

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Wender Rodrigues Teodoro

MANEJO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO BÁSICA

Uberaba-MG

2012

Wender Rodrigues Teodoro

MANEJO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Marília Rezende da Silveira

Uberaba-MG

2012

Wender Rodrigues Teodoro

MANEJO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marília Rezende da Silveira

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Marília Rezende da Silveira- Orientadora

Prof.^a Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – UFMG - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 01/07/2012

RESUMO

Este estudo teve como objetivo descrever a dependência nicotínica, suas ações no sistema nervoso central (SNC) e identificar os principais sintomas de abstinência para que, a equipe da Estratégia Saúde da Família possa auxiliar os fumantes na cessação do uso do tabaco. Trata-se de uma revisão bibliográfica não sistemática na qual foram analisados artigos que tratavam dos desafios da dependência nicotínica utilizando os descritores Programa Saúde da Família, nicotina e síndrome de abstinência a substâncias. Os resultados indicam que a nicotina, principal substância responsável pela dependência ao tabaco, atua no SNC modificando a liberação de neurotransmissores, especialmente da dopamina, responsável por sensação de prazer e pelo desejo de repetir o uso da substância. Quando ocorre a privação da droga, o organismo desenvolve um quadro de abstinência que envolve vários sintomas como dor de cabeça, náuseas, constipação, diarreia, aumento dos batimentos cardíacos e da pressão arterial, depressão, irritabilidade, inquietação, ansiedade, dificuldade de concentração, aumento da fome e ingestão calórica, agradabilidade de sabores doces, insônia, alterações no sono e fissura. Esses sintomas podem levar à recaídas e acredita-se que exige um compromisso contínuo de todos envolvidos no cuidado para a construção de novas formas de lidar com a dependência nicotínica.

Palavras chave: Programa Saúde da Família, Nicotina, Síndrome de abstinência a substâncias.

ABSTRACT

This study aims to describe the dependence on nicotine, its actions in the central nervous system (CNS) and identify the main symptoms of withdrawal so that the staff of the Family Health Strategy can assist smokers in cessation of tobacco use. This is a non-systematic literature review in which they were analyzed articles dealing with the challenges of nicotine dependence using the keywords nicotine and substance withdrawal syndrome. The results indicate that nicotine, the main substance responsible for tobacco dependence, acts in the CNS by modifying the release of neurotransmitters, especially dopamine, responsible for feeling of pleasure and the desire to repeat the substance use. When there is a deprivation of the drug, the body develops a framework that involves several withdrawal symptoms such as headache, nausea, constipation, diarrhea, increased heart rate and blood pressure, depression, irritability, restlessness, anxiety, difficulty concentrating, increased hunger and caloric intake, pleasantness of sweet tastes, insomnia, sleep and craving. These symptoms may lead to relapse and it is believed that requires an ongoing commitment of all involved in caring for the construction of new ways to deal with nicotine dependence.

Keywords: Family Health Program, Nicotine, Substance Withdrawal Syndrome

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS	11
3	METODOLOGIA	12
4	REVISÃO DA LITERATURA	13
	4.1 Problemas causados à saúde pelo tabagismo	13
	4.2 A Dependência nicotínica	14
	4.2.1 Conhecendo o Teste de Fagerström para detectar o	
	grau de Dependência Nicotínica (FTND)	15
	4.3 Ações da nicotina no Sistema Nervoso Central	17
	4.4 Síndrome de abstinência	19
	4.5 A Estratégia de Saúde da Família no apoio aos que	
	desejam parar de fumar	21
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
6	REFERÊNCIAS	25

1. INTRODUÇÃO

Entre as várias atribuições da Estratégia Saúde da Família (ESF) propostas pelo Ministério da Saúde (MS) uma delas é a de contribuir com mudanças de hábitos e estilos de vida que possam evitar o adoecimento imediato ou tardio da população. Nesse sentido, a ESF deve contribuir para atender à população da sua área de abrangência de forma holística atentando, dessa forma, para questões físicas, psicológicas e culturais que possam interferir de forma direta ou indireta na saúde. O foco do trabalho na atenção básica é exatamente realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar.

A ESF é oficialmente reconhecida no Brasil como a estratégia prioritária para a estruturação da atenção básica dos sistemas locais de saúde, desde 1998. Uma característica inovadora dessa estratégia é sua ênfase na reorganização de unidades básicas de saúde para que se concentrem nas famílias e comunidades e integrem a assistência médica com a promoção de saúde e as ações preventivas.

A ESF se consolidou graças aos resultados positivos na reversão dos indicadores de saúde da população por ela atendida e seu sucesso é resultado do empenho das equipes e dos programas criados pela área técnica do Ministério da Saúde dentre eles o Programa de Hipertensão e Diabetes (Hiperdia), Saúde da Mulher, Saúde da Criança e o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2007; BRASIL, 2010).

Nesse sentido esse estudo destaca o tabagismo, doença complexa, responsável por copiosos malefícios à saúde tanto dos fumantes quanto dos não fumantes sendo considerada uma epidemia mundial. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, no ano de 2008, o tabagismo foi a causa de altas taxas de mortalidade (mais de cinco milhões de pessoas em todo o mundo). A previsão para 2030 é que este número aumente para oito milhões de casos caso não sejam adotadas medidas urgentes (WHO, 2002; WHO, 2008).

O uso do tabaco é considerado a maior causa de morte por câncer, doenças cardiovasculares e doenças pulmonares. E, ainda, fator de risco para infecções respiratórias, osteoporose, distúrbios reprodutivos, diabetes, úlceras gástricas e duodenais (NEAL; BENOWITZ, 2010).

O número de fumantes no mundo chega a 1,1 bilhões sendo que 800 milhões estão em países em desenvolvimento (CAVALCANTE, 2005). Segundo estimativas do IBGE, no Brasil 17,5% das pessoas com 15 anos ou mais são usuárias de derivados de tabaco, o que corresponde a 25 milhões de pessoas, dessas 45,6% fizeram tentativas de parar de fumar nos últimos 12 meses e 52,1% planejavam ou pensavam em parar de fumar (IBGE, 2009).

Sabe-se, atualmente que a fumaça oriunda da queima do tabaco é formada por cerca de 4700 substâncias químicas dessas, a que está relacionada com a instalação da dependência em fumantes é a nicotina (ROSEMBERG, 2003; NEAL, 2010). Dessa forma, parte dos sintomas de abstinência é decorrente da falta dessa substância.

Diante desta realidade o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), sob a ótica da promoção da saúde instituiu, em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e de vários setores da sociedade civil, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) que tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil. O PNCT envolve três objetivos específicos: reduzir a iniciação ao tabagismo, prioritariamente, entre os jovens, proteger a população de todos os riscos do tabagismo passivo e aumentar a cessação de fumar entre os que se tornaram dependentes (BRASIL, 2001).

O tratamento do usuário de tabaco, com o intuito de atingir os objetivos propostos pelo PNCT, foi inserido na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta ministerial estabelece a utilização de grupos operativos com abordagem cognitivo-comportamental em quatro reuniões, uma por semana, com conteúdo baseado em materiais de apoio preconizados pela Portaria Ministerial GM/MS nº

1.035/2004. Além disso, o Ministério da Saúde disponibiliza, a todos os municípios onde o atendimento a fumantes esteja implantado, medicamentos de apoio tais como pastilhas, gomas e adesivos para reposição nicotínica e bupropiona (BRASIL, 2002; BRASIL, 2001).

Tal programa precedeu a aprovação do primeiro tratado internacional de saúde pública, Convenção-Quadro para o controle do tabaco, que ocorreu em 1999, durante a 52ª Assembléia Mundial da Saúde. Essa traça as diretrizes para enfrentamento da prevalência do consumo e da exposição à fumaça do tabaco em todos os países signatários (BRASIL, 2011).

A Convenção-Quadro define várias estratégias para enfrentamento do hábito de fumar como proibição de publicidade, aumento de impostos, combate ao contrabando dos derivados do tabaco, fornecimento de alternativas de culturas para os fumicultores, tratamento para os fumantes que desejam abandonar o vício e ações educativas para evitar a iniciação (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde, desde 2004, disponibiliza ainda apoio farmacológico como complemento, para os participantes do grupo que encontram dificuldades de enfrentamento da abstinência à nicotina.

Nos grupos operativos realizados em nossa unidade, os fumantes interessados em abandonar o hábito nos procuram e realizam um cadastro. Quando o número de 15 participantes é atingido o grupo é iniciado. A condução sempre é realizada por um profissional de nível superior que esteja inserido na ESF. Paralelamente à realização das sessões do grupo aqueles que necessitam de tratamento de doenças tabaco relacionadas são encaminhadas para o médico. Em nossa realidade, temos usuários que abandonam o uso de tabaco no decorrer do grupo, outros que necessitam de medicamentos e aqueles que não conseguem deixar o hábito e, se desejarem, retornam no grupo seguinte. Na condução dos grupos, a equipe de saúde da família enfrenta vários desafios. Um deles é a ocorrência de inúmeros sintomas de abstinência entre os participantes. Pela prática, nota-se que a identificação e o manejo correto desses sintomas é fundamental para o sucesso do tratamento.

Isto posto, o objetivo das ações para promover a cessação de fumar é motivar fumantes a abandonar o tabaco e aumentar o acesso dos mesmos a métodos eficazes para cessação do tabagismo (CAVALCANTE, 2005).

2 OBJETIVOS

Realizar uma revisão bibliográfica sobre a dependência em nicotina;

Identificar as ações da nicotina no Sistema Nervoso Central (SNC), os principais sintomas de abstinência à nicotina, com vistas a auxiliar a equipe da ESF no trabalho de grupos de apoio a fumantes.

3 METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos deste estudo optou-se por realizar uma revisão bibliográfica não sistemática por meio de consultas as bases MEDLINE, LILACS e o portal SCIELO. Foram utilizados, para busca dos artigos, os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesas e inglesas:

Programa de Saúde da Família, nicotina, síndrome de abstinência a substâncias.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português e inglês; artigos na íntegra que retratassem a temática do estudo e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados.

A amostra final desta revisão foi constituída por **20** artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. A seguir foi realizada a leitura do material bibliográfico, os conteúdos analisados e organizados segundo semelhança dos assuntos: problemas causados à saúde pelo tabagismo, papel da Estratégia da Saúde da Família no apoio aos que desejam parar de fumar, dependência nicotínica, ações da nicotina SNC, sintomas de abstinência.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Problemas causados à saúde pelo tabagismo

Os problemas de saúde provocados pela exposição aos componentes do tabaco são inúmeros dentre eles estão o desenvolvimento de neoplasias e problemas no aparelho cardiorrespiratório (NEAL, 2010). O seu uso é considerado uma epidemia mundial no campo da saúde pública (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

O tabagismo é fator de risco para o desenvolvimento de vários tipos de cânceres (Orofaringe, laringe, esôfago, traqueia, pulmões, leucemia, estomago, pâncreas, rins e ureteres, útero e bexiga) e para o surgimento de doenças crônicas como: cegueira e catarata, periodontite, aneurisma de aorta, doenças coronarianas, doenças vasculares, DPOC, asma e outras doenças respiratórias, osteoporose e alterações reprodutivas (WHO, 2011).

Já a exposição à fumaça do tabaco acarreta nos adultos: irritação nasal, câncer de pulmão, doenças coronarianas, alterações reprodutivas como gestação de crianças de baixo peso. Nas crianças a inalação dos produtos da queima pode gerar: doenças no ouvido, doenças respiratórias e cardíacas (WHO, 2011).

Ainda, além desses, durante a gestação, o tabagismo, provoca efeitos adversos durante o desenvolvimento intrauterino em relação ao peso, ao comprimento e ao perímetro cefálico do recém-nascido o que resulta em maior risco de morbidade e mortalidade infantil (ZHANG, 2011).

As estimativas trazem que cerca de 20% de todas as mortes nos países desenvolvidos são advindas do fumo. Esse número é maior que os falecimentos causados por todas as outras drogas, homicídios, suicídios, acidentes de trânsito, HIV/AIDS e queimados juntos (GRUNBERG, 2007; American Psychiatric Association, 1994).

Contudo, o tabagismo é a maior causa evitável de mortes e incapacidades precoces em todo o mundo (U.S. Department of Health and Human Services, 2004). Sendo assim, em razão da sua amplitude e importância como problema de saúde, estratégias devem ser delineadas para o seu enfrentamento.

4.2 A Dependência Nicotínica

A dependência nicotínica é caracterizada como sendo um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos que se desenvolvem após consumo repetido de uma substância psicoativa. Essa dependência está associada, tipicamente, ao desejo de utilizar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente mesmo tendo conhecimento dos danos, à maior prioridade dada ao uso da substância em detrimento de outras atividades, ao aumento da tolerância pela droga além de um estado de abstinência em razão da privação do uso (OMS, 2000).

Nesse mesmo sentido, a Associação Psiquiátrica Americana caracteriza a dependência de substâncias como sendo a presença de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, que evidencia que o indivíduo continua a utilizar uma determinada substância, apesar dos problemas significativos relacionados à mesma, tanto em termos de saúde quanto pessoais e sociais. Sendo assim, existe um padrão de auto-administração repetida, o qual geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga (American Psychiatric Association, 1994).

Conforme o manual de classificação internacional de doenças, a dependência à nicotina é classificada sob o código F17 com a descrição “Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso abusivo de fumo” (OMS, 2000).

No tabaco, foram identificados mais de 4800 compostos químicos dentre eles está nicotina, a principal substância responsável pela instalação da dependência (STOLERMAN; JARVIS, 1995 *apud* O´DELL; KHROYAN, 2009).

Ademais, a droga, por vezes, passa a exercer um papel central na vida do dependente, na medida em que, por meio do prazer, ele preenche lacunas importantes, tornando-se indispensável para o funcionamento psíquico dos mesmos (SILVEIRA apud PRATTA, 2009).

Diante disso, observa-se as dimensões dos efeitos da dependência nicotínica, reconhecidos por importantes instituições o que pode levar, muitas vezes, à repetição do uso da substância e exposição do usuário aos riscos de desenvolvimento de doenças relacionadas ao tabaco.

4.2.1 Conhecendo o Teste de Fagerström para detectar o grau de Dependência Nicotínica (FTND)

Vários instrumentos foram desenvolvidos a fim de avaliar a dependência física à nicotina. Dentre tais instrumentos, o mais amplamente usado é o Fagerström Teste for Nicotine Dependence (FTND, Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina) uma versão melhorada do Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ, Questionário Fagerström de Tolerância), criado em 1978 por Fagerström *et al.* (FAGERSTRÖM *et al.* apud MENESES-GAYA, 2009).

O FTND foi desenvolvido principalmente porque o FTQ tinha significativas desvantagens psicométricas, tais como consistência interna inaceitável, pouca validade de critério e estrutura multifatorial (CARMO apud MENESES-GAYA, 2009).

O questionário FTND é utilizado para avaliar o grau de dependência e o consumo de tabaco (CARMO, 2002).

A avaliação do grau de dependência à nicotina de fumantes é um processo indispensável como parte do processo de abandono do hábito de fumar. A utilização do teste mostra-se útil e eficaz, uma vez que, além da facilidade de uso e seu desenho simples, apresenta ótimas propriedades psicométricas, enquanto questionário psicológico (CARMO, 2002; MENESES-GAYA, 2009).

O teste é importante na determinação do tipo de tratamento a ser disponibilizado ao paciente que deseja abandonar o hábito de fumar. De acordo com a pontuação obtida no teste pode-se optar por um tratamento cognitivo-comportamental sozinho ou aliado à terapia medicamentosa. Além disso, ele permite a comparação de resultados de avaliações semelhantes e reduzem o efeito de fatores subjetivos durante o processo de coleta e registro de dados (CARMO, 2002; MENESES-GAYA, 2009).

O teste de Fagerström mede tanto a dependência quanto o nível de tolerância à nicotina a partir das respostas do próprio fumante.

O teste é composto por seis perguntas com várias alternativas de resposta que variam entre dois e quatro, de acordo com o item.

As perguntas são:

1. Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, cinemas, ônibus, etc.?
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
4. Quantos cigarros você fuma por dia?
5. Você fuma mais freqüentemente pela manhã?
6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama?

A pontuação total corresponde à soma das respostas que o fumante indicou em cada item. A pontuação entre 8 e 10 indica que o sujeito apresenta grau de dependência muito elevado; 6 e 7 elevado; 5, médio; 3 e 4, baixo e entre 0 e 2 muito baixo (CARMO, 2002; MENESES-GAYA, 2009).

Dessa forma, o teste de FTND, é um instrumento importante na avaliação e no direcionamento do plano de tratamento do tabagista que deseja abandonar o hábito.

A aplicação do teste de FTND, nos grupos desenvolvidos em nossa unidade, ocorre em dois momentos, no primeiro e no último atendimento. Isso com o intuito de obter

subsídios para a condução do tratamento e definir um parâmetro para comparação dos resultados obtidos no decorrer do tratamento e, dessa forma, avaliar a qualidade do serviço prestado.

4.3 Ações da nicotina no SNC

A nicotina, logo depois de inalada, é rapidamente absorvida pela circulação pulmonar e levada até o cérebro onde age em diversas áreas (Fig. 1). Esta ação provoca alterações na voltagem das células e liberação de vários neurotransmissores, incluindo a acetilcolina, dopamina, glutamato, GABA, peptídeos opióides endógenos e serotonina (KENNY, 2006 apud GRUNBERG, 2007).

FIGURA 1: Ações da nicotina sobre os centros nervosos.



Fonte: Rosemberg (2003)

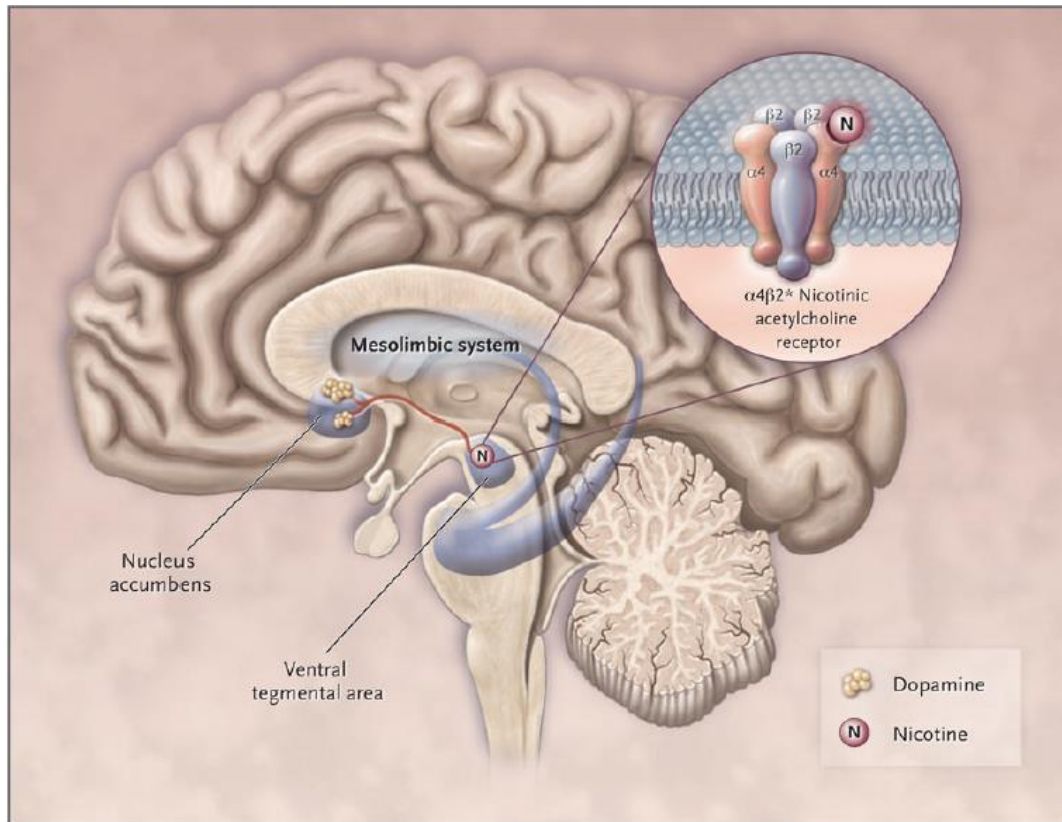
A dopamina é responsável por sensação agradável e por provocar reforço para auto-administração assim como ocorre em outras drogas de abuso. (DAJAS-BAILADOR, 2004; WONNACOTT, 1997; NESTLER, 2005 apud NEAL, 2010).

As ações das drogas de abuso dentre elas estão o tabaco, a maconha, a cocaína e o álcool, são reconhecidas pelo organismo como prazerosas e geram mudanças no cérebro, mais precisamente nos neurotransmissores, responsáveis pela interação entre os neurônios. Essas drogas atuam sobre as estruturas cerebrais. Essas áreas, nos seres humanos, são regiões corticais do cérebro e as vias mesolímbicas. Incluem também partes da área tegumentar ventral que se comunicam por neurônios dopaminérgicos liberadores de dopamina ao núcleo accumbens e costumam intermediar as emoções reconhecidas como gratificantes ou prazerosas. O sistema que envolve esses circuitos cerebrais é chamado de sistema de recompensa cerebral (GOODMAN, 2006; FUCHS, WANNMACHER, 2005; YAMAGUCHI *et al.*, 2008).

Os sistemas neurais envolvidos no desenvolvimento da dependência de drogas são os mesmos do sistema de recompensa do cérebro que incluem as vias dopaminérgicas e mesocortical, núcleo accumbens e área tegumentar ventral (DAJAS-BAILADOR, 2004; WONNACOTT, 1997; NESTLER, 2005 apud NEAL, 2010).

O sistema de recompensa cerebral, esquematizado na figura 2, é caracterizado por seus componentes centrais (núcleo accumbens, área tegumentar ventral e córtex pré-frontal) e seu envolvimento com o sistema límbico, associado com as emoções e com os principais centros responsáveis pela memória, a amígdala e o hipocampo (GOODMAN, 2006; FUCHS, WANNMACHER, 2005).

FIGURA 2: Mecanismo do Sistema de Recompensa



Fonte: Neal (2010)

A compreensão da ação nicotínica no SNC é de fundamental importância para o profissional, envolvido no apoio àqueles que desejam deixar de fumar. De posse desse conhecimento ele terá subsídios para compreender as razões que levam os tabagistas a terem necessidade do uso repetido da substância e, dessa forma, melhores condições para apoiá-los.

4.4 Síndrome de abstinência

A síndrome de abstinência é caracterizada como um conjunto de sintomas que se congregam de várias formas e cuja gravidade é variável. Ocorrem quando em uma abstinência relativa ou absoluta de uma substância psicoativa é consumida de forma prolongada. O início e a evolução da síndrome são limitados no tempo e dependem

da dose e da categoria da substância consumida antes da parada ou da redução do consumo (OMS, 2000).

A dependência à nicotina causa abstinência física e quando o seu uso é interrompido os sintomas de abstinência emergem, porque o corpo já desenvolveu adaptações cerebrais à substância (BENOWITZ, 1999; American Psychiatric Association, 1994, apud AWAISU *et al.*, 2010). Os principais sintomas de abstinência são reconhecidos como irritabilidade, frustração ou raiva, inquietação, insônia, ansiedade, depressão, problema em ficar com amigos e familiares, pouca concentração, aumento do apetite e fissura pelo tabaco (HATSUKAMI, 2008 apud AWAISU *et al.*, 2010).

Em relação à concentração há uma associação significativa entre a abstinência e a dificuldade de manter-se nesse estado por longos períodos de tempo (RACHEL, 2010).

Pensa-se que, a nicotina reconhecida como o mais importante componente farmacológico do tabaco, desempenha um importante papel na impulsão e na compulsão pela droga (GRUNBERG, 2007).

Em outro estudo são destacados como efeitos da abstinência: dor de cabeça, náuseas, constipação e diarreia, aumento dos batimentos cardíacos e pressão sanguínea, fadiga, sonolência e insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, ansiedade, depressão, aumento da fome e ingestão de calorias, aumento da agradabilidade de sabores doces e fissura (craving) pelo tabaco (LE FOLL, 2005 apud BERNARD, 2009).

Resultados semelhantes foram encontrados em outra pesquisa onde os sintomas mais relatados foram: craving ou fissura, irritabilidade, ansiedade, dificuldade de concentração, inquietação, aumento do apetite ou ganho de peso, depressão ou mau humor e ou problemas relativos ao sono (WHITE, 2010). Infelizmente esses sintomas são impedimentos para o sucesso do abandono do tabaco (FIORE, 2008 apud AWAISU *et al.*, 2010).

Conseqüentemente, a avaliação dos sintomas de abstinência é parte integrante do processo de abandono do tabaco e também determinante para o sucesso do tratamento. Uma precisa e eficiente mensuração dos sintomas de abstinência é importante clinicamente no auxílio para compreender a dependência a nicotina e o desenvolvimento de melhores métodos de tratamento (WEST, 2006 apud AWAISU, 2010).

Dessa forma, um aconselhamento efetivo para a cessação do tabagismo deve enfatizar habilidades de enfrentamento ao estresse e sintomas de abstinência assim como fornecer suporte social como parte do tratamento.

4.5 Ações estratégicas da equipe de saúde da família aos usuários que desejam parar de fumar

A Atenção Básica é caracterizada *“como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”* (BRASIL, 2007, p.10).

Na ocasião da implantação da Política Nacional de Atenção Básica foram definidas como áreas estratégicas de atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2007). Em algumas dessas áreas o controle do tabagismo é importante para evitar o adoecimento ou a piora da saúde da população. Dessa forma, a equipe da ESF exerce importante papel na conscientização da população atendida acerca dos males causados à saúde e no apoio aqueles que desejam abandonar o hábito de fumar.

O Ministério da Saúde, com a publicação dos Cadernos de Atenção Básica, “Doenças respiratórias crônicas”, “Hipertensão Arterial Sistêmica”, “Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica”, “Diabetes

mellitus”, “Obesidade”, “Controle dos cânceres do colo do útero e da mama”, “Envelhecimento e saúde da pessoa idosa”, “Saúde bucal”, traz o tabagismo como um fator de risco para o surgimento de doenças e de complicações de importância para a atenção básica (BRASIL, 2006a; 2006b; 2006c; 2006d; 2006e; 2006f; 2006g; 2010).

A equipe da ESF deve estar envolvida no auxílio aos usuários de tabaco. Os agentes comunitários de saúde devem alertar os moradores da sua microárea sobre os riscos advindos do uso do tabaco e incentivá-los a participar dos grupos de apoio desenvolvidos na UBS. Neste mesmo sentido, os dentistas, o enfermeiro e o médico podem atuar tanto na sensibilização dos que procuram por atendimento e são fumantes como na condução dos grupos. Por fim, o médico também participa do processo com a prescrição dos medicamentos de apoio e no tratamento de problemas de saúde decorrentes do uso do tabaco já instalados.

É importante ressaltar que ao desenvolver ações que cultivam hábitos saudáveis na população da nossa área de abrangência estamos apostando na promoção da saúde que transcende a visão reducionista que trabalha com o conceito de saúde como ausência de doença. Cabe a todos os profissionais da equipe o esforço de investir na melhoria do modo de viver cotidiano.

Isto posto, o controle do tabagismo pode e deve ser incluído na área de promoção da saúde uma vez que o seu abandono resulta em prevenção de incapacidades e mortes causadas por várias doenças. E, em razão disso, as equipes de ESF devem desenvolver ações no sentido de auxiliar aqueles que desejam deixar o hábito de fumar e sensibilizar, em relação aos males advindos do fumo, aqueles que não fumam e aqueles que fumam e não desejam cessar o uso do tabaco.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final da revisão bibliográfica, pode-se verificar que, a nicotina é a principal substância responsável por provocar alterações fisiológicas, comportamentais e cognitivas e por causar dependência ao tabaco. Essa dependência é classificada pela OMS como um transtorno de ordem mental e comportamental.

A mensuração do grau de dependência é muito importante na condução do tratamento. E para isso pode-se utilizar o Teste de Fargerström (FTND) que permite avaliar o nível de dependência nicotínica em cinco níveis (muito baixo, baixo, médio, elevado e muito elevado).

A nicotina é rapidamente absorvida nos pulmões e em seguida é levada ao SNC onde provoca alterações na liberação de neurotransmissores, principalmente da dopamina. Esta alteração, assim como em outras drogas de abuso, provoca sensações agradáveis e o desejo de repetir o uso.

Quando o organismo é privado da droga, desenvolve um quadro de abstinência que engloba uma série de sintomas como: dor de cabeça, náuseas, constipação e diarreia, aumento dos batimentos cardíacos e da pressão arterial, depressão, irritabilidade, inquietação, ansiedade, dificuldade de concentração, aumento da fome e ingestão calórica, agradabilidade de sabores doces, insônia ou alterações no sono e fissura. A presença desses sintomas é um importante fator para a ocorrência de recaídas.

De posse desses conhecimentos, certamente a minha equipe de trabalho poderemos de aprimorar o trabalho que já estamos desenvolvendo junto a população adscrita a nossa UBS. O que influenciará diretamente na qualidade da assistência prestada e na elevação dos índices de abandono e redução das recaídas.

Dessa forma, o conhecimento do mecanismo de ação e os sintomas causados em decorrência da sua cessação é um importante instrumento no trabalho dos

profissionais da equipe da ESF. De posse das informações encontradas haverá necessidade de repassar essas informações aos demais profissionais que integram a minha equipe de trabalho e assim teremos maiores possibilidades para auxiliar os fumantes no enfrentamento das dificuldades em abandonar e permanecer sem o uso do tabaco.

6 REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV.** 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

AWAISU, A. *et al.* Measurement of nicotine withdrawal symptoms: linguistic validation of the Wisconsin Smoking Withdrawal Scale (WSWS) in Malay. **BMC Medical Research Methodology**, 2010, 10:46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Abordagem e tratamento do fumante.** Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1035 – 31 de maio de 2004. Regula o tratamento antitabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União.** Brasília, 3 de setembro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.** Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 58 p. (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 64p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 108p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. (Cadernos de Atenção Básica; n. 13) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006f, 92p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006g, 192p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 160p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 25).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**, Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 68 p. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

CARMO, J. T.; PUEYO, A. A. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. **Rev Bras Med** São Paulo, v. 59, n.1/2, p. 73-80, 2002.

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.32, n. 5: 283-300, 2005.

FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L. **Farmacologia Clínica – Fundamentos da Terapêutica Racional**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

GOODMAN, G. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2006.

GRUNBERG, N. E. A neurobiological basis for nicotine withdrawal. **PNAS**, v.104, n.46, November 13, 2007: 17901-17902.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C. de C.P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, Dez. 2008.

MENESES-GAYA, I. C. de *et al.* As propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v.35, n.1, Jan. 2009.

NEAL, L.; BENOWITZ, M.D. Nicotine Addiction. **The New England Journal of Medicine**, 2010 June 17; 362(24): 2295–2303.

O'DELL, L. E.; KHROYAN, T. V. Rodent of nicotine reward: what do they tell us about tobacco abuse in humans? **Pharmacol Biochem Behav**, 2009 February; 91(4):481-488.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - CID-10**. 8ª ed. São Paulo (SP): EDUSP; 2000.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. dos, O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: teoria e pesquisa**. Abr/Jun 2009, v. 25, n. 2, pp. 203-211.

RACHEL, V. K. B.S. *et al.* Smoking withdrawal shifts the spatiotemporal dynamics of neurocognition. **Addict Biol**. 2010 October. 15(4):480-490.

ROSEMBERG, J.; ROSEMBERG, A. M.; MORAES, M.A. **Nicotina: droga universal**. São Paulo: Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica; 178 p., 2003.

US Department of Health and Human Services. **The health consequences of smoking: a report of the surgeon general**. Atlanta, GA: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2004.

World Health Organization (WHO). **Reducing risks, promotion healthy life. The world health report 2002**. Geneva: WHO; 2002.

World Health Organization (WHO). **Relatório da OMS sobre a epidemia de tabagismo global, 2008**. Disponível em: www.who.int/tabaco/mpower Acesso em: 15 de maio de 2011.

World Helath Organization (WHO). **Who report on the global tobacco epidemic, 2011 – Warning about the dangers of tobacco**, 2011. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/index.html Acesso em: 23 de março de 2012.

WHITE, M. A.; PETERS, E. N.; TOLL, B. A. Effect of binge eating on treatment outcomes for smoking cessation. **Nicotine e Tobacco Research**, v. 12, n.11, november, 2011, 1172-1175.

YAMAGUCHI, E. T. *et al.* Drogas de abuso e gravidez. **Rev. Psiq, Clín**. São Paulo, v. 35, supl 1; 44-47, 2008.

ZHANG, L. *et al.* Tabagismo materno durante a gestação e medidas antropométricas do recém-nascido: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, Sept. 2011.