prevalência de interrupção de 30 dias em 6 meses menores que os fumantes que receberam apenas informação genérica padrão sobre o risco do tabagismo e aconselhamento personalizado sobre suas dietas, índice de massa corporal (IMC) e atividade física.[31] Mais pesquisa é necessária antes que a avaliação do risco biomédico deva ser incluída como parte de uma intervenção do abandono do hábito de fumar.

### Os 5 As

As diretrizes da US Public Health Service delineiam as intervenções médicas recomendadas com os '5 As' seguintes:[2] Diretrizes do Reino Unido, França, Nova Zelândia e outras regiões mundiais adotam uma abordagem semelhante.[17] [32] [33] Uma abordagem alternativa do American College of Cardiology recomenda perguntar, avaliar, orientar e oferecer um tratamento para o abandono do hábito de fumar a todos os fumantes, mas os pacientes têm a opção de recusar o tratamento.[34]

- 1) Ask: pergunte sobre a condição de tabagismo de um paciente.
- 2) Advise: aconselhe aqueles que fumam a pararem.
- 3) Assess: avalie sua disposição para parar.

- 4) Assist: auxilie os fumantes em suas tentativas de parar.
- 5) Arrange: organize um acompanhamento dessas tentativas.

## Pergunte (Ask)

O uso de tabaco deve ser avaliado em cada consulta.[2]

[Fig-3]

## Aconselhe (Advise)

Aqueles que fumam ativamente todos os dias ou na maioria dos dias devem ser aconselhados a parar.[2] Uma discussão aberta, reflexiva e centrada no paciente pode começar com o pedido de permissão para discutir o tabagismo. O médico pode então identificar metas pessoais do paciente que seriam reforçadas pela cessação. Se não estiver disposto a parar, o paciente pode ser convidado a discutir o assunto novamente na visita seguinte.

## Avalie (Assess)

Como apresentado na seção de Abordagem do Diagnóstico, as 3 perguntas a seguir podem ser usadas para avaliar a disposição.[2]

[Fig-4]

- Qual o grau de importância que você dá à tentativa de parar de fumar agora?
- Se você decidir parar, qual seu grau de confiança no seu sucesso?
- Você está disposto a tentar parar no próximo mês?

## Ajude (Assist)

Aconselhamento para todos:1[A]Evidence

- Mensagens motivacionais para aqueles que ainda não desejam parar. "Parar o uso do tabaco é a ação mais importante que você pode fazer para melhorar sua saúde e aumentar a qualidade e duração de sua vida. Se você fuma, quando parar, aqueles que lhe são queridos terão menos exposição como fumantes passivos - uma causa conhecida de asma, infecções respiratórias, cardiopatia e câncer pulmonar. Além disso, você economizará dinheiro, melhorará seu paladar e deixará suas roupas, seu carro e sua casa com um cheiro mais agradável".
- Uma lista de recursos de abandono (medicamentos e aconselhamento) para aqueles que estão dispostos a parar.
- Os pacientes precisam estar preparados com antecedência para abordagens alternativas ao tabagismo para situações com um alto risco para recaída.
- Em pacientes gestantes e que estão amamentando, para as quais as opções de medicamento são limitadas, as intervenções comportamentais e psicológicas são a primeira linha de tratamento.[37]
- Uma revisão Cochrane determinou que as intervenções baseadas em grupos parecem ser mais promissoras do que as intervenções baseadas no indivíduo.[38]

O auxílio farmacológico ao abandono do hábito de fumar é recomendado para todos os fumantes que desejam parar. As metanálises dos ensaios clínicos descobriram que a substituição da nicotina por bupropiona e vareniclina tem grande eficácia no abandono do hábito de fumar.[2] Uma combinação de aconselhamento comportamental e farmacoterapia é mais eficaz que apenas a farmacoterapia. A preferência do paciente e o julgamento clínico irão determinar qual é a melhor opção de tratamento de

primeira linha.[2] As diretrizes da US Public Health Service para o abandono do hábito de fumar não recomendam quaisquer agentes de primeira linha em detrimento de outros.[2]

Programas de incentivo financeiro demonstraram melhorar os índices de abandono do tabaco, seja no grupo de renda baixa como no de alta.[39] [40] Programas baseados em recompensa são mais comumente aceitos que programas baseados em depósito, tendo conduzido a maiores índices de abandono do hábito de fumar.[41]

## Agentes de primeira linha

Terapias de reposição de nicotina (NRTs) com adesivos, goma, pastilhas, inalador de nicotina ou spray nasal dobram a taxa de sucesso de uma tentativa de parar.[42] As NRTs atenuam os sintomas de abstinência e podem fornecer uma estratégia de adaptação para os aspectos comportamentais dela: estímulo oral (goma, pastilha) e mão-a-boca (inalador). Perguntar se o tempo para o primeiro cigarro (TTFC) é de 30 minutos ou menos fornece uma medida simples de pergunta única da dependência da nicotina que pode guiar a dosagem da goma e pastilha de nicotina e pode indicar quais pacientes podem ter mais problemas com a dependência da nicotina. No entanto, mesmo fumantes cujo TTFC seja superior a 30 minutos apresentam taxas de abandono maiores com NRT.

Reposição da nicotina (goma, adesivo, pastilha, inalador, spray nasal):2[A]Evidence

- Todos mais seguros que fumar um cigarro
- Precauções na doença coronariana instável, arritmia fatal, gravidez e amamentação
- Adicionar uma forma de NRT "sob demanda" ao adesivo de nicotina aumenta as taxas de sucesso.[2] [42] 3[B]Evidence Em um ensaio clínico controlado por placebo de diversas abordagens farmacoterápicas para o abandono do hábito de fumar (ou seja, adesivo de NRT, pastilha e bupropiona, isolada ou em combinação), a combinação de adesivo e pastilha de nicotina produziu o maior benefício em relação ao placebo.[43] 4[A]Evidence

Pergunte aos pacientes sobre a utilização de quaisquer produtos substitutos de nicotina adquiridos pessoalmente[17]

## Cigarros eletrônicos

Cigarros eletrônicos ou "e-cigarettes" vaporizam a formulação do fluido de nicotina, provocando uma sensação que se aproxima do fumo propriamente dito. Os cigarros eletrônicos são um método muito eficaz de entrega de nicotina e podem ser usados como NRT. Em 2016, a Food and Drug Administration (FDA) finalizou uma regra ampliando a autoridade reguladora do Center for Tobacco Products para cobrir todos os produtos de tabaco, incluindo os sistemas de fornecimento eletrônico de nicotina (ENDS) que satisfaçam a definição de um produto de tabaco. O FDA regula agora o fabrico, importação, embalagem, rotulagem, publicidade, promoção, venda e distribuição dos ENDS, incluindo componentes e peças dos ENDS, mas excluindo os acessórios.[44]Em Nova York, os cigarros eletrônicos estão sujeitos às mesmas restrições que o tabaco e não podem ser usados em qualquer lugar em que seja proibido fumar cigarros comuns.

Um relatório sobre as consequências de saúde pública dos cigarros eletrônicos produzido pela National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine constatou que a exposição à nicotina dos cigarros eletrônicos é altamente variável e depende das características do produto (incluindo as características do dispositivo e do líquido utilizado pelo mesmo), bem como do modo que o dispositivo é operado. Verificou também que, além de nicotina, a maioria dos produtos de cigarro eletrônico contém e emite muitas substâncias potencialmente tóxicas. No entanto, o relatório encontrou evidências



conclusivas que substituir completamente cigarros combustíveis por cigarros eletrônicos reduz a exposição dos usuários a muitas substâncias tóxicas e cancerígenas presentes nos cigarros de tabaco combustíveis. Contudo, as implicações de longo prazo sobre a morbidade e a mortalidade são ainda pouco claras.[45] Componentes potencialmente nocivos foram identificados em alguns cartuchos de cigarros eletrônicos.[46]

Na Grã-Bretanha, a prevalência do consumo de cigarro eletrônico em adultos estacionou em aproximadamente 6% da população adulta. Prevalência de uso corrente na Grã-Bretanha está na extremidade mais elevada para países da União Europeia onde a média é de 2% para o atual uso de cigarro eletrônico. As estimativas de prevalência para o atual uso de cigarro eletrônico nos EUA são cerca de 4% a 6%, o que é semelhante às da Grã-Bretanha. Prevalência de dupla utilização (uso e tabagismo) é semelhante para os usuários do cigarro eletrônico e usuários de NRT.[47]

Uma avaliação dos dados publicados sobre as emissões dos cigarros comuns e cigarros eletrônicos calculou os riscos vitalícios de câncer.. Ela concluiu que o potencial cancerígeno dos cigarros eletrônicos estava bem abaixo de 0,5% do risco do tabagismo. Não há provas claras, no momento, sobre se diferentes sabores de cigarros eletrônicos representam riscos diferentes. A Public Health England afirma que os níveis de metais identificados no aerossol do cigarro eletrônico não suscita quaisquer preocupações de segurança significativas, mas as emissões de metais — embora pequenas — são desnecessárias.[47]

Atualmente há poucas evidências sobre o benefício a longo prazo e o dano dos cigarros eletrônicos.[17]

## A bupropiona e a vareniclina

A bupropiona e a vareniclina são ambas consideradas medicamentos de primeira linha para o abandono do hábito de fumar. A vareniclina demonstrou aumentar as chances de sucesso no abandono do hábito de fumar em longo prazo em comparação a tentativas de abandono sem auxílio farmacológico. Mais pessoas tiveram sucesso no abandono do hábito de fumar com vareniclina que com bupropiona ou NRT. Relatórios iniciais sobre possíveis conexões da vareniclina com eventos cardiovasculares e psiquiátricos não foram confirmados por pesquisas recentes.[48] O julgamento clínico deve ser usado ao se prescrever a vareniclina para determinadas populações.[48]

### Bupropiona

- Iniciar 1 a 2 semanas antes da data em que parar de fumar.
- Continuar por  $\geq 8$  semanas se houver recaída.

### Vareniclina

- Iniciar 1 a 2 semanas antes da data em que parar de fumar.
- Continuar por  $\geq 12$  semanas se houver recaída.

## Agentes de segunda linha

A clonidina não é aprovada nos EUA para o abandono do hábito de fumar e possui o potencial para efeitos adversos graves, mas pode ter aplicação naqueles que apresentam fissura grave. A nortriptilina é ainda considerada como terapia de segunda linha devido às taxas de eventos adversos maiores que a bupropiona.

### Clonidina

- Terapia de segunda linha para o abandono do hábito de fumar devido aos efeitos adversos significativos de hipotensão e sedação (10%).
- O monitoramento da pressão arterial é essencial.
- Se descontinuada abruptamente, pode causar hipertensão de rebote, agitação, confusão e tremor.
- Reduza gradualmente o medicamento, ao longo de 2 a 7 dias.

Nortriptilina[2] [21] [49]

- Terapia de segunda linha para o abandono do hábito de fumar devido ao maior índice de eventos adversos. Estes incluem arritmias e alterações na contratilidade e fluxo sanguíneo.
- Iniciar 12 a 28 dias antes da data em que parar de fumar.
- Continuar por 12 semanas e então reduza.
- Pode merecer consideração se houver depressão coexistente.

A evidência para suportar o uso da terapia combinada com a bupropiona e NRT não é forte e seu uso é um tanto quanto controverso. Enquanto as diretrizes do NICE (National Institute for Health and Care Excellence) do Reino Unido não recomendam esta combinação, as diretrizes da US Public Service recomendam a combinação de adesivo de nicotina com bupropiona.[2] A combinação de vareniclina com agentes de NRT foi associada com maiores taxas de efeitos colaterais (por exemplo, náuseas, cefaleias).[2]

Muitos fumantes são incapazes ou não querem parar de fumar abruptamente mesmo quando a farmacoterapia é oferecida. Uma abordagem alternativa é fornecer a NRT para dar suporte a uma redução no consumo do cigarro como um primeiro passo em direção à abstinência. Revisões de estudos randomizados de "redução auxiliada por NRT para parar" (também conhecida como corte para cessar) demonstraram que as taxas de abstinência de longo prazo entre os fumantes que receberam esse suporte são o dobro daquelas observadas entre os fumantes que receberam placebo, e que os eventos adversos não aumentaram apesar de os pacientes receberem nicotina seja através de NRT ou de cigarros.[50] [51] [52] 5[A]Evidence As formas de NRT que foram estudadas incluem o uso de goma ou inalador de nicotina por até 18 meses[51] [52] e o uso de adesivos de nicotina por 6 semanas antes da data estabelecida para deixar de fumar.[50] Muitos destes estudos incluem aconselhamento comportamental.

Para pacientes que não almejam parar no mês seguinte, mas que desejam reduzir o consumo de cigarros e parar em 3 meses, a terapia com vareniclina por 24 semanas tem demonstrado aumentar significativamente os índices de abandono do hábito de fumar.[53]

O tratamento farmacológico, incluindo NRT, bupropiona e vareniclina, não é recomendado para gestantes ou mulheres que estão amamentando, nem para adolescentes.[2] Não há evidência suficiente para determinar se o NRT é seguro e eficaz durante a gestação.[54]

## Providencie acompanhamento

O risco de recaída é maior nas 2 semanas após o abandono. Os médicos devem fornecer acompanhamento para um fumante que está tentando parar, dentro de 1 semana da data planejada para parar. Combinar um acompanhamento com um serviço de aconselhamento (linha de cessação ou aconselhamento pessoalmente ou em grupo) é, ao mesmo tempo, viável e incentivador se disponível.[35] [36]

A intervenção motivacional deve ser repetida sempre que um paciente desmotivado visitar o ambiente clínico. Os fumantes que falharam na tentativa prévia de parar devem ser informados de que a maioria das pessoas fazem repetidas tentativas antes de serem bem-sucedidas.

## Gestantes/lactantes

Em geral, as gestantes e as mulheres que possam estar grávidas devem ser advertidas sobre os efeitos adversos do tabagismo em seus fetos (baixo peso ao nascer, nascimento pré-termo) e devem ser oferecidas a essas mulheres intervenções para o abandono do hábito de fumar.[55] Nesta população, as intervenções comportamentais e psicológicas são a primeira linha de tratamento.[37]

O tratamento farmacológico, incluindo NRT, bupropiona e vareniclina, não é recomendado para gestantes e mulheres que estão amamentando.[2] Não há evidência suficiente para determinar se o NRT é seguro e eficaz durante a gestação.[54]

## Fumantes ativos hospitalizados

As internações hospitalares oferecem uma janela de oportunidade para iniciar as intervenções de abandono em fumantes ativos por diversos motivos.

1. Se admitidos por uma doença relacionada ao tabagismo, os fumantes ativos podem ter mais motivação para parar.
2. Como a maioria dos hospitais é área livre de tabaco, os fumantes têm uma abstinência forçada do tabagismo.
3. Alguns hospitais possuem conselheiros treinados disponíveis para o abandono do hábito de fumar.
4. Aqueles elegíveis para receber a NRT podem ser instruídos sobre seu uso e podem experimentar a NRT enquanto são observados.

A Comissão Conjunta utiliza a proporção dos fumantes ativos internados devido à insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio e pneumonia que receberam advertência para abandonar o hábito de fumar, aconselhamento ou medicamento como uma medida de qualidade de cuidado do hospital. O aconselhamento para o abandono do hábito de fumar por um conselheiro treinado em abandono que se inicia durante a hospitalização e continua por pelo menos 1 mês após a alta é eficaz para o aumento das taxas de abandono independentemente do diagnóstico de admissão.[56] O aconselhamento limitado ao tempo de hospitalização apenas não é, no entanto, eficaz. Portanto, fumantes ativos devem ser colocados em contato com recursos ambulatoriais de aconselhamento de pacientes na alta.

Evidências sugerem uma tendência de melhora nas taxas de abandono quando a NRT é usada em pacientes hospitalizados. A NRT pode ainda ajudar a aliviar os sintomas de abstinência durante a abstinência forçada do tabagismo. No entanto, estudos observacionais sugerem que o uso de NRT nos pacientes gravemente doentes ou submetidos à cirurgia de revascularização pode estar associado ao aumento da mortalidade.[57] [58] Até que estudos adicionais sejam realizados, a NRT nessas populações de pacientes não é recomendada. Cuidados no uso de NRT durante a hospitalização incluem síndromes coronarianas agudas, arritmias com risco de vida, gestação ou amamentação e pessoas com idade inferior a 18 anos.

Não há evidência forte para dar suporte ao uso de bupropiona ou vareniclina em pacientes hospitalizados.

## Fumantes ativos que se apresentam ao pronto-socorro

Houve um aumento no uso de pronto-socorro e unidades de pronto atendimento como centro de atenção primária para pacientes de baixa renda. Este grupo representa uma grande proporção da população fumante que nunca foi avaliada por um médico de atenção primária, limitando assim as oportunidades de esses pacientes serem avaliados e aconselhados sobre o abandono do hábito de fumar. Um estudo demonstrou que uma intervenção intensiva de 6 semanas (constituída por entrevista motivacional por um assistente de pesquisa treinado, fornecimento de adesivos transdérmicos de nicotina e goma de mascar iniciados no pronto-socorro, encaminhamento por fax para um serviço telefônico de apoio ao fumante, chamada telefônica de reforço e folheto) melhoraram os índices de abstinência de tabaco em pacientes de baixa renda que se apresentam ao pronto-socorro.[59]

## Depressão coexistente

A abstinência da nicotina, por si só, pode resultar em um transtorno depressivo maior em até 14% de todos os fumantes que tentam parar. Esta taxa é maior (até 31%) em fumantes com uma história anterior de transtorno depressivo maior.[60] Naqueles com depressão ativa, o uso dos antidepressivos bupropiona ou nortriptilina pode ser considerado, pois eles são eficazes no aumento das taxas de abandono. A nortriptilina é uma terapia de segunda linha para o abandono do hábito de fumar devido às taxas mais elevadas de eventos adversos.[2] [21] [49]

## Abuso de múltiplas substâncias

Os pacientes com uma história de abuso de múltiplas substâncias devem ser encorajados a abandonar o hábito de fumar ao mesmo tempo em que fazem tratamento para dependência de outras drogas. Dado os desafios com este grupo de pacientes, todos devem receber aconselhamento, idealmente com terapeutas treinados em abuso de tabaco e de outras drogas.

Os pacientes que abusarem ativamente de álcool e de outras substâncias viciantes podem ter um limiar convulsivo reduzido, aumentando o risco desta complicação no tratamento com a bupropiona.

A supressão da nicotina pode precipitar uma recaída em alguns (<20%) daqueles que possuem uma história de alcoolismo. Devem ser considerados aconselhamento ou medicamentos antes ou durante a tentativa de interrupção e os pacientes devem ser acompanhados minuciosamente em relação a sintomas premonitórios.

## Adolescentes <18 anos

Os dados da eficácia dos tratamentos de abandono em adolescentes são limitados. Isto se deve, em parte, aos desafios na condução de estudos nesta população. Além disso, a experiência de tabagismo e o abandono do hábito de fumar podem diferir entre esta faixa etária e adultos. Por exemplo, os níveis de dependência de nicotina podem não ser iguais aos de fumantes adultos. Em algumas jurisdições, a NRT não é aprovada para uso em adolescentes e sua eficácia neste grupo não foi estabelecida.

O tratamento farmacológico, incluindo NRT, bupropiona e vareniclina, não é recomendado para adolescentes.[2]

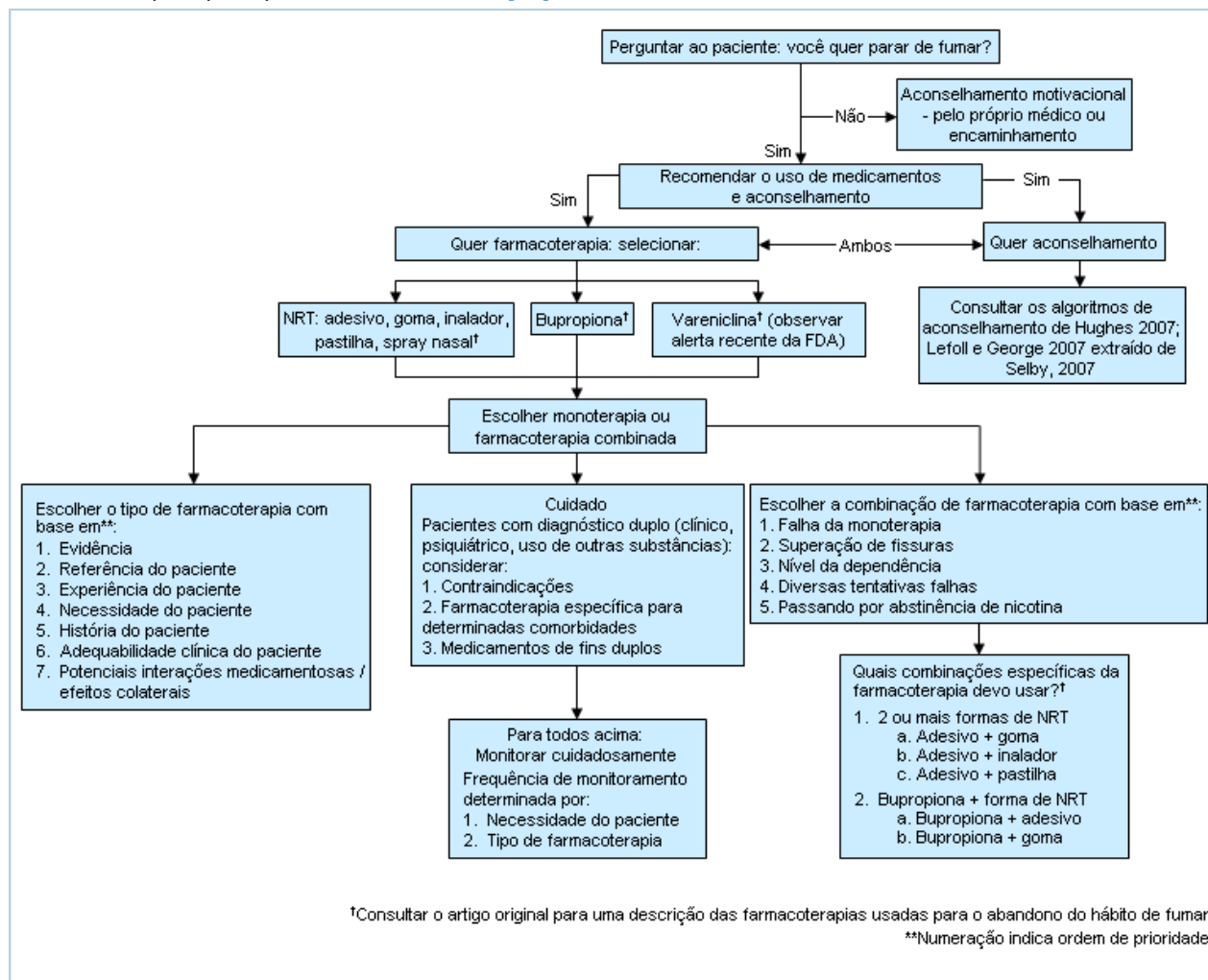
Intervenções de alta intensidade com base na família demonstraram um efeito positivo na prevenção do início de tabagismo em crianças e adolescentes.[61]

## Usuários de produtos do tabaco sem combustão

As pessoas que usam produtos do tabaco sem combustão (rapé, tabaco em pó ou para mascar) têm risco de dependência da nicotina, doença periodontal e câncer. O abandono do uso de produtos do tabaco sem combustão aumenta com os exames orais, que incluem feedback pelo dentista ou higienista dental sobre os danos relacionados com os produtos do tabaco sem combustão, e com um aconselhamento telefônico proativo.[62] [63] Não há evidência suficiente para dar suporte ao uso de bupropiona ou NRT para ajudar a tentativa de interromper os produtos do tabaco sem combustão.[62]

## Algoritmo de tratamento

Um grupo internacional de especialistas desenvolveu um algoritmo para guiar os médicos na seleção de farmacoterapias para pacientes individuais.[49]



### Algoritmo para adequar a farmacoterapia ao abandono do hábito de fumar

Adaptado de Bader P, McDonald P, Selby P. An algorithm for tailoring pharmacotherapy for smoking cessation: results from a Delphi panel of international experts. *Tob Control*. 2009;18:34-42. Usado com permissão

## Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

<b>Agudo</b>		<b>( resumo )</b>
<b>fumantes ativos hospitalizados</b>		
	<b>1a</b>	<b>aconselhamento para abandono do hábito de fumar</b>
	<b>mais</b>	<b>aconselhamento</b>
	<b>adjunto</b>	<b>terapia de reposição de nicotina (NRT)</b>

<b>Em curso</b>		<b>( resumo )</b>
<b>fumantes ativos dispostos a parar: adultos (não gestante, amamentando, com depressão ou abuso de múltiplas substâncias)</b>		
	<b>1a</b>	<b>reforçar a decisão para o abandono do tabagismo + aconselhamento</b>
	<b>mais</b>	<b>NRT</b>
	<b>adjunto</b>	<b>terapia complementar de substituição da nicotina</b>
	<b>1a</b>	<b>reforçar a decisão para o abandono do tabagismo + aconselhamento</b>
	<b>mais</b>	<b>bupropiona ou vareniclina</b>
	<b>1a</b>	<b>reforçar a decisão para o abandono do tabagismo + aconselhamento</b>
	<b>mais</b>	<b>bupropiona e nicotina transdérmica</b>
	<b>2a</b>	<b>reforçar a decisão para o abandono do tabagismo + aconselhamento</b>
	<b>mais</b>	<b>clonidina ou nortriptilina</b>
<b>fumantes ativos dispostos a parar: gestantes/lactantes, adolescentes</b>		
	<b>1a</b>	<b>reforçar a decisão para o abandono do tabagismo + aconselhamento</b>
<b>fumantes ativos dispostos a parar: depressão e abandono do hábito de fumar</b>		
	<b>1a</b>	<b>encaminhamento para especialista em aconselhamento</b>
	<b>adjunto</b>	<b>antidepressivos</b>
<b>fumantes ativos dispostos a parar: abuso de múltiplas substâncias e abandono do hábito de fumar</b>		

Em curso		( resumo )
	1a	aconselhamento com terapeutas especialmente treinados
fumantes ativos não dispostos a parar		
	1a	aconselhamento para abandono do hábito de fumar
	mais	mensagens motivacionais
	adjunto	redução auxiliada com terapia de reposição de nicotina (NRT) ou vareniclina para parar
usuários de produtos do tabaco sem combustão		
	1a	aconselhamento



## Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

### Agudo

#### fumantes ativos hospitalizados

##### 1a **aconselhamento para abandono do hábito de fumar**

» As internações hospitalares oferecem uma janela de oportunidade para iniciar as intervenções de abandono em fumantes ativos por diversos motivos: 1) se hospitalizado devido a uma doença relacionada com o tabagismo, fumantes ativos podem ter maior motivação para parar, 2) como a maioria dos hospitais é livre do cigarro, os fumantes são forçados à abstinência do tabagismo, 3) alguns hospitais possuem conselheiros treinados disponíveis para ajudar a abandonar o hábito de fumar, 4) aqueles elegíveis para receber terapia de reposição de nicotina (NRT) podem experimentar a NRT enquanto são observados.

##### mais **aconselhamento**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» O aconselhamento para o abandono do hábito de fumar por um conselheiro treinado em abandono que se inicia durante a hospitalização e continua por pelo menos 1 mês após a alta é eficaz para o aumento das taxas de abandono independentemente do diagnóstico de admissão.[56] O aconselhamento limitado ao tempo de hospitalização apenas não é, no entanto, eficaz. Portanto, fumantes ativos devem ser colocados em contato com recursos ambulatoriais de aconselhamento de pacientes na alta. Uma revisão Cochrane determinou que as intervenções baseadas em grupos parecem ser mais promissoras do que as intervenções baseadas no indivíduo.[38]

##### adjunto **terapia de reposição de nicotina (NRT)**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

##### **Opções primárias**

» **nicotina transdérmica**: 21 mg uma vez ao dia por 4-6 semanas inicialmente (dependendo da marca), seguidos por 14 mg uma vez ao dia por 2 semanas, seguidos por 7 mg uma vez ao dia por 2 semanas

## Agudo

O paciente pode começar com 14 mg/dia se fumar <10 cigarros/dia. Outras concentrações estão disponíveis.

**OU**

» **pastilha de nicotina:** 2-4 mg a cada 1-2 horas por 6 semanas, reduzir a dose gradualmente ao longo de 6 meses

**OU**

» **goma de nicotina:** 2-4 mg quando necessário, reduzir a dose gradualmente, máximo de 30 mg/dia

» Evidências sugerem uma tendência de melhora nas taxas de abandono quando a NRT é usada em pacientes hospitalizados. A NRT pode ainda ajudar a aliviar os sintomas de abstinência durante a abstinência forçada do tabagismo. No entanto, estudos observacionais sugerem que o uso de NRT nos pacientes gravemente doentes ou submetidos à cirurgia de revascularização pode estar associado ao aumento da mortalidade.[57] [58] Até que estudos adicionais sejam realizados, a NRT nessas populações de pacientes não é recomendada.

» Cuidados no uso de NRT durante a hospitalização incluem síndromes coronarianas agudas, arritmias com risco de vida, gestação ou amamentação e pessoas com idade <18 anos.

## Em curso

**fumantes ativos dispostos a parar: adultos (não gestante, amamentando, com depressão ou abuso de múltiplas substâncias)**

### 1a **reforçar a decisão para o abandono do tabagismo + aconselhamento**

- » Os pacientes devem ser aconselhados de forma clara, decisiva e personalizada: (1) ação mais importante para a saúde futura, (2) estabelecer ligação com problemas clínicos atuais, se aplicável, (3) mencionar sobre os riscos de ser fumante passivo para a família.
- » Os melhores resultados estão associados com uma combinação de aconselhamento e farmacoterapia,[2] [64] mas a farmacoterapia

## Em curso

é contraindicada em determinados grupos, incluindo gestantes e mulheres que estão amamentando.<sup>1</sup>[A]Evidence [2] [54] Alguns pacientes podem escolher tentar abandonar o hábito de fumar apenas com aconselhamento.

» O aconselhamento oferece suporte ao paciente, resolução dos problemas e orientação sobre o uso de medicamentos e prevenção ou manejo da recaída.

» A disponibilidade de modalidades de aconselhamento diferentes (aconselhamento por telefone, grupo presencial ou individual, e aconselhamento baseado na rede ou computador) pode variar.

» Uma revisão Cochrane determinou que as intervenções baseadas em grupos parecem ser mais promissoras do que as intervenções baseadas no indivíduo.[38]

» As intervenções para abandonar o hábito de fumar com uso do computador ou da Internet, sejam isoladas ou combinadas com outras intervenções, aumentam as taxas de abandono em até 50% em adultos.[65] 6[A]Evidence Os pacientes que receberam 4 mensagens de texto por semana durante 6 meses, como complemento dos cuidados habituais, demonstraram uma redução significativa no tabagismo; no entanto, ainda é preciso determinar a duração desses efeitos.[66] Programas de incentivo financeiro demonstraram melhorar os índices de abandono do tabaco, seja no grupo de renda baixa como no de alta.[39] [40] Programas baseados em recompensa são mais comumente aceitos que programas baseados em depósito, tendo conduzido a maiores índices de abandono do hábito de fumar.[41]

mais

## NRT

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

## Opções primárias

» **nicotina transdérmica**: 21 mg uma vez ao dia por 4-6 semanas inicialmente (dependendo da marca), seguidos por 14 mg uma vez ao dia por 2 semanas, seguidos por 7 mg uma vez ao dia por 2 semanas. O paciente pode começar com 14 mg/dia se fumar <10 cigarros/dia. Outras concentrações estão disponíveis.

OU

## Em curso

» **pastilha de nicotina**: 2-4 mg a cada 1-2 horas por 6 semanas, reduzir a dose gradualmente ao longo de 6 meses

OU

» **goma de nicotina**: 2-4 mg quando necessário, reduzir a dose gradualmente, máximo de 30 mg/dia

OU

» **nicotina por via inalatória**: 24-64 mg/dia administrados em doses fracionadas quando necessário por 12 semanas, reduzir a dose gradualmente ao longo de 12 semanas

OU

» **nicotina nasal**: 0.5 mg (1 aplicação) em cada narina uma ou duas vezes por hora quando necessário, máximo de 80 aplicações/dia

» A terapia de reposição de nicotina (NRT) não é recomendada para pacientes grávidas ou que estejam amamentando, para adolescentes,[2] [54] em pacientes cardíacos instáveis com arritmias graves (história de taquicardia ventricular ou fibrilação) ou em pacientes hospitalizados com doença isquêmica instável (pós-infarto do miocárdio, angina instável).

» No entanto, a NRT é mais segura para essas populações que continuar a fumar cigarros e os médicos podem considerar a NRT preferível à continuação da exposição a outros componentes danosos dos cigarros (por exemplo, monóxido de carbono) ou para o alívio de sintomas graves da abstinência da nicotina.

» Acredita-se que a NRT seja segura para pacientes cardíacos hospitalizados que foram submetidos à reperfusão e para pacientes cardíacos estáveis.

» A escolha do método de administração da nicotina pode ser guiada pelas preferências do paciente e experiência anterior.<sup>2</sup>[A]Evidence Nos EUA e no Reino Unido, o adesivo, a goma e as pastilhas estão disponíveis sem prescrição.[18] [67] O inalador e o spray nasal precisam de prescrição.

## Em curso

## adjunto

» A bula do produto deve ser consultada para orientação adicional sobre posologia de marcas de produtos específicas.

**terapia complementar de substituição da nicotina**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

**Opções primárias**

» **pastilha de nicotina**: 2-4 mg a cada 1-2 horas por 6 semanas, reduzir a dose gradualmente ao longo de 6 meses

**OU**

» **goma de nicotina**: 2-4 mg quando necessário, reduzir a dose gradualmente, máximo de 30 mg/dia

**OU**

» **nicotina por via inalatória**: 24-64 mg/dia administrados em doses fracionadas quando necessário por 12 semanas, reduzir a dose gradualmente ao longo de 12 semanas

**OU**

» **nicotina nasal**: 0.5 mg (uma aplicação) em cada narina uma ou duas vezes por hora quando necessário, máximo de 80 aplicações/dia

» Um paciente pode precisar complementar o nível inicial de nicotina (obtido com um adesivo transdérmico) com uma NRT em regime "quando necessário" na presença de cravings (fissuras), para controlar melhor os sintomas da abstinência.<sup>3[B]Evidence</sup> Em um ensaio clínico controlado por placebo de diversas abordagens farmacoterápicas para o abandono do hábito de fumar (ou seja, adesivo de NRT, pastilha e bupropiona, isolada ou em combinação), a combinação de adesivo e pastilha de nicotina produziu o maior benefício em relação ao placebo.<sup>[43] 4[A]Evidence</sup>

» A escolha do método de administração da nicotina pode ser guiada pelas preferências do paciente e experiência anterior.<sup>2[A]Evidence</sup> Nos EUA e no Reino Unido, o adesivo, a goma e as pastilhas estão disponíveis sem prescrição.<sup>[18] [67]</sup> O inalador e o spray nasal precisam de prescrição.

## Em curso

1a

» A terapia farmacológica não é recomendada para pacientes que estejam grávidas/amamentando ou adolescentes.[2] [54]

**reforçar a decisão para o abandono do tabagismo + aconselhamento**

» Os pacientes devem ser aconselhados de forma clara, decisiva e personalizada: (1) ação mais importante para a saúde futura, (2) estabelecer ligação com problemas clínicos atuais, se aplicável, (3) mencionar sobre os riscos de ser fumante passivo para a família.

» Os melhores resultados estão associados com uma combinação de aconselhamento e farmacoterapia,[2] [64] mas a farmacoterapia é contraindicada em determinados grupos, incluindo gestantes e mulheres que estão amamentando.1[A]Evidence [2] [54]

» O aconselhamento oferece suporte ao paciente, resolução dos problemas e orientação sobre o uso de medicamentos e prevenção ou manejo da recaída.

» A disponibilidade de modalidades de aconselhamento diferentes (aconselhamento por telefone, grupo presencial ou individual, e aconselhamento baseado na rede ou computador) pode variar.

» Uma revisão Cochrane determinou que as intervenções baseadas em grupos parecem ser mais promissoras do que as intervenções baseadas no indivíduo.[38]

» As intervenções para abandonar o hábito de fumar com uso do computador ou da Internet, sejam isoladas ou combinadas com outras intervenções, aumentam as taxas de abandono em até 50% em adultos.[65] 6[A]Evidence Os pacientes que receberam 4 mensagens de texto por semana durante 6 meses, como complemento dos cuidados habituais, demonstraram uma redução significativa no tabagismo; no entanto, ainda é preciso determinar a duração desses efeitos.[66] Programas de incentivo financeiro demonstraram melhorar os índices de abandono do tabaco, seja no grupo de renda baixa como no de alta.[39] [40] Programas baseados em recompensa são mais comumente aceitos que programas baseados em depósito, tendo conduzido a maiores índices de abandono do hábito de fumar.[41]

mais

bupropiona ou vareniclina

## Em curso

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

## Opções primárias

» **bupropiona**: 150 mg por via oral (liberação sustentada) uma vez ao dia por 3 dias inicialmente, seguidos por 150 mg duas vezes ao dia por 8 semanas, iniciar terapia 1-2 semanas antes da data prevista para parar de fumar

OU

» **vareniclina**: 0.5 mg por via oral uma vez ao dia por 3 dias inicialmente, seguido por 0.5 mg duas vezes ao dia por 4 dias, seguido por 1 mg duas vezes ao dia por 12-24 semanas, iniciar terapia 1 semana antes da data prevista para parar de fumar

» Bupropiona: demonstrou aumentar as taxas de abandono do hábito de fumar.[68] As contraindicações significativas incluem amamentação, convulsões, transtornos alimentares, diabetes e uso de inibidores da monoaminoxidase. A incidência de convulsões é de 1 em 1000.

» Vareniclina: atenua os sintomas de abstinência e bloqueia os efeitos reforçadores da nicotina. Uma revisão sistemática mostrou que o número de pessoas que pararam com sucesso foi maior com a vareniclina que com a bupropiona.[48] Para evitar náuseas, a vareniclina pode ser administrada após as refeições com um copo de água, aumentando a posologia lentamente ou por redução da dose. A vareniclina foi anteriormente associada a eventos adversos psiquiátricos e cardiovasculares graves, incluindo depressão e probabilidade de suicídio; no entanto, essas conexões ainda não foram confirmadas por pesquisas recentes.[48] Os médicos devem considerar alertar os pacientes sobre esses efeitos e aconselhá-los a buscar ajuda médica se o paciente (ou seus familiares e cuidadores) observarem quaisquer alterações no humor ou comportamento.[69]

» A terapia farmacológica não é recomendada para pacientes que estejam grávidas/amamentando ou adolescentes.[2] [54]

1a

### reforçar a decisão para o abandono do tabagismo + aconselhamento

» Os pacientes devem ser aconselhados de forma clara, decisiva e personalizada: (1)



## Em curso

ação mais importante para a saúde futura, (2) estabelecer ligação com problemas clínicos atuais, se aplicável, (3) mencionar sobre os riscos de ser fumante passivo para a família.

» Os melhores resultados estão associados com uma combinação de aconselhamento e farmacoterapia,<sup>[2] [64]</sup> mas a farmacoterapia é contraindicada em determinados grupos, incluindo gestantes e mulheres que estão amamentando.<sup>1[A]Evidence [2] [54]</sup> Alguns pacientes podem escolher tentar abandonar o hábito de fumar apenas com aconselhamento.

» O aconselhamento oferece suporte ao paciente, resolução dos problemas e orientação sobre o uso de medicamentos e prevenção ou manejo da recaída.

» A disponibilidade de modalidades de aconselhamento diferentes (aconselhamento por telefone, grupo presencial ou individual, e aconselhamento baseado na rede ou computador) pode variar.

» Uma revisão Cochrane determinou que as intervenções baseadas em grupos parecem ser mais promissoras do que as intervenções baseadas no indivíduo.<sup>[38]</sup>

» As intervenções para abandonar o hábito de fumar com uso do computador ou da Internet, sejam isoladas ou combinadas com outras intervenções, aumentam as taxas de abandono em até 50% em adultos.<sup>[65]</sup> <sup>6[A]Evidence</sup> Os pacientes que receberam 4 mensagens de texto por semana durante 6 meses, como complemento dos cuidados habituais, demonstraram uma redução significativa no tabagismo; no entanto, ainda é preciso determinar a duração desses efeitos.<sup>[66]</sup> Programas de incentivo financeiro demonstraram melhorar os índices de abandono do tabaco, seja no grupo de renda baixa como no de alta.<sup>[39] [40]</sup> Programas baseados em recompensa são mais comumente aceitos que programas baseados em depósito, tendo conduzido a maiores índices de abandono do hábito de fumar.<sup>[41]</sup>

### mais bupropiona e nicotina transdérmica

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **bupropiona**: 150 mg por via oral (liberação sustentada) uma vez ao dia por 3 dias

## Em curso

inicialmente, seguidos por 150 mg duas vezes ao dia por 8 semanas, iniciar terapia 1-2 semanas antes da data prevista para parar de fumar

-e-

» **nicotina transdérmica**: 21 mg uma vez ao dia por 4-6 semanas inicialmente (dependendo da marca), seguidos por 14 mg uma vez ao dia por 2 semanas, seguidos por 7 mg uma vez ao dia por 2 semanas. O paciente pode começar com 14 mg/dia se fumar <10 cigarros/dia. Outras concentrações estão disponíveis.

» A evidência para suportar o uso da terapia combinada com a bupropiona e NRT não é forte e seu uso é um tanto quanto controverso. Enquanto as diretrizes do NICE (National Institute for Health and Care Excellence) do Reino Unido não recomenda esta combinação, as diretrizes da US Public Service recomendam a combinação de adesivo de nicotina com bupropiona.[2]

» A combinação de vareniclina com agentes de NRT foi associada com maiores taxas de efeitos colaterais (por exemplo, náuseas, cefaleias).[2]

» A terapia farmacológica não é recomendada para pacientes que estejam grávidas/amamentando ou adolescentes.[2] [54]

## 2a **reforçar a decisão para o abandono do tabagismo + aconselhamento**

» Os pacientes devem ser aconselhados de forma clara, decisiva e personalizada: (1) ação mais importante para a saúde futura, (2) vincular com problemas clínicos atuais, se aplicável, e (3) mencionar os riscos de ser fumante passivo para a família.

» Os melhores resultados estão associados com uma combinação de aconselhamento e farmacoterapia,[2] [64] mas a farmacoterapia é contraindicada em determinados grupos, incluindo gestantes e mulheres que estão amamentando.1[A]Evidence [2] [54]

» O aconselhamento oferece suporte ao paciente, resolução dos problemas e orientação sobre o uso de medicamentos e prevenção ou manejo da recaída.

» A disponibilidade de modalidades de aconselhamento diferentes (aconselhamento por telefone, grupo presencial ou individual, e aconselhamento baseado na rede ou computador) pode variar.

## Em curso

» Uma revisão Cochrane determinou que as intervenções baseadas em grupos parecem ser mais promissoras do que as intervenções baseadas no indivíduo.[38]

» As intervenções para abandonar o hábito de fumar com uso do computador ou da Internet, sejam isoladas ou combinadas com outras intervenções, aumentam as taxas de abandono em até 50% em adultos.[65] 6[A]Evidence Os pacientes que receberam 4 mensagens de texto por semana durante 6 meses, como complemento dos cuidados habituais, demonstraram uma redução significativa no tabagismo; no entanto, ainda é preciso determinar a duração desses efeitos.[66] Programas de incentivo financeiro demonstraram melhorar os índices de abandono do tabaco, seja no grupo de renda baixa como no de alta.[39] [40] Programas baseados em recompensa são mais comumente aceitos que programas baseados em depósito, tendo conduzido a maiores índices de abandono do hábito de fumar.[41]

### mais clonidina ou nortriptilina

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **clonidina**: 0.1 a 0.4 mg/dia por via oral administrado em 2-3 doses fracionadas; aplicar um adesivo de 0.1 mg/24 horas uma vez por semana, iniciar até 3 dias antes da data prevista para parar de fumar, reduzir a dose gradualmente

#### OU

» **nortriptilina**: 25 mg por via oral diariamente, aumentar gradualmente até uma dose alvo de 75-100 mg/dia, iniciar até 12-28 dias antes da data prevista para parar de fumar e manter por 12 semanas, reduzir a dose gradualmente

» A clonidina e a nortriptilina demonstraram eficácia, mas são consideradas como tratamentos de segunda linha pois não foram aprovadas para o abandono do hábito de fumar e existem mais preocupações sobre os efeitos adversos.

» Clonidina: pode ser útil para aqueles com fissura intensa. Eventos adversos significativos de hipotensão e sedação (10%) e, se abruptamente descontinuada, pode

## Em curso

causar efeito rebote, hipertensão, agitação, confusão e tremor. O monitoramento da pressão arterial é essencial e a descontinuação abrupta deve ser evitada. Os pacientes têm a dose do medicamento reduzida ao longo de 2 a 7 dias.

» Nortriptilina: terapia de segunda linha para o abandono do hábito de fumar devido ao maior índice de eventos adversos. Estes incluem arritmias e alterações na contratilidade e fluxo sanguíneo. O tratamento é iniciado 12 a 28 dias antes da data prevista para parar de fumar e continua durante 12 semanas. Em seguida, é reduzido gradualmente. Pode merecer consideração se houver depressão coexistente.[49]

» O tratamento farmacológico não é recomendado para mulheres que estejam grávidas ou amamentando ou adolescentes.[2][54]

**fumantes ativos dispostos a parar: gestantes/lactantes, adolescentes**
**1a reforçar a decisão para o abandono do tabagismo + aconselhamento**

» Todas as gestantes que fumam devem ser advertidas quanto aos efeitos adversos do tabagismo em seus fetos (baixo peso ao nascer, nascimento pré-termo) e deve ser oferecido a essas mulheres acesso a intervenções para abandonar o hábito de fumar.[55]

» Os dados da eficácia dos tratamentos de abandono em adolescentes são limitados. Isto se deve, em parte, aos desafios na condução de estudos nesta população. Além disso, a experiência de tabagismo e o abandono do hábito de fumar podem diferir entre esta faixa etária e adultos. Por exemplo, os níveis de dependência de nicotina podem não ser iguais aos de fumantes adultos.

» O aconselhamento oferece suporte ao paciente, resolução dos problemas e orientação sobre o uso de medicamentos e prevenção ou manejo da recaída.

» A disponibilidade de modalidades de aconselhamento diferentes (aconselhamento por telefone, grupo presencial ou individual, e aconselhamento baseado na rede ou computador) pode variar.

» Uma revisão Cochrane determinou que as intervenções baseadas em grupos parecem

## Em curso

ser mais promissoras do que as intervenções baseadas no indivíduo.[38]

» As intervenções para abandonar o hábito de fumar com uso do computador ou da Internet, sejam isoladas ou combinadas com outras intervenções, aumentam as taxas de abandono em até 50% em adultos.[65] 6[A]Evidence Os pacientes que receberam 4 mensagens de texto por semana durante 6 meses, como complemento dos cuidados habituais, demonstraram uma redução significativa no tabagismo; no entanto, ainda é preciso determinar a duração desses efeitos.[66] Programas de incentivo financeiro demonstraram melhorar os índices de abandono do tabaco, seja no grupo de renda baixa como no de alta.[39] [40] Programas baseados em recompensa são mais comumente aceitos que programas baseados em depósito, tendo conduzido a maiores índices de abandono do hábito de fumar.[41]

» O tratamento farmacológico, incluindo NRT, bupropiona e vareniclina, não é recomendado para gestantes, mulheres que estão amamentando ou adolescentes.[2] [54]

### fumantes ativos dispostos a parar: depressão e abandono do hábito de fumar

#### 1a encaminhamento para especialista em aconselhamento

» O encaminhamento para especialistas em aconselhamento, com ou sem farmacoterapia, antes ou durante a tentativa de abandono, deve ser considerado. Os pacientes devem ser acompanhados de perto para sintomas premonitórios, uma vez que a supressão da nicotina pode ser um fator desencadeante para episódios depressivos maiores.

#### adjunto antidepressivos

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **bupropiona**: 150 mg por via oral (liberação sustentada) uma vez ao dia por 3 dias inicialmente, seguidos por 150 mg duas vezes ao dia por 8 semanas, iniciar terapia 1-2 semanas antes da data prevista para parar de fumar

#### Opções secundárias

## Em curso

» **nortriptilina:** 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar até 75 mg uma vez ao dia ao longo de 10-28 dias antes da data prevista para parar de fumar, manter por 12 semanas, reduzir a dose gradualmente

» Naqueles com depressão ativa, o uso dos antidepressivos bupropiona ou nortriptilina pode ser considerado, pois eles são eficazes no aumento das taxas de abandono.

» A nortriptilina é uma terapia de segunda linha para o abandono do hábito de fumar devido às taxas mais elevadas de eventos adversos.[2] [21] [49]

**fumantes ativos dispostos a parar:  
abuso de múltiplas substâncias e  
abandono do hábito de fumar**
**1a aconselhamento com terapeutas  
especialmente treinados**

» Os pacientes com uma história de abuso de múltiplas substâncias devem ser encorajados a abandonar o hábito de fumar ao mesmo tempo em que fazem tratamento para dependência de outras drogas.

» Dado os desafios com este grupo de pacientes, todos devem receber aconselhamento, idealmente com terapeutas treinados em abuso de tabaco e de outras drogas.

» Os pacientes que abusarem ativamente de álcool e de outras substâncias viciantes podem ter um limiar convulsivo reduzido, aumentando o risco desta complicação no tratamento com a bupropiona.

» A supressão da nicotina pode precipitar uma recaída em alguns (<20%) daqueles que possuem uma história de alcoolismo. O aconselhamento ou farmacoterapia antes ou durante a tentativa de abandono deve ser considerado e os pacientes devem ser acompanhados de perto para sintomas premonitórios.

**fumantes ativos não dispostos a  
parar**
**1a aconselhamento para abandono do hábito  
de fumar**

» Os pacientes devem ser aconselhados de forma clara, decisiva e personalizada: (1) ação mais importante para a saúde futura, (2) vincular

## Em curso

com problemas clínicos atuais, se aplicável, e (3) mencionar os riscos de ser fumante passivo para a família.

» "Parar o uso do tabaco é a ação mais importante que você pode fazer para melhorar sua saúde e aumentar a qualidade e duração de sua vida. Se você fuma, quando parar, aqueles que lhe são queridos terão menos exposição como fumantes passivos - uma causa conhecida de asma, infecções respiratórias, cardiopatia e câncer de pulmão. Além disso, você economizará dinheiro, melhorará seu paladar e deixará suas roupas, seu carro e sua casa com um cheiro mais agradável".

## mais

**mensagens motivacionais**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Questões abertas são feitas para encorajar o fumante a direcionar o pensamento no sentido de parar.

» Relevância: o paciente é questionado sobre como o uso do tabaco se relaciona com sua própria situação.

» Riscos: o paciente é questionado sobre os riscos do uso contínuo do tabaco.

» Recompensas: o paciente é questionado sobre os benefícios de parar.

» Barreiras: solicita-se ao paciente que identifique barreiras para parar e possíveis soluções.

» Repetição: o aconselhamento para parar e mensagens motivacionais devem ser repetidos toda vez que o paciente é observado.

» A conversa deve terminar com uma declaração de que muitas pessoas foram bem-sucedidas ao parar e que a maioria das pessoas que fumam realizam repetidas tentativas de parar antes de serem bem-sucedidas. A ajuda está disponível e eles podem ser colocados em contato com os recursos quando estiverem dispostos a parar.<sup>[18]</sup>

## adjunto

**redução auxiliada com terapia de reposição de nicotina (NRT) ou vareniclina para parar**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

**Opções primárias**



## Em curso

» **nicotina transdérmica**: 21 mg uma vez ao dia por 4-6 semanas inicialmente (dependendo da marca), seguidos por 14 mg uma vez ao dia por 2 semanas, seguidos por 7 mg uma vez ao dia por 2 semanas. O paciente pode começar com 14 mg/dia se fumar <10 cigarros/dia. Outras concentrações estão disponíveis.

OU

» **goma de nicotina**: 2-4 mg quando necessário, reduzir a dose gradualmente, máximo de 30 mg/dia

OU

» **nicotina por via inalatória**: 24-64 mg/dia administrados em doses fracionadas quando necessário por 12 semanas, reduzir a dose gradualmente ao longo de 12 semanas

**Opções secundárias**

» **vareniclina**: 0.5 mg por via oral uma vez ao dia por 3 dias inicialmente, seguido por 0.5 mg duas vezes ao dia por 4 dias, seguido por 1 mg duas vezes ao dia por 12-24 semanas

» Muitos fumantes são incapazes ou não querem parar de fumar abruptamente mesmo quando a farmacoterapia é oferecida.

» Uma abordagem alternativa é fornecer a NRT para dar suporte a uma redução no consumo do cigarro como um primeiro passo em direção à abstinência. Revisões de estudos randomizados de "redução auxiliada por NRT para parar" (também conhecida como corte para cessar) demonstraram que as taxas de abstinência de longo prazo entre os fumantes que receberam NRT para este fim são o dobro daquelas observadas entre os fumantes que receberam placebo, e que os eventos adversos não aumentaram apesar de receberem nicotina da NRT e dos cigarros.[50] [51] [52] 5[A]Evidence As formas de NRT que foram estudadas incluem o uso de goma ou inalador de nicotina por até 18 meses[51] [52] e o uso de adesivos de nicotina por 6 semanas antes da data estabelecida para deixar de fumar.[50] Muitos destes estudos incluíram aconselhamento comportamental.

» Para pacientes que não almejam parar no mês seguinte, mas que desejam reduzir o consumo de cigarros e parar em 3 meses, a terapia com

## Em curso

vareniclina por 24 semanas tem demonstrado aumentar significativamente os índices de abandono do hábito de fumar.[53]

» O tratamento farmacológico, incluindo NRT e vareniclina, não é recomendado para gestantes, mulheres que estão amamentando ou adolescentes.[2] [54]

## usuários de produtos do tabaco sem combustão

## 1a aconselhamento

» As pessoas que usam produtos do tabaco sem combustão (rapé, tabaco em pó ou para mascar) têm risco de dependência da nicotina, doença periodontal e câncer. O abandono do uso de produtos do tabaco sem combustão aumenta com os exames orais, que incluem feedback pelo dentista ou higienista dental sobre os danos relacionados com os produtos do tabaco sem combustão, e com um aconselhamento telefônico proativo.[62] [63] As evidências são insuficientes para dar suporte ao uso da bupropiona ou NRT para ajudar nas tentativas de cessar o uso de produtos de tabaco sem combustão.[62]

## Novidades

### Farmacogenética

Foram realizados estudos de associação de polimorfismos genéticos e abandono do hábito de fumar após terapia de reposição de nicotina (NRT) e/ou terapia com bupropiona, mas apenas alguns genes candidatos ou regiões foram analisados, alguns exigindo pesquisa adicional. Ainda faltam evidências para dar suporte ao uso de testes farmacogenéticos na terapia de rotina do abandono do hábito de fumar, embora elas cresçam continuamente.[70] [71]

### Vacina de nicotina

Os anticorpos formados contra a nicotina podem evitar que esta molécula passe para os centros de recompensa do cérebro e, portanto, impedem os efeitos reforçadores positivos do tabagismo. Para ser eficaz, altos níveis de anticorpos precisam ser atingidos e mantidos. Estudos iniciais sugerem que 3 vacinas em teste são seguras e bem toleradas. Em um estudo randomizado, a nicotina-Q beta mostrou aumentar as taxas de abandono em 12 meses em fumantes no tercil maior de resposta de anticorpos em comparação com aqueles que receberam placebo.[72] No entanto, as taxas de abandono geral não foram diferentes entre os grupos vacinado e placebo.[72] Embora a vacina de nicotina seja promissora, são necessárias mais pesquisas antes que ela esteja disponível para uso clínico.[73]

### Antagonistas do receptor canabinoide tipo 1

Os antagonistas do receptor canabinoide (por exemplo, rimonabanto) podem ser úteis no abandono do hábito de fumar pelo reequilíbrio do sistema endocanabinoide, que controla a ingestão de alimentos e o balanço energético, que pode ser interrompido após a absorção de nicotina por longo prazo. Em estudos não publicados, houve evidências de que o rimonabanto aumenta as taxas de abandono e pode ter reduzido o ganho de peso, embora não reduza as taxas de recaída. No entanto, em outubro de 2008, o rimonabanto foi retirado dos países europeus por preocupações de segurança.[74]

### Redução do dano

A nicotina é o componente viciante dos cigarros, mas a maioria dos efeitos adversos do tabagismo à saúde se deve à inalação dos produtos de combustão da queima do tabaco. Existem 2 abordagens gerais em relação à redução do dano: 1) substituir completamente os cigarros por outras fontes de nicotina, 2) reduzir o número de cigarros fumados com estas alternativas. Avaliar os possíveis benefícios dessas abordagens sobre a saúde no longo prazo é difícil devido à falta de biomarcadores precisos do risco à saúde. Acredita-se que substituir completamente os cigarros por nicotina medicinal (por exemplo, chicletes, adesivos e pastilhas) seja uma alternativa de baixo risco e aceitável para o tabagismo. Há mais controvérsia em relação a outros potenciais produtos de exposição reduzida (PREPs) que usam formulações de tabaco que não são queimadas (por exemplo, rapé, tabaco em flocos ou de mascar), novas formas de aquecimento do tabaco ou tabaco modificado com o objetivo de fornecer menos toxinas. Uma revisão não encontrou evidência para sugerir que uma redução na exposição às toxinas do tabaco com quaisquer PREPs existentes seja suficiente para esperar uma redução significativa no risco de doenças.[75] Não se sabe qual impacto estes PREPs diferentes teriam na prevalência do uso do tabaco comparado com a ênfase no abandono.[76] Uma revisão sistemática examinou as evidências que dão suporte à redução do número de cigarros consumidos, normalmente com NRT. Ela encontrou evidências insuficientes para sugerir que a diminuição do consumo de cigarros reduz significativamente os riscos de saúde. No entanto, fumantes randomizados para uso de NRT para reduzir os cigarros por dia tiveram maiores taxas de abandono, dando suporte à estratégia de "cortar para parar".[77] Um estudo de 2018 mostrou que uma grande proporção do risco de doença coronariana e acidente vascular cerebral vem de fumar apenas alguns cigarros. Isto tem consequências importantes para fumantes que acreditam que fumar com moderação leva a pouco ou nenhum dano. Foi demonstrado que um cigarro por dia carrega cerca de 40% a 50% do risco de desenvolver uma doença coronariana e AVC advindo de fumar 20 cigarros por dia, e fumar 5 cigarros por dia tem aproximadamente 55% a 65% desse risco. Não há nível seguro de tabagismo para a doença cardiovascular.[9]

### Internet e mensagem de texto pelo celular

As populações mais propensas a usar celulares (ou seja, adolescentes, adultos jovens e aqueles em desvantagem socioeconômica) estão entre os mais difíceis de atingir com os métodos de aconselhamento convencional. Intervenções por meio do sistema de mensagem curta (SMS) dos celulares para o abandono do hábito de fumar estão sendo ativamente desenvolvidas e avaliadas. A pesquisa preliminar nas mensagens SMS demonstram melhoras de curto prazo no comportamento de saúde, particularmente com mensagens interativas e personalizadas. Os pacientes que receberam 4 mensagens de texto por semana durante 6 meses, como complemento dos cuidados habituais, demonstraram uma redução significativa no tabagismo; no entanto, ainda é preciso determinar a duração desses efeitos.[66] São necessárias mais pesquisas e de melhor qualidade para desenvolver ainda mais este método promissor.[78] [79] [80] Há cada vez mais intervenções baseadas na internet disponíveis para ajudar pacientes a evitar a recaída.[81] [82] Intervenções baseadas no celular mostraram ter um impacto benéfico sobre os resultados de abandono aos 6 meses.[83]

## Terapias alternativas

Terapias alternativas, como acupuntura e hipnoterapia, mostraram ser favoráveis em uma metanálise. O papel exato dessas intervenções ainda não é claro, mas elas podem servir como uma intervenção adjuvante ou de segunda linha no futuro.[84]

## Estratégias para usuários de fumo para narguilé

O fumo de tabaco por narguilé (hookah) é o método de uso de tabaco mais prevalente na região do Mediterrâneo Oriental e o segundo mais prevalente nos EUA. Evidências sugerem que os fumantes de narguilé podem se tornar dependentes de nicotina e apresentar riscos de saúde similares aos fumantes de cigarro. Até a data, os estudos mostram que há uma necessidade de desenvolver intervenções de abandono do hábito de fumar com base nos pilares de intervenções criados para fumantes de cigarro associado a componentes que resolverão as especificidades relacionadas ao uso de fumo para narguilé.[85]

## Recomendações

### Monitoramento

Os pacientes tentando parar de fumar estão em alto risco para recaída. Apenas cerca de 3% a 5% dos fumantes que param por si mesmos atingem abstinência contínua prolongada, geralmente definida como 6 a 12 meses de não tabagismo. O maior risco da recaída está nos primeiros 8 dias após a tentativa de parar de fumar. Portanto, o aconselhamento de suporte deve-se concentrar na primeira semana de uma tentativa de parar de fumar.<sup>[86]</sup>

Se o fumante não for bem-sucedido em uma tentativa de parar de fumar, isto não deve ser visto como uma falha, mas como uma experiência de aprendizado.

A intervenção motivacional deve ser repetida sempre que um paciente desmotivado visitar o ambiente clínico. Os fumantes que falharam na tentativa prévia de parar devem ser informados de que a maioria das pessoas fazem repetidas tentativas antes de serem bem-sucedidas.

As circunstâncias da recaída devem ser revisadas e novas estratégias e farmacoterapia alternativa ou adicional devem ser tentadas.<sup>[2] [18]</sup>

### Instruções ao paciente

A seguinte breve mensagem (STAR) ao paciente fornece orientação ao planejamento de uma tentativa de parar de fumar.

S: (Set) Defina uma data para parar dentro de 2 semanas.

T: (Tell) Informe familiares, amigos e colegas de trabalho sobre seus planos e peça suporte.

A: (Anticipate) Planeje formas de lidar com as ocasiões em que você está em maior risco de fumar.

R: (Remove) Retire cigarros, fósforos e cinzeiros de sua casa, carro, trabalho e de outros lugares em que você fuma.

Os pacientes devem ser acompanhados por um clínico ou por um serviço de aconselhamento de abandono (linha de cessação, grupo ou outro) dentro de uma semana da data em que parar.

Recursos online estão disponíveis aos pacientes na maioria dos países. Os exemplos incluem os seguintes:

- [\[Smokefree \(UK\)\]](#)
- [\[Smokefree.gov \(US\)\]](#)

Explique aos pacientes que fumar mesmo que moderadamente (ou seja, menos de 5 cigarros por dia) acarreta riscos para a saúde. Fumar um cigarro por dia carrega cerca de 40% a 50% do risco de desenvolver uma doença coronariana e AVC advindo de fumar 20 cigarros por dia, e fumar 5 cigarros por dia tem aproximadamente 55% a 65% desse risco.<sup>[9]</sup>

Há evidências de que existem confusão e equívocos em torno dos cigarros eletrônicos e como eles se encaixam nas terapias de reposição de nicotina e no consumo de cigarros em geral. Os pacientes precisam ser claramente informados sobre a variedade de produtos e serviços disponíveis para ajudá-los a parar de fumar e serem envolvidos em uma discussão sobre os riscos e benefícios de cada um.

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>sintomas de abstinência da nicotina</b>	<b>curto prazo</b>	<b>alta</b>
É comum que, durante uma tentativa de abandono, os pacientes apresentem sintomas da abstinência da nicotina incluindo humor depressivo ou disfórico, irritabilidade, frustração, raiva, ansiedade, aumento do apetite e ganho de peso.[2] [18] [21]		
<b>mudanças no controle glicêmico no diabetes</b>	<b>curto prazo</b>	<b>média</b>
Tanto o tabagismo quanto a NRT aumentam a resistência insulínica. O efeito da NRT na resistência insulínica é menor que o do tabagismo. Os pacientes com diabetes cuja glicemia é controlada minuciosamente devem ter seus níveis glicêmicos monitorados para hipoglicemia quando eles pararem de fumar ou quando eles interromperem o uso da NRT, pois a resistência insulínica ficará reduzida.		
<b>níveis séricos aumentados de teofilina e alguns medicamentos psiquiátricos</b>	<b>curto prazo</b>	<b>média</b>
Os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos nos tabagistas reduzem os níveis séricos da teofilina e alguns medicamentos psiquiátricos incluindo alprazolam, clorpromazina, clomipramina, clozapina, diazepam, flufenazina, fluvoxamina, haloperidol, imipramina, lorazepam, olanzapina e oxazepam. O abandono do hábito de fumar pode, assim, resultar em um aumento de 10% a 40% nos níveis séricos destes medicamentos e pode precisar de reduções nas doses para evitar toxicidade.[95]		
<b>alterações na frequência cardíaca e pressão arterial (PA) devido à NRT</b>	<b>curto prazo</b>	<b>média</b>
A NRT pode causar flutuações agudas, mas clinicamente mínimas, na frequência cardíaca e pressão arterial em pacientes com hipertensão. No entanto, estudos demonstraram que a NRT é segura nesses pacientes. Em pacientes apresentando hipertensão não tratada ou não controlada e desejando a cessação do tabagismo, os dois problemas podem ser tratados simultaneamente (começando a NRT e anti-hipertensivos ao mesmo tempo).		
<b>recaída do alcoolismo</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
É controverso se a abstinência da nicotina resulta em um aumento do abuso de álcool.[89] [90]		
<b>transtorno depressivo maior</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
A incidência de um transtorno depressivo maior até 64 semanas após o abandono foi de 0% a 14% entre todos os fumantes que tentaram parar, 3% a 24% entre os fumantes com uma história anterior de transtorno depressivo maior que tentaram parar e 1% a 31% entre os fumantes que se tornaram abstinentes. Houve maior probabilidade de apresentar este problema entre os fumantes com uma história anterior de transtorno depressivo, o que sugere que estes pacientes devem ser postos em contato com aconselhamento por especialista antes e durante a tentativa de parar.[60]		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
ganho de peso	variável	alta
<p>O abandono do tabagismo é geralmente acompanhado por ganho de peso de 4 a 6 kg devido à combinação de maior ingestão de energia, devido à necessidade de substituir cigarros por comida dentro do hábito de levar a mão à boca e de gratificação oral, e a taxas metabólicas reduzidas.[91] Preocupações sobre o ganho de peso principalmente entre as mulheres fumantes pode reduzir a motivação de parar, embora os riscos do ganho de peso à saúde sejam pequenos em comparação com os riscos de manter o tabagismo.</p> <p>Um estudo mostrou que um aumento no índice de massa corporal após a cessação do tabagismo não surtiu efeito moderador na associação protetora da cessação do tabagismo com infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral.[92] É recomendado aconselhar os fumantes a limitar sua ingestão de calorias durante as tentativas de parar, pois a fome pode desencadear as fissuras e reduzir as taxas de abandono. Esta abordagem não foi eficaz na redução do ganho de peso.[93] Planos de controle de peso comportamentais individualizados, programas de exercícios, dietas com baixíssima caloria e terapia cognitivo-comportamental podem reduzir o ganho de peso sem reduzir as taxas de abandono, mas os efeitos dessas intervenções são modestos. Pesquisa adicional é necessária. Nenhuma intervenção farmacológica específica para reduzir o ganho de peso mostrou evidência de benefício em longo prazo, embora a terapia de reposição de nicotina (NRT), antidepressivos e provavelmente a vareniclina para o abandono do hábito de fumar reduzam o ganho de peso em curto prazo.[93] Os dados sugerem que uma combinação de medicamentos para o abandono do hábito de fumar resultam em menos ganho de peso pós-abandono, no curto prazo, comparado com a monoterapia ou placebo.[94]</p>		

## Prognóstico

### Recidiva

Fumantes habituais acham extremamente difícil parar de fumar com sucesso. Embora 70% dos fumantes demonstrem que gostariam de parar e 40% tentem ao menos 1 cessação por ano, apenas 3% a 4% dos tabagistas por ano são bem-sucedidos na cessação em longo prazo por si próprios.[11]

O maior risco para a recaída está nos primeiros 8 dias após parar de fumar. Intervenções ativas para o abandono do hábito de fumar feitas por médicos, por um membro da equipe clínica ou por um serviço de aconselhamento (aconselhamento presencial ou por telefone) devem ser iniciadas antes ou dentro da primeira semana após a data planejada para parar de fumar.[86]

- As intervenções comportamentais usadas para ajudar as pessoas a evitar a recaída geralmente focam no ensinamento de habilidades para lidar com as tentações para fumar.
- Infelizmente, os estudos randomizados não demonstraram que intervenções de treinamento de habilidades sejam úteis, embora os estudos possam não ter sido suficientemente grandes para detectar possíveis efeitos baixos.[87]
- Há cada vez mais intervenções baseadas na internet e no celular disponíveis para ajudar os pacientes a evitar a recaída.[81] [82] Intervenções baseadas no celular mostraram ter um impacto benéfico sobre os resultados de abandono aos 6 meses.[83]

### Respostas à recaída

Recaída após parar é comum. Os pacientes devem ser encorajados a aprender com sua experiência e tentar novamente. A maioria dos fumantes precisa fazer diversas tentativas para parar. As circunstâncias



da recaída devem ser revisadas, e novas estratégias e farmacoterapia alternativa ou adicional devem ser tentadas.[2] [18]

Avaliou-se o aumento da duração do medicamento em um número limitado de estudos.

- Dois estudos da goma de nicotina mostraram algum efeito, mas o aumento na duração do uso da bupropiona atrasou, mas não evitou a recaída. Estudos adicionais do tratamento estendido com a reposição da nicotina são necessários.[87]
- Evidências limitadas dão suporte ao uso de vareniclina como um auxílio para prevenção de recaídas.[48]
- A terapia de nicotina transdérmica de duração estendida (24 semanas) mostrou aumentar as taxas de sucesso e reduzir a recaída quando comparada com a terapia de duração padrão (8 semanas) em adultos.[88]

## Diretrizes de tratamento

### Europa

#### Community pharmacies: promoting health and wellbeing

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicação em:**  
2018

#### Stop smoking interventions and services

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicação em:**  
2018

#### Nicotine without smoke: tobacco harm reduction

**Publicado por:** Royal College of Physicians

**Última publicação em:**  
2016

#### Local stop smoking services: service and delivery guidance 2014

**Publicado por:** National Centre for Smoking Cessation and Training

**Última publicação em:**  
2014

#### Smoking: supporting people to stop

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicação em:**  
2013

#### Smoking: stopping in pregnancy and after childbirth

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicação em:**  
2010

### América do Norte

#### NCCN clinical practice guidelines in oncology: smoking cessation

**Publicado por:** National Comprehensive Cancer Network

**Última publicação em:**  
2018

#### Tobacco smoking in children and adolescents

**Publicado por:** Canadian Task Force on Preventive Health Care

**Última publicação em:**  
2017

#### Integrating tobacco interventions into daily practice

**Publicado por:** Registered Nurses' Association of Ontario

**Última publicação em:**  
2017

#### Tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women: behavioral and pharmacotherapy interventions

**Publicado por:** US Preventive Services Task Force

**Última publicação em:**  
2015

## América do Norte

### Treating tobacco use and dependence: 2008 update

**Publicado por:** US Department of Health & Human Services

**Última publicação em:**  
2008

## Oceania

### Guidelines for preventive activities in general practice, 9th ed

**Publicado por:** Royal Australian College of General Practitioners

**Última publicação em:**  
2016

### The New Zealand guidelines for helping people to stop smoking

**Publicado por:** New Zealand Guidelines Group

**Última publicação em:**  
2014

### Supporting smoking cessation: a guide for health professionals

**Publicado por:** Royal Australian College of General Practitioners

**Última publicação em:**  
2014

## Recursos online

1. [Smokefree \(UK\)](#) (*external link*)
2. [Smokefree.gov \(US\)](#) (*external link*)

## Nível de evidência

1. Taxas de abstinência com terapia comportamental ou aconselhamento em grupo: existem evidências de alta qualidade de que o apoio comportamental com diversas sessões de aconselhamento individual ou em grupo ajuda no abandono do hábito de fumar.[\[35\]](#) [\[36\]](#)  
**Nível de evidência A:** Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

---

2. Taxas de abstinência com a terapia de reposição de nicotina (NRT): existem evidências de alta qualidade de que todas as formas de NRT são similarmente eficazes e a escolha do tipo deve ser baseada na susceptibilidade aos eventos adversos, preferência do paciente e disponibilidade.[\[42\]](#)  
**Nível de evidência A:** Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

---

3. Taxas de abstinência com adesivo de nicotina associado a outra forma de terapia de reposição de nicotina (NRT): existem evidências de qualidade moderada de que adicionar outra forma da NRT ao adesivo de nicotina aumenta as taxas de sucesso.[\[42\]](#)  
**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

---

4. Taxas de abstinência 6 meses após abandono, com terapia de reposição de nicotina (NRT) combinada: existem evidências de alta qualidade de que o adesivo de nicotina associado a pastilhas produz taxas de abstinência de 6 meses após abandono mais altas que o placebo.[\[43\]](#)  
**Nível de evidência A:** Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

---

5. Atingir uma abstinência sustentada de tabaco com redução auxiliada por terapia de reposição de nicotina (NRT) para parar: existem evidências de alta qualidade de que a NRT é uma intervenção eficaz em atingir a abstinência mantida ao tabagismo para fumantes que não têm intenção ou são incapazes de tentar parar abruptamente comparada com o placebo.[\[52\]](#)  
**Nível de evidência A:** Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

---

6. Taxas de abstinência com programas para abandono do hábito de fumar baseadas em internet ou computador: existem evidências de alta qualidade de que os programas para abandono do hábito de fumar baseados na internet ou computador, sozinhos ou combinados com outras intervenções, têm um efeito significativo no abandono do hábito de fumar em fumantes adultos.[\[65\]](#)  
**Nível de evidência A:** Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

---

7. Taxas de abstinência com vacinação contra a nicotina: existem evidências de alta qualidade sugestivas de que a vacinação com a nicotina-Q beta pode aumentar significativamente as taxas de abstinência contínua em fumantes quando níveis significativamente altos de anticorpos são atingidos.[72]

**Nível de evidência A:** Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

## Artigos principais

- Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. May 2008 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Australian Institute of Health and Welfare 2001 National Drug Strategy Household Survey: Detailed Findings. Drug Statistics Series No. 11. 2002. AIHW Cat. No. PHE-41.
- National Institute for Health and Care Excellence. Stop smoking interventions and services. March 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Aveyard P, Begh R, Parsons A, et al. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*. 2012 Jun;107(6):1066-73. [Resumo](#)
- New Zealand Guidelines Group. The New Zealand guidelines for helping people to stop smoking. June 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Le Foll B, Melihan-Cheinin P, Rostoker G, et al; Working Group of AFSSAPS. Smoking cessation guidelines: evidence-based recommendations of the French Health Products Safety Agency. *Eur Psychiatry*. 2005 Aug;20(5-6):431-41. [Resumo](#)
- Barua RS, Rigotti NA, Benowitz NL, et al. 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *J Am Coll Cardiol*. 2018 Dec 5;72(25):3332-3365. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, et al. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 May 31;(5):CD000146. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Bader P, McDonald P, Selby P. An algorithm for tailoring pharmacotherapy for smoking cessation: results from a Delphi panel of international experts. *Tob Control*. 2009 Feb;18(1):34-42. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(12):CD010078. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Schaffer SD, Yoon S, Zadezensky I. A review of smoking cessation: potentially risky effects on prescribed medications. *J Clin Nurs*. 2009 Jun;18(11):1533-40. [Resumo](#)

## Referências

1. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, et al. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*. 2004 Mar 10;291(10):1238-45. [Resumo](#)



2. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. May 2008 [internet publication]. [Texto completo](#)
3. Maciosek M, Coffield A, Edwards N, et al. Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. Am J Prev Med. 2006;31:52-61. [Resumo](#)
4. Peto R, Lopez AD. The future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Koop CE, Pearson CE, Schwarz MR, eds. Critical issues in global health. New York, NY: Jossey-Bass; 2001.
5. Office for National Statistics (UK). Statistical bulletin - adult smoking habits in the UK: 2017. July 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
6. Australian Institute of Health and Welfare 2001 National Drug Strategy Household Survey: Detailed Findings. Drug Statistics Series No. 11. 2002. AIHW Cat. No. PHE-41.
7. Jamal A, Phillips E, Gentzke AS, et al. Current cigarette smoking among adults - United States, 2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018 Jan 19;67(2):53-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
8. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking - 50 years of progress. A report of the Surgeon General. January 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
9. Hackshaw A, Morris JK, Boniface S, et al. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. BMJ. 2018 Jan 24;360:j5855. [Texto completo](#) [Resumo](#)
10. Doll R, Peto R, Boreham J, et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ. 2004 Jun 26;328(7455):1519. [Texto completo](#) [Resumo](#)
11. Messer K, Pierce J, Zhu S-H, et al. The California Tobacco Control Program's effect on adult smokers: (1) Smoking cessation. Tob Control. 2007 Apr;16(2):85-90. [Texto completo](#) [Resumo](#)
12. Drake P, Driscoll AK, Mathews TJ. Cigarette smoking during pregnancy: United States, 2016. NCHS Data Brief. 2018 Feb;(305):1-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
13. Niaura R, Shadel WG, Morrow K, et al. Human immunodeficiency virus infection, AIDS, and smoking cessation: the time is now. Clin Infect Dis. 2000;31:808-812. [Resumo](#)
14. Farrelly MC, Pechacek TF, Thomas KY, et al. The impact of tobacco control programs on adult prevalence. Am J Public Health. 2008;98:304-309. [Texto completo](#) [Resumo](#)
15. Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, et al. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. Am J Prev Med. 2001;20(suppl 2):16-66. [Resumo](#)
16. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, et al. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(5):CD000165. [Texto completo](#) [Resumo](#)
17. National Institute for Health and Care Excellence. Stop smoking interventions and services. March 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)

18. Swartz S, Hays J. Office-based intervention for tobacco dependence. *Med Clin North Am.* 2004 Nov;88(6):1623-41;xii-iii. [Resumo](#)
19. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* 1991 Sep;86(9):1119-27. [Resumo](#)
20. Aveyard P, Massey L, Parsons A, et al. The effect of Transtheoretical Model based interventions on smoking cessation. *Soc Sci Med.* 2009 Feb;68(3):397-403. [Resumo](#)
21. Hughes J, Goldstein M, Hurt R, et al. Recent advances in the pharmacotherapy of smoking. *JAMA.* 1999;281:72-76. [Resumo](#)
22. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(2):CD007253. [Texto completo](#) [Resumo](#)
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
24. Rigotti NA, Thorndike AN. Reducing the health burden of tobacco use: What is the doctor's role? *Mayo Clin Proc.* 2001;76:121-123. [Resumo](#)
25. Aveyard P, West R. Managing smoking cessation. *BMJ.* 2007;335:37-41. [Resumo](#)
26. Linder JA, Rigotti NA, Schneider LI, et al. An electronic health record-based intervention to improve tobacco treatment in primary care: a cluster-randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2009;169:781-787. [Resumo](#)
27. Aveyard P, Begh R, Parsons A, et al. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction.* 2012 Jun;107(6):1066-73. [Resumo](#)
28. Borland R, Balmford J, Bishop N, et al. In-practice management versus quitline referral for enhancing smoking cessation in general practice: a cluster randomized trial. *Fam Pract.* 2008 Oct;25(5):382-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
29. American Academy of Family Physicians. Ask and act: a tobacco cessation program. 2010 [internet publication]. [Texto completo](#)
30. Bize R, Burnand B, Mueller Y, et al. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(12):CD004705. [Resumo](#)
31. McClure JB, Ludman EJ, Grothaus L, et al. Impact of a brief motivational smoking cessation intervention the Get PHIT randomized controlled trial. *Am J Prev Med.* 2009 Aug;37(2):116-23. [Texto completo](#) [Resumo](#)
32. New Zealand Guidelines Group. The New Zealand guidelines for helping people to stop smoking. June 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)

33. Le Foll B, Melihan-Cheinin P, Rostoker G, et al; Working Group of AFSSAPS. Smoking cessation guidelines: evidence-based recommendations of the French Health Products Safety Agency. *Eur Psychiatry*. 2005 Aug;20(5-6):431-41. [Resumo](#)
34. Barua RS, Rigotti NA, Benowitz NL, et al. 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *J Am Coll Cardiol*. 2018 Dec 5;72(25):3332-3365. [Texto completo](#) [Resumo](#)
35. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD001007. [Texto completo](#) [Resumo](#)
36. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD001292. [Texto completo](#) [Resumo](#)
37. Oncken CA, Kranzler HR. What do we know about the role of pharmacotherapy for smoking cessation before or during pregnancy? *Nicotine Tob Res*. 2009 Nov;11(11):1265-73. [Texto completo](#) [Resumo](#)
38. Fanshawe TR, Halliwell W, Lindson N, et al. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Nov 17;(11):CD003289. [Texto completo](#) [Resumo](#)
39. Kendzor DE, Businelle MS, Poonawalla IB, et al. Financial incentives for abstinence among socioeconomically disadvantaged individuals in smoking cessation treatment. *Am J Public Health*. 2015 Jun;105(6):1198-205. [Texto completo](#) [Resumo](#)
40. Cahill K, Hartmann-Boyce J, Perera R. Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(5):CD004307. [Texto completo](#) [Resumo](#)
41. Halpern SD, French B, Small DS, et al. Randomized trial of four financial-incentive programs for smoking cessation. *N Engl J Med*. 2015 May 28;372(22):2108-17. [Texto completo](#) [Resumo](#)
42. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, et al. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 May 31;(5):CD000146. [Texto completo](#) [Resumo](#)
43. Piper ME, Smith SS, Schlam TR, et al. A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Nov;66(11):1253-62. [Texto completo](#) [Resumo](#)
44. US Food and Drug Administration. Vaporizers, e-cigarettes, and other electronic nicotine delivery systems (ENDS). September 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
45. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Population Health and Public Health Practice; Committee on the Review of the Health Effects of Electronic Nicotine Delivery Systems; Eaton DL, Kwan LY, Stratton K. Public health consequences of e-cigarettes. Washington, DC: National Academies Press; 2018. [Texto completo](#) [Resumo](#)
46. Cobb NK, Byron MJ, Abrams DB, et al. Novel nicotine delivery systems and public health: the rise of the "e-cigarette". *Am J Public Health*. 2010 Dec;100(12):2340-2. [Texto completo](#) [Resumo](#)

47. Public Health England (UK). Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018: executive summary. March 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
48. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, et al. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(5):CD006103. [Texto completo](#) [Resumo](#)
49. Bader P, McDonald P, Selby P. An algorithm for tailoring pharmacotherapy for smoking cessation: results from a Delphi panel of international experts. Tob Control. 2009 Feb;18(1):34-42. [Texto completo](#) [Resumo](#)
50. Shiffman S, Ferguson SG. Nicotine patch therapy prior to quitting smoking: a meta-analysis. Addiction. 2008 Apr;103(4):557-63. [Resumo](#)
51. Shiffman S, Ferguson SG, Strahs KR. Quitting by gradual smoking reduction using nicotine gum: a randomized controlled trial. Am J Prev Med. 2009 Feb;36(2):96-104;e1. [Resumo](#)
52. Moore D, Aveyard P, Connock M, et al. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2009 Apr 2;338:b1024. [Texto completo](#) [Resumo](#)
53. Ebbert JO, Hughes JR, West RJ, et al. Effect of varenicline on smoking cessation through smoking reduction: a randomized clinical trial. JAMA. 2015 Feb 17;313(7):687-94. [Texto completo](#) [Resumo](#)
54. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(12):CD010078. [Texto completo](#) [Resumo](#)
55. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(2):CD001055. [Texto completo](#) [Resumo](#)
56. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: a systematic review. Arch Intern Med. 2008 Oct 13;168(18):1950-60. [Texto completo](#) [Resumo](#)
57. Paciullo CA, Short MR, Steinke DT, et al. Impact of nicotine replacement therapy on postoperative mortality following coronary artery bypass graft surgery. Ann Pharmacother. 2009 Jul;43(7):1197-202. [Resumo](#)
58. Lee AH, Afessa B. The association of nicotine replacement therapy with mortality in a medical intensive care unit. Crit Care Med. 2007 Jun;35(6):1517-21. [Resumo](#)
59. Bernstein SL, D'Onofrio G, Rosner J, et al. Successful tobacco dependence treatment in low-income emergency department patients: a randomized trial. Ann Emerg Med. 2015 Aug;66(2):140-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
60. Hughes J. Depression during tobacco abstinence. Nicotine Tob Res. 2007 Apr;9(4):443-6. [Resumo](#)

61. Thomas RE, Baker PR, Thomas BC, et al. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(2):CD004493. [Texto completo](#) [Resumo](#)
62. Ebbert JO, Elrashidi MY, Stead LF. Interventions for smokeless tobacco use cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(10):CD004306. [Texto completo](#) [Resumo](#)
63. Boyle RG, Enstad C, Asche SE, et al. A randomized controlled trial of telephone counseling with smokeless tobacco users: the ChewFree Minnesota study. Nicotine Tob Res. 2008 Sep;10(9):1433-40. [Resumo](#)
64. Ellerbeck EF, Mahnken JD, Cupertino AP, et al. Effect of varying levels of disease management on smoking cessation: a randomized trial. Ann Intern Med. 2009 Apr 7;150(7):437-46. [Texto completo](#) [Resumo](#)
65. Myung SK, McDonnell DD, Kazinets G, et al. Effects of web- and computer-based smoking cessation programs: meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Intern Med. 2009 May 25;169(10):929-37. [Erratum in: Arch Intern Med. 2009 Jul 13;169(13):1194.] [Texto completo](#) [Resumo](#)
66. Chow CK, Redfern J, Hillis GS, et al. Effect of lifestyle-focused text messaging on risk factor modification in patients with coronary heart disease: a randomized clinical trial. JAMA. 2015 Sep 22-29;314(12):1255-63. [Texto completo](#) [Resumo](#)
67. Colby SM, Gwaltney CJ. Pharmacotherapy for adolescent smoking cessation. JAMA. 2007 Nov 14;298(18):2182-4. [Resumo](#)
68. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, et al. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(1):CD000031. [Texto completo](#) [Resumo](#)
69. US Food and Drug Administration (FDA). FDA notice: varenicline (marketed as Chantix) and bupropion (marketed as Zyban, Wellbutrin, and generics) - Black Box warning. July 2009 [internet publication]. [Texto completo](#)
70. Kortmann GL, Dobler CJ, Bizarro L, et al. Pharmacogenetics of smoking cessation therapy. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2010 Jan 5;153B(1):17-28. [Resumo](#)
71. Rose JE, Behm FM, Drgon T, et al. Personalized smoking cessation: interactions between nicotine dose, dependence and quit-success genotype score. Mol Med. 2010 Jul-Aug;16(7-8):247-53. [Erratum in: Mol Med. 2012;18(1):729.] [Texto completo](#) [Resumo](#)
72. Cornuz J, Zwahlen S, Jungi WF, et al. A vaccine against nicotine for smoking cessation: a randomized controlled trial. PLoS One. 2008;3:e2547. [Texto completo](#) [Resumo](#)
73. Hartmann-Boyce J, Cahill K, Hatsukami D, et al. Nicotine vaccines for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(8):CD007072. [Resumo](#)
74. Cahill K, Ussher M. Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(3):CD005353. [Resumo](#)

75. University of Minnesota Transdisciplinary Tobacco Use Research Center (UMN TTURC). Hope or hazard? What research tells us about "potentially reduced-exposure" tobacco products. April 2005 [internet publication]. [Texto completo](#)
76. Stratton KS, Wallace R, Bondurant S, eds. Clearing the smoke: assessing the science base for tobacco harm reduction. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
77. Pisinger C, Godtfredsen NS. Is there a health benefit of reduced tobacco consumption? A systematic review. *Nicotine Tob Res.* 2007 Jun;9(6):631-46. [Resumo](#)
78. Krishna S, Boren SA, Balas EA. Healthcare via cell phones: a systematic review. *Telemed J E Health.* 2009 Apr;15(3):231-40. [Resumo](#)
79. Fjeldsoe BS, Marshall AL, Miller YD. Behavior change interventions delivered by mobile telephone short-message service. *Am J Prev Med.* 2009 Feb;36(2):165-73. [Resumo](#)
80. Vidrine DJ, Arduino RC, Lazev AB, et al. A randomized trial of a proactive cellular telephone intervention for smokers living with HIV/AIDS. *AIDS.* 2006 Jan 9;20(2):253-60. [Resumo](#)
81. Shahab L, McEwen A. Online support for smoking cessation: a systematic review of the literature. *Addiction.* 2009 Nov;104(11):1792-804. [Texto completo](#) [Resumo](#)
82. Taylor GMJ, Dalili MN, Semwal M, et al. Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(4):CD007078. [Texto completo](#) [Resumo](#)
83. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, et al. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(4):CD006611. [Texto completo](#) [Resumo](#)
84. Tahiri M, Mottillo S, Joseph L, et al. Alternative smoking cessation aids: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med.* 2012 Jun;125(6):576-84. [Texto completo](#) [Resumo](#)
85. Maziak W, Jawad M, Jawad S, et al. Interventions for waterpipe smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7):CD005549. [Texto completo](#) [Resumo](#)
86. Hughes J, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction.* 2004 Jan;99(1):29-38. [Resumo](#)
87. Hajek P, Stead LF, West R, et al. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8):CD003999. [Texto completo](#) [Resumo](#)
88. Schnoll RA, Patterson F, Wileyto EP, et al. Effectiveness of extended-duration transdermal nicotine therapy: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2010 Feb 2;152(3):144-51. [Texto completo](#) [Resumo](#)
89. Cooney JL, Cooney NL, Pilkey DT, et al. Effects of nicotine deprivation on urges to drink and smoke in alcoholic smokers. *Addiction.* 2003 Jul;98(7):913-21. [Resumo](#)
90. Colby SM, Rohsenow DJ, Monti PM, et al. Effects of tobacco deprivation on alcohol cue reactivity and drinking among young adults. *Addict Behav.* 2004 Jul;29(5):879-92. [Resumo](#)



91. Aubin HJ, Farley A, Lycett D, et al. Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *BMJ*. 2012 Jul 10;345:e4439. [Texto completo](#) [Resumo](#)
92. Kim K, Park SM, Lee K. Weight gain after smoking cessation does not modify its protective effect on myocardial infarction and stroke: evidence from a cohort study of men. *Eur Heart J*. 2018 May 1;39(17):1523-31. [Texto completo](#) [Resumo](#)
93. Farley AC, Hajek P, Lycett D, et al. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(1):CD006219. [Resumo](#)
94. Yang M, Bhowmik D, Wang X, et al. Does combination pharmacological intervention for smoking cessation prevent post-cessation weight gain? A systemic review. *Addict Behav*. 2013 Mar;38(3):1865-75. [Resumo](#)
95. Schaffer SD, Yoon S, Zadezensky I. A review of smoking cessation: potentially risky effects on prescribed medications. *J Clin Nurs*. 2009 Jun;18(11):1533-40. [Resumo](#)
96. van den Brand FA, Nagelhout GE, Reda AA, et al. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(9):CD004305. [Texto completo](#) [Resumo](#)
97. Mills AL, Messer K, Gilpin EA, et al. The effect of smoke-free homes on adult smoking behavior: a review. *Nicotine Tob Res*. 2009 Oct;11(10):1131-41. [Resumo](#)
98. Guilamo-Ramos V, Jaccard J, Dittus P, et al. The Linking Lives health education program: a randomized clinical trial of a parent-based tobacco use prevention program for African American and Latino youths. *Am J Public Health*. 2010 Sep;100(9):1641-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)



## Imagens

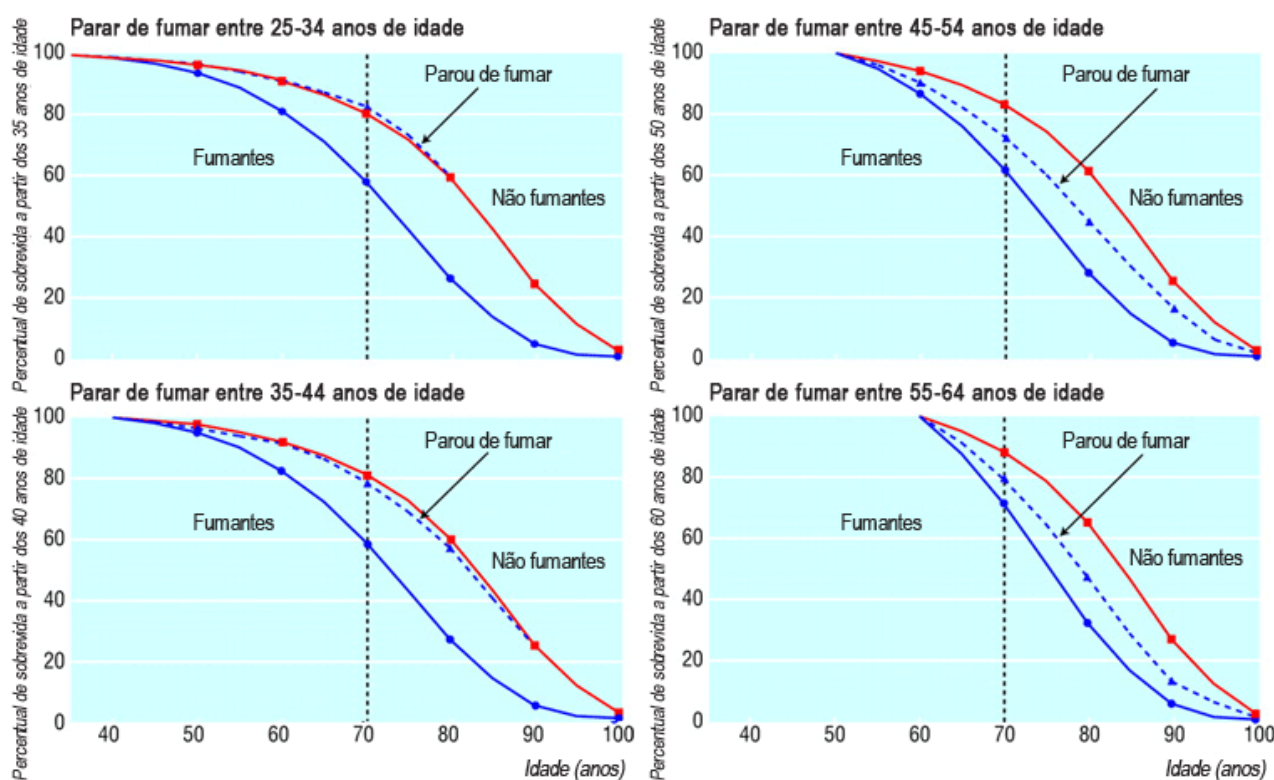


Figura 1: Benefício significativo de sobrevivência por abandono do hábito de fumar

Adaptado de Doll R, Peto R, Boreham J, et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004;328:1519. Usado com permissão

**Fletcher Allen**  
HEALTH CARE

**FOLHA DE FLUXO DE SINAIS VITAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CLÍNICA MÉDICA**

NOME \_\_\_\_\_  
FICHA: \_\_\_\_\_  
DT NASC: \_\_\_\_\_  
MÉDICO: \_\_\_\_\_

DATA	TEMP	PULSO	RESP	P/A	P/A	PESO	DOR 1-10	LOCAL DA DOR	Stat tabag
1/8/07	36 <sup>5</sup>	80	12	120/80		75kg	0		● AM

Figura 2: Exemplo do método para indicar a condição de tabagismo no registro dos sinais vitais

Do acervo de Dr. Theodore W. Marcy

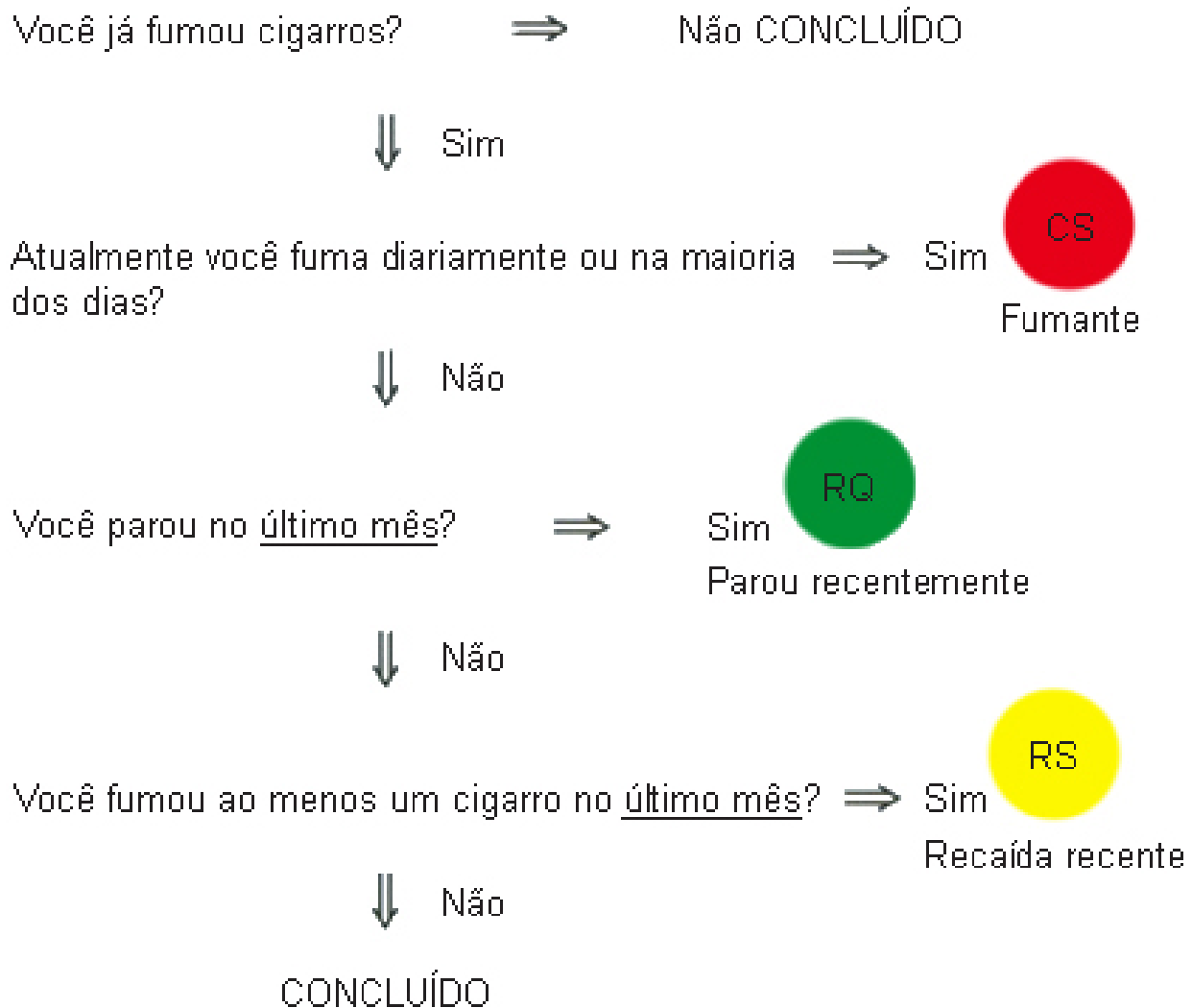


Figura 3: Exemplo de roteiro e sistema de codificação por adesivos coloridos para identificar a condição do tabagismo com os sinais vitais

Do acervo de Dr. Theodore W. Marcy

## Avaliar

**Qual o grau de importância que você dá a parar de fumar agora?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nem um pouco extremamente

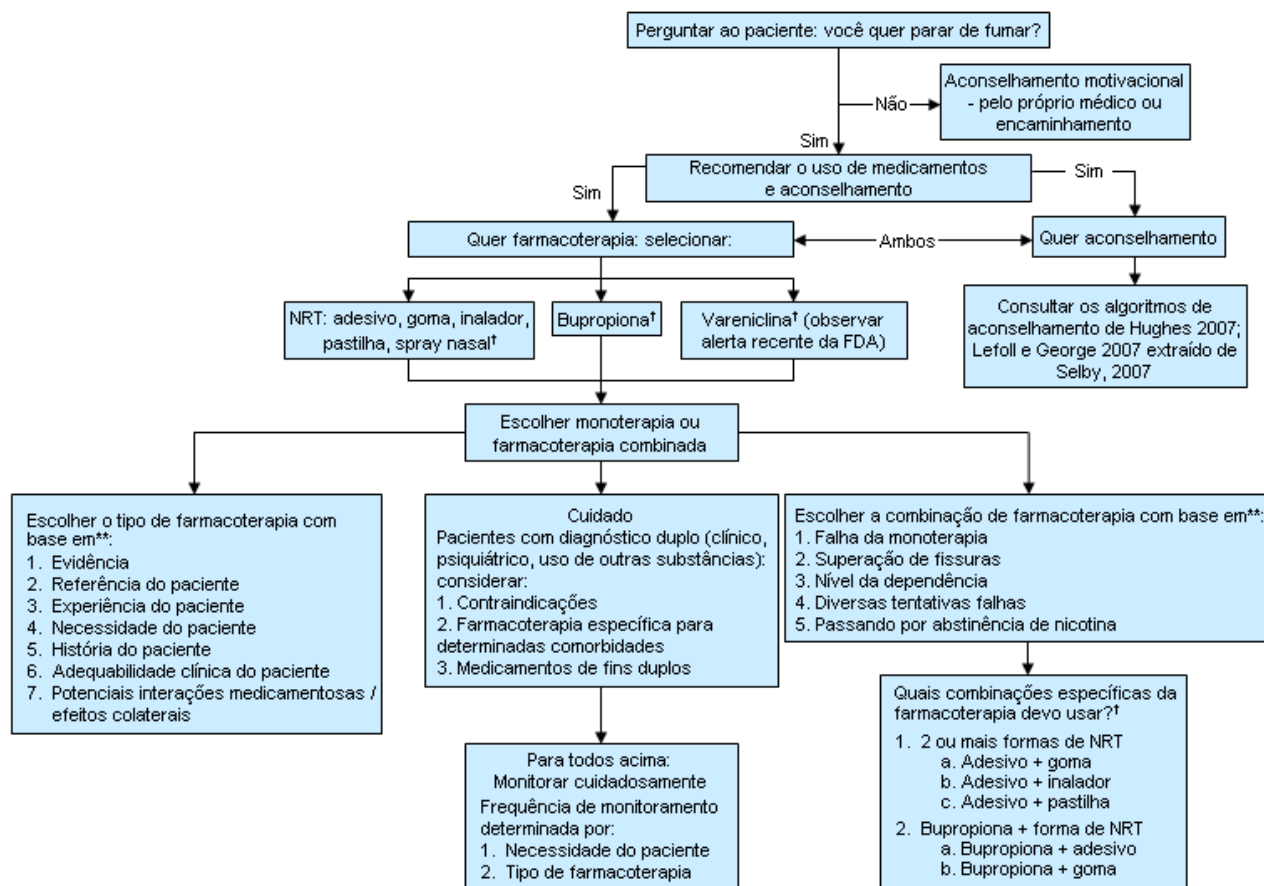
**Se você decidir parar, qual o seu grau de confiança de que conseguirá?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nem um pouco extremamente

**Você está disposto a tentar e parar no próximo mês?**

Figura 4: Questionário para avaliar e melhorar motivação e autoconfiança para a cessação

*Do acervo de Dr. Theodore W. Marcy*



†Consultar o artigo original para uma descrição das farmacoterapias usadas para o abandono do hábito de fumar

\*\*Numeração indica ordem de prioridade

Figura 5: Algoritmo para adequar a farmacoterapia ao abandono do hábito de fumar

Adaptado de Bader P, McDonald P, Selby P. An algorithm for tailoring pharmacotherapy for smoking cessation: results from a Delphi panel of international experts. *Tob Control*. 2009;18:34-42. Usado com permissão

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Oct 30, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK



## Colaboradores:

---

### // Autores:

---

**Franck F. Rahaghi, MD, MHS, FCCP**

Chairman

Pulmonary Department, Director, Pulmonary Education and Rehabilitation, Cleveland Clinic, Weston, FL  
DIVULGAÇÕES: FFR has done research, consulting, and speaking for Boehringer Ingelheim, Shire, CSL Behring, and Grifol.

---

**Felix Hernandez, MD**

Fellow

Pulmonary medicine/Critical Care, Cleveland Clinic, Weston, FL  
DIVULGAÇÕES: FH declares that he has no competing interests.

### // Reconhecimentos:

Dr Franck F. Rahaghi and Dr Felix Hernandez would like to gratefully acknowledge Dr Jose Gonzalez and Dr Theodore W. Marcy, previous contributors to this topic. JG and TWM declare that they have no competing interests.

### // Colegas revisores:

---

**William Wadland, MD, MS**

Professor and Chair

Department of Family Medicine, Associate Dean for Faculty Affairs and Development, College of Human Medicine, Michigan State University, East Lansing, MI

DIVULGAÇÕES: WW declares that he has no competing interests.

---

**Charles J. Bentz, MD, FACP**

Medical Director

Tobacco Cessation and Prevention, Providence St. Vincent Hospital and Medical Center, Portland, OR

DIVULGAÇÕES: CJB declares that he has no competing interests.

---

**Fei-Ran Guo, MD**

Department of Family Medicine

National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan

DIVULGAÇÕES: FRG received a grant from Pfizer, the manufacturer of varenicline, for one of the 3rd phase clinical trials of varenicline. FRG has also been reimbursed by Pfizer, Novartis (the manufacturer of nicotine patch), and GSK (the manufacturer of bupropion SR and nicotine lozenge), for attending conferences, and receiving fees for giving speeches on smoking cessation.