



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Vinicius Augusto Scandalo Rocha

Plano de intervenção para a redução gradual do
tabagismo nos pacientes da área de abrangência da
Unidade Básica de Saúde Central, Ribeirão do Pinhal -
PR.

Florianópolis, Abril de 2017

Vinicius Augusto Scandalo Rocha

Plano de intervenção para a redução gradual do tabagismo nos
pacientes da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde
Central, Ribeirão do Pinhal - PR.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Melisse Eich
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Vinicius Augusto Scandalo Rocha

Plano de intervenção para a redução gradual do tabagismo nos
pacientes da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde
Central, Ribeirão do Pinhal - PR.

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Melisse Eich
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Muito se conhece atualmente do impacto do tabagismo na qualidade de vida e presença de comorbidades da população. Em 1999, segundo estudos demográficos internacionais, o tabagismo apresentava uma prevalência de 1,1 bilhões fumantes a nível mundial, com uma mortalidade anual aproximada de 4 milhões. Desde a elucidação do fator causal e do impacto do tabagismo na saúde dos indivíduos nota-se inúmeros programas e campanhas de cessação do tabagismo, a fim de diminuição desses valores, e enfrentamento dessa epidemia de extrema relevância, considerada o principal fator de risco para diversas doenças e mortes de causa reversível. O presente projeto de intervenção tem o intuito de reduzir a prevalência do tabagismo na população atendida no Programa de Saúde da Família (PSF) sendo aplicados na prática na cidade de Ribeirão do Pinhal (PR), através de orientações, grupos de auto-ajuda, conhecimentos teórico-práticos, encontros, programas de conscientização da população alvos e abordagem medicamentosa ao longo do tratamento. Através dessas ações, espera-se contribuir para a redução do tabagismo na população descrita, bem como colaborar com a diminuição da incidência de morbi-mortalidades relacionadas com essa prática, já descritas na literatura médica e de conhecimento embasado e consolidado – tais como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Neoplasias pulmonares e de outros órgãos, eventos vasculares e cardioembólicos entre outras doenças relacionadas.

Palavras-chave: Hábito de fumar, Tabagismo, Tabaco, Intervenção, Tratamento

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

Analisando o contexto social da comunidade, o município de Ribeirão do Pinhal tem uma população estimada de 13.692 habitantes, sendo 82% residentes em área urbana e 18% em zona rural, e densidade demográfica de 36,09 hab./km². Há um discreto predomínio do sexo feminino (53%) e seguindo a tendência mundial, temos um leve predomínio de tabagismo no sexo feminino.

O índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) apresenta-se em ascensão, o valor atual é 0,715 e por áreas específicas apresenta os seguintes valores: IDH-M renda 0,650; IDH-M longevidade 0,706 e IDH-M educação 0,788. A renda familiar da zona rural tem valor médio mensal de R\$ 1.113,60 reais e da zona urbana é de R\$ 1.887,46 reais. A renda per capita mensal na zona rural é de R\$ 255,00 reais e na zona urbana aumenta para R\$ 510,00 reais. Em relação à educação, o município conta com 7 escolas de ensino pré-escolar, 9 de ensino fundamental e 3 de ensino médio com um total de 2.978 alunos matriculados. Existem 282 indivíduos de 7-14 anos que frequentam a escola correspondendo a 74,6% e 2.266 indivíduos com mais de 15 anos e alfabetizados correspondendo 83,74%. Entende-se que um alto nível socioeconômico está relacionado a uma menor prevalência do tabagismo.

Mais da metade das famílias (62,21%) participam de programas sociais de renda. E 62,39% das famílias fazem parte de algum grupo religioso. A religião predominante é a católica (10.701 pessoas) seguida da evangélica (2.259 pessoas) e espírita (21 pessoas).

Na cidade existem 3 equipes do Programa Saúde da Família, onde estão cadastradas 1.061 famílias, correspondente a 3.314 pessoas (1.615 do sexo masculino e 1.699 do sexo feminino). Toda essa população descrita e cadastrada reside em área urbana. O acompanhamento de consultas e visitas é realizado nessas famílias cadastradas, assim como o controle tabágico.

As doenças mais prevalentes em ordem decrescente são: hipertensão arterial sistêmica (12,52%), *diabetes mellitus* (3,74%), deficiência física (0,78%), doença de Chagas (0,6%), epilepsia (0,6%), alcoolismo (0,57%), hanseníase (0,03%) e tuberculose (0,03%).

Classifica-se as cinco principais causas de morte dos residentes (geral) do município em 2015, em ordem decrescente:

- Aparelho Circulatório (IAM) (36%)
- Aparelho Circulatório (AVE) (20,4%)
- Neoplasias (12,6%)
- Aparelho Respiratório / Causas Externas (6,8% / 6,8%)

- Aparelho Digestivo (5,1%)

Havendo um total de óbitos geral de 123 em 2015.

Já nos idosos, quando avaliados as principais causas de internações e Morbidade Hospitalar em indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos, temos, em ordem decrescente:

- Doenças do Aparelho Circulatório (49%)
- Doenças do Aparelho Respiratório (19%)
- Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (6,8%)
- Doenças do Aparelho Digestivo (5,4%)

Destaca-se como grande problema da região nesse contexto as Doenças do Aparelho Respiratório, estando intimamente conectada com o hábito do fumo. Também considerado fator risco, o tabaco contribui para números ainda maiores, englobando as Doenças do Aparelho Circulatório e as Neoplasias. Motivo do qual inicia-se esse projeto de intervenção, visto a importância do tabaco na saúde geral da população do município.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Elaborar e implementar projeto de intervenção para a redução gradual do fumo e de exposição ao tabagismo nos pacientes da população atendida pelo PSF, em Ribeirão do Pinhal / PR, na Unidade Básica de Saúde Central.

2.2 Objetivos Específicos

- Implementar programa de conscientização e tratamento clínico para manutenção a longo prazo da abstinência e abolição completa do hábito de fumar;
- Construir campanhas de conscientização e grupos de auto-ajuda;
- Promover palestras motivacionais, consultas, orientações e controles semanais dos participantes;
- Propor implementação de acesso gratuito ao tratamento medicamentoso, com acompanhamento médico e ajuste de medicação.

3 Revisão da Literatura

O tabaco foi originário das Américas e preparado a partir da secagem das folhas da planta *Nicotiana tabacum*, era utilizado nas sociedades indígenas em rituais mágico-religiosos. Os europeus disseminaram o uso do tabaco fumado sob a forma de cachimbos, charutos, cigarrilhas e cigarros, e do tabaco não-fumado, aspirado (rapé) e mascado (fumo-de-rolô), por todos os continentes, antes do final do século XVII, por razões econômicas e pelo caráter aditivo do consumo deste produto vegetal (C.MARTINS, 2009).

Na Europa, a folha do tabaco tinha inicialmente finalidade terapêutica e profilática sendo posteriormente usada, como é até nos dias atuais, por meio da inalação de sua fumaça, como uma atividade prazerosa, tornando-se a principal drogadição dos tempos atuais (FRANKEN; ANDREIS; STIRBULOV, 2001).

Considerado a maior causa de morte evitável no mundo, o tabagismo está relacionado com aproximadamente 5 milhões de mortes anualmente em todo mundo, sendo responsável por 10 mil mortes por dia, ou seja, uma pessoa a cada seis segundos, e por reduzir a expectativa de vida em 15 anos. No Brasil, ocorrem 200 mil óbitos por ano ((OMS), 2008). Se não ocorrem mudanças no padrão de consumo de tabaco, a Organização Mundial da Saúde ((OMS), 2010) estima que o número de fumantes aumente, do ano 2000 a 2030, de 1,2 bilhões para 1,6 bilhões e o número de mortes atribuíveis ao tabagismo passe a 10 milhões, sendo 70% nos países menos desenvolvidos.

O tabagismo e a exposição à fumaça do cigarro estão associados à pelo menos com 443.000 mortes prematuras, e aproximadamente 5,1 milhões de anos de vida perdidos. Nos Estados Unidos, estima-se que 19,8% dos adultos são fumantes atuais de cigarros e cerca de 40% dos fumantes tentam parar a cada ano.

Estima-se que o tabagismo contribua para a perda de produtividade em todo o mundo, sendo essa perda anual de US\$ 64.2 bilhões para homens e cerca de US\$ 32.6 bilhões para mulheres. Nos EUA, a perda de produtividade média anual estimada, decorrente do tabagismo, foi de US \$ 96,8 bilhões e a sobrecarga econômica total foi de aproximadamente US \$ 193 bilhões por ano (CONTROL; CDC, 2008).

O uso do tabaco associa-se com enormes custos sociais e econômicos originários do aumento da morbidade e mortalidade relacionadas com o fumo. Eles incluem custos gerados pelos fumantes como uso de recursos de saúde, ausência no trabalho, perda da produtividade e pagamento de auxílio-doença (FAGERSTROM, 2002). Em países desenvolvidos, os custos relacionados aos cuidados com as doenças associadas ao tabagismo consomem de 6% a 15% do gasto total com saúde (BRASIL; CÂNCER, 2001).

No Brasil, o fumo causa um prejuízo anual de, pelo menos, R\$ 338,6 milhões ao Sistema Único de Saúde (SUS), em relação aos gastos com internações e em procedimentos de quimioterapia. Desse montante, os gastos referentes ao câncer correspondem a 33,85% e

chegam a R\$ 114,6 milhões (PINTO, 2008).

Os Centers for Disease Control and Prevention – (CONTROL; CDC, 2008) verificaram ainda que nos EUA, em 2007, os investimentos em programas de prevenção e controle do tabaco totalizaram US \$ 595 milhões, cerca de 325 vezes menor do que os gastos com o fumante.

É reconhecido como uma doença epidêmica que causa dependência física, psicológica e comportamental semelhante ao que ocorre com o uso de outras drogas como álcool, cocaína e heroína. A dependência ocorre pela presença da nicotina nos produtos à base de tabaco. A dependência obriga os fumantes a inalarem mais de 4.720 substâncias tóxicas, como: monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína, além de 43 substâncias cancerígenas, sendo as principais: arsênio, níquel, benzopireno, cádmio, chumbo, resíduos de agrotóxicos e substâncias radioativas (ROSEMBERG, 2004).

Algumas dessas substâncias tóxicas também são conhecidas como potenciais irritantes, pois produzem irritação nos olhos, no nariz e na garganta, além de paralisia nos cílios dos brônquios. Desse modo, o tabagismo é causa de aproximadamente 50 doenças, muitas delas incapacitantes e fatais, é um dos principais fatores de risco para doença coronariana, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer, que constituem importantes causas de morte nos países desenvolvidos e nas grandes cidades brasileiras. É notória também a forte relação existente entre o uso de tabaco e comorbidades psiquiátricas, entre elas a depressão, o que agrava o quadro clínico e dificulta o tratamento (RONDINA; GOYAREB; BOTELHO, 2007).

O consumo do tabaco geralmente se inicia na adolescência, em média entre 13 e 14 anos de idade. Quanto mais precoce o seu início, maior a gravidade da dependência aos problemas a ela associadas (MIRRA, 2009).

A dependência do tabaco é cada vez mais reconhecida como uma condição crônica que pode necessitar de repetidas intervenções. Deve-se enfatizar o papel do Estado e das políticas públicas no reconhecimento do tabagismo como um problema de saúde pública, visando à disponibilização do tratamento para todos os fumantes, tanto no Sistema Único de Saúde (SUS) quanto no Sistema de Saúde Suplementar (REICHERT; ARAÚJO; GONÇALVEZ, 2008).

Em Centros de Referência para Abordagem e Tratamento de Fumantes do SUS, a cessação de fumar em quatro semanas variou entre 39% e 46%. O tratamento de cessar de fumar deve considerar o contexto clínico, a gravidade à dependência à nicotina, idade de início do consumo do tabaco, comorbidades, história familiar, motivação para cessar, condicionamentos, situações e sentimentos relacionados com o tabagismo (NUNES, 2006).

A cessação do tabagismo é um processo dinâmico que envolve uma sequência de várias tentativas não sucedidas até conseguir uma abstinência prolongada. Embora um significativo número de fumantes expresse o desejo de abandonar o tabagismo, somente um terço realmente consegue abandonar com sucesso. A recaída é um fenômeno natural no ciclo de

qualquer dependência. A maioria dos fumantes realiza de três a dez tentativas até obter a abstinência definitiva (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

No Brasil, como resultado das importantes ações de controle do tabaco desenvolvidas, a prevalência de tabagismo vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1989 o percentual de fumantes de 18 anos ou mais no país era de 34,8%. Já em 2013, de acordo com pesquisa mais recente para essa mesma faixa etária em áreas urbanas e rurais, este número caiu para 14,7%. Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar do IBGE (2012) mostraram que 29,8% dos estudantes brasileiros que frequentavam o 9º ano do Ensino Fundamental informaram que pelo menos um dos seus responsáveis era fumante .

As ações para o controle do tabagismo tornaram-se mais evidentes a partir da década de 70, inicialmente, por iniciativa de profissionais isolados, associações médicas, religiosas e outras ONGs, sem nenhum apoio governamental. Em 1989, o Ministério da Saúde (MS) passou a assumir as ações sistemáticas, continuadas e abrangentes, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), em que este passou a coordenar as ações nacionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), desenvolvidas em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Organizações Não-Governamentais (ONGs), Sociedades Científicas, Conselhos Profissionais e outros. Neste sentido vem investindo esforços na socialização dos conhecimentos sobre a cessação do tabagismo para que os profissionais de saúde possam oferecer uma abordagem eficaz ao fumante em suas rotinas de atendimento. O PNCT implantou dois programas que foram desenvolvidos paralelamente: Programa Unidades de Saúde Livres de Tabaco – implementação de uma política de restrição ao consumo de derivados do tabaco em Unidades de Saúde; e o Programa Ajudando Seu Paciente a Deixar de Fumar – com objetivo de instrumentalizar os profissionais de saúde com estratégias e material de apoio técnico, que permitem aumentar a eficácia da abordagem para cessação de fumar, por meio de capacitação dos profissionais de saúde pelo INCA (BRASIL; CÂNCER, 2001).

Para que estas ações atinjam todo território nacional, foi organizada uma rede nacional para gerenciamento regional do Programa, por meio do processo de descentralização e parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, seguindo a lógica do SUS. Hoje, nos 26 estados da Federação e no Distrito Federal, as Secretarias Estaduais de Saúde possuem uma Coordenação do Programa de Controle do Tabagismo, que vêm descentralizando as ações para seus respectivos municípios (BRASIL, 2010).

Essas ações vem motivando um número cada vez maior de fumantes a desejarem parar de fumar. Para Cinciprini (1997), cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar, porém apenas 3% conseguem a cada ano, sendo que desses, a maior parte consegue sozinho, sem ajuda, o que coloca em evidência o grande potencial que a abordagem do fumante possui para reduzir a prevalência de fumantes.

Para isso, o PNCT tem envolvido a articulação de diferentes ações como: capacitação de profissionais de saúde e financiamento de ações voltadas para a abordagem e tratamento

do fumante na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), a elaboração de um consenso nacional sobre métodos eficazes para a cessação do tabagismo, divulgação desses métodos por meio de campanhas, mídia e eventos dirigidos aos profissionais de saúde e implantação do Disque Pare de Fumar com inserção do número desse serviço nas embalagens dos produtos derivados do tabaco ao lado das advertências sanitárias (BRASIL, 2010).

Como forma de incluir e financiar a abordagem e tratamento do tabagismo no SUS, o MS publicou a Portaria GM/MS 1.575/02 que criou Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante e incluiu no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS, a abordagem e tratamento do fumante. O problema principal desta Portaria foi que o credenciamento de Centros de Referência em abordagem e Tratamento do Fumante ficou restrito a unidades de saúde de alta complexidade ou hospitais especializados (BRASIL, 2010).

Após estudos realizados por um grupo de trabalho, gerou a publicação da Portaria GM/MS 1035 de 31 de maio de 2004, regulamentada pela Portaria SAS/MS 442 de 13 de agosto de 2004, que aprovou o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS, em que amplia a abordagem e tratamento do tabagismo para atenção básica e média complexidade do SUS, com o objetivo de consolidar o PNCT, e define que os materiais de apoio e medicamentos para o tratamento do tabagismo serão adquiridos pelo MS e encaminhados aos municípios com unidades de saúde capacitadas e credenciadas para esta finalidade.

4 Metodologia

Atualmente existem diversos documentos e diretrizes que abordam o tabagismo no Brasil, ganhando destaque as Diretrizes para cessação do Tabagismo, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) (REICHERT; ARAÚJO; GONÇALVEZ, 2008). A metodologia deste projeto de intervenção baseia-se nesta conduta da SBPT.

Inicialmente deve-se atentar para a capacitação dos profissionais de saúde, em cursos curtos de quinze dias, ministrados de forma gradual e aditiva. Serão discutidos todos os parâmetros biológicos e expostos de forma a capacitar e preparar os profissionais ao atendimento dos pacientes. Concomitantemente ao preparo dos profissionais, uma campanha de conscientização da população, no mesmo período de tempo, deverá ser aplicada em todo o território de abrangência, com informações curtas e breves e frases de impactos, em cartazes e campanhas.

A SBPT preconiza que a motivação do paciente deve ser o ponto inicial do tratamento, e condição imprescindível, havendo assim necessidade de uma triagem inicial. A ausência dessa motivação praticamente eliminará a possibilidade de atingir a abstinência prolongada e mantida. Dessa forma, a abordagem será sempre gradual, respeitando a relação médico-paciente, e dividida em fases, descritas abaixo:

1. Pré-contemplação: Não há a intenção de abolir o fumo, nem sequer uma auto-crítica a respeito do conflito envolvendo o comportamento do fumo.
2. Contemplação: Demonstra uma consciência de que o fumo é um problema, no entanto existe ainda uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança.
3. Preparação: Há uma aceitação quanto a abolição do fumo e o mesmo já se prepara e idealiza com a ausência do hábito.
4. Ação: Concretização da idealização e mudança do comportamento, abolindo ou reduzindo drasticamente o fumo.
5. Manutenção: Momento destinado há aprendizagem de técnicas e estratégias para consolidar os ganhos obtidos durante fase anterior.
6. Finalização: Total adaptação do observado em um período de doze meses.
7. Recaída: Perda do trabalho desenvolvido e retorno ao hábito do fumo.

Este projeto de intervenção baseia-se na Diretriz da SBPT, pois procura o acolhimento de pacientes pré-selecionados (com a intenção de abolir o hábito de fumo bem consolidada) e tratamento mais intensivo.

Grupo I e Grupo II.

Tratamento Não-Farmacológico (TNF):

Levantamento de informações: motivos que levaram a começar a fumar, motivos que levaram a procurar o término do hábito, e correlaciona-se os motivos entre si, procurando sempre um positivo para anular um negativo.

Afastamento de todos os fatores que lembram ao paciente de cigarros. São exemplos: não portar maços de cigarros/cinzeiros/isqueiros, não ingerir álcool ou café, entre outros.

Conhecimento amplo dos efeitos da abstinência, em especial o da “fissura” (desejo imperioso em fumar, de curta duração - 1 a 5 minutos), e o entendimento que a interrupção abrupta do tabagismo está relacionada à menores efeitos da abstinência.

São explicados os principais sintomas e sinais encontrados na abstinência nicotínica, que são: efeitos psicológicos (humor disfórico ou deprimido, insônia ou sonolência diurna excessiva, irritabilidade, frustração, ansiedade, déficit de atenção, fissura ou craving); efeitos biológicos (bradicardia, hipotensão, polifagia e aumento do apetite, ganho de peso, tremores, incoordenação motora, tosse reativa, constipação ou diarreia). É traçado mecanismos de contra-balanceamento de eventuais efeitos da abstinência, com medicações sintomáticas se necessário.

Desenvolvimento de técnicas substitutivas. São exemplos: substitutos de gratificação oral (gomas de mascar, balas, gengibre, canela, canudos de plástico cilíndricos), atividades manuais buscando a ocupação das mãos (escrever, digitar, pintas).

Suporte familiar e social, incentivando a participação de indivíduos próximos ao paciente a fim de aumentar a aderência ao tratamento cognitivo comportamental.

Ter-se-á o início na fase de Contemplação e Preparação – onde os pacientes dessa fase passarão por uma consulta médica e são classificados em dois grupos – Grupo I: candidatos somente ao Tratamento Não Farmacológico (TNF); Grupo II: candidatos ao TNF mais Tratamento Farmacológico (TF).

Será definida uma data para término do hábito, de preferência dentro de um a dois meses, em conjunto com o paciente. Iniciar-se-á o TNF para ambos os grupos (I e II), descrito abaixo:

Classificar-se-á para o Grupo II, com indicação de TF, os seguintes achados em anamnese médica:

Quando o recurso adicional no tratamento do tabagismo quanto à abordagem comportamental for insuficiente e o paciente apresentar critérios de inclusão, geralmente que apresentem alto grau de dependência nicotínica, o Tratamento Farmacológico (TF) será definido como primeira linha o uso das seguintes medicações: Terapia de Reposição Nicotínica (TRN), Bupropiona e Vareniclina. Já na segunda linha, Nortriptilina.

TRN = Substituidores de nicotina nos receptores do sistema nervoso central. Objetivo de diminuir a nicotina presente no cigarro, por doses menores e mais seguras, reduzindo a fissura e os demais sintomas de abstinência. Liberação Lenta – adesivos; Liberação Rápida

Grupo II

Critérios de Inclusão ao TF:

Tabagismo pesado, definido como 20 ou mais cigarros ao dia;

Tabagistas que fumam o primeiro cigarro do dia em até 30 minutos após despertarem, e fumam no mínimo 10 cigarros ao dia;

Score do Teste de *Fagerstrom* maior ou igual a 5;

Recaídas após TNF prévia, ou que apresentaram sintomas exacerbados da abstinência nicotínica.

Não haver contraindicações clínicas.

Idade acima de 18 anos.

– goma de mascar e pastilhas.

Brupropiona (ZybanR, BupR) = Antidepressivo de ação lenta, atua como antagonista direto dos receptores nicotínicos e reduz o transporte neuronal de adrenalina e dopamina. Inicia-se na dose de 150mg/dia, passando para 300mg/dia no quarto dia de tratamento. Mantido por até 12 semanas.

Vareniclina (ChampixR) = Agonista parcial dos receptores colinérgicos nicotínicos. Objetivo de diminuir a satisfação ao fumar, pois ocupa o lugar da nicotina nos receptores. Inicia-se uma semana antes da data marcada para abolir o fumo, na dose de 0,5mg/dia, aumentando para 1,0mg/dia no quarto dia, e 2,0mg/dia no oitavo dia. Mantido por até 12 semanas.

Nortriptilina = Antidepressivo tricíclico, inibe a recaptção da noradrenalina. Inicia-se com 25mg/dia, aumentando gradativamente até o máximo de 100mg/dia. Mantido por até 12 semanas.

Utilizando essas medidas clínicas e medicamentosas, o paciente será acompanhado com consultas semanais, avaliando a evolução do quadro e a resposta individualizada, onde será avaliado em quantidade de cigarros fumados por dia, momentos do dia em que há predomínio do fumo, aplicando a escala de *Fagerstrom*, fazendo-se uma abordagem clínica centrada no paciente, onde será aberto para o mesmo expor suas dificuldades. Aqui também se avaliará se o paciente aderiu ao processo, havendo possibilidade de desligamento a qualquer momento que o paciente achar propício.

Deverá ser abordado com palestras de profissionais de saúde mentais, evidenciando o benefício do programa, realizadas por profissionais da unidade capacitados, em esquemas de grupos, havendo assim a pré-seleção individual com grupos de perfis semelhantes, para adequar a recepção do paciente.

Campanhas serão estimuladas, como também ações multidisciplinares e formação de grupos de apoio, em encontro semanais na unidade de saúde, sob supervisão de profissional da saúde, havendo o levantamento das principais dificuldades do programa e formas

de contorná-las, sempre correlacionando com as próprias experiências dos pacientes. A participação familiar nesse ponto é essencial, sendo aberta e encorajada.

Será considerada como resposta positiva a interrupção total do fumo, seja com ou sem a descontinuação da medicação em um período de até doze semanas (três meses), e seguimento para fase de Finalização, onde haverá seguimento ambulatorial anual, sendo sempre abordado no quesito da Recaída.

Considera-se a resposta negativa ao tratamento o seguimento para a fase de Recaída, em qualquer ocasião do tratamento, especialmente no período de doze semanas iniciais. Se caso o paciente se encontrar nessa fase, o programa é reiniciado, se o mesmo demonstrar interesse.

5 Resultados Esperados

A realização desse projeto visa motivar e dar o suporte necessário, tanto teórico, cognitivo-comportamental, quanto medicamentoso, quando necessário, na cessação do tabagismo. Sua implementação está sendo avaliada pela Equipe de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde Central do município de Ribeirão do Pinhal - PR. Espera-se que tal ação seja de fato consolidada e, assim, que haja redução da morbimortalidade relacionadas ao tabaco e que tal ação terapêutica e preventiva seja ampliada para a conscientização de adolescentes e crianças para evitar o início do hábito de fumar, favorecendo a promoção à saúde de modo ainda mais abrangente. Este projeto ainda pode ser utilizado para fins epidemiológicos e estatísticos para melhor abordagem do tabagismo na atenção primária de saúde.

Referências

- BRASIL, M. da Saúde do. *Plano de implantação da abordagem e tratamento do tabagismo na rede SUS: Portaria GM/MS 1.035/04 - Portaria SAS/MS 442/04, fluxos de informação e instrumentos de avaliação - manual de operação*. 2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano_abordagem_sus.pdf>. Acesso em: 01 Jan. 2010. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- BRASIL, M. da Saúde do; CÂNCER, I. N. de. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis*. 2001. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/tab.pdf>>. Acesso em: 01 Jan. 2001. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.
- C.MARTINS, K. "eu queria, mas não conseguia ...": aspectos relacionados à mudanças do comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo. Brasília, n. 137, 2009. Curso de Psicologia, UNB. Citado na página 13.
- CONTROL, C. F. D.; CDC, P. Cigarette smoking among adults united states. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, v. 57, n. 45, p. 1221–1226, 2008. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- FAGERSTROM, K. The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. *Kavelleristen* 9, p. 252–254, 2002. Citado na página 13.
- FRANKEN, R. A.; ANDREIS, M.; STIRBULOV, R. *Estratégias de combate ao tabagismo: a experiência de um hospital escola*: Livro de atualização em pneumologia. São Paulo: Vivali Editora, 2001. Citado na página 13.
- MIRRA, A. P. Tabagismo: Projeto diretrizes. *INCA*, p. 20–120, 2009. Citado na página 14.
- NUNES, S. O. V. Avaliação das características clínicas dos fumantes que buscaram tratamento em um centro de referência do sistema Único de saúde (sus). *Biosaúde*, v. 8, p. 3–24, 2006. Citado na página 14.
- (OMS), O. M. de S. *Relatório Mundial de Saúde: Cuidados de saúde primários*. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1>. Acesso em: 10 Dez. 2016. Citado na página 13.
- (OMS), O. M. de S. *Relatório Mundial de Saúde: Financiamento dps sistemas de saúde*. 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>>. Acesso em: 01 Jan. 2010. Citado na página 13.
- PINTO, M. Tabagismo: um mal à saúde e aos cofres públicos. *Revista Rede Câncer*, p. 8–11, 2008. Citado na página 14.
- PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. Search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Pshycologist*, v. 47, n. 9, p. 1102–1113, 1992. Citado na página 14.

REICHERT, J.; ARAÚJO, A. J.; GONÇALVEZ, C. M. C. Diretrizes da sbpt: Diretrizes para cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol.*, v. 34, n. 10, p. 845–880, 2008. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 17.

RONDINA, R. C.; GOYAREB, R.; BOTELHO, C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. *J Bras Pneumol.*, p. 592–601, 2007. Citado na página 14.

ROSEMBERG, J. Nicotina: Droga universal. São Paulo, n. 10, 2004. Curso de Psicologia, Independente. Citado na página 14.