

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**GUILHERME PEREIRA DA SILVA**

**TABAGISMO NA UBS ANTONIO AFONSO MAGALHAES EM  
SARZEDO – UMA MUDANÇA DE PERSPECTIVA**

Belo Horizonte / Minas Gerais  
2015

**GUILHERME PEREIRA DA SILVA**

**TABAGISMO NA UBS ANTONIO AFONSO MAGALHAES EM  
SARZEDO – UMA MUDANÇA DE PERSPECTIVA**

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.

Orientador: Prof. Marco Túlio de Freitas Ribeiro

Belo Horizonte / Minas Gerais  
2015

**GUILHERME PEREIRA DA SILVA**

**TABAGISMO NA UBS ANTONIO AFONSO MAGALHAES EM  
SARZEDO – UMA MUDANÇA DE PERSPECTIVA**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof. Nome - Instituição

Examinador 2 – Prof. Nome - Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em        de        de 2015.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha família, e principalmente as minhas duas avós, que foram vítimas do tabaco e que hoje não estão mais comigo nesse mundo. Toda a dedicação que tenho para combater esse mal é por vocês!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por me guiar durante todo o projeto, à minha família e namorada pela compreensão nos momentos de ausência e a toda a Equipe da UBS Antônio Afonso Magalhães pelo apoio e dedicação no desenvolvimento das ações propostas.

## Epígrafe

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”  
**Charles Chaplin**

## RESUMO

O tabagismo é um transtorno de dependência altamente prevalente em todo o mundo, que está intimamente relacionada com diversas patologias, seja como agente etiológico ou como fator agravante. Muitas doenças prevalentes na atenção básica são influenciadas de forma negativa pelo tabagismo, como hipertensão arterial sistêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, tromboembolismo, diversos tipos de neoplasias malignas e benignas. A nicotina é a causa principal de dependência provocada pelo tabagismo, que é responsável por redução na expectativa de vida e aumento dos casos mórbidos. Este trabalho propõe um plano de ações que visa diminuir o impacto do tabagismo na população selecionada. Foi feito um diagnóstico situacional pelo método da Estimativa Rápida, conforme o método Planejamento estratégico Situacional (CEESF), e a partir de então as ações contribuem de forma preventiva quanto curativa, na forma de palestras, grupo de Tabagismo. Outro objetivo da proposta de intervenção foi definir a prevalência do tabagismo na população adstrita, visto que não há informações oficiais sobre o assunto. Para embasamento teórico, foi feita uma revisão da literatura utilizando a base de dados da SciELO, PUBMED e também dados obtidos através das plataformas online do MS, AMB, INCA, OMS e SBPT. O foco das ações estão no desenvolvimento dos grupos de tabagismo, com introdução da terapia cognitivo comportamental associada a terapia farmacológica, além da contabilização do total de fumantes pela equipe, para embasar e fornecer melhores dados para futuras ações de saúde pública voltadas para combate ao tabagismo

Palavras-chave: tabagismo, cessar tabagismo, nicotina

## ABSTRACT

Smoking is a highly prevalent addiction disorder worldwide, which is closely related to various diseases, whether as a causative agent or as an aggravating factor. Many prevalent diseases in primary care are influenced negatively by smoking, such as systemic artery hypertension, chronic obstructive pulmonary disease, acute myocardial infarction, stroke, peripheral vascular disease, thromboembolism, various types of benign and malignant neoplasms. Nicotine is the main cause of addiction caused by smoking, which is responsible for reduction in life expectancy and increased morbidity cases. This paper proposes an action plan that aims to reduce the impact of smoking in the selected population. A situational diagnosis was made by the method of the Flash Estimate, as the method Situational Strategic Planning (CEESF), and thereafter the actions contribute to preventive and curative manner, in the form of lectures, Tobacco group. Another objective of the intervention proposal was to define the prevalence of smoking in the enrolled population, since there is no official information about it. For theoretical background, a literature review was performed using the database of SciELO, PubMed and also data obtained through the online platforms of MS, AMB, INCA, WHO and BTA. The focus of the shares are in the development of smoking groups, with the introduction of behavior associated with drug therapy cognitive therapy, in addition to accounting for the total number of smokers by the team, to support and provide better data for future public health actions to combat smoking

Key words: nicotine, smoke, tobacco use cessation



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde  
**AMB** – Associação Médica Brasileira  
**CEESF** – Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família  
**CID-10** – Classificação Internacional das Doenças  
**GABA** – Acido gama-aminobutírico  
**IMAO** – Inibidor de Monoaminaoxidase  
**INCA** – Instituto Nacional do Câncer  
**MS** – Ministério da Saúde  
**OMS** – Organização Mundial de Saúde  
**PA** – Pressão Arterial  
**PNTC** – Programa Nacional de Controle do Tabagismo  
**SBPT** – Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia  
**SciELO** – Scientific Electronic Library On-Line  
**SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica  
**SNC** – Sistema Nervoso Central  
**SUS** – Sistema Único de Saúde  
**TBC** – Tuberculose  
**TRN** – Terapia de Reposição de Nicotina  
**UBS** – Unidade Básica de Saúde  
**WHO** – World Health Organization

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura	1:	Escore	de
Fagerström.....		22	

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela</b>	<b>1:</b>	Distribuição	etária	da	
população.....					13
<b>Tabela</b>	<b>2:</b>	Tipos de tratamento	de	água	da
população.....					14
<b>Tabela</b>	<b>3:</b>	Fonte de água	da	população	
.....					14
<b>Tabela</b>	<b>4:</b>	Tipos de casas	na	população	
.....					14
<b>Tabela</b>	<b>5:</b>	Destino do	lixo	da	
população.....					15
<b>Tabela</b>	<b>6:</b>	Destino dos	dejetos	da	
população.....					15
<b>Tabela</b>	<b>7:</b>	Distribuição de	algumas	doenças	na
população.....					15

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	13
2. Justificativa.....	17
3. Objetivos.....	18
4. Metodologia.....	19
5. Revisão Bibliográfica.....	20
5.1: Farmacologia do Tabagismo.....	21
5.2: Farmacologia das Drogas Anti-Tabaco.....	22
5.2.1: Bupropiona.....	22
5.2.2: Vareniclina.....	22
5.2.3: TRN.....	22
5.2.4: Nortriptilina.....	24
5.2.5: Clonidina.....	24
5.3: Abordagem Cognitivo Comportamental.....	24
6. Proposta de Intervenção.....	25
7. Referências.....	28



## 1. INTRODUÇÃO

A cidade de Sarzedo localiza-se na região Metropolitana de Belo Horizonte, no entorno das cidades de Betim, Ibirité, Brumadinho e Mário Campos, possuindo cerca de 30mil habitantes. Dessa população, pouco mais de 5% está alocada na zona rural.

A economia da cidade está baseada principalmente em torno da mineração e do parque industrial que conta com cerca de 20 empresas instaladas no seu entorno, o que movimenta bastante capital e contribuindo de forma efetiva para os avanços ocorridos desde sua emancipação, em 1997.

O bairro que concentra menor renda per capita se chama Brasília, que fica muito próximo às Mineradoras, e é o bairro que abriga a UBS Antônio Afonso Magalhães, onde estão alocadas as equipes Verde e Rosa.

A equipe verde atende 2746 pessoas (1368 homens e 1378 mulheres), segundo SIAB (2015), distribuídos de acordo com a tabela 1

**Tabela 1. Distribuição etária da população da Equipe Verde, Sarzedo, 2015.**

<b>Faixa etária</b>	<b>Numero</b>	<b>%</b>
<b>&lt;1 ano</b>	12	0,4%
<b>1-4 anos</b>	130	4,73%
<b>5-6 anos</b>	59	2,14%
<b>7-9 anos</b>	117	4,26%
<b>7-14 anos</b>	257	9,4%
<b>15-19 anos</b>	269	9,8%
<b>20-29 anos</b>	1027	37,4%
<b>40-49 anos</b>	312	11,36%
<b>50-59 anos</b>	305	11,1%
<b>&gt;60 anos</b>	258	9,4%
<b>TOTAL</b>	<b>2746</b>	<b>100%</b>

A população pertencente à Equipe Verde possui água proveniente do abastecimento público, sendo que mais de 94% do total de casas ainda conta com o

sistema de filtração, o que contribuiu e muito para o controle dos casos de doenças de transmissão oro-fecal. Vide tabelas 2 e 3.

**Tabela 2. Tipos de tratamento de água da população da Equipe Verde, Sarzedo, 2015.**

<b>Tratamento de água no domicílio</b>	<b>Numero</b>	<b>%</b>
<b>Filtração</b>	731	94,94
<b>Fervura</b>	4	0,52
<b>Cloração</b>	23	2,99
<b>Sem tratamento</b>	12	1,56

**Tabela 3. Fonte de água da população da Equipe Verde, Sarzedo, 2015.**

<b>Água</b>	<b>Numero</b>	<b>%</b>
<b>Abastecimento público</b>	764	99,22
<b>Poço ou nascente</b>	6	0,78

A região mineira como um todo é foco de doença de Chagas, mas na Equipe Verde da cidade de Sarzedo isso tem diminuído graças as construções de alvenaria, que já são mais de 96%. Alguns raros casos são provenientes de imigrações e trabalho em regiões endêmicas. Vide tabela 4

**Tabela 4. Tipos de casas na população da Equipe Verde, Sarzedo, 2015.**

<b>Tipo de casa</b>	<b>Numero</b>	<b>%</b>
<b>Tijolo/Adobe</b>	741	96,23
<b>Taipa revestida</b>	20	2,60
<b>Taipa não revestida</b>	8	1,04
<b>Outros</b>	1	0,13

Os casos de diarreia estão mais relacionados ao contato íntimo, intrafamiliar ou em creches, do que com as condições de saneamento, graças ao altíssimo

percentual de casas com coleta de lixo e também a elevada taxa de rede de esgoto, responsável por mais de 94% da coleta de esgoto na área abrangida pela equipe. Vide tabelas 5 e 6.

**Tabela 5. Destino do lixo da população da Equipe Verde, Sarzedo, 2015.**

<b>Destino Lixo</b>	<b>Numero</b>	<b>%</b>
<b>Coleta</b>	763	99,09
<b>Queimado/Enterrado</b>	6	0,78
<b>Céu aberto</b>	1	0,13

**Tabela 6. Destino dos dejetos da população da Equipe Verde, Sarzedo, 2015.**

<b>Destino Fezes/Urina</b>	<b>Numero</b>	<b>%</b>
<b>Esgoto</b>	731	94,94
<b>Fossa</b>	27	3,51
<b>Céu aberto</b>	12	1,56

A prevalência de doenças crônicas como diabetes e hipertensão e os transtornos de dependência, como alcoolismo, tem prevalência muito elevada quando comparada a doenças infectocontagiosas como Doença de Chagas e TBC

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) não possui dados sobre a prevalência do tabagismo na população adstrita, o que justifica um projeto de intervenção capaz de contabilizar o total de dependentes, para que então possa ser traçado um plano de combate bem estruturado contra o tabaco.

**Tabela 7. Distribuição de algumas doenças na população da Equipe Verde, Sarzedo, 2015.**

<b>Faixa etária</b>	<b>Alcoolismo (%)</b>	<b>Chagas (%)</b>	<b>Deficiência (%)</b>	<b>Diabetes (%)</b>	<b>Epilepsia (%)</b>	<b>HAS (%)</b>
<b>0-14 anos</b>						
<b>15 ou</b>	20	2	15	76	14	329



<b>mais</b>	(0,92)	(0,09)	(0,69)	(3,5)	(0,64)	(15,15)
<b>Total</b>	20	2	15	76	14	329
	(0,73)	(0,07)	(0,55)	(2,77)	(0,51)	(11,98)

---

O tabagismo é um problema de saúde pública que é um dos fatores agravantes de doenças crônicas como hipertensão e tabagismo, contribuindo muito para surgimento de condições morbidade ou mesmo óbitos, a exemplo câncer, infarto, enfisema etc.

Apesar de ser implementado o Grupo de Tabagismo na Equipe Verde, a escolha dos pacientes muitas vezes se dá por vontade própria dos mesmos ou conhecimento por parte do médico, enfermeiro ou agente de saúde de que um paciente é fumante. A falta de dados sobre a prevalência motivou o desenvolvimento deste trabalho, que pode servir como etapa inicial nos programas de prevenção e controle do Tabagismo.

## **2. JUSTIFICATIVA**

Esse trabalho se justifica pela ausência de conhecimentos da prevalência do tabagismo na população pertencente a equipe verde da UBS Antônio Afonso Magalhães.

O conhecimento da prevalência do tabagismo é importante para o planejamento e implementação das políticas públicas de prevenção e controle do tabagismo.

Essas políticas públicas contribuem para redução de agravos à saúde e para a economia nos gastos do SUS com complicações diretas da dependência, como internações com doenças isquêmicas do coração, acidentes vasculares cerebrais, neoplasias pulmonares, dentre tantas outras doenças causadas direta ou indiretamente pela dependência ao tabaco.

Sabendo exatamente quantos tabagistas tem na população pertencente à equipe, fica mais fácil incorporá-los ao longo do tempo em grupos operativos que visam cessar o uso do tabaco.

Com isso reduz as doenças e complicações associadas ao uso do tabaco, contribuindo de forma efetiva com os objetivos da atenção básica, que são de prevenir doenças e reduzir a morbimortalidade com menos gastos ao sistema de saúde.

### **3. OBJETIVOS**

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

**Objetivo geral:**

Identificar a prevalência do tabagismo na população adstrita à equipe, visando o desenvolvimento de ações de saúde para o controle do problema

**Objetivos específicos:**

Elaborar ações preventivas direcionadas à redução do tabagismo na população;

Desenvolver ações de controle do Tabagismo (Grupo de Tabagismo)

#### **4. METODOLOGIA**

Foi feita uma revisão da literatura no período de 1997 a 2015, utilizando a base de dados da SciELO, da PUBMED, do MS, SBPT, AMB, INCA e OMS utilizando os seguintes descritores: tabagismo, cessação do tabagismo, nicotina, farmacologia do tabagismo, tratamento do tabagismo.

Após a revisão da literatura, foi feito um projeto de intervenção com base no modelo do Planejamento Estratégico Situacional, descrito no Módulo de Planejamento e Avaliação de Saúde do CEESF (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O método do Planejamento Estratégico Situacional é desenvolvido em partes, a saber: Definição dos problemas; Priorização dos problemas; Descrição do problema selecionado; Explicação do problema; Seleção dos nós críticos; Identificação dos recursos críticos; Análise da viabilidade do plano; Elaboração do plano operativo; Gestão do plano

## 5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O tabagismo, segundo a OMS (2015), é considerado a principal causa de morte evitável no mundo, estima-se que cerca de um terço da população mundial adulta (2 bilhões de pessoas) seja fumante. Segundo esse mesmo relatório 47% da população masculina mundial e 12% da feminina são tabagistas. A cada ano o tabagismo é responsável por mais de 6 milhões de óbitos no mundo. Se o consumo continuar aumentando, estima-se que em 20 anos, esse número chegará a 10 milhões de óbitos.

A fumaça do cigarro possui mais de 4,7 mil substâncias tóxicas, segundo Rosemberg (2004); dentre eles o alcatrão, monóxido de carbono e nicotina. O alcatrão possui mais de 40 compostos cancerígenos, o monóxido de carbono dificulta a oxigenação sanguínea e a nicotina é a principal causa de dependência, sendo considerada pela OMS (2015) uma substância psicoativa causadora de transtornos de dependência.

Segundo a CID-10, o tabagismo é um transtorno psiquiátrico classificado na categoria F17, como transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do fumo.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2014), o tabagismo está relacionado a mais de 50 doenças, sendo responsável por 30% das mortes por câncer de boca, 90% das mortes por câncer de pulmão, 25% das mortes por doença do coração 85% das mortes por bronquite e enfisema e 25% das mortes por derrame cerebral.

O tabagismo passivo aumenta os riscos de câncer de pulmão em 30% e o risco de infarto em 24%, com estimativa de 7 óbitos por dia, em consequência do tabagismo passivo (INCA, 2014).

Segundo Martins (2000), o hábito de fumar tem relação íntima com os transtornos psiquiátricos, visto que transtornos do humor, ansiedade e depressão são mais comuns entre os tabagistas. Indivíduos com esquizofrenia, ansiedade, depressão e transtorno bipolar tem menos chance de sucesso quando tentam cessar o tabagismo. (SADOCK, 2007)

Cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar, mas apenas 7% conseguem parar sozinhos, e esse valor atinge a taxa de 15-30% quando associado com intervenções cognitivo-comportamentais e farmacológicas. (CINCIRIPINI *et al*;

1997)

O INCA em conjunto com as Secretarias de Saúde estaduais e municipais implementou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que tem como principal objetivo o combate ao tabagismo, aumentando o número de pessoas que cessam o uso e diminuindo a quantidade das pessoas que iniciam o uso, por meio de campanhas educativas.

A lei antitabaco em seu artigo 49 dispõe: “É proibido o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado, privado ou público” (Lei n. 12.546/11)

Nessa mesma lei torna-se obrigatório notificar os males que o tabagismo causa no rotulo do maço de cigarros, ocupando 100% de sua face posterior e uma de suas faces laterais.

### **5.1 Farmacologia do Tabagismo**

O tabaco é obtido de duas espécies vegetais, a *Nicotiana tabacum* e a *Nicotiana rustica*, originaria das regiões equatoriais, sendo utilizado de diversas formas, como inseticida, fumado, mascado aspirado, comido ou tomado na forma de chá (MUSK; DE KLERK, 2003).

A nicotina, princípio ativo do tabaco, foi comprovada como substância que causa dependência química. Está presente no cigarro na quantidade média de 7-9mg, dos quais 1mg é absorvida pelo fumante. A forma mascada é mais absorvida pela mucosa bucal enquanto a forma fumada é mais absorvida pelos alvéolos, demorando 10 segundos até chegar ao cérebro e possuindo meia-vida de 2h (MARQUES *et al*, 2001). É metabolizada pelo fígado a cotinina, que pode ser detectada na urina, (FRANKEN *et al*, 1996).

A nicotina, como seu próprio nome diz, atua ativando receptores nicotínicos de acetilcolina (sistema parassimpático), causando liberação de neurotransmissores como acetilcolina, dopamina, glutamato, serotonina e GABA (ROSE *et al.*, 2003). Atua causando vasoconstrição periférica, aumento da PA e da frequência cardíaca. Atua estimulando o SNC, levando a sensação de alerta e redução do apetite. O efeito ansiolítico é observado pela redução do fluxo cerebral na região da amígdala (BALBANI; MONTOVANI, 2005). A substância induz tolerância (necessidade de aumento da dose para o mesmo efeito) e dependência (desejo de consumi-la) por agir nas vias dopaminérgicas do sistema límbico, conhecido como Sistema de

Recompensa (MARQUES, 2001). A nicotina também age na liberação de beta endorfinas, responsáveis pelo sentimento de prazer e relaxamento após o fumo (BENOWITZ, 1996). A redução de 50% da dose já é capaz de desencadear sintomas de abstinência, manifestando-se cerca de 8h após o último cigarro e tendo pico no terceiro dia, causando irritabilidade, ansiedade, insônia e sonolência diurna, redução da atenção e concentração e a fissura pelo cigarro (MARQUES, 2001).

## **5.2 Farmacologia das Drogas Anti-tabaco**

Para o tratamento do tabagismo existem os fármacos de primeira linha (bupropiona, vareniclina, e TRN) e os fármacos de segunda linha (nortriptilina e clonidina)

5.2.1 Bupropiona: antidepressivo atípico de ação lenta, que inibe a recaptção de noradrenalina e dopamina, possuindo também teórico efeito antagônico nos receptores nicotínicos. Atinge pico plasmático em 3h e possui meia vida de 19 horas, a posologia recomendada é de 150mg/dia nos primeiros 3 dias e a partir do 4º dia 300mg/dia em duas doses com intervalo de 8h entre as doses (REICHERT *et al*; 2008). Possui como efeito colateral principal a insônia e está contraindicada em casos de epilepsia, tumores cerebrais, distúrbios alimentares, hipertensão não controlada, abstinência alcoólica ou uso prévio de IMAO (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

5.2.2 Vareniclina: sintetizada a partir do precursor citisina, que era usado antigamente como terapia auxiliar contra o tabagismo. Atua como agonista parcial dos receptores nicotínicos de acetilcolina, e portanto não deixa a nicotina se ligar a esses receptores, fazendo com que a nicotina não provoque os efeitos desejados pelo fumante. Por ser agonista parcial, a droga não tem tanta atividade intrínseca, o que é benéfico do ponto de vista do medicamento não possuir potencial para provocar dependência, sendo eficaz, seguro e bem tolerado. Possui pico plasmático com 3h e como efeitos colaterais principais estão o aumento do apetite, sonolência, tontura, sintomas gastrointestinais e fadiga. Possui eficácia superior à da bupropiona e da TRN, não está disponível no SUS pelo seu alto custo (REICHERT *et al*; 2008).

5.2.3 TRN: terapias de reposição de nicotina estão disponíveis em várias vias de administração, como tópica dermatológica (adesivo), tópica bucal (goma de

mascar/colutório) ou tópica nasal (spray nasal). Os adesivos são encontrados nas doses de 7, 14 e 21mg de nicotina, e as gomas de mascar contem 2mg de nicotina. Os efeitos colaterais mais comuns são náuseas, soluços e cefaléia (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

Segundo as recomendações das Diretrizes da SBPT (2008) e do Consenso do MS (2001), pacientes com teste de Fagerström entre 8-10 e/ou fumante de mais de 20 cigarros/dia utilizam o esquema

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

Pacientes com teste de Fagerström entre 5-7 e/ou fumante de 10 a 20 cigarros/dia e que fumam seu 1º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar utilizam o esquema

- semana 1 a 4: adesivo de 14 mg a cada 24 horas
- semana 5 a 8: adesivo de 7 mg a cada 24 horas



Questionário de Tolerância de Fagerström		
Fumante?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
1- Quanto tempo, depois de acordar, você fuma o seu primeiro cigarro?		
0 Após 60 minutos	2 6-30 minutos	<input type="checkbox"/>
1 31-60 minutos	3 Nos primeiros 5 minutos	
2- Você encontra dificuldades em evitar o fumar em lugares onde é proibido, como, por exemplo, igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc.?		
0 Não	1 Sim	<input type="checkbox"/>
3- Qual é o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?		
0 Qualquer um	1 O primeiro da manhã	<input type="checkbox"/>
4- Quantos cigarros você fuma por dia?		
0 10 ou menos	2 21 a 30	<input type="checkbox"/>
1 11 a 20	3 31 ou mais	
5- Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?		
0 Não	1 Sim	<input type="checkbox"/>
6- Você fuma mesmo estando doente a ponto de ficar acamado a maior parte do dia?		
0 Não	1 Sim	<input type="checkbox"/>
Pontuação		
1 Muito Baixo		0 a 2
2 Baixo		3 a 4
3 Médio		5
4 Elevado		6 a 7
5 Muito Elevado		8 a 10

**Figura 1:** Escore de Fagerström

**Fonte:** Tabagismo, Projeto Diretrizes, 2011

**5.2.4 Nortriptilina:** antidepressivo tricíclico que inibe a recaptação pré-sináptica de noradrenalina e dopamina e promove redução dos sintomas de abstinência por um mecanismo ainda desconhecido. É utilizado nas doses iniciais de 25mg/dia com incremento gradual até atingir 75-100mg/dia em 3 semanas. Possui ação anticolinérgica que explica a maior parte de seus efeitos colaterais, como boca seca, visão turva, tremores e sedação (REICHERT *et al*; 2008). Apresenta ação ansiolítica e antidepressiva, com eficácia similar à bupropiona apenas no curto prazo. (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

**5.2.5: Clonidina:** é um agonista adrenérgico alfa-2 que inicialmente era usado para hipertensão e se mostrou eficaz no controle dos sintomas de abstinência do tabaco (REICHERT *et al*; 2008). É utilizado nas doses de 0,1mg/dia com aumento gradual

até 0,75mg/dia, com efeitos colaterais de sedação e hipotensão ortostática, e a suspensão aguda da droga (muitas vezes pelos efeitos indesejáveis) pode causar hipertensão de rebote (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

### **5.3 Abordagem Cognitivo Comportamental**

Esse tipo de tratamento utiliza intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, ajudando o fumante a reconhecer situações de risco de recaída e favorecendo o desenvolvimento de estratégias para enfrentar o desejo de fumar.

Abordagem pode ser feitas em diversos níveis de intensidade, desde menos de 3 minutos (mínima) ou mais de 10 minutos (maior intensidade), e o aconselhamento por mais de 90 minutos não alterou a taxa de abstinência. (FIORE et al, 2000).

Os pontos básicos dessa abordagem são:

1. preparar o fumante para soluções de seus problemas;
2. estimular habilidades para resistir as tentações de fumar;
3. preparar para prevenir a recaída;
4. preparar o fumante para lidar com o stress

Segundo Marques (2001) os grupos de autoajuda e psicoterapia são coadjuvantes eficazes no tratamento da dependência, possuindo maior eficácia quando associado à terapia farmacológica.

## **6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

O projeto de intervenção tem como objetivo propor ações que incidam sobre os fumantes e não fumantes.

Pra os não fumantes foram propostas ações coletivas que visam desestimular o consumo de tabaco, como palestras em escolas e distribuição de folhetos informativos sobre os malefícios do tabaco.

Para os fumantes a definição da prevalência foi realizada a partir de visitas domiciliares realizadas pelos ACS de cada micro área, contabilizando o total de fumantes na população adstrita.

Outra ação sobre os fumantes foi o desenvolvimento do grupo de tabagismo, com reuniões periódicas com fumantes selecionados, com palestras sobre o tema, discussões sobre formas de parar de fumar, relatos de caso entre os participantes.

Nesse grupo também foi disponibilizada algumas formas de tratamento não farmacológico e farmacológico, entre eles, a bupropiona, nicotina transdérmica e nicotina mastigável. A prescrição desses métodos foi avaliada conforme grau de dependência (teste de Fagerström) e quadro clínico (comorbidades, história prévia de tentativa de cessação, uso contínuo de medicamentos, etc)

Os resultados e eficácia do grupo serão avaliados conforme conclusão do mesmo, que idealmente dá-se após um ano de prática das ações.

**Definição dos problemas:** Tabagismo: uma doença sub diagnosticada e mal abordada na atenção básica

**Priorização dos problemas:** a partir do método de estimativa rápida, foi possível identificar os problemas e organizá-los de acordo com a sua importância, urgência, capacidade de enfrenta-lo. O tabagismo foi priorizado após a disponibilidade de recursos para a realização do grupo e o interesse da própria população adstrita.

**Descrição do problema selecionado:** não se tem uma estatística da quantidade de fumantes na Equipe Verde da UBS Antônio Afonso Magalhães. A cessação do tabagismo é difícil, o Grupo de Tabagismo realizado no ano anterior conseguiu sucesso em 2 pacientes, num grupo de 10 e o programa foi interrompido pela Secretaria de Saúde de Sarzedo.

**Explicação do problema:** baixa eficácia do grupo de tabagismo devido as dificuldades inerentes ao método e/ou dinâmica abordada com o grupo, além da ineficiência devido ao desconhecimento da real prevalência por parte da equipe.

**Seleção dos nós críticos:** quantificação de todos os pacientes fumantes da equipe através da investigação direta feita por cada ACS em sua micro área, e escolha, inicialmente de 2 por cada ACS, para formar um novo grupo de tabagismo, visando implementar as diretrizes do PNCT e da SBPT para cessação do tabagismo.

**Identificação dos recursos críticos:** recursos humanos disponíveis no desenvolvimento das atividades (psicologia, medico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, técnico enfermagem, dentista) e aquisição de medicamentos (disponíveis pela rede do SUS ou comprados pelo paciente, preços, duração do tratamento)

**Análise da viabilidade do plano:** verificar se o município fornece as drogas utilizadas no processo de auxílio a cessação do tabagismo, e se há material humano e estrutura física adequada para realizar o plano de ação

**Elaboração do plano operativo:** são cinco micro áreas na equipe, solicitar a cada ACS que selecione 2 pacientes com desejo de cessar tabagismo e os convidem a participar do grupo

**Gestão do plano:** sistematização dos dados colhidos pelos ACS, reuniões semanais com o grupo, assistência completa por parte da psicologia e consultas individualizadas para cada paciente agendadas sob demanda.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A parte de combate ao tabagismo depende não só da equipe de saúde, mas também dos insumos e materiais enviados pelo Ministério da Saúde, que nem sempre é capaz de proporcionar infraestrutura para a realização de mais de um Grupo de Tabagismo.

Já me deparei com essa dificuldade, pois no decorrer do primeiro grupo implementado na equipe, muitos pacientes que desejam parar de fumar mas que não tem condições de comprar os medicamentos procuravam a equipe solicitando inserção no grupo, mas se frustravam quando se deparavam com a indisponibilidade tanto de medicamentos quanto do início de novos grupos concomitante com o que já estava em andamento.

Não há medicamentos disponíveis nas farmácias populares nem na farmácia da UBS para abordagem individual dos fumantes que não foram inseridos no grupo, o que reduz de forma considerável a quantidade de pacientes que podem ter acesso as políticas de cessação do tabagismo.

A parte de contabilizar os fumantes da população adstrita exige trabalho e dedicação dos ACS, pode demandar tempo, mas trará a real prevalência do tabagismo na população estudada, podendo contribuir de forma eficaz para uma melhor abrangência das ações propostas.

## REFERÊNCIAS

BALBANI, A. P. S.; MONTOVANI, J. C. **Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina.** Rev Bras Otorrinolaringoogia.V.71, n.6, 820-7, nov./dez. 2005.

BENOWITZ, N. L. Pharmacology of nicotine: Addiction and Therapeutics. **Annual Review of Pharmacology and Toxicology.** Vol. 36: 597-613, 1996.

BRASIL. **Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10 - 1997).** Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>. Acesso em: 13/10/2015

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo.** Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo). Acesso em 20/09/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso.** Rio de Janeiro: INCA, 2001, 38 P. Disponível em: [http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//tratamento\\_fumo\\_consenso.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//tratamento_fumo_consenso.pdf). Acesso em 11/11/2015

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CINCIRIPINI, P. M. *et al.* Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 89, n. 24, p. 1852-1867, 1997.

CORRÊA, J. E.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 140p

FIORE, M. C. *et al.* **Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guidelines.** Rockville, MD: U. S. Department of Health and Humans Services, Public Health Service, 2000.

FRANKEN, R. A. *et al.* Nicotina ações e interações. **Arq. Bras. Cardiol.** vol 66, n. 1, São Paulo, 1996

LEI 12.546, 2011. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112546.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112546.htm) Acesso em 20/10/2015

MARQUES; A. C. P. R. *et al.* Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Rev. Bras. Psiquiatr** vol.23, n.4, pp. 200-214. 2001

MARTINS, K. C; SEIDL, E. M. F. Mudança de comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 55-64, Mar.2011.

MIRRA, A.P. *et al.* AMB. Tabagismo. Projeto Diretrizes São Paulo: Associação Médica Brasileira, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2011. Disponível em:

<http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf> Acesso em 20/09/2015

MUSK, A. W., DE KLERK, N.H. **History of tobacco and health**. *Respirology* 2003; 8: 286-90.

REICHERT, J. *et al.* **Diretrizes da SBPT – Diretrizes para cessação do tabagismo** - 2008. *J Bras Pneumol*. [s.l.], v. 34, n. 10, p. 845-8, 2008. Disponível em: [http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe\\_artigo.asp?id=817](http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=817) Acesso em 20/10/2015

ROSE, J.E. *et al.* **PET studies of the influences of nicotine on neural systems in cigarette smokers**. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 232-33.

ROSEMBERG, J. **Nicotina: droga universal**. Monografia. Produção Independente. São Paulo: 2004

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; KAPLAN, H. I. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tobacco**. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/index.html> Acesso em: 13/10/2015

## APÊNDICE



**ANEXO**