



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA.

CARLOS CEZAR DE CASTRO MONTEIRO

RELATO DE EXPERIÊNCIA: TABAGISMO, TRATANDO E EVITANDO
COMPLICAÇÕES.

FORTALEZA - CEARÁ
2019

CARLOS CEZAR DE CASTRO MONTEIRO

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: TABAGISMO, TRATANDO E EVITANDO
COMPLICAÇÕES.**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo Sousa Ayres de Moura.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- M775r Monteiro, Carlos Cezar de Castro.
Relato de experiência: Tabagismo, tratando e evitando complicações / Carlos Cezar de Castro Monteiro. – 2019.
36 f. : il.
- Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof. Dr. José Ricardo Sousa Ayres de Moura.
1. Tabagismo. 2. Nicotina. 3. Abandono do Hábito de Fumar. I. Título.

CDD 362.1

CARLOS CEZAR DE CASTRO MONTEIRO

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: TABAGISMO TRATANDO E EVITANDO
COMPLICAÇÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Ricardo Sousa Ayres de Moura.
Universidade Federal do Ceará (UFC).

Prof.^a Dra. Auxiliadora Fechine Bezerra.
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia (UNILAB).

Prof.^a Dra. Patrícia Freire de Vasconcelos
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia (UNILAB).

RELATO DE EXPERIÊNCIA: TABAGISMO, TRATANDO E EVITANDO COMPLICAÇÕES.

RESUMO

O tabaco é um produto de alta rentabilidade pela sua grande produção e pelo elevado número de consumidores. O tabagismo é um dos fatores de risco com maior possibilidade de se prevenir, principalmente na atenção primária à saúde, em que os profissionais de saúde se encontram próximo à comunidade e há maior interação deles, facilitando a aplicação, execução e avaliação de planos de intervenção direcionados a essa problemática, com maior possibilidade de sucesso. As políticas de controle e os recursos terapêuticos para o tabagismo avançaram muito nos últimos anos e mostram resultados altamente satisfatórios, principalmente no Brasil, onde se observam modificações do comportamento da sociedade em relação ao tabagismo, porém de maneira muito lenta. Ainda resta, no entanto, um extenso caminho a ser percorrido para que se possa considerar o tabagismo como doença controlada sob o ponto de vista da saúde pública. As equipes de atenção primária à saúde precisam atuar com maior ímpeto em prol das políticas de saúde e das normas de convívio social que contribuem diretamente para melhorar as condições de saúde e de vida da população como um todo. Nota-se grande incidência do tabagismo relacionado com outras doenças, principalmente hipertensão arterial sistêmica, Diabetes Mellitus, moléstias pulmonares e doença arterial periférica nos pacientes da comunidade. Em decorrência disso, se fez necessário traçar um plano de intervenção e ação com a finalidade de reduzir o tabagismo por meio da implantação de ações voltadas para a promoção de saúde, tratamento e prevenção de agravos relacionados ao tabaco.

Palavras-chave: Tabagismo. Nicotina. Abandono do Hábito de Fumar.

EXPERIENCE RATIO: SMOKING, TREATING AND AVOIDING COMPLICATIONS.

ABSTRACT

Tobacco is a product of high profitability due to its large production and the high number of consumers. Smoking is one of the risk factors most likely to be prevented, mainly in primary health care, where health professionals are close to the community and there is a greater interaction between them, facilitating the implementation, execution and evaluation of intervention plans directed to this problem, with greater possibility of success. Control policies and therapeutic resources for smoking have advanced a lot in recent years and have shown highly satisfactory results, mainly in Brazil where there are changes in the behavior of society in relation to smoking, however very slowly, however, there is still a long way to go before smoking can be considered as a disease controlled from the point of view of public health. Primary health care teams need to act more strongly in favor of health policies and social norms that contribute directly to improving health conditions and the life of the population as a whole. A high incidence of smoking related to other pathologies has been observed, mainly systemic arterial hypertension, diabetes mellitus, pulmonary diseases, related to peripheral arterial disease in patients in our community her pathologies, mainly systemic arterial hypertension, diabetes mellitus, pulmonary diseases, and peripheral arterial disease in patients in our community. As a result, it was necessary to draw up an intervention plan and action with the purpose of reducing smoking through the implementation of actions aimed at health promotion, treatment and prevention of tobacco related diseases.

Keywords: Smoking. Nicotine. Smoking Cessation.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	5
2.	PROBLEMA.....	7
3.	JUSTIFICATIVA.....	8
4.	OBJETIVOS.....	9
4.1	Objetivo Geral.....	9
4.2	Objetivos Específicos.....	9
5.	REVISÃO DE LITERATURA.....	9
6.	METODOLOGIA.....	11
7.	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	17
8.	CRONOGRAMA.....	23
9.	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	26
10.	CONCLUSÃO	27
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
	APÊNDICE.....	32
	ANEXOS.....	34

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo, sendo responsável por 63% dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2014). A OMS estima que 40% da população mundial adulta, isto é, 2,8 bilhões de pessoas (entre as quais 200 milhões de mulheres) sejam fumantes (BRASIL, 2014). Pesquisas comprovam que aproximadamente 47% de toda a população masculina mundial e 12% da feminina são portadoras do tabagismo (OMS, 1998). O índice de mortalidade entre pessoas tabagistas é duas vezes maior do que em pessoas que nunca fumaram (OMS, 1997).

No Brasil, um terço da população adulta fuma, sendo 16,7 milhões de homens e 11,2 milhões de mulheres. Segundo as estatísticas do INCA, estimam-se 200 mil óbitos anuais relacionados ao fumo no Brasil (INCA, 2001).

No País, o tabagismo é considerado problema de saúde pública e seu controle sistemático realiza-se desde 1989, quando o Ministério da Saúde (MS), por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), criou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), atualmente denominado Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR) e que é referência mundial (BRASIL, 2001a). O objetivo geral do PNCTOFR é reduzir a prevalência de fumantes no Brasil e a consequente morbimortalidade por doenças relacionadas ao tabaco, com ações implementadas de maneira descentralizada, utilizando o sistema de gerência do Sistema Único de Saúde (SUS) (INCA, 2001). O Brasil está entre os países cujas políticas de controle do tabaco se encontram em estádios avançados (PANTANI; PINSKY; MONTEIRO, 2011).

O tabaco é composto por aproximadamente 4.720 substâncias tóxicas, incluindo o alcatrão (substância altamente cancerígena) e a nicotina. No tabaco, encontram-se também metais pesados como o chumbo, o cádmio e o carbono 14, que é um elemento radioativo. Com esses dados, pode-se concluir que o hábito de fumar pode trazer consequências danosas para o organismo (INCA, 2018a).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o tabagismo está relacionado a cerca de 50 doenças, sendo responsável por 30% das mortes por câncer de boca, 90% dos óbitos por câncer de pulmão, 25% dos passamentos por doença do coração, 85% das perdas de vida por bronquite e enfisema, 25% dos fins vitais por derrame cerebral (INCA, 2002). O tabaco também tem relação com a impotência sexual e infertilidade masculina e, segundo estudos, prejudica a mobilidade do espermatozoide. Os mesmos prejuízos também são atribuídos ao cachimbo e ao charuto, que, apesar de não serem tragáveis, possuem uma concentração de nicotina maior, absorvida pela mucosa oral (INCA, 2017).

Não só o fumo ativo, mas também o passivo aumenta os riscos de doenças. Sete não fumantes morrem por dia em consequência do fumo passivo. O tabagismo passivo aumenta em 30% o risco para câncer de pulmão e 24% o perigo para infarto (INCA, 2009). Todo ano, cinco milhões de pessoas morrem no mundo por causa do cigarro. E, em 20 anos, esse número chegará a 10 milhões se o consumo de produtos como cigarros, charutos e cachimbos continuar aumentando, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS).

O tabagismo é uma doença caracterizada pela dependência psicológica do tabaco, sendo a nicotina responsável por tal dependência. Sabe-se que o cigarro é um dos produtos de consumo mais vendidos no mundo, e o tabagismo é um hábito crônico que pode ocasionar diversas doenças e complicações como: câncer de pulmão, infarto agudo do miocárdio, enfisema pulmonar, DPOC, aterosclerose, doença vascular periférica etc. Por isso, configura um problema de saúde pública, fazendo-se necessário acompanhar e abordar de maneira adequada os portadores de tabagismo crônico, com a finalidade de ofertar tratamento correto a esses pacientes evitando agravos a sua saúde (INCA, 2018a).

Mesmo com todas as restrições legais, com o advento da Lei Antifumo nº 12.546/2011, o tabagismo continua sendo um assunto delicado, principalmente na população portadora de doenças crônicas, onde se observa associação direta do tabagismo com o aparecimento de complicações neste grupo.

Haja vista toda esta conjuntura de riscos à saúde, provocados pelo tabagismo, se faz necessário o desenvolvimento de estratégias voltadas à saúde, como a elaboração e aplicação de planos de intervenção, visando a promover a saúde e evitar agravos, melhorando a qualidade de vida nesses pacientes. Descontinuar, no entanto, o uso e mudar hábitos de fumar é um complexo conjunto de processos de intervenções que envolvem intenção e esforço pessoal do paciente, terapia cognitivo-comportamental e o emprego de medicamentos.

O papel do médico nestas circunstâncias é importante, pois o contato mais íntimo por meio de consultas facilita a abordagem, aconselhamento e motivação para que esses pacientes procurem terapias para o tabagismo.

O Ministério da Saúde lançou em 2004 o programa “Deixando de fumar sem mistérios”, com a finalidade de oferecer suporte aos dependentes do tabagismo crônico, bem como aos profissionais que os atendem.

Por meio de observações e análises dos problemas dos usuários da Unidade Básica de Atenção à Saúde (UBAS) Minervina Viana Gomes, PSF III, Bom Sucesso, Município de Barreira-Ceará, verificou-se que o tabagismo está entre os responsáveis pelos principais agravos à saúde desses pacientes, principalmente aos portadores de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e doença arterial coronariana.

Ante o exposto, se fazia necessário um plano de intervenção e ação a ser executado pela equipe de Atenção Básica à Saúde na UBAS Minervina Viana Gomes, PSF III, Bom Sucesso, Município de Barreira-Ceará, com a finalidade de promover a saúde, evitar agravos, tratar complicações e fortalecer a qualidade de vida desses pacientes.

2. PROBLEMA

Cerca de 90% dos casos de câncer de pulmão estão diretamente ligados ao cigarro, sendo que, neste contexto, além do cigarro, estão charutos e cachimbos (que muitas pessoas acreditam ser “inofensivo”). Grande parte dos tabagistas tem consciência de que, ao fumar, estão ingerindo substâncias que, no decurso do tempo, serão prejudiciais a sua saúde e irão contribuir significativamente para o surgimento de doenças graves, tais como o câncer, acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, DPOC dentre outras (WHO, 2008).

O desenvolvimento físico e mental de quem fuma costuma ser inferior ao dos não fumantes. Independentemente do sexo e idade, seria de bom senso evitar o tabagismo para que não haja necessidade de lutar contra as consequências advindas dessa prática. Não são apenas, porém, os chamados fumantes ativos que devem se preocupar com essas doenças (INCA, 2018a).

Os passivos que convivem com os fumantes ativos, diariamente, e com sua fumaça, também correm riscos de ter de lidar com essas doenças, principalmente o câncer de pulmão em um futuro próximo. A fumaça expelida no meio ambiente, pelos portadores de tabagismo, é um dos maiores fatores de risco para a população, principalmente as crianças, sendo os maiores responsáveis os pais tabagistas, que expõem seus filhos a uma fumaça nociva, nelas provocando doenças, como tosse e dispneia, causando estragos sem dimensão (INCA, 2018a).

Apesar do vício e da dependência que o cigarro causa, é possível fazer tratamentos que ajudem a pessoa a parar de fumar e ser mais saudável, a fim de praticar exercícios físicos e até se livrar de certos odores que acompanham sua rotina.

O combate ao tabagismo, em todas as faixas etárias, se faz necessário. Desde 2005, o tratamento formal para cessação do tabagismo passou a ser implantado em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), planejada e monitoradamente (INCA, 2018a)..

Em decorrência do crescente número de fumantes e doenças relacionadas ao fumo no Brasil, houve a ampliação do tratamento contra o fumo, oferecido pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo, do Ministério da Saúde, com a finalidade de prevenir doenças, evitar agravos e tratar moléstias na população, por meio de programas e ações que estimulem a adoção de medidas, objetivando mudanças comportamentais no estilo de vida, contribuindo

assim para a redução nas taxas de morbidade e mortalidade por doenças relacionadas ao tabaco (INCA, 2018a).

3. JUSTIFICATIVA

No Brasil, o tabagismo se mantém como um dos principais fatores de risco para doenças muito prevalentes em nosso meio, ainda que haja tendência importante de decréscimo da frequência de fumantes no País. Índices brasileiros apontam percentual de 10,8% adultos fumantes totais acima de 18 anos (INCA, 2019).

Alguns estudos epidemiológicos relatam que praticamente 70% dos tabagistas querem cessar de fumar. Nem 10%, entretanto, alcançam esse objetivo por conta própria, pois o desconforto da abstinência de nicotina e a vontade excessiva do cigarro levam a muitos dos ex-tabagistas a terem alguma recaída, e essas costumam ocorrer de dois dias a três meses de abstinência, e, para maior surpresa, quase 60% dos pacientes diagnosticados com câncer permanecem fumando, seja por estresse, hábito ou ansiedade (FIORE; JORENBY; BAKER, *et al* 1992).

Estamos realizando o Curso de Especialização, Pesquisa e Inovação em Saúde da Família, 2018, UFC UNA-SUS, com a finalidade em aperfeiçoar conhecimentos e habilidades na atenção primária à saúde, para planejar, executar e intervir na população para promoção e proteção a saúde, evitar agravos, oferecer tratamentos e melhorar a qualidade de vida dos usuários da UBAS Minervina Viana Gomes, PSF III, Bom Sucesso, Município de Barreira-Ceará. Por meio desse curso, surgiu a oportunidade de realizar o diagnóstico situacional do território pela Equipe de Saúde da Família. Com o diagnóstico situacional do território, foi possível conhecer os principais problemas de saúde na comunidade, como hipertensão arterial sistêmica, *Diabetes Mellitus*, tabagismo crônico, gravidez precoce.

Como não existia uma abordagem para o tabagismo e, por escolha da população, em comum acordo com a Equipe Saúde da Família, e em virtude da existência de medicação na central de abastecimento farmacêutico do Município de Barreira, foi elaborado um plano de intervenção e ação que apresentasse grande capacidade de resolubilidade local. O tabagismo é o fator de risco que mais pode ser prevenido e controlado em saúde e, por isso, precisa-se ter a máxima atenção e ser tema muito mais focado por todos os profissionais da saúde. O assunto escolhido para apresentação do trabalho de conclusão do curso foi *Tabagismo: Tratando e Evitando Complicações*.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Instituir um plano de intervenção e ação para o controle do tabagismo na população da área de abrangência da UBAS Minervina Viana Gomes, PSF III, Bom Sucesso, Município de Barreira - Ceará.

4.2 Objetivos Específicos

4.2.1 Informar à comunidade, por meio de palestras, *folders* e cartazes sobre os riscos do tabagismo ativo e passivo e a importância de cessar o uso de nicotina (cigarros, charutos, cachimbos).

4.2.2 Diminuir os índices de incidência e prevalência do tabagismo na área de abrangência da nossa comunidade.

4.2.3 Instituir tratamento psicoterápico e medicamentoso para o tabagismo.

4.2.4 Fornecer suporte psicoemocional por meio do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) e do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) do Município de Barreira-Ceará, para os pacientes com grau elevado de dependência à nicotina.

4.2.5 Garantir medicamentos para o tratamento do tabagismo, que serão fornecidos pelo CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico) do Município de Barreira-Ceará.

4.2.6 Formar grupos de apoio aos pacientes em tratamento para o tabagismo com a finalidade de estimular mudanças de hábitos de vida.

5. REVISÃO DE LITERATURA

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016), as principais causas de mortalidade humana são as doenças crônicas não transmissíveis, muitas delas relacionadas com o tabagismo. Dentre estas, podemos citar doença cardiovascular, particularmente infarto agudo do miocárdio, câncer de pulmão e câncer em outros locais, acidente vascular encefálico e DPOC. Não fumando ou parando de fumar, essas doenças diminuem em mais de 30%, chegando a uma queda de 90% no câncer do pulmão e na DPOC. Quem não fuma tem melhor qualidade de vida e vive 10 a 15 anos mais (ASMA; SONG; COHEN, *et al.*, 2011).

A Sociedade Americana de Câncer divulgou um relatório sobre tabagistas que estão morrendo por doenças até então não relacionadas ao tabaco (CARTER; ABNET; FESKANICH, 2015). Foram incluídas mais 14 doenças: câncer de mama, câncer de próstata,

insuficiência renal, isquemia intestinal, hipertensão arterial e infecções, assim como várias outras doenças respiratórias além da DPOC. Com a inclusão dessas, constatou-se um aumento de 17% na mortalidade.

O tabagismo, além de ser uma doença crônica de dependência à nicotina, é um dos maiores fatores de risco para o surgimento de outras doenças de alta mortalidade; ao contrário do que se propagava, não é um estilo de vida, nem sequer traz vantagem econômica para o governo e a sociedade. Como a produção e a comercialização do tabaco, principalmente no formato de cigarros, ainda faz parte da política econômica do País, seu consumo, do dia a dia da sociedade, gera fabulosos ganhos econômicos para a indústria e seus acionistas, ocasionando grande poder econômico, assegurando a sobrevivência desse setor (INCA, 2018b).

Uma das consequências do tabagismo passivo, o dano cardiovascular, foi estudado por Lightwood e Glantz, os quais constataram que, após a implantação de ambientes livres de tabaco em diversos países, eventos cardíacos agudos foram reduzidos em cerca de 30%, em curto prazo (LIGHTWOOD; GLANTZ, 2009).

Embora exista uma riqueza de conhecimento científico sobre o tabaco e seus riscos, seu consumo continua alarmando a sociedade, sendo que, entre as mulheres e jovens, esta tendência aumenta em consequência das campanhas publicitárias direcionadas a este público (RUIZ-MORENO; ROMANA; BATISTA *et al.*, 2015). Caso as estimativas de aumento de consumo de produtos como cigarros, charutos e cachimbo se confirmem, esse número aumentará para 10 milhões de mortes anuais por volta de 2030 (ZAROCOSTAS, 2008).

A Lei Federal 12.546/2011 (BRASIL, 2011), em vigor desde dezembro de 2014, precisa ser conhecida e respeitada por todos, assim como ser adequadamente fiscalizada por quem de direito, particularmente os setores de vigilância sanitária. Constam nessa lei itens de relevância prática, como proibição de fumar nos ambientes fechados e restritos (aqui se incluindo locais com cobertura superior, parede lateral, toldos, deques externos de bares e restaurantes, paradas de ônibus etc.), proibição do "fumódromo", políticas para aumento de preços, proibição da propaganda nos pontos de venda e ocupação de um terço da face frontal da carteira de cigarros com mensagens de advertência. A face posterior das carteiras continuará com as advertências habituais.

As ações de abordagem ao tabagismo devem ocorrer, prioritariamente, na atenção básica, caracterizada como o conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2011).

6. METODOLOGIA

A comunidade foi informada pela equipe multiprofissional do PSF, por via de *folders*, cartazes, grupos das redes sociais, grupos da terceira idade e de adolescentes da implantação do plano de intervenção e ação “Relato de Experiência: Tabagismo, tratando e Evitando Complicações” e qual a sua finalidade.

Inicialmente, foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência de atuação da Equipe Saúde da Família da UBAS Minervina Viana Gomes, PSF III, Bom Sucesso, Município de Barreira-Ceará, pelo método de estimativa rápida como meio de obter dados e informações. Todos os funcionários da UBAS e profissionais da Equipe Saúde da Família participaram do processo da coleta de dados e informações, obtidos de registros da UBAS e da busca de informações com líderes comunitários, religiosos e políticos locais. Mediante análise desses dados e informações, foi possível identificar algumas características na comunidade, tais como: hábitos de vida, grau de escolaridade, situação econômica e social, doenças prevalentes, bem como o engajamento da comunidade com a equipe do PSF.

Foram identificados como principais problemas de saúde na comunidade: hipertensão arterial sistêmica, *Diabetes Mellitus*, tabagismo, gravidez na adolescência, uso de drogas ilícitas, doenças cardiovasculares. O tabagismo foi escolhido como prioridade para implantar o plano de intervenção e ação na comunidade e os critérios utilizados: inexistência de ações em saúde para o tabagismo na nossa comunidade, existência de medicação em quantidade suficiente para garantir o tratamento dos participantes do programa, escolha do tema pela comunidade e pela equipe de atenção primária à saúde, óbitos na comunidade como principal problema, doenças cardiovasculares que podem ser consequência de tal prática, o problema exibir elevado grau de resolubilidade local pela equipe do PSF.

Finalmente, foi possível traçar um plano de intervenção e ação para o tratamento do tabagismo. O tipo de estudo científico escolhido foi o método transversal, que analisa os dados coletados em determinado período. O estudo foi realizado na UBAS Minervina Viana Gomes, PSF III Bom Sucesso, Município de Barreira-Ceará, recorrendo uma amostra de 60 pacientes, dos sexos masculino e feminino, na faixa etária de 18 a 65 anos, de classes sociais variadas, que sejam ou não portadores de doenças crônicas associadas, e, preferencialmente, portadores de grau muito elevado de dependência à nicotina.

Foram realizadas palestras em grupos da comunidade, onde foram informados os benefícios para parar de fumar, medidas facilitadoras para o abandono do fumo, estratégias de amenização dos sintomas da abstinência, e esclarecimento sobre o tratamento medicamentoso.

Plano de intervenção e ação para o tratamento do tabagismo:

A- O plano de intervenção para o tratamento do tabagismo teve duração de um ano, compreendido de janeiro de 2018 a dezembro de 2018.

B- Capacitação dos funcionários da UBAS e dos profissionais da equipe do PSF, pelos profissionais do NASF, fornecendo informações e conhecimentos sobre o tratamento do tabagismo, das leis antifumo existentes no País, do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo do Ministério da Saúde.

C- Informar a população sobre os efeitos deletérios do tabagismo sobre a saúde e a importância na cessação da sua prática, bem como a existência na UBAS, de grupo de apoio capacitado para ajudá-lo no processo daqueles que tencionam parar de fumar. A equipe será responsável pela confecção de cartazes e *folders* que serão afixados na UBAS, em estabelecimentos comerciais e em outras repartições públicas. Os *folders* serão distribuídos para a comunidade durante os atendimentos na UBAS e em visitas domiciliares. Outra maneira de informar é a abordagem direta e breve durante os atendimentos na UBAS.

D- Os pacientes interessados em participar do programa para o tratamento do tabagismo procuraram a UBAS para realizar a inscrição. Os critérios de inclusão para inscrição no programa foram: ter idade superior 18 anos; ser tabagista; pertencer à área de abrangência da UBAS; ter disponibilidade e compromisso para participar do programa. São critérios de exclusão: os fumantes que não querem parar de fumar atualmente; os fumantes com problemas psiquiátricos e que não foram tratados ou não estão controlados; os fumantes que não pertençam à área de abrangência da UBAS e os que não possuem tempo para participar do programa.

E- Foi formada uma lista de inscritos e se foram coletadas informações dos próprios participantes.

F- Dentre os 100 inscritos inicialmente, foram selecionados 60 para a formação de 4 grupos de 15 componentes; dos sexos masculino e feminino; na faixa etária de 18 a 65 anos; de classes sociais variadas; que sejam ou não portadores de doenças crônicas associadas. Para a seleção dos participantes, foram levados em conta: a ordem de inscrição na lista, o grau de interesse demonstrado durante a coleta de informações e o grau de dependência à nicotina.

G- As palestras e as consultas foram realizadas pela equipe multiprofissional (médico, enfermeira, nutricionista, odontólogo, psicólogo), agendadas e programadas para 12 meses. A programação anual será distribuída aos participantes dos grupos durante o primeiro grande encontro ou dia D de combate ao tabagismo que será realizado na nossa UBAS. Houve um *coffee break* para esse grande encontro ofertado aos participantes pela equipe do PSF e funcionários da UBAS, quando foi distribuída a programação do plano de intervenção.

H- As palestras foram ministradas pela equipe multiprofissional na sala de reunião da UBAS e serão agendadas para que ocorram duas vezes por mês, com duração máxima de 90 minutos; segue-se atendimento ambulatorial pela equipe multiprofissional (médico, enfermeira, nutricionista, odontólogo, psicólogo). Foram discutidos temas variados sobre o tabagismo, sempre explicitando os malefícios dessa prática para a nossa saúde, bem como os benefícios advindos com a parada do vício em nicotina. Nas palestras, ocorreu interação entre os participantes relatando seus problemas de saúde em decorrência do uso do fumo. Tais grupos configuram-se como fonte de apoio aos usuários que se encontram em decurso de cessação do fumo, a fim de encontrar estratégias na busca pela abstinência por meio da troca de experiências entre seus e membros, bem como de ajuda profissional (WHO, 2008).

I- As consultas foram realizadas pela equipe multiprofissional (médico, enfermeira, nutricionista, odontólogo, psicólogo), duas vezes por mês, após as palestras. Nas consultas, foi realizada a anamnese (ANEXO 2), direcionada aos portadores de tabagismo e também foi aferido o grau de dependência à nicotina que pode ser avaliado pelo Teste de Fagerström (ANEXO 1). Na entrevista com os participantes, foi aplicada a técnica motivacional, abordagem focada no fumante que se propõe a ajudar a resolver as ambivalências relativas ao tabagismo e a mudar o estágio comportamental (ANEXO3).

J- O tratamento do tabagismo foi realizado por meio de:

J- a) Abordagem cognitivo-comportamental.

Abordagem cognitivo-comportamental, que consiste na estruturação de locais específicos para o atendimento de tabagistas que desejam parar de fumar é definida como um modelo de intervenção centrado na mudança de crenças e comportamentos que levam um indivíduo a lidar com determinadas situações. Essa abordagem deve ser realizada preferencialmente na Atenção Primária.

Em relação ao tabagismo, a abordagem deve ter como objetivo a detecção de situações de risco que levam o indivíduo a fumar, e o desenvolvimento de estratégias para enfrentamento dessas situações, visando não só à cessação do tabagismo, mas também à prevenção de recaídas. Pode ser realizada individualmente ou em grupo de apoio, dependendo de cada caso (BRASIL, 2001); (BRASIL, 2008a).

Estudos comprovam que tanto a abordagem em grupo quanto a individual são efetivas, não havendo evidências suficientes para avaliar se uma é mais efetiva do que a outra (TONNESEN, *et al*, 2007); (LANCASTER; STEAD, 2008); (STEAD; LANCASTER, 2008). A abordagem em grupo, entretanto, permite que um número maior de pacientes atendidos pelo mesmo profissional e a torna, em termos de saúde pública, menos custosa em relação à abordagem individual (MIRRA *et al.*, 2009).

Estudos científicos mostram que, quanto mais intensiva a abordagem, maior será a taxa de sucesso, sendo que um mínimo de quatro sessões de até 90 minutos é o ideal para obter resultados satisfatórios (FIORE *et al.*, 2008); (MIRRA *et al.*, 2009).

Na nossa UBAS, a abordagem intensiva ao tabagista ocorreu em sessões individuais e em grupo de apoio entre com 15 participantes, coordenados por um ou dois profissionais de saúde de nível superior de acordo com o seguinte esquema: quatro sessões iniciais, estruturadas semanais, seguidas de duas sessões quinzenais, com os mesmos participantes, seguidas de uma reunião mensal aberta, com a participação de todos os grupos, para prevenção da recaída, até completar um ano.

A abordagem cognitivo-comportamental foi realizada preferencialmente pelo psicólogo que faz parte do NASF e, em alguns casos, pelo psiquiatra do CAPS do Município de Barreira, quando se fez necessário.

J- b) Tratamento medicamentoso.

O uso de medicamentos tem um papel bem definido no processo de cessação do tabagismo, que é o de minimizar os sintomas da síndrome de abstinência à nicotina, facilitando a abordagem do tabagista (BRASIL, 2001b).

Os fumantes que se beneficiaram da utilização de medicamentos foram os que, além de participarem obrigatoriamente da abordagem cognitivo-comportamental intensiva do tabagista, apresentaram um grau elevado de dependência à nicotina.

As indicações para utilizar o tratamento medicamentoso são: fumantes que fumam no mínimo 10 cigarros por dia, ou fumantes com escore do Teste de Fagerström igual ou maior do que cinco, ou fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem mínima ou intensiva ao tabagista, mas não obtiveram êxito, devido a sintomas da síndrome de abstinência, ou a critério clínico, não havendo contra indicações clínicas.

O tratamento medicamentoso pode ser realizado mediante Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) ou associado ao cloridrato de bupropiona.

J- b.1) A Terapia de Reposição de Nicotina (TRN)

Pode ser realizada por meio de adesivos transdérmicos de nicotina, goma de mascar de nicotina, pastilhas de nicotina e que podem ser usados como terapia isolada ou combinada. Apesar de alguns estudos demonstrarem que a associação entre as formas de TRN podem minorar os sintomas da síndrome de abstinência, deve-se ter cuidado na sua utilização, devido ao provável aumento dos seus efeitos colaterais, em relação ao seu uso isolado (FIORE *et al.*, 2008); (STEAD, 2008); (REICHERT *et al.*, 2008); (HUGHES; STEAD; LANCASTER, 2013).

Na nossa Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) no Município de Barreira-Ceará somente dispomos de adesivos transdérmicos de nicotina para a Terapia de Reposição da Nicotina (TRN) nas concentrações de 21, 14 e de 7mg e que foram usados de acordo com o Consenso de 2001 do Ministério da Saúde.

Pacientes com escore do teste de Fagerström (anexo 1) de 8 a 10, e/ou fumante de mais de 20 cigarros por dia, devem utilizar o seguinte esquema por 12 semanas: semana 1 a 4, adesivo de 21mg a cada 24 horas; semana 5 a 8, adesivo de 14mg a cada 24 horas; semana 9 a 12, adesivo de 7mg a cada 24 horas.

Pacientes com escore do teste de Fagerström (anexo 1) de 5 a 7, e/ou fumante de 10 a 20 cigarros por dia e fumam seu 1º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, devem utilizar o seguinte esquema por 8 semanas: semana 1 a 4, adesivo de 14mg a cada 24 horas; semana 5 a 8, adesivo de 7mg a cada 24 horas.

O adesivo deve ser aplicado apenas na região do tronco ou braços, fazendo um rodízio do local da aplicação a cada 24 horas. A região deve estar protegida da exposição direta do sol, porém, não há restrição quanto ao uso na água. Deve-se parar de fumar ao iniciar o medicamento. O período médio de tratamento é de 8 a 12 semanas.

Os efeitos colaterais que podem aparecer com o uso de adesivo transdérmico de nicotina: irritação local, náuseas, vômitos, sialorreia, diarreia, palpitação, eritema, urticária, fibrilação atrial e angioedema.

As contraindicações absolutas ao uso do adesivo transdérmico de nicotina incluem: hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula; doenças dermatológicas que impeçam a aplicação do adesivo; pacientes que estejam no período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio e gestação.

J- b.2) *Cloridrato de bupropiona*.

O *cloridrato de bupropiona* é um antidepressivo não tricíclico que inibe a receptação pré-sináptica de dopamina e noradrenalina. Acredita-se que sua ação nas vias dopaminérgicas centrais seja o mecanismo responsável pela diminuição da vontade pelo cigarro nos pacientes com abstinência a nicotina. É possível que também exerça a ação de antagonizar os receptores nicotínicos.

De acordo com o Consenso de 2001 do Ministério da Saúde, o *cloridrato de bupropiona* é a primeira linha de escolha para tratamento do tabagismo. Existe em comprimido na apresentação de 150mg, e a dosagem preconizada é a seguinte: 1 comprimido de 150mg pela manhã nos primeiros três dias de tratamento; 1 comprimido de 150mg pela manhã e outro comprimido de 150mg, oito horas após, a partir do 4º dia de tratamento, até

completar 12 semanas. A dose máxima do *cloridrato de bupropiona* recomendada é de 300 mg por dia. Deve-se parar de fumar no 8º dia após o início da medicação (BRASIL, 2001a)

Os efeitos colaterais que podem aparecer com o uso do *cloridrato de bupropiona* são: insônia, sono entrecortado, boca seca, cefaleia e risco de convulsão. As contraindicações absolutas ao uso do *Cloridrato de bupropiona* são: hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula, risco de convulsão, história pregressa de crise convulsiva, epilepsia, convulsão febril na infância, anormalidades eletroencefalográficas conhecidas, alcoolistas em fase de retirada de álcool, uso de benzodiazepínico ou outro sedativo, uso de outras formas de bupropiona, doença cerebrovascular, tumor de sistema nervoso central, bulimia, anorexia nervosa, gestação, amamentação.

J- c) Tratamento Medicamentoso Combinado

Algumas combinações de medicamentos mostraram ser efetivas no tratamento do tabagismo. Apesar de alguns estudos demonstrarem que a associação entre as formas de Terapia de Reposição de Nicotina ou entre Terapia de Reposição de Nicotina e Bupropiona podem minorar os sintomas da síndrome de abstinência, devendo-se ter cuidado na sua utilização, devido ao provável aumento dos seus efeitos colaterais, em relação ao uso isolado de um medicamento (FIORE *et al.*, 2008); (STEAD, 2008); (REICHERT *et al.*, 2008); (HUGHES; STEAD; LANCASTER, 2013).

O uso da terapia combinada está indicado para os pacientes que não conseguiram parar de fumar com a monoterapia, ou para aliviar a “fissura” por fumar, ainda presente, apesar do uso da monoterapia. Podem-se associar os seguintes medicamentos: adesivos transdérmicos de nicotina associados ao cloridrato de bupropiona que deverão ser usados de acordo com o Consenso de 2001 do Ministério da Saúde (FIORE *et al.*, 2008); (STEAD, 2008); (REICHERT *et al.*, 2008); (HUGHES; STEAD; LANCASTER, 2013) e são as medicações de que dispomos na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) do Município de Barreira.

K- Ambulatório de seguimento bimestral para avaliação dos pacientes quanto a:

K-a) resposta clínica - a resposta clínica positiva ao tratamento ocorre quando o paciente deixa de fumar, no entanto, o tabagismo apresenta um padrão evolutivo semelhante ao de doenças crônicas, podendo apontar períodos de remissões e recidivas. Estudos mostram que os fumantes tentam parar de fumar em média cinco vezes até conseguir parar definitivamente;

K-b) interrupção do tratamento - não há razão para interromper a abordagem do tabagista, porém, se houver algum impedimento do paciente em permanecer na abordagem em grupo, ele deve ser encaminhado para uma abordagem individual. O uso de qualquer forma de medicamento deverá ser interrompido, se o paciente apresentar alguma das contraindicações

relatadas anteriormente. Havendo contraindicações, o paciente deverá ser orientado a utilizar outro tratamento medicamentoso;

K-c) pacientes recaídos - recaída faz parte do tratamento de tabagismo. É importante para o profissional de saúde saber diferenciar lapso de recaída (REICHERT, *et al.*, 2008). Lapso é um episódio isolado de consumo de cigarro, sem voltar a fumar regularmente. (MARLATT G, GORDON, 1985). Recaída é o retorno ao consumo regular de cigarros, mesmo que em quantidades menores do que antes da cessação (MARLATT G, GORDON, 1985). Muitos ex-tabagistas, ao recaírem, sentem-se frustrados ou envergonhados e não querem retornar ao tratamento. Nesse momento, cabe a qualquer profissional de saúde o importante papel de sensibilizar esse tabagista e encaminhá-lo à unidade de saúde.

A abordagem ao tabagista recaído pode ser realizada individualmente ou em grupo, dependendo da avaliação do profissional de saúde (BORGES; ARAÚJO, 2012). Do mesmo modo, o uso de medicamentos também dependerá da avaliação inicial do profissional de saúde, podendo ser o mesmo medicamento usado anteriormente, ou não. Pode-se optar também por uma combinação de medicamentos (REICHERT, *et al.*, 2008); MARLATT; GORDON, 1985). O tratamento do tabagista que recaiu necessita de mais estudos científicos, bem como a criação de um material específico para essa população.

L- Reuniões mensais com toda a equipe para avaliação do plano de intervenção e seus resultados e aplicação de correções quando se fizer necessário.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi realizado um estudo sobre o plano de intervenção e ação para o tratamento do tabagismo aplicado na UBAS Minervina Viana Gomes, PSF III, Bom Sucesso, no Município de Barreira-Ceará, em um período de 12 meses, de janeiro de 2018 a dezembro de 2018, com a finalidade de aferir o índice de cessação do tabagismo nos 60 pacientes selecionados, dentre os 100 inscritos inicialmente.

A tabela 1 mostra que foram selecionados 33 tabagistas do gênero masculino (55%) e 27 tabagistas do gênero feminino (45%), denotando prevalência para o gênero masculino na procura de tratamento para a cessação do tabagismo em nosso programa.

Tabela 1. Distribuição dos participantes do programa de acordo com o gênero, da UBS Minervina Viana Gomes do município de Barreira - CE, Brasil, 2018.

Gênero	Participantes (n°)	Participantes (%)
Masculino	33	55
Feminino	27	45

Total	60	100
-------	----	-----

Fonte: Levantamento de dados do estudo na Unidade Básica de Saúde (UBAS).

A tabela 2 informa a distribuição dos participantes do programa de acordo com a faixa etária. Podemos observar que o maior número de participantes selecionados ocorreu na faixa etária de 50 – 59 com 20 (33,33%), seguido por 19 (31,68%), na faixa etária de 40 – 49, seguido por 11 (18,33%). As faixas dos extremos somam um total de 10 (16,66%).

Tabela 2: Distribuição dos participantes do programa de acordo com a faixa etária.

Idade (em anos)	Participantes (n°)	Participantes (%)
<18	00	00
19 – 29	05	8,33
30 – 39	11	18,33
40 – 49	19	31,68
50 – 59	20	33,33
60 – 65	05	8,33
Total	60	100

Fonte: Levantamento de dados do estudo na Unidade Básica de Saúde (UBAS).

A tabela 3 apresenta o grau de escolaridade, podendo-se notar que a maioria dos participantes 55 (95%) possui algum grau de escolaridade e 3 (5%) não possuem.

Tabela 3: Distribuição dos participantes do programa de acordo com o nível de escolaridade, da UBS Minervina Viana Gomes do município de Barreira-CE, Brasil, 2018.

Ensino	Participantes (n°)	Participantes (%)
Sem Escolaridade	03	05
Fundamental Incompleto	24	40
Fundamental Completo	12	20
Médio Incompleto	06	10
Médio Completo	03	05
Nível superior Incompleto	06	10
Nível superior Completo	06	10
Não consta	00	00
Total	60	100

Fonte: Levantamento de dados do estudo na Unidade Básica de Saúde (UBAS).

De acordo com a tabela 4, os participantes do programa iniciaram o tabagismo bem jovens. As taxas mais altas ocorreram em jovens, na faixa etária de 11 a 20 anos e também em adultos jovens na faixa etária 21 a 30 anos, perfazendo um total de 90%. As taxas mais baixas foram observadas nas faixas etárias de 31 a 40 anos e de 41 a 50 anos, perfazendo um total de 03 (5%) participantes que iniciaram o tabagismo na faixa etária abaixo de 10 anos.

Tabela 4: Distribuição dos participantes do programa de acordo com a idade que começou o tabagismo, da UBS Minervina Viana Gomes do município de Barreira-CE, Brasil, 2018.

Idade (em anos)	Participantes (n°)	Participantes (%)
< 10	03	05
11-20	39	65
21-30	15	25
31-40	02	3,33
41-50	01	1,67
>50	00	00
Total	60	100

Fonte: Levantamento de dados do estudo na Unidade Básica de Saúde (UBAS).

A tabela 5 informa que os 60 (100%) os selecionados para o programa apresentavam um grau de dependência a nicotina muito elevado, segundo Teste de Fagerström.

Tabela 5: Distribuição dos participantes do programa de acordo com o grau de dependência à nicotina (Teste de Fagerström), da UBS Minervina Viana Gomes do Município de Barreira - CE, Brasil, 2018.

Grau de dependência à nicotina	Escore	Participantes (n°)	Participantes (%)
Muito baixa	0 - 2	00	00
Baixa	3 - 4	00	00
Média	5	00	00
Elevada	6 - 7	00	00
Muito elevada	8 - 10	60	100
Total		60	100

Fonte: Levantamento de dados do estudo na Unidade Básica de Saúde (UBS).

A tabela 6 informa que os 60 (100%) pacientes selecionados para o programa submeteram-se ao tratamento medicamentoso combinado com adesivos transdérmicos de nicotina associado ao cloridato de bupropiona, de acordo com o Consenso de 2001 do Ministério da Saúde.

Tabela 6: Distribuição de participantes do programa de acordo com o método utilizado para combater o tabagismo, da UBS Minervina Viana Gomes do Município de Barreira - CE, Brasil, 2018.

Métodos	Participantes (n°)	Participantes (%)
Antidepressivo	00	00
Adesivo	00	00
Outros	00	00
Antidepressivo + adesivo	60	100
Nenhum	00	00
Total	60	100

Fonte: Levantamento de dados do estudo na Unidade Básica de Saúde (UBAS).

De acordo com a tabela 7, podemos observar que em 24 (40%) dos participantes ocorreu um ganho de peso em média de 3 a 4 quilos. Em 12 (20%) participantes, o ganho de peso foi de 5 a 8 quilos, 4 (6,66%) ganharam de 9 a 10 quilos. E 2 (3,33%) dos participantes ganharam acima de 10 quilos. Destaca-se que 18 (30%) dos participantes não ganharam peso.

Tabela 7: Distribuição de participantes do programa de acordo com o ganho de peso no final do estudo, da UBS Minervina Viana Gomes do município de Barreira - CE, Brasil, 2018.

Ganho de peso (Kg)	Participantes (n°)	Participantes (%)
Não ganharam	18	30
1 – 2	00	00
3 – 4	24	40
5 – 6	06	10
7 – 8	06	10
9 – 10	04	6,66
> 10	02	3,33
Total	60	100

Fonte: Levantamento de dados do estudo na Unidade Básica de Saúde (UBAS).

A tabela 8 nos expressa o resultado do plano de intervenção durante todo o programa.

Tabela 8: Dados referentes aos participantes durante as ações do programa tratamento do tabagismo, da UBS Minervina Viana Gomes do Município de Barreira - CE, Brasil, 2018.

Métodos	N° Participantes	Participantes
----------------	-------------------------	----------------------

		(%)
Inscritos para seleção do programa	100	100
Selecionados para o programa dentre os inscritos	60	60
Atendidos na 1ª consulta de avaliação clínica	60	100
Pacientes que participaram da 1ª sessão	60	100
Participaram da 4ª sessão	54	90
Não tabagistas na 4ª sessão	12	20
Não tabagistas na 8ª sessão	18	30
Não tabagistas no final do programa	33	55
Participantes que abandonaram o programa	12	20

Fonte: Levantamento de dados do estudo na Unidade Básica de Saúde (UBAS).

De acordo com os resultados obtidos após a implantação e execução do plano de intervenção, pode-se notar que a maioria dos participantes parou realmente de fumar.

A escolaridade, as condições socioeconômicas e a intensidade de dependência à nicotina são algumas das condições associadas com maior prevalência do tabagismo e com a dificuldade de cessação da dependência. O tabagismo aparece consistentemente maior entre os grupos com baixo nível socioeconômico no Brasil e em outros países (IGLESIAS *et al*, 2007).

Os resultados deste estudo mostram que a maioria dos tabagistas que procurou atendimento para o tratamento da dependência à nicotina era do gênero masculino, apresentava baixo grau de escolaridade, baixa renda mensal, grau elevado ou muito elevado de dependência e tempo prolongado de tabagismo. Portanto, os programas públicos de cessação de tabagismo devem ter características que permitam realizar uma abordagem eficiente dos fumantes com baixa escolaridade e renda e alto grau de dependência, o que ressalta a importância da disponibilidade de recursos farmacológicos gratuitos.

As características sociais encontradas entre os fumantes avaliados neste ensaio são diferentes, em alguns aspectos, daquelas encontradas em alguns estudos realizados por outros serviços (WHO, 2008).

Dos 60 pacientes selecionados, dentre os 100 inscritos inicialmente, 33 eram tabagistas do gênero masculino (55%) e 27 tabagistas do gênero feminino (45%), OLHE AÍ! denotando prevalência para o gênero masculino na procura de tratamento para a cessação do tabagismo em nosso programa. Diversos fatores podem citados como facilitadores do tabagismo nesta população: convivência com outro fumante no domicílio, estar desempregado ou procurando emprego, alcoolismo, depressão, baixa participação em atividades religiosas, maior risco de baixo grau de satisfação nos relacionamentos sociais e outros achados

negativos relacionados à qualidade de vida (WILLIAMS *et al.*, 2001). A predominância de fumantes do gênero masculino entre os participantes em programas de cessação do tabagismo foi também verificada em outros estudos nacionais (HAGGSTRÄM *et al.*, 2001).

Nota-se concentração de tabagistas do nosso grupo de estudo predominante no grupo etário de 30 a 59 anos, que, somados, atingem 50 (83,33%) dos participantes que foram selecionados para o programa. A prevalência alta do tabagismo nessa faixa etária, em associação a outras patologias, bem como os primeiros sintomas de doenças secundárias ao tabagismo, faz dessa faixa etária obrigatória para iniciar o tratamento.

Quanto ao grau de escolaridade do grupo, observou-se que a maioria dos participantes 55 (95%) possui algum grau de escolaridade e 3 (5%) não possuem nenhuma. A escolaridade, as condições socioeconômicas e a intensidade de dependência à nicotina são algumas das condições associadas com maior prevalência do tabagismo e com a dificuldade de cessação da dependência. Observou-se diminuição de risco de ser fumante para a população de maior escolaridade. Grande parte da comunidade apresenta baixo nível de escolaridade, o que implica, de um modo geral, falta de acesso à informação e dificuldade em assimilar as informações fornecidas pelas campanhas antifumo.

Quanto ao início do tabagismo, as taxas mais altas ocorreram em jovens, na faixa etária de 11 a 20 anos e também em adultos jovens na faixa etária 21 a 30 anos, perfazendo um total de 90%. Crianças e adolescentes são, geralmente, muito suscetíveis e influenciáveis, e como estão em formação, tanto física quanto intelectual, logo nos primeiros cigarros, podem perder a autonomia. O cigarro, então, se incorpora ao seu estilo de vida. Considerando ser essa a faixa etária em que, comumente, se inicia o uso de cigarros, deve haver uma preocupação em evitar que tais indivíduos comecem a fumar.

Os 60 (100%) pacientes selecionados para o programa apresentavam um grau de dependência a nicotina muito elevado segundo Teste de Fagerström. Isso já demonstra que, quanto maior for o grau de dependência à nicotina, maiores serão dificuldades para parar de fumar. A dependência química à nicotina ocorre em mais 80% dos tabagistas, e estudos no Brasil mostraram que o alto grau de dependência à nicotina está associado ao maior risco de fracasso no tratamento do tabagismo (BRASIL, 2008b).

Os 60 (100%) pacientes selecionados para o programa submeteram-se ao tratamento com terapia cognitivo-comportamental em conjunto ao tratamento medicamentoso combinado com adesivos transdérmicos de nicotina associados ao cloridato de bupropiona, de acordo com o Consenso de 2001 do Ministério da Saúde. Pesquisas nos informam que o tratamento medicamentoso combinado com o uso TRN (adesivo) e bupropiona, além de alta frequência

Etapa 2- Divulgar o plano de intervenção e informar a população.	X											
Etapa 3- Coletar dados e informações na comunidade e analisar esses dados.	X											
Etapa 4- Criação do ambiente livre de tabaco.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Etapa 5- Abertura de inscrições para participar do plano de intervenção.	X											
Etapa 6- Criação dos grupos de tratamento ao tabagismo.	X											
Etapa 7- Planejamento, execução e revisão das intervenções e ações desenvolvidas entre janeiro e dezembro 2018.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Primeira etapa: Capacitação de todos os funcionários que fazem parte da UBAS Minervina Viana Gomes, PSF III, Bom Sucesso, Barreira Ceará.

Ação: Com reuniões e palestras, onde se discutiu sobre os malefícios do tabagismo e da importância de cada um no envolvimento de combate ao tabagismo.

Duração da ação: primeira semana do mês de janeiro 2018.

Executora: Equipe de capacitação do NASF.

Segunda etapa: Divulgar o plano de intervenção e informar a população.

Ação: Divulgação do projeto em *folders*, cartazes, vídeos, palestras, meios de comunicação e panfletos. Informar a população sobre os efeitos deletérios do tabagismo, da existência do plano de intervenção e da abertura de inscrições.

Duração da ação: segunda semana do mês de janeiro 2018.

Executores: agentes comunitários de saúde, funcionários da UBAS.

Terceira etapa: Foram coletados e analisados dados e informações na comunidade.

Ação: coleta de dados nos arquivos da UBAS e informações da comunidade por meio dos agentes comunitários de saúde e líderes locais. Foram analisados os dados para formulação do plano de intervenção.

Duração da ação: Segunda semana do mês de janeiro 2018.

Executores: agentes comunitários de saúde, funcionários da UBAS, equipe multiprofissional.

Quarta etapa: Criação do ambiente livre de tabaco.

Ação: por meio de *folders*, cartazes, vídeos e panfletos implantar o ambiente livre de tabaco, restringindo a área onde era proibido fumar. Implantar o ambiente livre de tabaco, primeiramente nas áreas em que se encontram os prédios da rede municipal de saúde e posteriormente nas áreas próximas às escolas. Fazer valer a leis antitabaco existentes no País.

Duração da ação: durante todo o ano 2018.

Executores: todos os envolvidos no plano de intervenção e ação.

Quinta etapa: Abertura de inscrições para participar do plano de intervenção.

Ação: Seleção de 60 pacientes dentre os 100 inscritos, para a formação de quatro grupos de 15 componentes cada; do sexo masculino e feminino; na faixa etária de 18 a 65 anos; de classes sociais variadas; que sejam ou não portadores de doenças crônicas associadas; levando-se em conta a ordem na lista de inscrição, grau de dependência à nicotina, segundo do Teste de Fagerström.

Duração da ação: terceira semana do mês de janeiro 2018.

Executores: funcionários de nível médio e equipe multiprofissional da UBAS.

Sexta etapa: Criação dos grupos de tratamento ao tabagismo.

Ação: foram entrevistados os 60 participantes do plano de intervenção. Formação de quatro grupos de 15 participantes com características semelhantes e aplicação da técnica motivacional. Utilização do teste de avaliar a dependência nicotínica mediante o questionário de Fagerström.

Duração da ação: quarta semana do mês de janeiro 2018.

Executora: Equipe multiprofissional.

Sétima etapa: Planejamento, execução e revisão das intervenções e ações desenvolvidas de janeiro a dezembro 2018.

Ação: a) Terapia cognitivo-comportamental: foi aplicada de forma intensiva em quatro grupos com 15 participantes, coordenados por dois profissionais de saúde de nível superior obedecendo ao seguinte esquema: uma sessão por semana, duração de no máximo 90 minutos, por dois meses (fevereiro e março), seguidas de uma sessão quinzenal, duração de no máximo 90 minutos, com os mesmos participantes, durante dois meses (abril e maio), seguidas de uma reunião mensal aberta, com a participação de todos os grupos, para prevenção da recaída, até completar um ano (junho a dezembro).

b) Consultas ambulatoriais: realizado atendimento de ambulatório, uma vez por semana para atendimento de 15 pacientes, durante dois meses (fevereiro e março), seguido de um ambulatório quinzenal por dois meses (abril e maio) para atendimento 30 pacientes por vez, seguido de; um ambulatório por mês para atendimento de 60 pacientes, pela equipe multiprofissional.

c) Reuniões bimestrais: avaliação do plano de intervenção por toda a equipe com finalidade de mudanças e correções quando se fez necessário (fevereiro, abril, junho, agosto, outubro, dezembro).

Duração da ação: durante todo o ano.

Executores: Equipe multiprofissional, funcionários da UBAS, agentes comunitários de saúde.

9. RECURSOS NECESSÁRIOS

Para implantar e executar o plano de intervenção, fez-se necessária a aquisição de recursos humanos e materiais.

Recursos	Quantidade
Recursos Humanos	
Recursos humanos nível superior	
Médico	01
Odontólogo	01
Nutricionista	01

Psiquiatra	01
Enfermeiro	01
Farmacêutico	01
Fisioterapeuta	01

Recursos humanos nível médio

Agentes comunitários de saúde	04
Técnico de enfermagem	02
Agentes administrativos	03
Auxiliar serviços gerais	02
Motoristas	01

Recursos	Valor (R\$)
Recursos Materiais	
Recursos Materiais de Consumo	
Resma Papel A4	75
Caneta	20
Lápis	10
Borracha	05
Régua	08
Total	118

Recursos Materiais Permanente

Computador	Existente na UBAS
Televisão	Existente na UBAS
Mesas	Existente na UBAS
Cadeiras	Existente na UBAS
Telefone	Existente na UBAS
Impressora	Existente na UBAS
Internet	Existente na UBAS
Carro	Existente na UBAS
Total	-

Recursos financeiros foram captados juntos aos parceiros da implantação do plano de intervenção tais como: Secretaria Municipal de Saúde de Barreira-Ceará, Prefeitura Municipal de Barreira-Ceará, Equipe de Saúde da UBAS.

10. CONCLUSÃO

Após análise dos dados e dos resultados obtidos com a implantação do plano de intervenção na UBAS Minervina Viana Gomes, PSF III, Bom Sucesso, Município de

Barreira-Ceará, pode-se concluir que é possível implantar programas de saúde a um custo financeiro baixo e com resultados satisfatórios para a melhoria da população. Os resultados satisfatórios estão diretamente ligados com o grau de envolvimento da comunidade e da equipe de atenção primária a saúde.

De acordo com os resultados obtidos após a implantação e execução do plano de intervenção na nossa comunidade, a maioria parou de fumar. Em longo prazo, esperamos que nossa abordagem possa contribuir e somar para o desenvolvimento de políticas públicas de combate ao tabagismo do Ministério da Saúde.

Apesar da abordagem inovadora e da redução da prevalência e incidência do tabagismo no Brasil, o hábito de fumar ainda é um grande problema de saúde pública, o qual exige atenção e vigilância constantes das políticas e controle social para mudanças desse comportamento. É importante destacar o menor custo das políticas de promoção da saúde direcionadas para combater o tabagismo, comparado aos gastos públicos dispensados ao tratamento das doenças provocadas por ele, o que justifica a importância de programar e ampliar as ações de prevenção, com a finalidade de se obter resultados cada vez mais favoráveis, especialmente para os grupos populacionais mais vulneráveis ao tabagismo.

REFERÊNCIAS

ASMA S, SONG Y, COHEN J, ERIKSEN M, PEI L, CORRÊA DA SILVA LC, coordenador. Tabagismo. In: **Pneumologia: Princípios e Prática**. Porto Alegre: Artmed; 2011. CHACEK T, COHEN N, *et al.* CDC Grand Rounds: global tobacco control. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014.

AUDRAIN-MCGOVERN J, BENOWITZ NL. Cigarette smoking, nicotine, and body weight. *Clin Pharmacol Ther.* 2011.

BALBANI, A. P. S.; MONTOVANI, J. C.; Métodos para o abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. São Paulo, v.71, n.6, p.820- 827, nov/dez 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância – **Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante**. Rio de Janeiro, 2001b.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE – Instituto Nacional de Câncer/Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer – **Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar**. Rio de Janeiro, 1997. *aths from tobacco could rise beyond eight million a year by 2030. BMJ* 2008a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância - CONPREV. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco - Brasil**. Rio de Janeiro: Inca; 2001a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. [*homepage on the Internet*]. Brasília: Ministério da Saúde; c1996-2008, 2008b. CAVALCANTE T, PINTO M. **Considerações sobre Tabaco e Pobreza no Brasil: Consumo e Produção do Tabaco.** [Adobe Acrobat document, 33p.] Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/tabaco_pobreza.pdf>. Acesso em: 20 abr 2019.

BRASIL. O cigarro mata mais de 5 milhões de pessoas, segundo OMS. **Portal, Saúde**, 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/08/cigarro-mata-mas-de-5-milhoes-de-pessoas-segundo-oms>. > Acesso em: 11 nov. 2018. Portal, Saúde, 2014.

BRASIL. Presidência da República. Ministério da Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 12.546. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2011.

BORGES VLG; ARAÚJO AJ – O paciente recaiu, e agora? In: **Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo**. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2012.

CARTER BD, ABNET CC, FESKANICH D, FREEDMAN ND, HARTGE P, LEWIS CE *et al*. Smoking and mortality--beyond established causes. **N Engl J Med**. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa1407211>>Acesso em: 22 ago. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. **Dados e números da prevalência do tabagismo**. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Programa Saber Saúde: buscando formar cidadãos conscientes. **Atualidades em Tabagismo e Prevenção do Câncer**, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. 2018. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/convencao-quadro>. Acesso em: 11 dez. 2018.

FIORE, MC, JAÉN, CR, BAKER, TB, *et al*. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. U. S. Department off Health and Humans Services, **Public Health Service**. Update. 2008.

FIORE MC, JORENBY DE, BAKER TB, KENFORD SL. Dependência de tabaco e de nicotina: orientações clínicas para uso efetivo. **Jama**, 1992.

HAGGSTRÄM FM, CHATKIN JM, CVALET-BLANCO D, RODIN V, FRITSCHER CC. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. **J Pneumol**. 2001.

HUGHES JOHN R, STEAD LINDSAY F, LANCASTER T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: **The Cochrane Library**, Issue 3, Art. No. CD000031. DOI:10.1002/14651858.CD000031.pub3, 2013

IGLESIAS R, JHA P, PINTO M, SILVA VLC, GODINHO J. **Controle do Tabagismo no Brasil**. Washington: Banco Mundial; 2007.

LANCASTER T, STEAD LF. Individual Behavioural Counseling for Smoking Cessation. **Cochrane Database Syst Rev**, 2008.

LIGHTWOOD JM, GLANTZ SA. Declines in acute myocardial infarction after smoke-free laws and individual risk attributable to secondhand smoke. **Circulation**. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.870691>> Acesso em: 22 ago. 2018.

MARLATT G, GORDON JR (eds). **Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors**. New York, 1985.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. **Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

MIRRA AP., MEIRELLES RHS, GODOY, I, ISSA, JS, REICHERT, J *et al.* **Tabagismo**. Primeiras Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar – Agência Nacional de Saúde Suplementar; Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, Rio de Janeiro – RJ, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). **Prevención y Control del Consumo de Tabaco**. Washington: OMS, OPAS; 1998.

PANTANI D, PINSKY I, MONTEIRO A. Publicidade de tabaco no ponto de venda. São Paulo: **Ed. do Autor**; 2011.

REICHERT, J, ARAÚJO, AJ; GONÇALVES, CMC; GODOY, I; CHATKIN, JM. *et al.* Diretrizes para Cessação do Tabagismo da SBPT. **J. Bras Pneumol**, 2008.

RUIZ-MORENO L, ROMANA MA, BATISTA SH, MARTINS MA. Jornal vivo: relato de uma experiência de ensino-aprendizagem na área da saúde. **Interface**. 2005. OMS. Organização Mundial de Saúde. Tratamento do tabagismo. Disponível em: <<http://www.tratamentodotabagismo.com/organizacao-mundialsaude-tabagismo/>>. Acesso em: 13 fev. 2019.

SANTOS SR, GONÇALVES MS, LEITÃO FILHO FS, JARDIM JR. Profile of smokers seeking a smoking cessation program. **J Bras Pneumol**. 2008.

STEAD LF, LANCASTER T – Group Behaviour Therapy Programmes for Smoking Cessation. **Cochrane Database Syst Rev**, 2008.

STEAD LF, PERERA R, BULLEN C, MANT D, LANCASTER T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. **Cochrane Database Syst Rev**. 2008;(1):CD000146. Update of: Cochrane Database Syst Rev. 2004.

TONNESEN P, CARROZZI L, FAGERSTRÖM KO *et al* – Smoking Cessation in Patients with Respiratory Diseases: a High Priority, Integral Component of Therapy. **European Respiratory Journal** 2007.

WHO **Report on the Global Tobacco Epidemic**, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2018.

WILLIAMS CD, LEWIS-JACK O, JOHNSON K, ADAMS-CAMPBELL L. Environmental influences, employment status, and religious activity predict current cigarette smoking in the elderly. **Addict Behav**. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [homepage on the Internet]. Geneve: WHO; c2016. **Global Status Report on noncommunicable diseases 2014**. [Adobe Acrobat document, 302p.]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf Acesso em: 10 ago. 2018.

ZAROCOSTAS, John. WHO report warns deaths from tobacco could rise beyond eight million a year by 2030. **BMJ: British Medical Journal**, v. 336, n. 7639, p. 299, 2008.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

O Sr.a) está sendo convidado para participar do estudo cujo título é *TABAGISMO: TRATANDO E EVITANDO COMPLICAÇÕES*, realizado na UBAS Minervina Viana Gomes PSF III Bom Sucesso, no Município de Barreira- Ceará, que está sendo realizado por mim, **Carlos Cezar de Castro Monteiro**, médico, com orientação do Prof. Dr. José Ricardo Sousa Ayres de Moura.

A pesquisa tem como finalidade instituir um plano de intervenção e ação, de medidas, para o controle do tabagismo na população da área de abrangência da UBAS Minervina Viana Gomes PSF III Bom Sucesso, Município de Barreira - Ceará.

Informo ainda, que:

- As informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos do estudo.
-
- A realização do estudo tem como benefício o fato de que poderemos conhecer o perfil sociodemográfico e identificar, reduzir e prevenir as complicações do tabagismo.
-
- Esta pesquisa apresenta riscos (perigos) mínimos aos participantes, como, por exemplo, constrangimento social. Esses possíveis riscos, entretanto, serão minimizados pelo projeto, ao garantir a confidencialidade (segredo), privacidade (vida particular) e proteção da imagem dos participantes, além de permitir o acesso às respostas dos questionários apenas pela equipe da pesquisa; e os pesquisadores utilizarão uma abordagem calma e tranquilizadora, com uma linguagem adequada durante o convite aos participantes e a coleta de dados.
- A sua ajuda e participação poderão trazer benefícios (melhorias) para a promoção da saúde, bem como a prevenção de doenças.
- O (a) senhor(a) terá acesso a qualquer tempo às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para retirar eventuais dúvidas.
- O (a) senhor(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social.
- As informações e dados coletados serão divulgados, porém sua identidade será mantida no anonimato, bem como qualquer informação que possa identificá-lo (a).
- O (a) participante não pagará e não receberá nenhum pagamento para participar da pesquisa.
- Para qualquer outro esclarecimento, estarei disponível no endereço: Rua Manoel Julião, s/n bairro Bom Sucesso, Barreira-CE.
- Este documento será emitido em duas vias, sendo que uma ficará com o(a) Sr.(a) enquanto participante e a outra ficará com o pesquisador.

Agradecemos sua colaboração e apresentamos nossos sinceros agradecimentos.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a), compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que serei submetido. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo.

_____, _____ de _____ de _____ .

Assinatura ou digital do (a) voluntário (a)

Carlos Cezar de Castro Monteiro
Responsável pelo estudo

Assinatura do responsável pela coleta de dados

ANEXOS

ANEXO 1 – Quadro com o Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ, Questionário de Tolerância de Fagerström) que mede o grau de dependência do paciente à nicotina e é constituído pelas perguntas.

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?
 - (3) nos primeiros 5 minutos
 - (2) de 6 a 30 minutos
 - (1) de 31 a 60 minutos
 - (0) mais de 60 minutos
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?
 - (1) sim
 - (0) não
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
 - (1) o 1º da manhã
 - (0) os outros
4. Quantos cigarros você fuma por dia?
 - (0) menos de 10
 - (1) 11-20
 - (2) 21-30
 - (3) mais de 31
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?
 - (1) sim
 - (0) não
6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?
 - (1) sim
 - (0) não

Total: 0-2 = muito baixa; 3-4 = baixa; 5 = média; 6-7 = elevada; 8-10 = muito elevada.

ANEXO 2 – Quadro com a avaliação clínica do tabagista.

- História tabagística
 - Idade de início, número de cigarros fumados por dia, tentativas de cessação, tratamentos anteriores com ou sem sucesso, recaídas e prováveis causas, sintomas de abstinência, exposição passiva ao fumo, formas de convivência com outros fumantes (casa/trabalho) e fatores associados (café após as refeições, telefonar, consumo de bebida alcoólica, ansiedade e outros).
- Grau de dependência
 - Teste de Fagerström para dependência à nicotina.
- Grau de motivação
 - Estágio motivacional (Modelo transteórico comportamental de Prochaska e DiClemente). Atividade física habitual e oscilações do peso corporal.
- Sintomas
 - Tosse, expectoração, chiado, dispnéia, dor torácica, palpitações, claudicação intermitente, tontura e desmaios.
- Investigação de co-morbidades
 - Doenças prévias ou atuais que possam interferir no curso ou no manejo do tratamento: lesões orais, úlcera péptica, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cardiopatias, transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade, pânico, anorexia nervosa, bulimia, etc.), uso de álcool e/ou outras drogas, pneumopatias, epilepsia, AVE, dermatopatias, câncer, nefropatias, hepatopatias, história de convulsão, entre outras.
- Medicamentos em uso
 - Levantamento dos medicamentos que possam interferir no manejo do tratamento, como antidepressivos, inibidores da MAO, carbamazepina, cimetidina, barbitúricos, fenitoína, antipsicóticos, teofilina, corticosteróides sistêmicos, pseudo-efedrina, hipoglicemiante oral e insulina, entre outros.
- Alergias
 - De qualquer etiologia, como cutâneas, respiratórias e medicamentosas.
- Situações que demandam cautela
 - Principalmente as relacionadas ao uso de apoio medicamentoso, por exemplo, gravidez, amamentação, IAM ou AVE recente, arritmias graves, uso de psicotrópicos e outras situações. Recomenda-se cautela também com os adolescentes e idosos.
- Antecedentes familiares
 - Avaliar problemas de saúde familiares, principalmente se relacionados ao tabagismo, em especial a existência de outros fumantes que convivam com o paciente.
- Exame físico
 - Sempre completo, buscando sinais que possam indicar existência de doenças atuais ou limitações ao tratamento medicamentoso a ser proposto.
- Exames complementares
 - Rotina básica: radiografia de tórax, espirometria pré e pós broncodilatador, eletrocardiograma, hemograma completo, bioquímica sérica e urinária. Medidas do COex e da cotinina (urinária, sérica ou salivar) são úteis na avaliação e no seguimento do fumante e devem ser utilizadas, quando disponíveis.

AVE: acidente vascular encefálico; MAO: monoaminoxidase; IAM: infarto agudo do miocárdio; COex: monóxido de carbono no ar expirado.

ANEXO 3 – Quadro com as principais diferenças entre as duas técnicas de entrevista (Informativa e motivacional).

<p>Modelo informativo clássico</p> <ul style="list-style-type: none">• Aconselha• Tenta persuadir• Repete os conselhos• Atua com autoridade• Atua de forma rápida <p>Modelo motivacional</p> <ul style="list-style-type: none">• Estimula a passar à ação• Favorece o posicionamento, ajudando na reflexão• Resume os pontos de vista• Atua ajudando na decisão pela mudança• Atuação progressiva

ANEXO 4 – Quadro com as recomendações na abordagem do tabagismo em pacientes com transtornos psiquiátricos e outras dependências.

<ul style="list-style-type: none">• Portadores de transtornos psiquiátricos e dependência de outras substâncias apresentam alta prevalência de tabagismo e dependência à nicotina.• Pacientes com transtornos psiquiátricos e dependências respondem a intervenções para a cessação do tabagismo.• História de depressão maior não parece ser um fator de risco independente para falência do tratamento do tabagismo.• A abordagem do tabagismo durante o tratamento de outras dependências aumenta, e não diminui, a sobriedade relativa à condição de base em longo prazo.• Pacientes com transtornos mentais e dependências devem receber o tratamento para a cessação do tabagismo recomendado para a população geral.
