

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

FÁBIO BRAGA ARAÚJO

IMPLANTAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE CESSAÇÃO DO
TABAGISMO NA UBS BELA VISTA – TIMÓTEO/MG

GOVERNADOR VALADARES / MINAS GERAIS

2013

FÁBIO BRAGA ARAÚJO

**IMPLANTAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE CESSAÇÃO DO
TABAGISMO NA UBS BELA VISTA – TIMÓTEO/MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

GOVERNADOR VALADARES / MINAS GERAIS

2013

FÁBIO BRAGA ARAÚJO

IMPLANTAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO NA UBS BELA VISTA – TIMÓTEO/MG

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena – Orientador

Prof.^a Andréa Clemente Palmier – Examinador

Aprovado em Belo Horizonte: 11/01/14

AGRADECIMENTOS

Agradeço a oportunidade de cursar essa especialização que proporcionou aumento de conhecimentos e habilidades.

À minha família e namorada Emília pela compreensão, motivação e disponibilização de recursos e esforços que foram essenciais na jornada.

A ESF Bela Vista e coordenação de atenção básica do município de Timóteo pelo apoio e adesão à causa.

Aos tutores das disciplinas principalmente à Fernanda Magalhães Duarte Rocha pela paciência e empenho.

Ao Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena pela orientação, paciência e compreensão na conclusão deste trabalho.

RESUMO

Em Timóteo, existe um grande número de tabagistas como em todo Brasil e muitos pertencem à área de abrangência da ESF Bela Vista. Durante as consultas e reuniões de equipe foi constatada a alta prevalência do tabagismo, o desejo de alguns usuários em parar de fumar e a falta de uma estratégia de abordagem e tratamento. A importância da prevenção e diminuição dos agravos do tabagismo foi o que motivou a elaboração de um plano de ação para o enfrentamento do problema. A Equipe de Saúde da Família Bela Vista realizou um diagnóstico situacional da área de abrangência, de acordo com o módulo sobre Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, elaborando um levantamento de problemas da comunidade. Após estudo sobre relevância dos problemas e capacidade de governabilidade da equipe, priorizou-se atuar sobre a situação do tabagismo. Foram utilizados dados epidemiológicos do IBGE. Para embasamento científico realizou-se uma revisão literária com utilização dos seguintes descritores: “Planejamento em saúde; Planejamento estratégico; Programa Nacional de controle do tabagismo; Produtos para o Abandono do uso de tabaco; Abandono do uso de tabaco; hábito de fumar”, em sites como o Scielo, Lilacs e Biblioteca Virtual da UFMG, como critério de inclusão foram utilizados artigos publicados entre os anos de 1990 e 2013. O plano de ação baseia-se na implantação do Plano Nacional de Cessação do Tabagismo visando redução da prevalência e custos do tabagismo. Entretanto é dinâmico e para alcançar efetivamente os resultados desejados deve ser reavaliado e reestruturado sempre que necessário.

Palavras-chave: Hábito de Fumar; Programa Nacional de Controle do Tabagismo; Abandono do Uso de tabaco;

ABSTRACT

In Timóteo, there is a large number of smokers, as throughout Brazil and many belong to the area covered by the ESF Bela Vista. During consultations and team meetings was confirmed the high prevalence of smoking, the desire of some users in quitting smoking and lack of a strategic approach and treatment. The importance of prevention and reduction of the adverse effects of smoking has motivated the development of an action plan to face the problem. The Bela Vista's Family Health Team made a situational diagnosis of the coverage area, according to the module on Planning and Evaluation of Actions in Health from the Specialization Course in Primary Health Care, developing a survey of community problems. After a study on problems about relevance and ability to governance of the team, were prioritized the work on the smoking situation. We used epidemiological data from IBGE. For a scientific literature review, a research was performed using the following descriptors : " Health planning , Strategic Planning , National tobacco control ; Products for the abandonment of tobacco use ; Abandonment of tobacco use , smoking habit ," in search engines as SciELO, Lilacs , and UFMG's Virtual Library on the subject . As inclusion criteria were used articles published between 1990 and 2013. The action plan is based on the implantation of the National Smoking Cessation aimed at reducing the prevalence and costs of smoking . However it is dynamic and to effectively achieve the desired results should be reevaluated and restructured when necessary.

Keywords: Smoking; National Program of Tobacco Control; Tobacco Use Cessation;

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Percentual das pessoas de 15 anos ou mais de idade, por Grandes Regiões, segundo condição de uso de tabaco fumado – 2008 ----- **11**

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Síntese de teorias da dependência ao cigarro ----- **23**

Quadro 2: Taxas de abstinência por tempo de abordagem ----- **30**

Quadro 3: Taxas de abstinência por drogas anti-tabagismo ----- **31**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Questionário de Tolerância de Fagerström	40
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ESF – Equipe de Saúde da Família

HIPERDIA – Programa de atenção aos Hipertensos e Diabéticos

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS – Literatura Latino-americana e do Caribe

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG's – Organizações Não-Governamentais

PAAPA - Pergunte, Avalie, Aconselhe, Prepare e Acompanhe

PES – Plano Estratégico Situacional

PSF – Programa Saúde da Família

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

SIAB – Sistemas de Informação da Atenção Básica

SNC – Sistema Nervoso Central

SUS – Sistema Único de Saúde

TRN – Terapia de Reposição de Nicotina

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVOS.....	19
3.1 Objetivo Geral	19
3.2 Objetivos Específicos.....	20
4. METODOLOGIA	21
5 REVISÃO DE LITERATURA	23
5.1 Epidemiologia do Tabagismo	23
5.2 Motivos que Levam as Pessoas a Fumar	25
5.3 Dependência ao Tabagismo	28
5.4 Efeitos do Cigarro.....	29
5.5 Custos do Cigarro.....	30
5.6 Parar de Fumar	32
5.7 Programa Nacional de Combate ao Tabagismo.....	35
6. PLANO DE INTERVENÇÃO	38
6.1 Definição do Problema	39
6.2 Como Controlar o Problema	40
6.3 Problema Priorizado	41
6.4 Explicação do Problema	42
6.5 Desenho das Operações	43
7 DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS.....	46
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS.....	51

1 INTRODUÇÃO

O plano de combate ao tabagismo foi abordado devido a vários fatores que colocam o tabagismo como a principal causa de morte evitável no mundo. Já está comprovado que o tabagismo é responsável por: 200 mil mortes por ano no Brasil (23 pessoas por hora); 25% das mortes causadas por doença coronariana - angina e infarto do miocárdio; 45% das mortes por infarto agudo do miocárdio na faixa etária abaixo de 65 anos; 85% das mortes causadas por bronquite crônica e enfisema pulmonar (doença pulmonar obstrutiva crônica); 90% dos casos de câncer no pulmão (entre os 10% restantes, 1/3 é de fumantes passivos); 25% das doenças vasculares (entre elas, derrame cerebral); 30% das mortes decorrentes de outros tipos de câncer (de boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, rim, bexiga, colo de útero, leucemia) (INCA, 2001).

O tabagismo é uma grave comorbidade estando associado a várias doenças como: hipertensão arterial; aneurismas arteriais; úlcera do aparelho digestivo; infecções respiratórias; trombose vascular; osteoporose; catarata; impotência sexual no homem; infertilidade na mulher; menopausa precoce; complicações na gravidez. (INCA, 2001)

Porém as estratégias de cessação do tabagismo são muito importantes, pois ao parar de fumar, o risco dessas complicações diminui gradativamente conforme (DOLL; PETO, 1994 *apud* INCA, 2001, p. 23):

Quando comparadas com as pessoas que continuam a fumar, as que deixam de fumar antes dos 50 anos de idade apresentam uma redução de 50% no risco de morte por doenças relacionadas ao tabagismo após 16 anos de abstinência. O risco de morte por câncer de pulmão sofre uma redução de 30 a 50% em ambos os sexos após 10 anos sem fumar; e o risco de doenças cardiovasculares cai pela metade após um ano sem fumar.

O número de mortes devido às doenças e complicações relacionadas ao tabagismo é alto sendo estimado em 4,9 milhões de mortes anuais no mundo sendo que metade das mortes ocorre em indivíduos em idade produtiva (entre 35 e 69 anos) (WHO, 2003).

Não há dados oficiais sobre o número de tabagistas na população adscrita da UBS Bela Vista em Timóteo-MG. Nos sistemas de informação como o SIAB não

constam esse parâmetro de uma doença tão comum e tão impactante sobre a qualidade de vida da população.

Além disso, durante as consultas já foram identificados pacientes com desejo de cessar o tabagismo. Durante a reunião de equipe esse foi o ponto de prioridade, onde há alta importância, urgência e uma capacidade de enfrentamento parcial sendo considerada a seleção um dos problemas pelo método de planejamento estratégico situacional (CAMPOS ET AL, 2010).

Em análise do estudo publicado pelo IBGE, vários dados importantes foram revelados sobre o tabagismo e a população brasileira. A prevalência é extremamente alta tendo sido avaliada em 17,2% de fumantes na população acima de 15 anos em grandes regiões do Brasil. Nos homens a prevalência é de 21,6% e nas mulheres de 13,1% (IBGE, 2008).

Tabela 1: Percentual das pessoas de 15 anos ou mais de idade, por Grandes Regiões, segundo a condição de uso de tabaco fumado - 2008

Sexo e condição de uso de tabaco fumado	Percentual das pessoas de 15 anos ou mais de idade (%)					
	Brasil	Grandes Regiões				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Fumante corrente	17,2	16,8	17,2	16,7	19,0	16,6
Fumante diário	15,1	13,4	14,5	15,0	17,3	14,8
Fumante ocasional	2,1	3,4	2,7	1,7	1,8	1,8
Fumante ocasional, antes diário	0,9	1,5	1,0	0,8	0,7	0,8
Fumante ocasional, nunca diário	1,2	1,9	1,7	0,9	1,1	1,0
Não fumante	82,8	83,2	82,8	83,3	81,0	83,4
Ex-fumante diário	14,1	12,3	14,0	13,9	15,2	15,2
Nunca fumante diário	68,7	70,9	68,8	69,4	65,7	68,2
Ex-fumante ocasional	4,1	6,2	4,2	3,7	3,8	4,6
Nunca fumante	64,7	64,8	64,6	65,8	61,9	63,6

Fonte: IBGE (2008).

Em relação à idade, pacientes entre 25 e 64 anos são os mais dependentes do cigarro, principalmente entre 44 e 64. Isso reflete uma redução do consumo nas gerações mais novas.

Há também uma associação entre o tabagismo, escolaridade e renda. Esse fator pode ser explicado, pois essa população tem menos acesso às informações sobre as consequências do uso do cigarro. O foco nessa população de risco é importante, pois o perfil de usuários que utilizam o SUS é semelhante. O percentual

de fumantes é maior na população com menos anos de estudo e com renda mais baixa (IBGE, 2008).

Porém a exposição é ainda maior ao considerar que 18,1% já tiveram algum grau de dependência ao tabagismo, mas pararam de fumar. Outro fator a considerar é que a exposição à fumaça foi de 24,4% em pacientes não fumantes no último mês.

Um dado interessante é que as tentativas de cessação do tabagismo são relativamente comuns, sendo relatado que 45,6% dos tabagistas realizaram uma tentativa de parar de fumar e 58,8% procuraram algum profissional de saúde nos últimos doze meses à pesquisa.

-Em relação ao serviço de saúde, os tabagistas informam que 71% foram questionados sobre o hábito de fumar por algum profissional de saúde e 57,1% relatam terem sido aconselhados a parar de fumar.

Sobre os métodos para cessar o tabagismo, o aconselhamento foi utilizado em 15,2% e a farmacoterapia em 5,7%.

Ao serem questionados sobre o desejo de cessar o tabagismo e o grau de imediatismo, 18,7% planejavam cessar o hábito em até um ano, porém 47,9% negaram interesse em parar de fumar.

Os tabagistas são um caso interessante, pois a maioria dos fumantes sabe dos riscos e malefícios que o hábito de fumar provoca, mas insiste no vício devido à dependência química e psicológica. Além da dependência química à nicotina, outros fatores explicam a necessidade em manter o tabagismo como uso para relaxar e aliviar tensões, disfarçar o tédio, amenizar uma situação de estresse e ocupar as mãos e a boca em um ambiente social com pessoas reunidas.

Segundo a OMS, a maioria dos tabagistas inicia na adolescência, e algumas hipóteses para isso seria a imitação de adultos, a necessidade de aceitação pelo grupo de amigos, ilusão de que o ato de fumar os faz parecer mais velhos, ansiedade e timidez e a crença de elegância no ato de levar o cigarro à boca.

Durante as reuniões da equipe de saúde foram identificadas causas fundamentais para enfrentar o problema do tabagismo para a realidade da UBS Bela Vista em Timóteo. Os nós críticos dos problemas seriam:

- Hábitos e estilo de vida

- Pressão social (círculo de fumantes, jovens fumando)
- Nível de informação da população sobre o tabagismo como doença e suas complicações.
- Estruturar o serviço com melhora do processo de trabalho da equipe que não é adequado para o combate ao tabagismo. Isso pode ser feito através da
 - Implantação do programa nacional contra o tabagismo
 - Criação de Grupo de apoio com formação multidisciplinar
 - Identificação dos tabagistas e os que já desejam parar de fumar

Esses nós críticos foram selecionados para que pudéssemos focar na sua intervenção, pois são as causas que mais terão impacto sobre problema principal.

Portanto a complexidade do quadro, sua prevalência e a capacidade de governabilidade da equipe sobre o problema foram os fatores que manifestaram na equipe o desejo de criar um plano de ação sobre o combate ao tabagismo.

Sendo o tabagismo uma epidemia completamente evitável, os esforços para redução da iniciação e cessação do tabagismo devem ser estratégicos, evitando mortes, morbidades e gastos de saúde. Apesar de já haver um programa nacional há duas décadas no Brasil, o acesso dos usuários é restrito, pois há necessidade de várias adequações organizacionais, físicas e capacitação de recursos humanos para implantação em UBS. Não há um serviço estruturado no município de Timóteo focado no controle do tabagismo.

Outro ponto importante é que já são conhecidos e comprovados os meios de cessação do tabagismo com taxas de sucesso maior com emprego de farmacoterapia e abordagem individual focada na cessação do tabagismo. Apesar dos custos iniciais para a implantação de uma política específica contra o tabagismo, haverá retorno com diminuição de mortes e incapacitações de pessoas em idade produtiva e redução do custo de tratamento das complicações do tabagismo.

A população adscrita na UBS Bela Vista é composta por 2990 pessoas segundo sistema de informação da atenção básica (SIAB) de 2012. Uma dificuldade encontrada é que não há descrição da prevalência do tabagismo nos programas epidemiológicos da atenção primária como o SIAB. Porém seguindo o estudo do IBGE citado anteriormente que considera uma prevalência de 17,2% do tabagismo

em pessoas acima de 15 anos e considerando a população acima de 15 anos da UBS de 2.276 (SIAB), estimamos uma população de fumantes de 391 pessoas.

Dessas pessoas, há uma lista de 15 pessoas feita pela manifestação espontânea dos tabagistas em cessar o hábito. Estes serão o grupo inicial.

A equipe de saúde da UBS é composta por uma equipe de saúde da família, integrada por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

Os nós críticos encontrados é que não há espaço físico adequado para as reuniões do grupo. A UBS está loteada em uma casa residência alugada e adaptada para receber uma unidade básica de saúde. Há um projeto de construção de uma UBS em outro lugar, composta por três PSF's da região. Devido à falta de projeto físico específico, as reuniões serão realizadas na garagem da UBS temporariamente.

Outro problema a ser discutido com os gestores é que não há estrutura de apoio ao PSF e o Programa Nacional de Cessação do Tabagismo ainda não foi implantado no município. Não há núcleo de apoio à saúde da família, a equipe multidisciplinar com psicólogos, terapeuta ocupacional, nutricionista e educador físico. Assim, os fumantes não poderão ter consultas diretamente na unidade. Tentaremos que os profissionais do município, que estão centralizados na sede da secretaria de saúde se disponibilizem a ajudar absorvendo prioritariamente os pacientes encaminhados através do grupo de tratamento.

Outro fato que também compete à gestão do município é que não há farmácia na UBS. Consequentemente não há nenhum profissional farmacêutico para orientar os pacientes no uso correto das medicações. Fato esse que é de grande importância para a disponibilização e liberação dos medicamentos associados ao programa. A farmácia regional será responsável pela dispensação dos medicamentos.

Dos profissionais que integram a equipe é necessário treinar o médico ou a enfermeira, (idealmente os dois), no curso de formação do Ministério da Saúde relacionado às estratégias de combate ao tabagismo e condução do acompanhamento dos pacientes. Esse curso é solicitado pela secretaria municipal junto à secretaria estadual de saúde. O requerimento aos gestores do município já foi feito.

2 JUSTIFICATIVA

Durante o atendimento já foi identificado junto à população adscrita interesse e demanda espontânea de intervenção. Porém não foi implantado no município o programa nacional de cessação do tabagismo. Um dado que mostra a importância do projeto é que o tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável no mundo (INCA, 2001).

Como a abordagem do tabagista é complexa e suas reações à abstinência durante a cessação são complexas, um programa voltado especificamente para a cessação do tabagismo, com equipe multidisciplinar e com adição de fármacos é mais eficiente (BRASIL, 2004).

O primeiro contato com o tabaco ocorre ainda na infância e normalmente em ambientes familiares devido à alta prevalência na população. Assim afetam uma população vulnerável e mais influenciável por hábitos de pessoas próximas como parentes e amigos, além de mensagens midiáticas. Além disso, devido à dificuldade de cessação do hábito, a prevenção se torna uma estratégia importante na abordagem dos agravos provocados pelo cigarro. Educação, conscientização e exemplos positivos se tornam uma ferramenta interessante e que deve ser utilizada com linguagem apropriada e foco principalmente nos adolescentes em ambientes de maior risco (INCA, 2001).

Além do impacto da dependência sobre o indivíduo como situação social e econômica, há várias morbidades relacionadas ao consumo do tabaco e consequente agravamento de outras doenças prévias. Os tipos de câncer que incidem com maior frequência em fumantes são os de pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo do útero, estômago e fígado. Vale ressaltar que o câncer de pulmão, em 90% dos casos provocado pelo tabagismo, ocupa a primeira posição em mortalidade por câncer no sexo masculino, na maioria dos países desenvolvidos, e no Brasil. Além disso, apesar dos avanços terapêuticos, este tipo de câncer apresenta uma alta letalidade (SAMET: LANCE, 1996).

Além disso, indivíduos próximos como familiares e amigos são afetados pelo tabagismo através da fumaça que também apresenta riscos. Na fumaça dos produtos podem ser detectadas cerca de 4700 substâncias tóxicas diferentes, dentre

elas o alcatrão, a nicotina, o monóxido de carbono, resíduos de fertilizantes e pesticidas, metais pesados, e até substâncias radioativas (BRASIL, 1998).

O tabaco e suas associações se tornam uma droga com alto potencial de dependência que dificulta o controle de sua expansão e limita a cessação voluntária e individual dos usuários. Portanto torna-se necessária uma abordagem e intervenção abrangente e bem estruturada visando reduzir a prevalência e incidência do tabagismo (BRASIL, 2003).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Fazer uma revisão na literatura para adquirir mais conhecimentos científicos sobre o tabagismo e seus efeitos no organismo e propor um plano de ação visando implantar o Plano Nacional de Cessação do Tabagismo na UBS Bela Vista em Timóteo/MG e reduzir a incidência e prevalência do tabagismo na população adscrita da UBS Bela Vista.

3.2 Objetivos Específicos

- Capacitar a equipe para identificar e captar precocemente os tabagistas, principalmente usuários com desejo imediato de cessar a dependência ao cigarro;
- Realizar reuniões de equipe, traçar metas para ação de equipe e revisar os resultados;
- Criar grupo de tabagismo com disponibilização de medicamentos e equipe multiprofissional de apoio aos pacientes;
- Instrumentalizar toda a equipe de saúde para a abordagem de todo tabagista, convidando ao programa;
- Melhorar acesso dos tabagistas na unidade de saúde, divulgar orientações sobre o programa e forma de participação em forma de cartazes na UBS;
- Promover educação sobre os riscos e consequência do tabagismo tanto para tabagistas, familiares e não-tabagistas, com foco em adolescentes;
- Envolver a comunidade local na divulgação e apoio aos participantes do programa com apoio de líderes locais e instituições (escola, igreja, associação de bairro);
- Promover a participação dos tabagistas e familiares em palestras do grupo e estimular os ex-tabagistas a compartilhar experiências;

4 METODOLOGIA

Inicialmente, foi realizado um diagnóstico situacional para identificar os problemas relativos ao tabagismo, como objeto de pesquisa. Através da demanda espontânea na unidade de usuários com desejo imediato de cessar o tabagismo e estimativa com dados epidemiológicos e do SIAB, foi possível ter uma estimativa do total de tabagistas na região adscrita pela UBS. Para o enfrentamento do problema, foi feito um plano de ação, seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). O tabagismo foi escolhido durante a reunião de equipe como prioridade. Isso ocorreu porque durante a análise de diagnóstico situacional pelo PES o problema de tabagismo recebeu classificação de alta importância, uma urgência alta e uma capacidade de enfrentamento parcial, sendo, portanto considerada a seleção um dos problemas (CAMPOS *et al*, 2010).

Para a fundamentação teórica deste trabalho, foram feitas buscas sobre o tema em sites como Scielo, Lilacs, e Biblioteca Virtual do Nescn sobre tabagismo, usando os descritores: “Planejamento em saúde; Planejamento estratégico; Programa Nacional de controle do tabagismo; Produtos para o Abandono do uso de tabaco; Abandono do uso de tabaco; hábito de fumar”, com o critério de inclusão de artigos publicados entre 1990 e 2013.

O plano de intervenção será feito através das estratégias traçadas com o PES e seguindo o modelo do plano nacional de cessação do tabagismo. O plano abrangerá projetos para o enfrentamento do problema, como por exemplo, a identificação e abordagem dos tabagistas com esclarecimentos sobre os hábitos e apresentação do programa de tratamento, formação de um grupo operativo com os usuários, onde será feita abordagem dos sintomas de abstinência, apoio psicológico e caso seja necessário reavaliação do tratamento será agendada consulta individual com enfermeiro ou o médico. Ocorrerão palestras sobre o tema em outro grupo de hipertensão e diabetes (Hiperdia), pois é um grupo com muitos usuários e os agravos do cigarro são substancialmente mais graves e mais acelerados na presença de comorbidades.

O tabagismo como toda dependência química possui abordagem complexa, com dificuldade de adesão dos pacientes e controle de sintomas

complexos de abstinência durante o tratamento. Por isso uma equipe treinada, multidisciplinar e com ações estratégicas pode melhorar a efetividade do tratamento.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Epidemiologia do Tabagismo

A Organização Mundial da Saúde estima que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas (entre as quais 200 milhões de mulheres), sejam fumantes. O Brasil foi considerado o terceiro país em número de fumantes, somente atrás de China e Índia (WHO, 2003).

Atualmente, o tabagismo é considerado uma pandemia pela OMS, ou seja, uma epidemia generalizada, responsável por 5.4 milhões de pessoas por ano. Se não houver políticas eficientes e mudança do quadro atual, estimativas prospectivas assinalam que o número de morte pode chegar a 10 milhões de mortes por ano em 2020. No Brasil, são estimadas cerca de 200 mil mortes/ano em consequência do tabagismo (WHO, 2003).

E alguns resultados positivos já vêm sendo observados, como a redução do consumo anual per capita de cigarros em cerca de 32% entre 1989 e 2002, mesmo computando-se as estimativas de consumo de produtos provenientes do mercado ilegal (contrabando e falsificações) (BRASIL, 2003); e a redução da prevalência de fumantes de 32% em 1989 para cerca de 20% em 2002 (BRASIL, 2004).

Um dado importante é o início precoce do tabagismo. Rosemberg (2002) assinala que há três milhões e duzentos mil adolescentes tabagistas no Brasil. Esse dado é alarmante, pois a captação de novos usuários é precoce e devido ao fato que estes indivíduos provavelmente serão expostos por mais tempo aos efeitos tóxicos do cigarro.

Apesar do adoecimento e a morte causada pelo tabagismo se manifestarem entre adultos, ela começa na infância. Hoje, vários estudos corroboram que 90% dos fumantes iniciaram até os 19 anos e 50% dos que experimentaram um cigarro se tornaram fumantes na vida adulta (CINCIPRINI *et al.*, 1997).

As ações de conscientização dos riscos do tabagismo realizadas há várias décadas provocou uma redução da aceitação social do tabagismo, fazendo com que um número cada vez maior de fumantes deseje parar de fumar. Pesquisas mostram que cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar, porém apenas 3%

conseguem a cada ano, sendo que desses, a maior parte consegue sozinho, sem ajuda, o que coloca em evidência o grande potencial que a abordagem rotineira do fumante possui para reduzir a prevalência de fumantes (CINCIPRINI *et al.*, 1997).

Embora Dados nacionais mostrem o consumo venha caindo mesmo entre os jovens, em alguns lugares do Brasil meninas estão fumando mais do que meninos. Também mostram que o consumo de tabaco se concentra em populações de baixa renda e escolaridade (BRASIL, 2003)

O tabagismo responde atualmente por 40 a 45% de todas as mortes por câncer, 90 a 95% das mortes por câncer de pulmão, 75% das mortes por DPOC, cerca de 20% das mortes por doenças vasculares, 35% das mortes por doenças cardiovasculares, entre homens de 35 a 69 anos de idade, nos países desenvolvidos (WHO, 1999). Este fato contribui para que hoje o tabaco responda por 15 % do total de mortes nesses países (MURRAY; LOPEZ, 1996).

5.2 Motivos que Levam as Pessoas a Fumar

Para Rosemberg (1998, p. 51), “os dados genéticos em relação ao tabagismo comportam dois aspectos distintos. Um é relacionado com a iniciação de fumar e outro com a reação do organismo ante a nicotina”.

Conforme o autor, a maioria dos tabagistas iniciam na adolescência. Nesse grupo o início do tabagismo se deve mais fortemente por fatores sócio-ambientais, principalmente pelo fato do tabaco ser um produto lícito. Além disso, a alta prevalência promove o contato com o cigarro em ambientes familiares e de amigos.

Porém os fatores genéticos ocorrem pela influência ambiental. Denota-se também nas mulheres, especialmente jovens, o ingresso ao tabagismo, por influência ambiental (ROSEMBERG, 1998).

De acordo com BRASIL (1997) citado por Fiore *et al.* (2000, p.13):

O comportamento de usar uma droga é adquirido através de condicionamento, sendo reforçado pelas ações farmacológicas da mesma, tal como ocorre com a nicotina. Ao mesmo tempo, o indivíduo dependente começa a associar humores, situações ou fatores ambientais específicos aos efeitos recompensadores da mesma. A associação desses fatores aos efeitos esperados da droga e ao desejo compulsivo de usá-la novamente resulta em outro tipo de condicionamento.

Conforme Silveira (1982, p.158), “três são as correntes médicas que procuram explicar a dependência tabagismo”. A primeira defendida por Rafael Kaufman, que responsabiliza a propaganda como forma de indução e fortíssimos apelos, apesar de sutis. A segunda referente a fatores psicológicos e, a última defendida por Bhagatti, que atribui toda a responsabilidade à nicotina, como causadora de uma dependência orgânica ou fisiológica.

O quadro a seguir ilustra a fusão das três teorias com vistas a responder à dependência ao tabagismo.

Quadro 1: Síntese de teorias sobre os motivos de dependência ao cigarro

PROPAGANDA	Poderoso Fator	Cria sugestões – sugere valores.
Dr. Rafael	Por que	Vence o senso comum e a resistência

Kaufman Chefe do Serv. De Psiquiatria do Hosp. Monte Sinai – Nova Iorque		do indivíduo para andar com a sociedade. Prof. Hilário V. Carvalho disse: “A propaganda do fumo é criminosa, por que sugere valores que o fumo não tem”
FATORES PSICOLÓGICOS Prof. Sepineli – Inst. De Etnologia de Perugia (Itália)	Satisfação Oral Satisfação Visual Satisfação Mecânica Satisfação Moral Satisfação Social – pertencer a uma elite	Reminiscência da chupeta. Prazer de ver o fogo – fumaça. Reflexologia no ritual do fumo. Auto-defesa nas tensões – esconder-se na cortina de fumaça. Chamar a atenção sobre si – autopromoção. Fumadores de charuto. Fumadores de cachimbo. Fumadores de cigarro (várias marcas)
FATOR ORGÂNICO Dr. Bugh Bhagatti – Cientista da Universidade S. Luiz - Missouri	Dependência Orgânica (por que se fuma apesar de se conhecerem os males que o tabaco exerce sobre todo organismo humano?)	A nicotina do cigarro aumenta a produção da norepinefrina, hormônio regulador do sistema nervoso. Fica, assim, o fumante, para tranquilizar-se, na dependência do fumo ou do cigarro. Para Bhagatti, não são os fatores psicológicos importantes na dependência tabágica. Mas, diz ele: “Fica provado que os fumantes que não dependem psicologicamente do cigarro, mas criam

		uma necessidade orgânica ou fisiológica de absorver nicotina, que faz com que o homem se exponha a uma série de moléstias cardiovasculares e ao câncer do pulmão”. Quanto ao cigarro com filtro, o fumante terá que gastar muito mais para levar o organismo à cota de nicotina exigida, que o filtro reteve, segundo a teoria deste autor.
--	--	---

Fonte: Silveira (1982).

Há extensa gama no comportamento das pessoas em relação ao tabagismo. São muitas as variações individuais quanto à sensibilidade ou tolerância à nicotina, a capacidade orgânica de sua metabolização, o grau de intensidade da nicotino-dependência, a maior e menor dificuldade de abandonar o tabaco, os riscos diversos de reincidência nos que deixam de fumar e outras peculiaridades. A base dessas variações é genética, cujas pesquisas aprofundaram-se nos últimos tempos (ROSEMBERG, 1998).

Portanto a abordagem do tabagista é complexa e deve haver um conhecimento profundo do indivíduo para possibilitar uma adesão maior ao tratamento. É importante identificar motivos, satisfações e ganhos secundários com o tabagismo para intervir mais efetivamente.

5.3 Dependência ao Tabagismo

Apesar de o tabagismo ser um dos principais agravos de saúde pública no mundo, seus agravos são subestimados pelos serviços de saúde. Seus efeitos são em grande parte irreversíveis e limitantes, porém como apresentam manifestação tardia são de menor impacto imediato sobre os usuários, ao contrário de outras drogas como cocaína e maconha (CORREA; BARRETO; PASSOS, 2008).

Uma dos componentes do cigarro, a nicotina é a principal substância relacionada à dependência. Ela afeta sistematicamente todas as estruturas do corpo. Porém seu principal efeito é sobre o sistema nervoso central, com capacidade de estimulação, obter prazer, aumentar a vivacidade e a desempenho nas tarefas, reduzir a ansiedade e o apetite. Porém com o passar do tempo esses efeitos se tornam desastrosos. Ao realizar a primeira tragada em cigarro, em um intervalo de poucos segundos após o cigarro aceso, a nicotina atinge o SNC, obtendo a sensação de bem estar e prazer. Um efeito conhecido é que paulatinamente os receptores cerebrais vão se dessensibilizando à substância e ao hábito de fumar, assim logo o usuário necessitará aumentar as doses de tabaco para obter efeitos semelhantes. A exposição prolongada habitua o SNC à presença da nicotina e sua ausência desperta reações de ansiedade, mau humor e nervosismo, necessitando de novas doses do cigarro sistematicamente (FIORE *et al.*, 2000).

Exemplificando, se o indivíduo realiza 15 tragadas por cigarro em um maço com 20 cigarros por dia, serão 300 doses diárias e 110.000/ano de nicotina. Além disso, o efeito danoso do cigarro é dose e tempo dependente (ACT, 2010).

Há algum tempo, o cigarro era visto como um hábito prazeroso, e fumar, uma questão de escolha pessoal associada a um estilo de vida. Esta imagem foi reforçada através de estratégias de marketing das empresas de tabaco. No entanto, a ciência confirmou que fumar provoca dependência. Logo, não pode ser uma escolha associada à liberdade, pois é justamente o oposto disso. Na maioria dos casos, o fumante fuma não porque quer, mas porque não consegue ficar sem fumar. Além disso, é preciso considerar que 90% das pessoas começam a fumar antes dos 19 anos de idade, ainda na fase de adolescência (ACT, 2010)

5.4 Efeitos do Cigarro

Para Ferreira (2001, p.485), nicotina é “alcalóide existente nas folhas do tabaco”. O cigarro não provoca efeitos alarmantes em curto prazo como outras drogas, mas também tem a capacidade de provocar dependência. Como no caso da bebida, a nicotina e outras drogas interferem no funcionamento da dopamina, provocando um efeito relaxante ao fumante.

O tabaco é nocivo à saúde porque contém também milhares de substâncias tóxicas. Além da nicotina, substância responsável pela dependência ao cigarro, já foram identificadas mais de quatro mil e setecentas (4.700) dessas substâncias (SERRART *et al.*, 2001).

A fumaça do cigarro e de outros produtos de tabaco contém mais de milhares de substâncias, algumas tóxicas e outras comprovadamente causadoras de câncer. Ela é uma mistura de gases e partículas provenientes da queima do fumo no ato de fumar. É composta pela fumaça que sai da ponta do produto (cigarro, charuto, cachimbo, etc.) quando ele não está sendo tragado e pela fumaça exalada pelo fumante. Segundo *U.S. Department of Health and Human Services* (1986, p.31), algumas substâncias encontradas na fumaça do cigarro são:

A fumaça do cigarro é uma mistura de cerca de 4700 substâncias tóxicas diferentes. Tem uma fase gasosa e uma particulada. A fase gasosa é composta, entre outros, por monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína. A fase particulada contém nicotina e alcatrão que concentra 43 substâncias cancerígenas (causadoras de câncer). Dentre essas substâncias, pode-se citar: arsênio, níquel, benzopireno, cádmio, chumbo, além de resíduos de agrotóxicos nos produtos agrícolas, como por exemplo, o DDT, e substâncias radioativas.

Ao fim de um dia em ambiente poluído, os não fumantes podem ter respirado o equivalente a dez cigarros. Há associação que também a exposição prolongada à fumaça do cigarro cause câncer de pulmão, doenças cardiovasculares e respiratórias em adultos, problemas respiratórios em jovens e síndrome da morte súbita infantil em bebês. A nicotina, responsável pela dependência do cigarro, também é venenosa se usada em altas concentrações. Antigamente, na França, era usada como agrotóxico na lavoura. Os danos causados pelo cigarro atingem também os não fumantes.

5.5 Custos do Cigarro

Com o acesso à informação de estudos que comprovam o risco dos cigarros, atualmente a maioria dos fumantes sabem dos malefícios do cigarro. Mesmo assim todos os dias surgem novos tabagistas e os já dependentes continuam fumando. A dificuldade no combate ao cigarro é o acesso, já que uma droga lícita que pode ser encontrado facilmente em vários estabelecimentos comerciais, com respeito à restrição de somente ser vendido a maiores de dezoito anos de idade.

O cigarro possui em seu valor impostos embutidos, gerando receita aos países. Porém, apesar disso, foi estimado pelo Banco Mundial uma perda bruta de 200 bilhões de dólares para a economia dos países devido aos gastos com saúde e afastamento do trabalho de pessoas em idade produtiva. Deste déficit, aproximadamente a metade foi concentrada em países em desenvolvimento (IGLESIAS *et al*, 2007).

Uma análise no Brasil da Fundação Oswaldo Cruz chegou à conclusão que em 2005 o SUS teve um custo de 338 milhões de reais com apenas 331 pacientes devido às doenças cardíacas e câncer, em dois hospitais do Rio de Janeiro. Outro estudo econômico encomendado pela secretaria estadual de saúde e defesa civil à Universidade Federal do Rio de Janeiro, divulgado em 2009, demonstrou que a despesa média anual do SUS no estado para tratamento de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e câncer de pulmão relacionados ao tabaco foi de R\$ 52,6 milhões. O número de vítimas dessas doenças no estado nos últimos cinco anos foi cerca de 82 mil pessoas (PINTO, 2007).

O tabagismo gera uma carga econômica substantiva para a economia dos países, caracterizada pelos custos da assistência médica e da perda de produtividade devido à morbidade e à morte prematura. Estimativas recentes indicam que os custos atribuíveis às doenças tabaco-relacionadas são responsáveis por perdas anuais de 500 bilhões de dólares por produtividade, adoecimento e mortes prematuras. As análises realizadas em vários países mostram que esses custos podem alcançar até 1,15% do Produto Interno Bruto (REICHERT *et al*, 2008).

O tratamento do fumante está entre as intervenções médicas que apresentam as melhores relações custo-benefício. As estimativas de custo-benefício de uma breve abordagem do fumante pelo médico mostram que se apenas 2,7% a 3,7% dos

fumantes deixassem de fumar através dessa abordagem, o custo estimado por ano de vidas salvas seria da ordem de U\$748,00 a U\$ 2.020,00, bastante inferior ao custo do tratamento da hipertensão arterial leve a moderada (U\$ 11.300 – U\$24.408), da hipercolesterolemia (U\$ 65.511,00 –U\$108.189,00) e do infarto (U\$ 55.000,00) (CROGHAM *et al.*, 1997; ORLEANS, 1993 *apud* LIGHTWOOD *et al*, 2000)

No Brasil, de 1996 a 2005, foram registradas mais de um milhão de hospitalizações por causas atribuídas ao fumo, o que significou custos de aproximadamente meio bilhão de dólares americanos. De 1996 a 2005, foram registradas mais de um milhão de hospitalizações por causas atribuídas ao fumo, o que significou custos de aproximadamente meio bilhão de dólares americanos (IGLESIAS *et al*, 2007).

5.6 Parar de Fumar

A cessação do tabagismo é um processo diferente e individual. Apenas uma pequena parte dos tabagistas consegue parar de fumar na primeira tentativa. Portanto, após uma tentativa, se houver recaída o usuário não deve ter um sentimento exagerado de culpa, incapacidade, desânimo ou frustração. A dependência do tabaco é difícil de ser combatida devido ao contato constante e acesso fácil. Além disso, a ausência de nicotina pode precipitar a síndrome e abstinência com manifestações de insônia, nervosismo, falta de concentração, e mau humor. Avisar aos familiares e colegas de trabalho pode ajudar na tolerância principalmente nos primeiros dias. Paulatinamente os sintomas diminuem e a pessoa se sente melhor do que anteriormente (BRASIL, 2001).

De acordo com a OMS, 70% dos fumantes desejam parar de fumar, mas apenas de 3% a 5% conseguem sem qualquer tipo de ajuda. Relatos mostram também que parar na primeira tentativa é algo incomum, sendo necessárias mais algumas tentativas até obter o êxito. Com ajuda médica, farmacológica e psicológica, o sucesso pode ser maior que 50%. Ainda não está bem descrito qual o mecanismo que torna uma pessoa mais propensa a ficar dependente de uma droga do que outra. Mas já é fato que a nicotina está entre as substâncias que mais causam dependência (BRASIL, 2004).

O estímulo da equipe de saúde para cessar o tabagismo e o acolhimento após recidivas é muito importante. O usuário deve ser sempre estimulado a tentar novamente e pode ser necessário um tempo maior de apoio psicológico a fim de conseguir a adesão do tabagista e manter um autocontrole frente à dependência e hábito de tantos anos (BRASIL, 2008).

O consenso e as diretrizes nacionais do tabagismo consideram que as estratégias de cessação do tabagismo sobre as quais existem evidências científicas são a abordagem cognitivo-comportamental e a farmacoterapia. (BRASIL, 2001).

A abordagem cognitivo-comportamental combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, e que é muito utilizada para o tratamento das dependências. Os componentes principais dessa abordagem envolvem: a detecção de situações de risco de recaída e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

Em essência, esse tipo de abordagem envolve o estímulo ao auto-controle ou auto-manejo para que o indivíduo possa aprender como escapar do ciclo vicioso da dependência, e a tornar-se assim um agente de mudança de seu próprio comportamento.

Os estudos mostram que, qualquer que seja a duração dessa abordagem, há um aumento da taxa de abstinência. Porém, quanto maior o tempo total da abordagem (frequência da abordagem multiplicada pelo tempo gasto em cada contato) maior a taxa de abstinência (Fiore *et al.*, 2000).

Quadro 2: Taxas de abstinência por tempo de abordagem

NÍVEL DE CONTATO	NÚMERO DE BRAÇOS	ODDS RATIO ESTIMADA (95% IC)	TAXA DE ABSTINÊNCIA ESTIMADA (95% IC)
Nenhum contato	30	1,0	10,9
Aconselhamento mínimo (< 3 minutos)	19	1,3 (1,01 – 1,6)	13,4 (10,9 - 16,1)
Aconselhamento de intensidade baixa (3 -10 minutos)	16	1,6 (1,2 – 2,0)	16,0 (12,8 –19,2)
Aconselhamento de maior intensidade (> 10 minutos)	55	2,3 (2,0 – 2,7)	22,1 (19,4 –24,7)

Fonte: Fiore *et al.* (2000).

Já a farmacoterapia pode ser utilizada como um apoio, em situações bem definidas, para alguns pacientes que desejam parar de fumar. Ela tem a função de facilitar a abordagem cognitivo-comportamental, que é a base para a cessação de fumar e deve sempre ser utilizada.

Existem, no momento, algumas medicações de eficácia comprovada na cessação de fumar. Esses medicamentos eficazes são divididos em duas categorias: medicamentos nicotínicos e medicamentos não-nicotínicos.

Os medicamentos nicotínicos, também chamados de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), se apresentam nas formas de adesivo, goma de mascar, inalador e aerossol (os dois últimos não disponíveis no Brasil).

Os medicamentos não-nicotínicos são os anti-depressivos bupropiona e nortriptilina, e o anti-hipertensivo clonidina. A bupropiona é o medicamento de eleição nesse grupo, pois segundo estudos científicos, é um medicamento que não apresenta, na grande maioria dos casos, efeitos colaterais importantes.

A TRN (adesivo e goma de mascar) e a bupropiona são considerados medicamentos de 1ª linha, e devem ser utilizados preferencialmente. A nortriptilina e a clonidina são medicamentos de 2ª linha, e só devem ser utilizados após insucesso das medicações de 1ª linha. Abaixo as taxas de abstinência por droga em comparação ao placebo (Brasil 2001).

Quadro 3: Taxas de abstinência por drogas anti-tabagismo

FARMACOTERAPIA	NÚMERO DE BRAÇOS	ODDS RATIO ESTIMADA (95% IC)	TAXA DE ABSTINÊNCIA ESTIMADA (95% IC)
Placebo	2	1,0	17,3
Bupropiona	4	2,1 (1,5 – 3,0)	30,5 (23,2 – 37,8)
Placebo	16	1,0	17,1
Goma de nicotina	18	1,5 (1,3 – 1,8)	23,7 (20,6- 26,7)
Placebo	28	1,0	10,0
Goma de nicotina	32	1,9 (1,7 – 2,2)	17,7 (16,0 – 19,5)
Placebo	4	1,0	10,5
Inalador de nicotina	4	2,5 (1,7 – 3,6)	22,8 (16,4 – 29,2)
Placebo	3	1,0	13,9
Spray nasal de nicotina	3	2,7 (1,8 – 4,1)	30,5 (21,8 – 39,2)
Placebo	3	1,0	11,7
Nortriptilina	3	3,2 (1,8- 5,7)	30,1 (18,1- 41,8)
Placebo	6	1,0	13,9
Clonidina	8	2,1 (1,4 – 3,2)	25,6 (17,7 – 33,6)

Fonte: Fiore *et al.* (2000).

5.7 Programa Nacional de Combate ao Tabagismo

Este Programa inclui vigilância, legislação e incentivos econômicos, além de educação em escolas, locais de trabalho e nas unidades de saúde. Como passos necessários e fundamentais, o programa identifica:

(I) evitar a dependência, em especial entre crianças e adolescentes, (II) promover ações para estimular a cessação, (III) proteger os não-fumantes dos perigos da fumaça ambiental do tabaco e (IV) promover a redução dos danos causados pelo tabaco, através de medidas de regulamentação do produto.

Informação, ambiente adequado e motivação são elementos cruciais para evitar que as pessoas comecem a fumar e também para estimulá-las a parar. Há necessidade de ações que divulguem as consequências do fumo para a saúde, a restrição do acesso aos produtos do tabaco e que encorajem as pessoas a desenvolverem estilos de vida mais saudáveis.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo adota três estratégias principais: Mobilização e organização de ações multissetoriais no nível federal, em especial através de comissões nacionais; Descentralização das intervenções e gerenciamento de uma rede de coordenadores estaduais e municipais para a multiplicação de ações em todo o país, Desenvolvimento de parcerias com Organizações Não-Governamentais (ONG's). Essas são os pilares do programa em nível nacional.

Já as estratégias locais de combate ao tabagismo programa focam em 4 módulos principais visando sistematizar e organizar as ações da equipe de saúde:

- O primeiro é o módulo de ambiente de trabalho visando prevenção através da disseminação de informações sobre os riscos e complicações do tabagismo.
- O segundo módulo é das unidades de saúde visando propiciar um ambiente desfavorável ao tabagismo. As ações principais são de proibir o tabagismo na UBS, orientar profissionais da equipe a realizarem tentativas de cessação do tabagismo e capacitar os integrantes da equipe de modo a aconselharem e darem suporte aos tabagistas.
- O terceiro módulo tem como foco as escolas, sendo a principal estratégia de abordagem da população jovem em relação ao tabagismo e outras drogas. A

população alvo é do ensino médio e fundamental visando evitar o contato precoce com o cigarro e prevenir novos dependentes.

- O quarto módulo é o da cessação do tabagismo. Os objetivos são aumentar o acesso dos fumantes aos avanços existentes na cessação do tabagismo, sensibilizar e capacitar profissionais de saúde, sensibilizar gestores para inserir o tratamento do fumante na rotina de assistência à saúde e organizar a rede de saúde para atender a demanda de fumantes que desejam parar de fumar.

No caso da UBS Bela Vista, essa será a principal estratégia e a primeira a ser implantada. Essa estratégia tem como objetivo capacitar profissionais de saúde para que eles possam apoiar de forma efetiva os fumantes no processo de cessação de fumar na comunidade onde atuam.

A capacitação dos profissionais é o primeiro passo e muito importante para que possam ser criadas posteriormente estratégias como palestras e técnicas de abordagem e apoio sobre a prevenção e cessação do tabagismo.

Tendo como base a abordagem cognitivo-comportamental, o módulo é dividido em duas estratégias: abordagem mínima ou básica e abordagem intensiva ou específica.

A abordagem mínima consiste em uma breve abordagem estruturada realizada na rotina de atendimento de qualquer profissional de saúde, com duração de três a cinco minutos, para mudar o comportamento do fumante através do método PAAPA (Pergunte, Avalie, Aconselhe, Prepare e Acompanhe).

A abordagem intensiva é uma abordagem realizada em ambulatório específico para atender os fumantes que desejam parar de fumar, sendo feita individualmente ou em grupo de apoio, através de sessões estruturadas.

As sessões devem ser comandadas por dois profissionais de saúde de nível superior, e cada uma delas possui um tema com um roteiro específico. Após as quatro primeiras sessões, são programadas outras reuniões não estruturadas como o acompanhamento, com intuito de prevenir a recaída, até o fumante completar um ano sem fumar.

Tanto na abordagem mínima, quanto na abordagem intensiva, alguns fumantes podem se beneficiar de um apoio medicamentoso. Esse apoio só deve ser

oferecido aos fumantes que apresentarem um alto grau de dependência física à nicotina, e tem a finalidade de reduzir os sintomas da síndrome de abstinência da nicotina.

Os critérios de eleição da farmacoterapia levam em consideração principalmente o grau de dependência da nicotina:

- 1) fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia;
- 2) fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia;
- 3) fumantes com escore do teste de Fagerström, igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional;
- 4) fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito devido a sintomas da síndrome de abstinência;
- 5) não haver contra-indicações clínicas.

Assim devem ser preenchidos vários critérios para implantação do programa. A organização da equipe e o processo de trabalho devem ser planejados para sucesso do programa. A descentralização do programa nacional é o foco desse trabalho, com a implantação do programa no município de Timóteo/MG especificamente na UBS Bela Vista. O processo de trabalho será nos moldes exigidos pelo Ministério da Saúde para liberação de recursos e treinamento dos profissionais e será descrito posteriormente.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção, ou plano de ação, constitui-se em um momento em que são feitas ações estratégicas para solucionar o problema levantado durante a busca de referenciais teóricos e dados acerca da situação em que se insere a pesquisa. Nesse sentido, “a proposta de intervenção, o plano de ação, deverá estar fundamentada em seu diagnóstico situacional, sua justificativa, objetivos e as bases conceituais e operacionais” (CORREA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013, p. 93).

6.1 Definição do Problema

Através do planejamento estratégico situacional, foi definido como foco de intervenção a ausência de uma abordagem específica para auxílio dos tabagistas em cessar o hábito. O tabagismo é uma doença de alta prevalência na UBS Bela Vista como em todo o Brasil e a apesar do desejo manifestado de vários tabagistas na unidade, pesquisas mostram que a taxa de sucesso individual é baixa. Porém como relatado na diretriz brasileira de tratamento do tabagismo de 2009, o apoio e aconselhamento da equipe de saúde e uso criterioso de medicação específica elevam substancialmente as taxas de abstinência.

6.2 Como Controlar o Problema

O controle do problema será realizado através de uma abordagem e tratamento voltados especificamente para o tabagismo. É necessário adequar a unidade e equipe para implantação do programa nacional e disponibilização aos usuários dos recursos do programa. As ações estratégicas a serem realizadas serão basicamente em 3 áreas: conscientização dos riscos associados ao tabagismo como forma de prevenção e adesão ao programa, aconselhamento dos pacientes e acompanhamento durante e após a cessação do tabagismo. As estratégias a serem realizadas serão:

- Capacitar a equipe para identificar com as estratégias de abordagem do paciente tabagista
- Captar precocemente os tabagistas, principalmente usuários com desejo imediato de cessar a dependência ao cigarro
- Criar grupo de tabagismo com disponibilização de medicamentos e equipe multiprofissional de apoio aos pacientes
- Melhorar o acesso dos tabagistas na unidade de saúde, divulgar orientações sobre o programa e forma de participação em forma de cartazes na UBS
- Promover educação sobre os riscos e consequência do tabagismo tanto para tabagistas, familiares e não-tabagistas, com foco em adolescentes
- Envolver a comunidade local na divulgação e apoio aos participantes do programa com apoio de líderes locais e instituições (escola, igreja, associação de bairro)
- Promover a participação dos tabagistas e familiares em palestras do grupo e estimular os ex-tabagistas a compartilhar experiências

6.3 Problema Priorizado

O tabagismo é uma doença de alta prevalência, com estimativas nacionais de 17,2% em pessoas acima de 15 anos. O tabagismo está associado a várias doenças principalmente respiratórias, cardiovasculares e cânceres. Além disso, o tabagismo é responsável por agravar várias outras doenças de alta prevalência como hipertensão, asma, aterosclerose.

O tabagismo tem variações de idade com predominância maior entre 44 e 64 anos. Isso se deve às várias gerações expostas às questões culturais, informação dos riscos, legislações sobre propaganda e mídia diferentes.

As palestras serão voltadas principalmente para adolescentes visando prevenir o tabagismo e para os já tabagistas como forma de conscientizar sobre os riscos e promover à adesão ao programa de cessação do hábito.

Pacientes mais idosos que já possuem comorbidades e mais agravos relacionados ao tempo de exposição terão prioridade inicial no programa, mas o fator de desejo manifestado será levado em consideração, pois são pacientes que provavelmente terão uma adesão maior ao tratamento.

A unidade básica será referência para os participantes do programa e estará voltada para a identificação e acolhimento dos usuários. A busca ativa será realizada em todos os pacientes que buscarem o serviço para outros problemas de saúde. Pacientes que já estiverem no programa serão orientados sobre sintomas da síndrome de abstinência e efeitos colaterais das medicações. Esses usuários serão estimulados a retornar à UBS caso apresentem qualquer dificuldade no tratamento. Isso será importante para enfatizar a importância do sacrifício pessoal inicial, orientações para amenizar os efeitos do tratamento e estímulo positivo para continuar com as recomendações.

6.4 Explicação do Problema

Através de uma estimativa usando a prevalência nacional do tabagismo realizada pelo IBGE e utilizando a população adscrita constante no SIAB, chegamos ao valor aproximado de 391 tabagistas na região coberta pela UBS Bela Vista.

Além disso, foram identificados 15 pacientes que manifestaram desejo de parar de fumar, porém tinham dificuldade de conseguir sozinhos apesar de algumas tentativas frustradas.

Os pacientes foram aconselhados e estimulados a parar de fumar, mas conforme a diretriz brasileira de controle do tabagismo de 2009, o tratamento combinado com medicamentos apresenta eficácia maior.

Estudos de meta-análise demonstraram que a combinação do aconselhamento com o uso de medicação é mais efetiva do que a utilização de um dos dois isoladamente. Dezoito estudos avaliaram a efetividade da associação aconselhamento-medicação contra o uso de apenas medicamentos, e nove estudos avaliaram a efetividade da mesma combinação contra a utilização apenas de aconselhamento. Os resultados das meta-análises desses estudos demonstraram que a combinação aconselhamento-medicação aumentou significativamente as taxas de cessação do tabagismo (REICHERT *et al.*, 2008).

Assim a presença de uma equipe focada no acompanhamento desses usuários com disponibilização de outros recursos como medicamentos e até mesmo plano de atividades físicas e apoio psicológico pode-se aumentar a taxa de sucesso desses pacientes.

6.5 Desenho das Operações

Inicialmente a equipe de saúde precisa ser treinada pelo programa do Ministério sobre as estratégias de abordagem do tabagismo. O programa é ministrado pela secretaria estadual em parceria com os municípios interessados, consistindo em um curso teórico.

Para adequação do município ao programa nacional de intervenção ao tabagismo será necessário o recrutamento de profissionais de outras áreas para a formação de equipe multidisciplinar. O apoio da equipe de saúde da família acrescido de psicólogos, educadores físicos e farmacêuticos poderá ocorrer, mas será necessário apoio da secretaria de saúde para disponibilizá-los. Além disso, será necessária uma melhoria da área de reuniões, principalmente com a aquisição de cadeiras que será feita na garagem da unidade.

Para o plano de abordagem ao tabagismo será criado um grupo de cessação de tabagismo com os usuários, sendo composto inicialmente apenas pelos usuários que apresentaram demanda espontânea à intervenção previamente. Até o momento quinze usuários manifestaram esse desejo, porém limitaremos a dez participantes para o grupo piloto para que a atenção aos usuários seja individualizada e para que o aprendizado e adaptação da equipe saúde ocorram com menos transtornos.

Haverá divulgação na UBS com cartazes e panfletos se houver disponibilização de recursos financeiros. Durante o acolhimento será perguntando ativamente sobre o tabagismo e será apresentado a todos o programa de combate ao tabagismo. Além disso, os agentes comunitários vão fazer uma busca ativa pelos tabagistas durante as visitas domiciliares. Esperamos assim atingir o maior número de usuários e estimular a propaganda entre os mesmos.

Palestras sobre o tema serão organizadas, inicialmente na UBS no dia do grupo de hipertensão e diabetes (Hiperdia). O foco dessa palestra será o agravamento de comorbidades causado pelo cigarro e a importância de cessar o hábito para controle adequado, principalmente da hipertensão. Abordaremos também os adolescentes com palestra na escola local visando à prevenção, já que conforme dados citados anteriormente, é nesta idade que a maioria dos tabagistas iniciaram a dependência.

Os novos usuários serão cadastrados e haverá uma programação futura para a inclusão dos novos usuários com desejo de parar de fumar. Houve divergência sobre se criaremos mais de um grupo ou ampliaremos o número de usuários no grupo inicial. Esse assunto será abordado após funcionamento do grupo durante uma reunião de equipe de reavaliação.

Todos os tabagistas farão em uma consulta clínica quando serão avaliados quanto ao grau de dependência pelo Questionário de dependência de Fagerström.

Figura 1: Questionário de dependência de Fagerström

Questionário de Tolerância de Fagerström				
Fumante?	Sim ☐	Não ☐		
1) Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?				
0 - Após 60 minutos	1 - 31-60 minutos	2 - 6 a 30 minutos	3 - Nos primeiros 5 minutos	
2) Você encontra dificuldades em evitar o fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo, igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc?				
0 - Não	1 - Sim			
3) Qual é o cigarro mais difícil de largar ou não de fumar?				
0 - Qualquer um	1 - Primeiro da manhã			
4) Quantos cigarros você fuma por dia?				
0 - 10 ou menos	1 - 11 a 20	2 - 21 a 30	3 - 31 ou mais	
5) Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que no resto do dia?				
0 - Não	1 - Sim			
6) Você fuma mesmo estando doente a ponto de ficar acamado a maior parte do dia?				
0 - Não	1 - Sim			

Pontuação				
1 - Muito Baixo	2 - Baixo	3 - Médio	4 - Elevado	5 - Muito Elevado
0 a 2	3 a 4	5	6 a 7	8 a 10

Fonte: INCA (2001).

Também durante a consulta a será anamnese direcionada ao tabagismo com perguntas sobre tentativas anteriores, métodos utilizados e motivo do insucesso. Será avaliada também a existência de doenças relacionadas ao tabaco, outras comorbidades ou contraindicações para terapia farmacológica. Após esta avaliação global do paciente pode se estabelecer um planejamento terapêutico

Quanto maior o grau de dependência ao tabagismo e mais tentativas frustradas de cessar o hábito, maior a necessidade de associar medicações e apoio multiprofissional para obter melhores taxas de sucesso.

O acompanhamento do projeto será realizado por meio da assiduidade dos pacientes e da equipe nas reuniões. Colocaremos um limite de faltas para seguir no tratamento como forma de criar um compromisso com dos usuários. Serão tiradas fotos em cada encontro como forma de registro da presença dos participantes.

Já avaliação ocorrerá pelo percentual de paciente que iniciaram o tratamento e conseguiram parar de fumar ao final. Será medido também o percentual de pacientes que não pararam de fumar, mas reduziram o número de cigarros. Uma outra forma de avaliação será um questionário simples e rápido, múltipla escolha contendo perguntas como frequência das reuniões, temas que mais gostaram e que gostariam de aprofundar e um pequeno questionário com algumas perguntas teóricas simples e de fácil compreensão sobre o que foi ensinado nas palestras. Haverá também um campo em aberto de sugestões.

O projeto apresentou boa aceitação por parte da equipe de saúde da família da UBS. O contato com a secretaria de saúde foi favorável para a adequação e implantação do plano nacional de tabagismo que ainda não existe no município. Nos próximos meses serão feitas medidas a fim de mudar a postura de atores desfavoráveis e liberação dos recursos críticos que ainda não têm sua disponibilidade garantida. Os principais fatores são a disponibilização de cadeiras na unidade para o grupo, a adequação da farmácia regional para disponibilização e orientação sobre os medicamentos. O prazo para início do projeto é de seis meses com duração de oito meses. Assim esperamos o retorno das primeiras medidas e os resultados iniciais para realizar a evolução do projeto.

7 DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS

A literatura tem demonstrado a importância de prevenir o tabagismo e a cessação da dependência. As doenças causadas diretamente pelo cigarro e os agravos de comorbidades relacionados ao seu uso são um importante fator de saúde e qualidade de vida. Assim é necessária uma postura mais organizada e efetiva da equipe de saúde para controle da prevalência e atendimento da demanda de pacientes com desejo de parar de fumar.

A conscientização e prevenção são estratégias importantes no processo a fim de diminuir efetivamente a prevalência e redução da incidência de novos usuários. Assim as palestras e a busca ativa realizada por toda a equipe irá possibilitar maior sucesso e mudanças de índices de saúde ao longo do tempo.

Os resultados esperados neste plano de ação e intervenção serão dimensionados a partir do diagnóstico (CORRÊA *et al.*, 2013) pautados numa observação situacional, em busca de respostas claras e objetivas na resolução do problema. No caso deste projeto, trata-se na redução dos tabagistas e taxa de sucesso do tratamento nos participantes do programa da UBS Bela Vista em Timóteo, por meio do plano de ação e implantação do Plano Nacional de Controle do Tabagismo.

O tabagismo tem alta prevalência no Brasil e possui várias complicações de saúde relacionadas ao seu uso. Portanto o reflexo sobre os recursos e custos de saúde é de grande impacto. Devido a isso a criação de estratégias nacionais para redução do tabagismo com diminuição do risco de doenças relacionadas ao cigarro e mortes (INCA, 2001).

Dentre as estratégias principais comprovadas para cessação do tabagismo estão o aconselhamento e a farmacoterapia. Estudos realizados por Fiore *et al.* (2008) compararam a eficácia desses métodos clínicos, demonstrando que a melhor estratégia é a associação das duas técnicas, superando cada uma das técnicas isoladamente.

Porém o mesmo estudo relata que fatores podem influenciar nos resultados obtidos como seleção de pacientes com já manifestaram o desejo de parar de fumar, tendo contribuído para melhores resultados. Assim o tratamento do tabagismo é

complexo sendo importante que características psicológicas e comportamentais sejam consideradas na análise dos resultados.

Todavia, outro estudo semelhante corroborou a tese apresentando resultados em que o tratamento combinado na abordagem do tabagismo foi maior em relação aos métodos isolados, conforme Schmelzle *et al.* (2008).

Porém para Brandon *et al.* (1990) pode haver uma superestimação dos resultados apresentados. Em seu estudo as taxas de abstinência estimadas foram inferiores a 30% no seguimento dos pacientes. Principalmente no período de seis meses após o tratamento muitos pacientes retornam ao tabagismo. Todavia, para uma situação de prevalência alta como o tabagismo, a abstinência desses pacientes pode compensar as falhas promovendo mesmo assim um ganho absoluto considerável.

Uma análise dos gastos com um programa de cessação do tabagismo demonstrou que os benefícios são futuros são maiores, pois a redução de intervenções relacionadas aos agravos do tabagismo e a perda de anos de trabalho de uma população potencialmente produtiva. Assim o tratamento tem um resultado custo efetivo para a prevenção de agravos e morte precoce (NICE, 2008).

Finalmente, considera-se que mesmo abordagens curtas dos profissionais de saúde têm impacto sobre a taxa de abstinência. Além disso, à medida que o tempo de aconselhamento aumenta as taxas também são maiores. Nesse sentido:

Estudos de meta-análise revelaram que o aconselhamento dado por qualquer profissional de saúde aumenta as taxas de cessação do tabagismo^{6-8(A)}. Um dos estudos mostrou uma taxa estimada de abstinência de 10,9% caso o fumante tente parar de fumar sozinho contra 13,4% se ele for submetido a um aconselhamento mínimo (< 3 minutos), 16,0% a um aconselhamento entre 3 a 10 minutos, e 22,1% se ele sofrer um aconselhamento intensivo (>10 minutos) (REICHERT *et al.*, 2008).

As orientações do Programa Nacional de Cessação do Tabagismo são claras e devem ser universalizadas com acesso ao programa facilitado, juntamente com um acompanhamento próximo e individualizado adequado às necessidades e grau de dependência de cada usuário (BRASIL, 2008).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia de combate ao tabagismo na UBS Bela Vista segue a análise do programa nacional de cessação ao tabagismo. Considerando, portanto uma morbidade grave com potencial de complicação e mortes prematuras.

A análise epidemiológica do tabagismo na população adscrita será considerada a do estudo do IBGE, com o relato que a maioria dos fumantes está concentrada na região sudeste do país, maior prevalência de usuários entre a população menos educada, de baixa renda e do sexo masculino.

O apoio dos familiares juntamente com o acolhimento da equipe é fundamental no sucesso do tratamento. Assim o acolhimento e acompanhamento são estratégicos à medida que proporcionam o conhecimento do usuário e um pouco de sua história. Dessa forma a intervenção pode ser mais individualizada é mais direcionada garantindo maior eficácia. Com uma sinergia entre as partes os resultados podem ser melhorados substancialmente.

Para o adequado funcionamento do grupo os nós críticos devem ser plenamente solucionados para implantação do projeto. A participação e engajamento de toda a equipe são fundamentais, o espaço adequado para as reuniões precisa garantir um mínimo de conforto para que o objetivo de transmitir informações e conscientizar os usuários seja efetivo. A disponibilização dos medicamentos deve ser garantida integralmente e sem falhas com objetivo de evitar recaídas no tratamento, controle dos efeitos da abstinência e aumentar a taxa de sucesso do programa.

Como será um plano de ação longo e duradouro, os métodos de avaliação propostos também terão importância na reavaliação do processo de trabalho da equipe, com interação e pesquisa de opinião dos usuários e retroalimentação dos profissionais da equipe. Esses dados serão considerados para os grupos posteriores a fim de adequar o intervalo entre as reuniões, número de consultas clínicas de cada usuário e taxa de comparecimento às reuniões.

É importante ressaltar os problemas e as estratégias de abordagem do tabagismo que discutidas nesse plano de ação:

- Identificar, abordar e acompanhar os tabagistas por todos os integrantes da equipe de saúde da família
- As ações da equipe no processo têm papel crucial na eficácia e, portanto o acesso do paciente à equipe deve ser fácil e rápido.
- O processo de trabalho deve passar por uma conscientização da equipe que toda orientação para o paciente é válida, e quanto maior a dedicação e o tempo destinado ao aconselhamento do usuário melhor serão as taxas de cessação.
- Buscar a colaboração da comunidade e criar uma rede de apoio ao paciente para amenizar os efeitos durante o tratamento.
- A abordagem do tabagista e o sucesso do tratamento envolvem variáveis complexas. As principais são a conscientização e motivação do paciente para seguimento das recomendações e tolerância aos efeitos iniciais visando um benefício maior futuro.
- Tanto a abordagem cognitivo-comportamental (dentre elas o aconselhamento com profissionais de saúde) como a farmacoterapia são componentes fundamentais para o sucesso do tratamento.
- A farmacoterapia é uma ferramenta muito útil para minimizar os sintomas da síndrome de abstinência, entretanto, ainda que aumente a chance para cessação, não deve ser usada isoladamente, sem o apoio comportamental.
- Por meio da abordagem cognitivo-comportamental o fumante deverá ser estimulado e orientado a lidar com a dependência psicológica e a se “descondicionar” das associações feitas com o cigarro.
- Como o tratamento será longo e há possibilidades de recaídas, esperamos redução dos indicadores de saúde ao longo dos anos.
- A inclusão do tabagismo como indicador de saúde em sistemas epidemiológicos da atenção básica melhoraria a avaliação dos resultados.

Como será um plano de ação longo e duradouro, os métodos de avaliação propostos também terão importância na reavaliação do processo de trabalho da equipe, com interação e pesquisa de opinião dos usuários e retroalimentação dos profissionais da equipe. Esses dados serão considerados para os grupos posteriores

a fim de adequar o intervalo entre as reuniões, número de consultas clínicas de cada usuário e taxa de comparecimento às reuniões.

Dessa forma, a participação da ESF e suas parcerias na comunidade local devem ser ampliadas para que um número maior de famílias possa ter a oportunidade de beneficiar do tratamento e de se conscientizar sobre sua importância na cessação do tabagismo e a prevenir novos fumantes devido ao alto potencial de dependência.

REFERÊNCIAS

1. ALIANÇA DE CONTROLE DO TABAGISMO, **Manual para Agentes de Saúde: Prevenção, caminho para saúde** / Aliança de Controle do Tabagismo (organizador). – Rio de Janeiro: ACT, 2010. 45 p; 2ª edição
2. BRANDON *et al.* **Postcessation cigarette use: the process of relapse.** *Addict Behav.*1990;15:105–14.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. **Ajudando o seu paciente a deixar de fumar.** Rio de Janeiro: INCA, 1997.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA, **Falando sobre Tabagismo.** 3ª edição, 1998.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001.** Rio de Janeiro: BRASIL, 2001. 38p.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer,** 2003
7. BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS Portaria SAS/MS 442/04 de 2004.** Brasília. Brasil.
8. BRASIL. Ministério do Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Tabagismo 2008.** Rio de Janeiro: IBGE; 2008.
9. CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.
10. CINCIPRINI, P. M. *et al.* **Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention.** *Journal of the National Cancer Institute*, v. 89, n. 24, p. 1852-67, Dezembro. 1997.
11. CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 140p.
12. CORREA, P. C. R. P., BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. **Métodos de estimativa da mortalidade atribuível ao tabagismo: uma revisão da literatura.** *Epidemiol. Serv. Saúde*, Mar. 2008, vol.17, n.1, p.43-57.
13. CROGHAN I. T. *et al.* **Cost-effectiveness of treating nicotine dependence: the Mayo Clinic experience.** *Mayo Clinic Proc*, 1997, 72:917-924.
14. FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio século XXI escolar: o mini dicionário da Língua Portuguesa.** 4.ed. ver. e ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.
15. FIORE, M. C. *et al.* - **Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline.** IN: ROCKVILLE, M. D: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
16. FIORE, M. *et al.* **Treating tobacco use and dependence: 2008 update.** Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008 May. 257p.

17. IGLESIAS, R. J. P. *et al.* **Controle do Tabagismo no Brasil**. Washington: Banco Mundial; 2007.
18. LIGHTWOOD, J. *et al.* **Estimating the costs of tobacco use**. IN: JHA, P.; CHALOUPIKA F. **Tobacco Controlling Developing Countries**. Oxford: Oxford University Press; 2000. pp. 63-99
19. MURRAY C. J. L.; LOPEZ, A. D. **Quantifying the burden of disease and injury attributable to ten major risk factor**. In: MURRAY C. J. L.; LOPEZ, A. D. **The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020**. World Health Organization & The World Bank, 1996.
20. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities**. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008; 87p.
21. PINTO, M. F. T.; **Custos de doenças tabaco-relacionadas: uma análise sob a perspectiva da economia e da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública (tese de doutorado), 2007, pp. 100 e 111.
22. REICHERT, J. *et al.* **Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008**. J Bras Pneumol. 2008;34:845- 80.
23. ROSEMBERG, J. **Pandemia do Tabagismo – Enfoques Históricos e Atuais**. 1ª ed, São Paulo, 2002.
24. ROSEMBERG, J. **Temas sobre tabagismo**. Ed Centro de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. 1998.
25. SAMET J. M., LANGE P. **Longitudinal studies of active and passive smoking**. **American**, Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 1996, 154:S257-65.
26. SCHMELZLE *et al.* **Update on pharmacological and nonpharmacological therapies for smoking cessation**. Can Fam Physician. 2008;54:994–9
27. SERRART, M. *et al.* **Federação Brasileira de comunidades terapêuticas. Drogas e álcool prevenção e tratamento**. São Paulo: Komedi, 2001.
28. SILVEIRA, A. C. **O drama do tabagismo: causas, conseqüências e solução**. 12. ed. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira, 1982
29. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The health consequences of involuntary smoking. A report of the Surgeon General**. Washington DC; U.S. Government Printing Office, 1986.
30. WHO. **The World Health Report 2003 - shaping the future**. Geneva, World Health Organization, 2003.
31. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Making a Difference. World Health Report**. Geneve, Switzerland. 1999