



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

BRENDA DE AVILA

REDUÇÃO DO TABAGISMO NA UBS PRIMAVERA: PROJETO DE SAÚDE DO  
TERRITÓRIO

SÃO PAULO  
2020

BRENDA DE AVILA

REDUÇÃO DO TABAGISMO NA UBS PRIMAVERA: PROJETO DE SAÚDE DO  
TERRITÓRIO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: RICHARDSON AUGUSTO ROSENDO DA SILVA

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

### **RESUMO**

Este trabalho teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção para redução do tabagismo na UBS “Primavera”, da cidade de Guarulhos – SP. Para tanto, fez-se uso de uma revisão de literatura para uma maior compreensão do tema “tabagismo”, seus malefícios e formas de combate/prevenção. Assim, foi possível observar que a cessação do tabagismo confere benefícios substanciais e imediatos à saúde, incluindo redução no risco de doenças cardiovasculares, melhora do perfil lipídico, redução do risco de acidentes vasculares cerebrais e de cânceres relacionados ao tabaco; e, que o contato com a Atenção Primária à Saúde (APS) é uma ótima oportunidade para identificar o uso do tabaco, aconselhar e ajudar as pessoas a pararem de fumar. Sendo assim, um projeto de intervenção para redução ao tabagismo pode levar os usuários do referido PSF a uma melhoria da estrutura para atendimento aos usuários tabagistas, com a capacitação da equipe; aumento da adesão ao tratamento e à cessação do tabagismo; garantia de medicamentos para cessação do tabagismo; aumento do nível de informação sobre os riscos do tabagismo (com o apoio de materiais do Ministério da Saúde sobre políticas de controle ao tabagismo); modificação de hábitos e de comportamentos; bem como maiores atitudes de autocuidado.

### **ABSTRACT**

This work aimed to elaborate an intervention project to reduce smoking at UBS “Primavera”, in the city of Guarulhos - SP. To this end, a literature review was used to gain a better understanding of the topic “smoking”, its harm and ways of combating / preventing it. Thus, it was possible to observe that smoking cessation provides substantial and immediate health benefits, including reduced risk of cardiovascular diseases, improved lipid profile, reduced risk of stroke and tobacco-related cancers; and, that contact with Primary Health Care (PHC) is a great opportunity to identify tobacco use, advise and help people to quit smoking. Therefore, an intervention project to reduce smoking can lead the users of the PSF to an improvement in the structure for serving smoking users, with the training of the team; increased adherence to treatment and smoking cessation; guarantee of smoking cessation drugs; increasing the level of information about the risks of smoking (with the support of Ministry of Health materials on tobacco control policies); changing habits and behaviors; as well as greater attitudes of self-care.

### **Palavra-chave**

Unidade Básica de Saúde. Tabagismo. Promoção da Saúde. Fatores de Risco. Equipe Multiprofissional. Conscientização. Assistência Integral à Saúde. Adesão ao Tratamento. Abuso de Substâncias

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

### **Identificação do problema**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o tabagismo é um problema de saúde pública, sendo considerado a principal causa de morte evitável no mundo (JESUS et al., 2016) e um fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis, as quais são responsáveis por 63% das mortes no mundo e 72% no Brasil (BARTSCH et al., 2016), com destaque para as doenças cardiovasculares, principalmente; cânceres (pulmão, cavidade bucal, mama, entre outros), doenças respiratórias crônicas; doenças e condições que afetam a mortalidade infantil (restrição do crescimento intrauterino, predisposição a partos prematuros, entre outras) (BRASIL, 2018). Além disso, o tabagismo é considerado uma doença neurocomportamental, causada pela dependência da nicotina (MALTA et al., 2013; BRASIL, 2018).

Apesar de seus conhecidos efeitos negativos, poucos fumantes conseguem parar de fumar e manter a abstinência duradoura. Cerca de 70% dos fumantes desejam parar de fumar, mas não conseguem. Desses, aproximadamente um terço fica abstinente apenas um dia e menos de 10% têm êxito por um ano, inclusive no Brasil (ACTION ON SMOKING AND HEALTH, 2014; PEUKER; BIZARRO, 2015).

A maioria dos fumantes que tenta abandonar o cigarro por conta própria recai na mesma semana da tentativa, sendo que, dos que recaem, de 3-5% conseguem permanecer abstinentes entre seis e doze meses após a cessação (PEUKER; BIZARRO, 2015).

## **ESTUDO DA LITERATURA**

### **Estudo da literatura (contextualização do problema/situação)**

#### **Epidemiologia**

Considerado um grande problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o tabagismo é atualmente reconhecido como uma dependência química que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas. O cigarro contém mais de 7 mil substâncias químicas, das quais pelo menos 250 são prejudiciais e pelo menos 69 são conhecidas por causar câncer (WHO, 2017).

De 80 a 90% dos casos de câncer de pulmão e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são atribuíveis ao tabagismo (DOOLAN; FROELICHER, 2008). No Brasil, estima-se que o tabagismo seja responsável por 45% dos óbitos por infarto do miocárdio, 85% dos provocados por DPOC, 25% das mortes por doença cerebrovascular e 30% das provocadas por câncer (BRASIL, 2018).

Não havendo uma mudança de curso da exposição mundial ao tabagismo, a OMS estima que o número de fumantes, de 2000 a 2025, passará de 1,2 bilhão para 1,7 bilhão. Além disso, o número anual de mortes, que é estimado em cerca de 5 milhões, dobrará em 20 anos, sendo que 70% ocorrerão nos países em desenvolvimento (WHO, 2017).

#### **Dependência química e consequências do tabagismo para o organismo**

De maneira geral, há 3 causas para um indivíduo fumar: prazer, dependência e hábito. O hábito de fumar está relacionado ao desenvolvimento de padrões, de consumo pelo indivíduo, que associa o cigarro a determinadas atividades e situações do seu cotidiano (PINHO; OLIVA, 2007).

O prazer e a dependência, por outro lado, estão diretamente relacionados às propriedades químicas da nicotina. A base da dependência da nicotina está na combinação de efeitos positivos da substância (melhora da atenção e do humor), comportamento aprendido e sintomas de abstinência (PINHO; OLIVA, 2007).

A dependência de qualquer substância, incluindo a nicotina, é definida pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como a presença de três ou mais dos seguintes sintomas e comportamentos: desejo intenso ou compulsão para consumir a substância; dificuldade de controlar o comportamento de consumo; síndrome de abstinência com a retirada e evitação dos sintomas pelo uso da substância; tolerância e consumo crescente; abandono progressivo de prazeres e de interesses alternativos em favor do consumo da substância; persistência do uso a despeito de suas consequências nocivas (BRASIL, 2001).

No caso da nicotina, o grau de dependência pode ser quantificado por meio do teste de Fagestrom, composto por seis perguntas, de fácil aplicação e pode orientar a terapia de cessação de tabagismo. A pontuação deste teste pode variar de 0 a 10, de forma que quanto maior a pontuação, maior o grau de dependência (CARMO et al., 2002). Pacientes com pontuação  $\geq 5$  são candidatos à terapia farmacológica para auxiliar a cessação de tabagismo conforme recomendação do Instituto Nacional do Câncer (INCA) (BRASIL, 2001).

Dentre estes fatores predisponentes ao uso do cigarro, são especialmente relevantes o fato de um dos pais fumar, colegas fumantes (geralmente mais velhos) e a enorme quantia de

dinheiro que a indústria do tabaco emprega para induzir as pessoas fumarem. Dentre os fatores individuais que podem contribuir para o início do consumo de cigarros citam-se fatores hereditários, eventualmente relacionados à modulação dos efeitos da nicotina e do humor (PINHO; OLIVA, 2007).

Os fatores não farmacológicos são importantes para a determinação de problemas relacionados ao uso do tabaco, assim como sua prevalência, mas são os fatores farmacológicos que definem a tolerância e a dependência da substância (FOCCHI, 2015).

Estudos mostram que muitas das alterações no sistema nervoso central (SNC) promovidas pela nicotina são tanto maiores quanto mais precoce for o início do tabagismo. Sendo assim, o risco de desenvolver dependência da nicotina é maior em crianças e adolescentes quando comparados a adultos (PLACZEK et al., 2009).

A nicotina causa dependência porque altera a maneira pela qual a informação é transmitida no cérebro ao estimular os axônios receptores do mesmo modo que a acetilcolina o faz, promovendo um efeito estimulante leve, aumentando a atenção, os batimentos cardíacos e a pressão arterial (PLACZEK et al., 2009).

De forma geral, os riscos para a saúde decorrem tanto do consumo direto do tabaco como também da exposição ao fumo passivo (MALTA et al., 2013; BRASIL, 2018). Ambos são fatores de risco para o desenvolvimento de mais de 50 doenças, dentre as quais (REICHERT et al., 2012):

- Doenças respiratórias: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, doenças pulmonares intersticiais (histiocitose X, fibrose pulmonar idiopática, pneumonite intersticial descamativa);
- Doenças cardiovasculares: doença arterial coronariana, doença arterial obstrutiva crônica periférica, tromboangite obliterante;
- Doenças cerebrovasculares: acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) e acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH);
- Doenças neoplásicas: câncer de pulmão, de cavidade oral, de laringe, de trato gastrointestinal, renal, de bexiga e de pâncreas e leucemia mieloide;

Estudo apontou uma incidência de quatro a cinco vezes mais em tabagistas que não tabagistas de câncer de colo do útero (ROSEMBERG, 2011).

- Doenças gastrintestinais: úlcera péptica, doença de Chron, cirrose biliar primária;
- Doenças renais: insuficiência renal crônica.
- Doença do sistema endócrino: diabetes melito (DM), osteoporose, impotência sexual;

No sistema endócrino, o tabagismo aumenta os níveis circulantes de diversos componentes endógenos, tais como a vasopressina, endorfinas, cortisol, prolactina, hormônio adenocorticotrófico e hormônio de crescimento (BENOWITZ, 2008).

As mulheres fumantes têm maior risco de infertilidade. As concentrações de nicotina e cotidina no fluido folicular ovariano e a capacidade do oócito ser fertilizado in vitro revelaram que nos casos em que aquelas substâncias estavam presentes havia maior proporção de mulheres com infertilidade que entre as não fumantes. (ROSEMBERG, 2011).

As consequências do tabagismo durante a gravidez também merecem destaque. O consumo de cigarro pelas gestantes é fator de risco para a ocorrência de abortamento espontâneo, gravidez ectópica, restrição do crescimento intrauterino, insuficiência placentária, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, prematuridade, baixo peso ao nascer e natimortalidade. Além disso, o tabagismo passivo intrauterino também aumenta o risco de desenvolvimento de asma na infância (REICHERT et al., 2012).

A relação entre tabagismo e doenças mentais vem sendo mostrada em estudos recentes nos quais surgem a esquizofrenia e a depressão maior como quadros psicopatológicos mais

evidentes. Os transtornos de ansiedade e de humor, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade também apresentam importância neste contexto (RONDINA et al., 2013).

Estudiosos afirmam que a nicotina interfere no funcionamento dos sistemas neurotransmissores e exerce diversas ações neuroendócrinas, entre outros fatores, o que pode influenciar no quadro psicopatológico e na responsividade do paciente ao tratamento (HERRÁN et al., 2010).

Há evidências, ainda, de que o uso de nicotina interfere nos sistemas neuroquímicos (neuroreguladores como acetilcolina, dopamina e norepinefrina), que, por seu turno, afetam circuitos neurais, tais como mecanismos reforçadores associados à regulação de humor (WINLE; WINDLE, 2011).

Alguns estudos das duas últimas décadas dos Estados Unidos demonstraram que a prevalência de tabagismo em portadores de esquizofrenia tende a ser mais elevada em relação à população em geral e também em comparação a outras populações psiquiátricas (HUGHES, 2011).

Nos Estados Unidos, cerca de 70 a 80% dos pacientes esquizofrênicos são fumantes, ao passo que em outros pacientes psiquiátricos a prevalência média de tabagismo gira em torno de 50%. Na população em geral, observa-se uma prevalência média de 25% (HERRÁN et al., 2010).

Esquizofrênicos relatam que fumar produz relaxamento, reduz a ansiedade e os efeitos colaterais de medicações; pode ainda melhorar a concentração, reduzir a hiperestimulação desagradável experimentada por esquizofrênicos e promover um dos poucos prazeres disponíveis para muitos portadores da doença. É possível ainda que a nicotina reduza os sintomas esquizofrênicos negativos, tais como apatia, tédio e as emoções da síndrome de abstinência, e que ao mesmo tempo melhore os processos de atenção e concentração (HUGHES et al., 2011).

Assim como alguns estudos demonstraram que ela pode diminuir sintomas positivos como alucinações, devido a seus efeitos nos receptores nicotínicos do cérebro, que reduzem a percepção de ruídos (SADOCK; SADOCK, 2007).

O consumo de tabaco pode ser reflexo de processo de institucionalização, tédio e baixo controle dos impulsos dos portadores dessa doença (HERRÁN et al., 2010).

O tabagismo está associado ao uso de altas dosagens de agentes antipsicóticos, possivelmente porque o metabolismo dessas substâncias é aumentado. Foi relacionado a uma diminuição do parkinsonismo devido a antipsicóticos, talvez em decorrência da ativação dependente da nicotina dos neurônios dopamínicos (SADOCK; SADOCK, 2007).

Quanto à relação entre transtornos psiquiátricos com maior dificuldade para cessação do tabagismo, as evidências são controversas. No entanto, uma metanálise publicada em 2003 não identificou risco maior de recidiva a curto ou longo prazo em pacientes com diagnóstico prévio de depressão maior. Mesmo assim, os autores recomendaram que, antes de se iniciar o tratamento para cessação do tabagismo, o paciente esteja o mais estável possível na parte psiquiátrica, seja com psicoterapia ou com medicações específicas, como ansiolíticos e antidepressivos, caso sejam necessários (REICHERT et al., 2008).

## **Abstinência**

Quando o uso de cigarros é interrompido, instala-se rapidamente uma síndrome de abstinência. Parte dos sintomas de abstinência parecem ser mediados por uma dessensibilização que se observa nos neurônios noradrenérgicos do locus cerúleos por causa da não liberação de dopamina adicional. Esta síndrome é caracterizada por dificuldade

manter o alerta e a concentração, sonolência diurna e distúrbios do sono, irritabilidade, ansiedade e sintomas depressivos, aumento do apetite e do peso.

Tipicamente, os sintomas tornam-se mais nítidos com a suspensão dos cigarros, atingindo o auge em dois ou três dias. A partir do final da primeira semana, começam a diminuir, geralmente passando dentro de duas a quatro semanas. Sintomas residuais podem persistir por até seis meses em alguns casos.

É o que eventualmente se observa com o aumento do apetite: aumento de peso é relativamente pequeno, mas cerca de um quinto dos fumantes ganham mais de cinco quilogramas quando param de fumar (HUGHES et al., 2011).

Fumantes com histórico de depressão correm mais risco de recaídas durante o período de abstinência, em comparação a fumantes sem o mesmo histórico. Nos fumantes com histórico de transtornos depressivos, a cessação do tabagismo é fator de risco para a manutenção do quadro clínico ou o desenvolvimento de novo surto depressivo. Mesmo que esses indivíduos parem de fumar, as recaídas são mais frequentes, pois a nicotina ajuda a manter a homeostase interna (RONDINA et al., 2013).

## **Diagnóstico**

A dependência à nicotina pode ser avaliada de duas formas (BRASIL, 2015):

a) Quantitativa: realizada por meio de perguntas fechadas padronizadas ao tabagista, visando reconhecer os sintomas da dependência física e sua intensidade

O teste de Fagerstrom para dependência à nicotina (em inglês, Fagerstrom test for nicotine dependence - FTND) mede quantitativamente o grau de dependência física do fumante, sendo o mais utilizado no mundo para essa finalidade. Consiste em um questionário de seis perguntas, cuja soma fornece uma medida quantitativa, de 0 a 10 pontos, que avalia o grau de dependência física à nicotina, incluindo o processo de tolerância e a compulsão: quanto maior o escore obtido, maior o grau de dependência física (MESQUITA, 2013; SIPOS et al., 2018).

De acordo com o FTND, uma soma de 6 pontos indica que, provavelmente, o paciente terá desconforto significativo (síndrome de abstinência ao deixar de fumar), pois o nível de dependência é preditor de abstinência. Esse teste é amplamente usado devido ao fácil entendimento e rápida aplicação, podendo ser aplicado por qualquer membro de saúde (SIPOS et al., 2018).

b) Qualitativa: reconhece os componentes psicológico e social da dependência, objetiva conhecer as razões e as situações que levam ao tabagista a fumar.

A avaliação qualitativa permite identificar em quais situações o fumante usa o cigarro, avaliando sua dependência física, sua dependência psicológica e seu condicionamento. Ajuda o fumante a tomar consciência das situações de risco do seu dia a dia, bem como auxilia o profissional de saúde na identificação dos principais pontos a serem trabalhados durante todo o processo da abordagem intensiva do fumante (BRASIL, 2015).

A principal escala para essa avaliação é a escala razões para fumar modificada (ERFM), que pode ser usada na primeira abordagem e também como instrumento de acompanhamento do processo do usuário após algumas intervenções. Para aplicação dessa escala, o profissional pode solicitar ao usuário que preencha sozinho - após orientação inicial - ou pode conduzir a leitura das afirmações, anotando as respostas fornecidas. Deve ser utilizada de forma complementar ao FTND com os usuários que demonstrarem disposição ou motivação para o tratamento do tabagismo (SOUZA et al., 2010).



O paciente deve responder ao questionário com um valor de 1 a 5, referente à frequência com que pratica tais ações. O escore final que determina quais fatores são considerados de atenção na abordagem e no acompanhamento do tabagista em cessação é calculado a partir da média simples dos valores atribuídos às questões relacionadas a cada fator. Fatores com média maior que 2 representam maior risco de recaída para o fumante (SOUZA et al., 2010).

## **Combate ao tabagismo**

Nos últimos anos, muitos fumantes têm demonstrado interesse em largar o cigarro, porém o insucesso é comum. Isto porque, após o início do hábito de fumar, instala-se um processo de dependência múltipla, envolvendo aspectos físicos, psicológicos e comportamentais.

O Brasil é referência mundial no combate ao tabagismo e desenvolve ações por meio do Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR) (SILVA et al., 2014).

Em 2013, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria n. 571, de 5 de abril de 2013, ampliou o acesso à abordagem e ao tratamento do tabagismo para a atenção primária à saúde (APS) (BRASIL, 2013). A cessação do tabagismo é uma estratégia preventiva de importância incomparável e, por isso, o tratamento do tabagista apresenta ótimo custo-efetividade nos cuidados em saúde, sendo considerado o padrão-ouro para prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2013; ACTION ON SMOKING AND HEALTH, 2014; PAPADAKIS et al., 2015).

Do ponto de vista da saúde pública, os resultados obtidos podem constituir o meio mais eficaz em termos de custo para melhorar a saúde de uma população e oferecer, aos tabagistas, benefícios significativos para a saúde ao parar de fumar.

## **Terapia Cognitivo-comportamental**

A Terapia cognitivo-comportamental (TCC) é fundamental na abordagem do tabagista em todas as situações clínicas, com ou sem tratamento medicamentoso concomitante. Ela pode ser oferecida tanto individualmente quanto em grupo (REICHERT et al., 2008).

As estratégias de abordagem do tabagista devem levar em consideração a fase em que o indivíduo se encontra para obter o maior êxito possível. Os tabagistas em fase pré-contemplativa devem ser estimulados a pensar em parar de fumar. O tabagista deve ser informado quanto ao malefício e aos riscos para a sua saúde e para a das pessoas que convivem com ele, assim como os benefícios de cessar o vício (REICHERT et al., 2008).

Inúmeros são os benefícios de parar de fumar, por exemplo: aumento da expectativa de vida; diminuição do risco de desenvolver diversas doenças, como neoplasias, em especial a de pulmão, infarto agudo do miocárdio e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); redução da queda acelerada da função pulmonar ocasionada pelo cigarro (REICHERT et al., 2008).

Os pacientes contemplativos devem receber encorajamento e apoio para agendar uma data para parar de fumar, preferencialmente dentro de 30 dias. Uma avaliação sobre os motivos que levam o paciente a fumar deve ser realizada, assim como um plano de ação para enfrentá-los. O assunto deve ser abordado em todas as consultas, até que o paciente esteja pronto para cessar o hábito (fase de preparação) (REICHERT et al., 2008).

A mudança comportamental é essencial no momento em que o paciente deixa de fumar, já que ele precisa reaprender a viver sem o cigarro. Essa mudança se baseia nos próprios

motivos que o levam a fumar e nos planos tracejados previamente para superá-los (SESTELO, 2012).

A partir da data marcada, o tabagista deve afastar-se de tudo o que lembre o cigarro. Como, por exemplo, o paciente deve livrar-se dos cigarros, de cinzeiros e de isqueiros e, em muitos casos, é recomendado que pare o consumo de álcool e/ou de café (SESTELO, 2012).

Para combater a fissura, o paciente deve ser orientado a beber líquidos, a chupar gelo, a mascar algo (como balas e chicletes dietéticos). Ocupar as mãos com atividades como escrever, bordar, digitar e pintar podem ser úteis. Atividades físicas e exercícios respiratórios (como a técnica da inspiração profunda) devem ser estimulados (SESTELO, 2012).

Na fase de manutenção, é importante que o paciente tenha apoio social e que seja monitorado quanto aos seus progressos e dificuldades para evitar a recaída. Isso pode ser realizado por meio de consultas, de contatos telefônicos ou por e-mail. Além disso, é importante frisar o fato de o tabagismo ser uma doença crônica, ou seja, não se deve voltar a acender um cigarro ou dar uma “tragadinha”, pois existe alta chance de recaída (SESTELO, 2012; GÓMEZ-CORONADO et al., 2018).

É importante ressaltar que as recaídas são frequentes, ocorrendo mais comumente nas duas primeiras semanas após a cessação do tabagismo. Isso é reforçado pelo fato de que a maioria dos fumantes necessita de diversas tentativas prévias até obter a abstinência contínua e definitiva. Em vista disso, além de devidamente orientados, recomenda-se que os pacientes sejam acompanhados de forma periódica, semanalmente no início e, posteriormente, em consultas/sessões com intervalos maiores.

Caso ocorra uma recaída, é importante que o profissional não critique nem julgue o paciente, mantendo o suporte emocional e a confiança necessários para que ele atinja a tão desejada abstinência (SESTELO, 2012).

Considerando-se que a cessação do tabagismo é uma prioridade para a prevenção de doenças e redução do seu impacto (BRASIL, 2015; WHO, 2017; GÓMEZ-CORONADO et al., 2018); que, em qualquer idade, a cessação confere benefícios substanciais e imediatos à saúde, incluindo redução no risco de doenças cardiovasculares, melhora do perfil lipídico, redução do risco de acidentes vasculares cerebrais e de cânceres relacionados ao tabaco; e, que o contato com a Atenção Primária à Saúde (APS) é uma ótima oportunidade para identificar o uso do tabaco, aconselhar e ajudar as pessoas a pararem de fumar (ACTION ON SMOKING AND HEALTH, 2014), este trabalho elaborou um plano de ação tendo como eixo central intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, visando à cessação e à prevenção da recaída.

Estudos afirmam que intervenções de cessação do tabagismo realizadas por profissionais de saúde mostraram um aumento nas taxas de abstinência (MARTÍN-CANTERA et al., 2015), que a abordagem a todos os indivíduos em nível de APS visa não apenas diagnosticar o tabagismo e aconselhar os fumantes, mas estimular aqueles que não fumam para que não comecem (BRASIL, 2016) e que os encontros das pessoas tabagistas com a APS apresentam oportunidade frequentes para que as equipes identifiquem o uso do tabaco e aconselhem as pessoas a pararem de fumar, conscientizando-as sobre os recursos disponíveis (VAN SCHAYCK et al., 2017).

A abordagem do tabagismo transcende a capacidade e as competências de um único profissional, implicando trabalho em equipe multidisciplinar, de modo a garantir o acesso dos pacientes aos recursos disponíveis e adequados para cada situação. Sendo assim, espera-se que Médicos de Família e Comunidades (MFCs) e profissionais de saúde da APS, do UBS Primavera” na cidade de Guarulhos-SP, assumam uma postura mais proativa e abordem em

todas as oportunidades de contato com a pessoa tabagista as possibilidades para cessação, informando sobre todos os recursos disponíveis, ressaltando a importância de parar de fumar e os benefícios para a saúde.

Para iniciar alguma forma de tratamento, é importante que as equipes de APS identifiquem quem são os fumantes da comunidade que querem ou não parar de fumar. Para os que não desejam parar de fumar, é essencial que os profissionais de saúde forneçam orientações sobre os malefícios do tabagismo, os tipos de tratamento disponíveis para a cessação do tabagismo, a disponibilidade do tratamento na UBS e os fluxos que os usuários devem seguir para iniciá-lo (BRASIL, 2015).

O usuário que deseja parar de fumar também pode necessitar de estratégias de motivação, sendo imprescindível uma avaliação individual para se identificar o grau de dependência, o estágio de motivação e a história pregressa a pessoa, situando o tabagismo na integralidade do sujeito (BRASIL, 2015).

## **AÇÕES**

### **Ações**

Considerando-se que a cessação do tabagismo é uma prioridade para a prevenção de doenças e redução do seu impacto (BRASIL, 2015; WHO, 2017; GÓMEZ-CORONADO et al., 2018); que, em qualquer idade, a cessação confere benefícios substanciais e imediatos à saúde, incluindo redução no risco de doenças cardiovasculares, melhora do perfil lipídico, redução do risco de acidentes vasculares cerebrais e de cânceres relacionados ao tabaco; e, que o contato com a Atenção Primária à Saúde (APS) é uma ótima oportunidade para identificar o uso do tabaco, aconselhar e ajudar as pessoas a pararem de fumar (ACTION ON SMOKING AND HEALTH, 2014), este trabalho elaborou um plano de ação tendo como eixo central intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, visando à cessação e à prevenção da recaída.

Estudos afirmam que intervenções de cessação do tabagismo realizadas por profissionais de saúde mostraram um aumento nas taxas de abstinência (MARTÍN- CANTERA et al., 2015), que a abordagem a todos os indivíduos em nível de APS visa não apenas diagnosticar o tabagismo e aconselhar os fumantes, mas estimular aqueles que não fumam para que não comecem (BRASIL, 2016) e que os encontros das pessoas tabagistas com a APS apresentam oportunidade frequentes para que as equipes identifiquem o uso do tabaco e aconselhem as pessoas a pararem de fumar, conscientizando-as sobre os recursos disponíveis (VAN SCHAYCK et al.,2017).

A abordagem do tabagismo transcende a capacidade e as competências de um único profissional, implicando trabalho em equipe multidisciplinar, de modo a garantir o acesso dos pacientes aos recursos disponíveis e adequados para cada situação. Sendo assim, espera-se que Médicos de Família e Comunidades (MFCs) e profissionais de saúde da APS, do UBS Primavera” na cidade de Guarulhos-SP, assumam uma postura mais proativa e abordem em todas as oportunidades de contato com a pessoa tabagista as possibilidades para cessação, informando sobre todos os recursos disponíveis, ressaltando a importância de parar de fumar e os benefícios para a saúde.

Para iniciar alguma forma de tratamento, é importante que as equipes de APS identifiquem quem são os fumantes da comunidade que querem ou não parar de fumar. Para os que não desejam parar de fumar, é essencial que os profissionais de saúde forneçam orientações sobre os malefícios do tabagismo, os tipos de tratamento disponíveis para a cessação do tabagismo, a disponibilidade do tratamento na UBS e os fluxos que os usuários devem seguir para inicia-lo (BRASIL,2015).

O usuário que deseja parar de fumar também pode necessitar de estratégias de motivação, sendo imprescindível uma avaliação individual para se identificar o grau de dependência, o estágio de motivação e a história pregressa da pessoa, situando o tabagismo na integralidade do sujeito (BRASIL, 2015).

## **RESULTADOS ESPERADOS**

### **RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se ao implantar este projeto que os usuários do PSF Primavera tenham:

- a) Melhoria da estrutura para atendimento aos usuários tabagistas, com a capacitação da equipe;
- b) Aumento da adesão ao tratamento e à cessação do tabagismo;
- c) Garantia de medicamentos para cessação do tabagismo;
- d) Aumento do nível de informação sobre os riscos do tabagismo (com o apoio de materiais do Ministério da Saúde sobre políticas de controle ao tabagismo);
- e) Modificação de hábitos e de comportamentos;
- f) Redução do vício e do número de usuários tabagistas;
- g) Maiores atitudes de autocuidado;
- h) Maior interação entre famílias e comunidade;
- i) Maior interação/cooperação entre paciente e médico

## REFERÊNCIAS

## REFERÊNCIAS

ACTION ON SMOKING AND HEALTH. Stopping smoking: the benefits and aids to quitting. London: ASH, 2014.

BARTSCH, A.L.; HARTER, M.; NIEDRICH, J.; BRUTT, A.L.; BUCHHOLZ, A. A systematic literature review of self-reported smoking cessation counseling by primary care physicians. **PLoS One**, v. 11, n.12, p. e0168482, dec. 2016.

BENOWITZ, N.L. Pharmacologic aspects of cigarret smoking and nicotine addiction. **N Eng J Med**, v. 319, p. 1318-1330, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília: MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 571, de 5 de abril de 2013. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2014:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília: MS, 2018.

BRASIL. Portaria n. 761, de 21 de junho de 2016. Brasília: MS, 2016.

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

DOOLAN, D.; FROELICHER, E. Smoking cessation interventions and older adults. *Progress in Cardiovascular Nursing*. v.23, n.3, p. 119-27, 2008.

FOCCHI, G.R.A.; BRAUM, I.M. Tratamento farmacológico do tabagismo. **Rev Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 5, p. 267-275, 2015.

GÓMEZ-CORONADO, N.; WALKER, A.J.; BERK, M.; DODD, S. Current and emerging pharmacotherapies for cessation of tobacco smoking. **Pharmacotherapy**. v.38, n.2, p. 235-258, feb. 2018.

HERRÁN, A.; SANTIAGO, A.; SANDOYA, M.; FERNÁNDEZ, M.J.; DEZ-MANRIQUE, J.F.; VASQUEZ-BARQUERO, J.L. Determinants of smoking behaviour in outpatients with schizophrenia. **Schizpph Res**, v. 41, p. 373-381, 2010.

HUGHES, J.R.; GUST, S.W.; SKOOG, K.; KEENAN, R.M.; FENWICK, J.W. Symptoms of tobacco withdrawal – a replication and extension. **Arch General Psychiatry**, v. 48, p. 52-59, 2011.

JESUS, M.C.P.; SILVA, M.H.; CORDEIRO, S.M.; KORCHMAR, E.; ZAMPIER, V.S.B. et al. Understanding unsuccessful attempts to quit smoking: a social phenomenology approach. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n.1, p. 71-8, feb. 2016.

MALTA, D.C.; ISER, B.P.M.; SÁ, N.N.B.; YOKOTA, R.T.C.; MOURA, L.; CLARO, R.M. et al. Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do Vigitel, 2006 a 2011. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n.4, p. 812-22, abr. 2013.

MARTÍN CANTERA, C.; PUIGDOMENECH, E.; BALLVÉ, J.L.; ARIAS, O.L.; CLEMENTE, L.; CASAS, R. et al. Effectiveness of multicomponent interventions in primary healthcare settings to promote continuous smoking cessation in adults: a systematic review. **BMJ Open**, v. 5, n.10, p. e008807, oct. 2015.

MESQUITA, A.A. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. **Rev Bras Ter Comp Cogn**, v. 15, n.2, p. 35-44, ago. 2013.

PAPADAKIS, S.; PIPE, A.; KELLY, S.; PRITCHARD, G.; WELLS, G.A. Strategies to improve delivery of tobacco use treatment in primary care practice (Protocol). **Cochrane Database Syst Rev**, v. 3, p. CD011556, 2015.

PEUKER, A.C.; BIZARRO, L. Características do processo de cessação do tabagismo na abstinência prolongada. **Contextos Clin.** v. 8, n.1, p. 87-98, jan-jun, 2015.

PINHO, V.D.; OLIVA, A.D. Habilidades sociais em fumantes, não fumantes e ex-fumantes. **Rev. Bras. Terapias Cognitivas**, v.3, n.3, 2007.

PLACZEK, A.N.; ZHANG, T.A.; DANI, J.A. Age dependent nicotinic influences over dopamine neuron synaptic plasticity. **Biochem Phamarcol**, v. 78, n.7, p. 686-92, oct. 2009.

REICHERT, J.; SOUSA, E.G.; ARAÚJO, A.J. Quais as evidências científicas das doenças sistêmicas relacionadas ao tabaco? In: ARAÚJO, A.J. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Manual de condutas práticas em tabagismo**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012.

REICHERT, M J.; ARAÚJO, A.J.; GONÇALVES, C.M.C.; GODOY, I.; CHATKIN, J.M.; SALES, M.P.U. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. **J Bras. Pneumol.** v.34, n.10, p.845-80, 2008.

RONDINA, R.C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. **Rev Psiq Clín**, v. 30, n. 6, p. 121-128, 2013.

ROSEMBERG, A.M.F.A. Tabagismo – Panorama Global. **Revista Jovem médico**, v. 6, 2011.

SADOCK, B.J.; SADOCK V.A. **Compêndio de Psiquiatria**. 9 ed. Artmed, 2007

SESTELO, M.R. Qual é a importância e como avaliar o estágio de motivação em que se encontra o paciente? In: ARAÚJO, A.J. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Manual de condutas práticas em tabagismo**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012.

SILVA, S.T.; MARTINS, M.C.; FARIA, F.R.; COTTA, R.M.M. Combate ao tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 19, n.2, p.

539-52, 2014.

SIPOS, V. PALINKAS, A.; KOVÁCS, N.; CSENERI, K.O.; VINCZE, F. et al. Smoking cessation support for regular smokers in Hungarian primary care: a Nationwide representative cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 8, n.2, p. e018932, 2018.

VAN SCHAYCK, O.C.P.; WILLIAMS, S.; BARCHILON, V.; BAXTER, N.; JAWAD, M.; KATSAOUNOU, P.A. et al. Treating tobacco dependence: guidance for primary care on life-saving interventions. Position Statement of the IPCRG. **Prim Care Respir Med**, v. 27, n.1, p.38, jun. 2017.

WINDLE, M.; WINDLE, R.C. Depressive symptoms and cigarette smoking among middle adolescents: prospective associations and intrapersonal and interpersonal influences. **J Consult Clin Psychol**, v. 69, p. 215-226, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A guide for oral disease patients to quit tobacco use. Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tobacco and its environmental impact: an overview.** 2017. Disponível em: <  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255574/9789241512497-eng.pdf?sequence=1>>.