



Protocolo 07

PROGRAMA DE TABAGISMO DO MUNICIPIO DE DOURADOS-MS



PREFEITURA DE DOURADOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
COMISSAO DE FARMACIA E TERAPIA
NUCLEO AMPLIADO A SAUDE DA FAMILIA



**Núcleo de Assistência
Farmacêutica**





FICHA TECNICA

Délia Godoy Razuk

Prefeito Municipal

Marisvaldo Zeuli

Vice- Prefeito

Berenice de Souza Machado

Secretário Municipal de Saúde

Vagner da Silva Costa

Secretário Municipal de Saúde adjunto

Equipe Técnica responsável pela elaboração

Melissa Cristina Bento Brandolis

Lorraine Aparecida Pinto

Juliana Cláudia Conte

Flavia Patussi Correia

Fernando Pitteri Bento

Tatiane Icassati Calixto





SUMARIO

1.	INTRODUÇÃO.....	01
1.1	Contextualização sócio demográfica do Município de Dourados.....	01
1.2	Estrutura do sistema de Saúde do Município de Dourados.....	01
1.3	Tabagismo.....	02
2.	JUSTIFICATIVA.....	05
3.	OBJETIVO.....	08
4.	NUCLEO AMPLIADO SAUDE DA FAMILIA.....	08
5.	ATENDIMENTO NAS UNIDADES.....	09
6.	PROTOCOLOS CLINICOS.....	12
7.	AVALIACAO DO TABAGISTA.....	13
8.	ABORDAGEM.....	00
8.1	Critérios para Inclusão na Abordagem Cognitivo Comportamental.....	00
8.2	Grupos de Tabaco.....	00
8.3	Critérios para Inclusão no Tratamento Medicamentoso.....	00
9.	TRATAMENTO.....	00
10.	FLUXOGRAMA.....	00
11.	REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	00





1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualizações sócias demográfica do Município de Dourados

O Município de Dourados está localizado ao sul do Estado de Mato Grosso do Sul, na Região Centro-Oeste, com área territorial de 4.086.387 Km², possuindo clima tropical úmido no verão e seco no inverno, com algumas geadas. Faz divisa ao norte com os Municípios de Rio Brilhante, Maracaju, Douradina e Itaporã; ao sul com os Municípios de Fátima do Sul, Caarapó, Laguna Carapã e Ponta Porã; ao Leste com Deodápolis; a oeste com o Município de Ponta Porã. Quanto à hidrografia, Dourados pertence à Bacia Hidrográfica do Rio Paraná, possuindo quatro principais rios: Rio Dourados, Brilhante, Peroba e o Santa Maria. Está a uma distância de 220 Km da Capital e 120 quilômetros da fronteira com o Paraguai. Sua principal atividade econômica é a agricultura, com produção de grãos de soja, milho. Ainda se destaca na pecuária com a criação de bovinos. Segundo estimativa do Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), a população de Dourados para 2016 é de 215.486 habitantes.

1.2 Estruturas do sistema de Saúde do Município de Dourados

Atualmente o Município dispõe de 09 hospitais, sendo 04 públicos, onde um ^{deles} atende principalmente a população indígena por sua proximidade com as aldeias indígenas. Um desses hospitais ainda está em fase de estruturação (Hospital Regional). Ainda possui 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 01 Posto de Atendimento Médico, onde atualmente faz atendimento de especialidades médicas. Possui Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU), Central de Regulação, inclusive de leitos hospitalares, 01 Centro Homeopático e 01 Hemocentro. Quanto a Atenção Básica, possui 03 Unidades Básicas de Saúde de referência para as equipes de saúde da família em atendimentos de ginecologia e pediatria. Conta ainda com 35 unidades básicas





de saúde lotadas com 58 equipes de saúde da família. Dessas 35 unidades básicas com equipes de saúde da família, 07 estão localizadas nos distritos de Itaum, Indápolis, Vila São Pedro, Panambi, Vila Vargas, Vila Formosa, Macaúba e ainda duas nas aldeias indígenas, sob direção da Secretaria Especial de Saúde Indígena.

1.3 Tabagismo

O tabagismo representa uma das maiores causas de morte no mundo, sendo fator de risco para doenças como bronquites crônicas, enfisema, infartos, derrames cerebrais, câncer entre outras.

É reconhecido pela Organização de Saúde (OMS) como uma doença resultante de dependência da nicotina, uma droga psicoativa que produz efeitos sobre o funcionamento do corpo provocando mudanças fisiológicas e de comportamento.

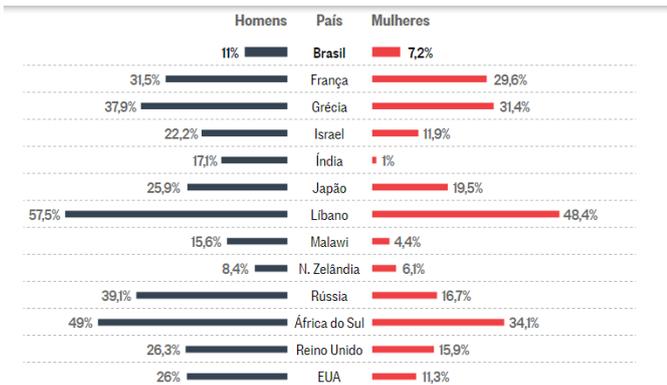
O “Tobacco atlas” (atlas do tabaco), uma publicação multimídia preparada pela ONG americana Vital Strategies em parceria com a Sociedade Americana do Câncer, demonstra que em 2016 foram consumidos no mundo todo 5,7 trilhões de cigarros, e que o Brasil está entre os dez países com mais fumantes homens.

Uma pesquisa realizada pelo Instituto Kantar Public, com apoio da Foundation for a Smoke-Free World diz que 30% dos fumantes não compareceram sequer uma vez a algum serviço de saúde no último ano. A pesquisa foi feita com 13 países, tendo ao todo mais de 17 mil participantes com 18 anos de idade ou mais e demonstrou os seguintes dados



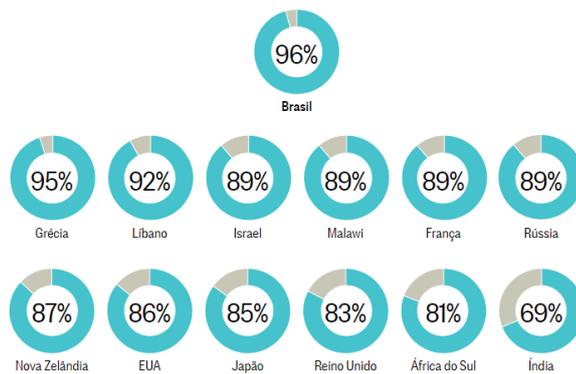


População de fumantes



Fonte: Tobacco Atlas, 2016

Concorda que o tabagismo é prejudicial à saúde?
(% Total de "sim")



Fonte: Tobacco Atlas, 2016

Fatores de risco preveníveis para as doenças crônicas não transmissíveis

	Tabagismo	Má Alimentação	Sedentarismo	Abuso do Alcool
Cardiovascular	•	•	•	•
Diabetes	•	•	•	•
Câncer	•	•	•	•
Doenças Respiratórias Crônicas	•			

Fonte: Doenças Crônicas Não Transmissíveis e os Fatores de Risco, ACTBr, 2014 (Adaptado de Tobacco Atlas, 2009)

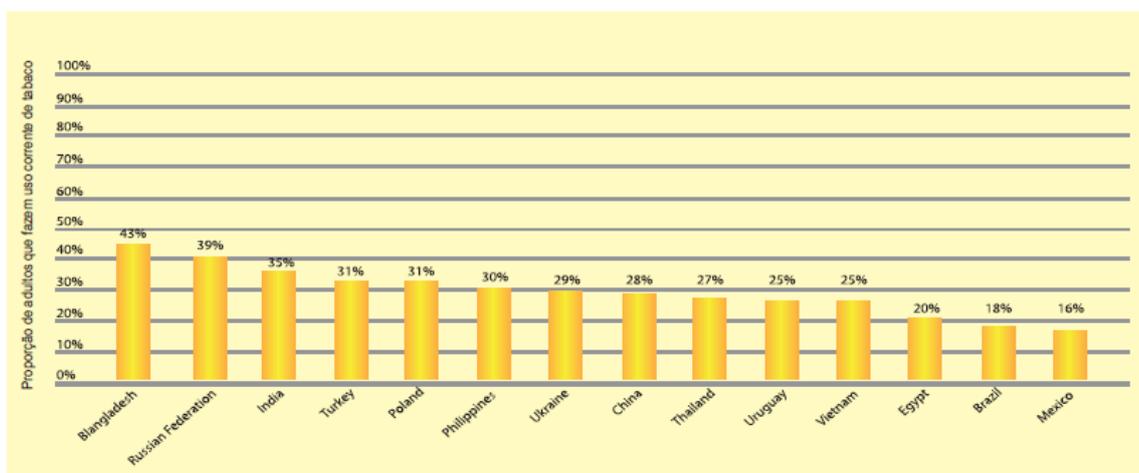




No Brasil, o Ministério da Saúde, através do Instituto nacional de Câncer (INCA) criou a Coordenação Nacional de Controle do tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (CONTAPP), que tem como prioridade, orientar e estimular o desenvolvimento de ações educativas nas unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho, além de assessorar os setores legislativos na busca de soluções, através de uma legislação que proteja os indivíduos.

Em 2011, o Brasil assumiu o compromisso, na Reunião de Alto Nível sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis, realizada pela ONU com vários chefes de Estado, de trabalhar veementemente na implementação dos artigos da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. A meta é reduzir em dez anos a prevalência do tabagismo de 14,8% para 9,1% até o ano de 2022

Prevalência do uso de tabaco em adultos em 14 países que completaram a Global Adult Tobacco Survey (2008-2010)



Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION.

No dia 29 de agosto de 2002, o Ministério da Saúde assinou a Portaria nº 1575 garantindo tratamento gratuito para fumantes pelo Sistema Único de Saúde (SUS).





O município de Dourados implantou através da Secretaria Municipal de Saúde o Programa de Controle do Tabagismo com o objetivo principal de conscientizar a população dos riscos e consequências de uso do tabaco

O programa foi implantado através do NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) que realiza o acompanhamento/atendimento destes pacientes assim como o matriciamento das equipes de saúde da família para atendimento do programa no município.

2. JUSTIFICATIVA

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer, há cerca de 1 bilhão e 200 milhões de pessoas fumantes no mundo, mais de 30 milhões são brasileiros. O tabaco é considerado o maior agente causador de doenças e mortes prematuras da história atual. Ele está associado a 30% das mortes por câncer, 90% das mortes por câncer de pulmão, 30% das mortes por doenças coronariana, 85% das mortes por doenças pulmonares obstrutivas crônicas e 25% das mortes por doenças cerebrovasculares, entre outras.

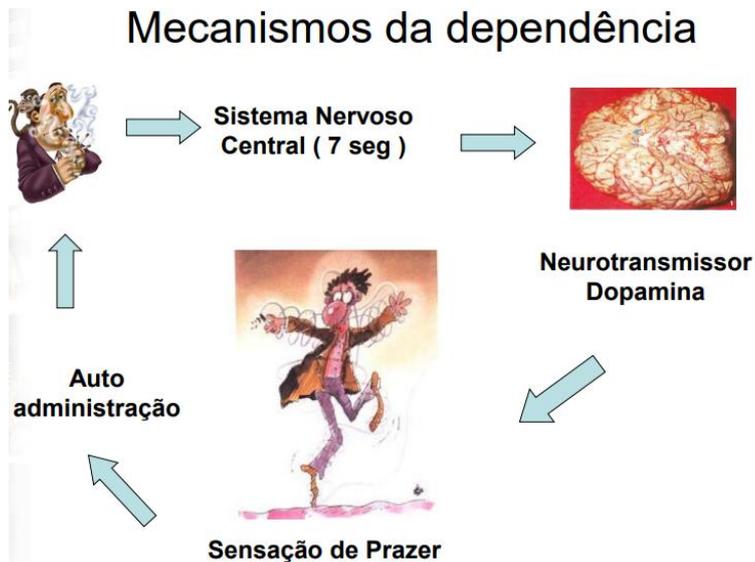
Importante compreender que para um efetivo controle do tabagismo é preciso que se entenda que o problema envolve questões que não limitam o indivíduo fumante. A problemática é resultante de todo um contexto social, político e econômico que historicamente tem favorecido que indivíduos comecem a fumar e dificultando outros a deixar de fumar.

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.

A fumaça do tabaco apresenta uma mistura de gases e partículas, com mais de 4700 substâncias tóxicas, ela é responsável por 55 doenças associadas ao consumo ativo do tabaco, sendo a nicotina a substância psicoativa capaz de causar dependência, pelos mesmos mecanismos da



cocaína, maconha, heroína e álcool. O alcatrão é capaz de atuar nas três fases da carcinogênese: indução, promoção e progressão.



A gravidade das doenças causadas pela fumaça do tabaco se relaciona com idade de início do tabagismo, com a duração e com o número de cigarros fumados diariamente.

No sangue, o monóxido de carbono forma a carboxiemoglobina, por possuir 250 vezes mais afinidade para a hemoglobina que o oxigênio, contribuindo para a diminuição da oxigenação dos tecidos e potencializando a ação cardiovascular da nicotina.

A fumaça que sai da ponta do cigarro contém cerca de 400 substâncias em quantidades comparáveis a que o fumante inala, e algumas em concentrações mais elevadas. Podem ser encontradas três vezes mais monóxido de carbono e nicotina e até cinquenta vezes mais substâncias cancerígenas, do que na fumaça tragada pelo fumante. Desta forma, os fumantes passivos sofrem os efeitos imediatos da poluição ambiental tais: como irritação nos olhos, manifestações nasais, tosse, cefaleia e aumento dos problemas alérgicos, principalmente das vias respiratórias. Quando comparados com não fumantes não expostos a poluição tabagística ambiental os fumantes passivos tem um risco 30% maior de câncer de pulmão e 24% para doença cardíaca.

AS SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS DO CIGARRO

	ELEMENTO	ENCONTRADO EM
SUBSTÂNCIAS CANCERIGENAS	BENZENO	PESTICIDAS, DETERGENTES E GASOLINA
	POLÔNIO 210	ARMAS NUCLEARES E VELAS DE IGNIÇÃO
	CIANETO DE HIDROGÊNIO	CÂMARAS DE GÁS
	FORMALDEÍDO	FLUÍDO DE EMBALSAMENTO
	XILENO	TINTAS DE CANETA
	DDT	INSETICIDAS
METAIS TÓXICOS	FÓSFORO P4 E P6	PRODUTOS DE LIMPEZA, RATICIDAS E FERTILIZANTES
METAIS CANCERIGENOS	ARSÊNICO	VENENO DE FORMIGA
	CÁDMIO	BATERIAS DE AUTOMÓVEL
	CHUMBO	TINTAS, SOLDAS E MUNIÇÕES
GASES TÓXICOS	MONÓXIDO DE CARBONO	FUMAÇA DE ESCAPAMENTO DOS CARROS
	TOLUENO	SOLVENTES INDUSTRIAIS
	CETONA	REMOVEDOR DE TINTAS E ESMALTES
	BUTANO	FLUÍDO DE ISQUEIRO E GÁS DE COZINHA
	ACETILENO	MAÇARICOS DE SOLDA INDUSTRIAL
OUTRAS SUBSTÂNCIAS	CLORETO DE VINILO	PLÁSTICOS
	FENOL	DESINFETANTES
	METANOL	COMBUSTÍVEL DE FOGUETES
	NICOTINA	VENENO DE BARATA
	PROPILENOGLICOL	ANTICOAGULANTES

Gestantes fumantes aumentam os riscos de aborto espontâneo em 70%, nascimentos prematuros em 40%, recém-nascidos de baixo peso em 100% e morte Peri natal em 30%.

No Brasil morrem precocemente, cerca de 200.000 pessoas, ou seja, cerca de 20 brasileiros morrem a cada hora vítimas de doenças relacionadas ao tabagismo, causando mais mortes prematuras no mundo do que a soma de mortes provocadas por AIDS, consumo de cocaína, heroína, álcool, acidentes de trânsito, incêndios e suicídios juntos, e o tabagismo passivo é a 3ª maior causa de morte evitável no mundo.

Além da importante redução no risco relacionado às doenças crônicas, há outros benefícios relevantes com a cessação do tabagismo, como

- Melhora da autoestima, do hálito, da coloração dos dentes e da vitalidade da pele.



- Melhora do convívio social com pessoas não tabagistas.
- Melhora no desempenho de atividades físicas.
- Redução dos danos ao meio ambiente: para cada 300 cigarros produzidos uma árvore é derrubada e o filtro do cigarro leva cerca de 100 anos para ser degradado na natureza.

3. OBJETIVO

Implantar o protocolo de Tabagismo com intuito de atender a população geral do município de Dourados-MS, com uma abordagem ao fumante para a cessação de fumar tendo como eixo central, intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, visando à cessação e a prevenção de recaída.

Para um eficaz controle do tabagismo é necessário que se compreenda que o problema envolve questões que não se limitam apenas ao indivíduo fumante. A problemática é resultante de todo um contexto social, político e econômico que historicamente tem favorecido indivíduos que comecem a fumar e dificultando outros a deixar de fumar.

4. NUCLEO AMPLIADO SAUDE DA FAMILIA

Os NASF são Núcleos de Apoio profissional para a Estratégia de Saúde da Família com serviços de profissionais complementares nas ações de saúde, portanto, é uma equipe com profissionais de diferentes áreas de conhecimento e atua com os profissionais das equipes de saúde da família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da Atenção Básica

Sua principal ferramenta é o apoio matricial, modo de organização baseado na intervenção pedagógico-terapêutica compartilhada, que busca ampliar a capacidade de cuidado das equipes de referência





A equipe multiprofissional que atua na saúde pública é responsável pelo cuidado do paciente, tendo como tarefa promover ações para que este seja capaz de gerir sua própria saúde, promovendo e estimulando o autocuidado.

No município de Dourados o tratamento do tabagismo é disponibilizado pelos NASF e por equipes matricidas e capacitadas, o usuário deve procurar uma Unidade de Saúde para o encaminhamento para o NASF de referência ou para grupos existentes dentro das Equipes de Saúde.

5. ATENDIMENTO NAS UNIDADES

O paciente fumante que procura as unidades de saúde do município deve ser orientado sobre os riscos e consequências do uso do tabaco e convidado participar das reuniões de grupos de apoio para cessação de fumar.

Os profissionais de saúde devem estar sensibilizados em relação ao Programa de Tabagismo para incorporarem no atendimento dos pacientes a divulgação do poder da nicotina em gerar dependência, principalmente em crianças e adolescentes, e o aconselhamento sistematizado dos que fumam, através da abordagem individual, com o objetivo de prevenir o ingresso no tabagismo ou promover a interrupção do mesmo.

Cada indivíduo tabagista é único: cada um possui a sua história, os seus valores, as suas preferências, as suas expectativas e as suas necessidades. O reconhecimento dessa individualidade, dentro do seu contexto de momento, é essencial para o sucesso da cessação do uso do tabaco. Por vezes, a cessação tabágica não será a prioridade de momento para o indivíduo, a depender do conjunto destes fatores, isso precisa ser compreendido e respeitado.

Alguns tabagistas se motivarão para a cessação a partir das orientações sobre malefícios do cigarro, outros a partir do adoecimento de um ente próximo e outros ainda a partir do próprio adoecimento. Por trás do hábito, sempre existe um indivíduo, que pode apresentar outras demandas e necessidades: o cigarro não pode esconder o quadro de fundo mais amplo da pessoa.





O controle do tabaco é um exemplo de expressão da Integralidade, pois exige medidas de promoção (como os hábitos saudáveis de vida), prevenção (como a restrição de publicidade e venda do tabaco), cura (o próprio tratamento de cessação de tabagismo) e reabilitação (reabilitação pulmonar em pacientes com complicações do tabaco).

Neste sentido, o programa inclui entre suas ações a capacitação dos profissionais de saúde para que possam apoiar a cessação de fumar dos funcionários e pacientes fumantes e tem como meta implantar o programa

Deverão ser desenvolvidas as seguintes ações:

- Realizar abordagem mínima ou intensiva aos pacientes dependentes da nicotina visando à cessação de fumar;
- Formar grupos de apoio ao fumante seguindo orientação do ministério da Saúde/ Instituto Nacional do Câncer;
- Oferecer apoio ao fumante com acompanhamento periódico do processo de cessação de fumar individual ou em grupo;
- Realizar palestras educativas periodicamente sobre o tema tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
- Incentivar os profissionais de saúde a divulgar e trabalhar na comunidade as ações pontuais dos dias 31 de Maio Dia Mundial Sem Tabaco, 29 de Agosto Dia Nacional de Combate ao Fumo e 27 de Novembro Dia Nacional de Combate ao Câncer.

O sucesso do tratamento está estreitamente ligado à interação que se estabelece entre o usuário, a equipe profissional e o apoio sócio familiar. Para a efetividade do tratamento para cessação, existem aspectos relacionados a atitudes e posturas do profissional de saúde são fundamentais, desde o primeiro momento do atendimento, e mantidos ao longo de todo o acompanhamento:

- **Acolhimento e empatia** – Importante entender que a relação do usuário com o tabagismo, muitas vezes, é permeada por um sentimento de





ambivalência, por meio do qual ele pode estar consciente dos malefícios do hábito e da importância do tratamento, mas pese intimamente a dimensão “positiva” (“o cigarro me ajuda a ficar mais calmo”, por exemplo) ou prazerosa de fumar.

- **Estimular a mudança de atitude** para alcance da abstinência.
- **Informar o usuário** sobre o que é a dependência química, os seus malefícios, quais sintomas ele poderá experimentar ao parar de fumar, quais métodos para cessação estão disponíveis, qual o papel do medicamento e quais os tipos de medicamentos.
- **Estimular que o usuário defina uma data de parada (“dia D”) ou pense em estabelecê-la futuramente**, podendo, para isso, reduzir gradualmente o número de cigarros diários ou estipular uma interrupção súbita, sendo esta uma escolha da pessoa, e enfatizando que se não conseguir na primeira tentativa outras vezes poderão ser tentadas, até que ele obtenha êxito em sua meta.
- **Alertar o usuário sobre os riscos de recaída** e da necessidade de desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.
- **Destacar que é importante que o usuário permaneça em acompanhamento** até o final do tratamento, mesmo após ter parado de fumar.

Havendo recaída, o profissional não deve se sentir fracassado, e sim entender as dificuldades da manutenção da abstinência devido à síndrome de abstinência e, a partir, daí estimular o usuário a tentar novamente e aprender a identificar as situações de risco que culminaram com a recaída, lembrando que a grande maioria dos tabagistas alcançarão a cessação definitiva com duas ou mais tentativas.





Apoio da equipe de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre a dependência 	<ul style="list-style-type: none"> • Saber reconhecer a abstinência (sintomas, duração). • Conhecer a natureza aditiva da nicotina (uma tragada pode gerar recaída). • Saber que a fissura cede em pouco tempo (três minutos). • Aprender estratégias substitutivas para atravessar os momentos difíceis.
	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a tentativa de abandono 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe um tratamento eficaz para deixar de fumar. • Transmitir confiança: capacidade de alcançar o êxito.
	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidar/responder às dúvidas e aos temores 	Indagar sobre o sentimento de parar, oferecendo apoio, sempre aberto a inquietações, temores e ambivalência.
	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer o plano de abandono 	Trabalhar motivos para o abandono, dúvidas e preocupações ao deixar de fumar, resultados obtidos e dificuldades.
Apoio social a familiares e amigos	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar suporte social e familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre contenção familiar e social. • Informar "dia D" aos familiares e amigos que escolher. • Estimular ambiente livre de tabaco em casa e no trabalho. • Pedir cooperação.
	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar o desenvolvimento das habilidades 	Identificar pessoas que apoiem a recuperação (pedir apoio, não fumar em sua presença, não oferecer cigarros, observar mudanças transitórias de humor).
	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular o suporte a outros fumantes 	Estimular outros fumantes a pararem.

6. PROTOCOLOS CLINICOS

Classificação da CID 10: F17

Diagnóstico Clínico: Critério de Fumante e de Dependência Física à Nicotina:

É considerado fumante o indivíduo que fumou mais de 100 cigarros, ou 5 maços de cigarros, em toda a sua vida e fuma atualmente.

É considerado dependente de nicotina, o fumante que apresenta três ou mais dos seguintes sintomas nos últimos 12 meses:

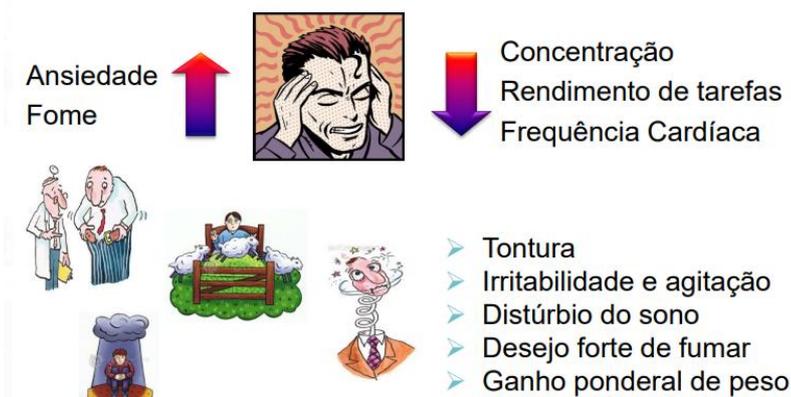
- Forte desejo ou compulsão para consumir a substância, no caso, nicotina;





- Dificuldade de controlar o uso da substância (nicotina) em termos de início, término ou nível de consumo;
- Quando o uso da substância (nicotina) cessou ou foi reduzido, surgem reações físicas devido ao estado de abstinência fisiológico da droga;
- Necessidade de doses crescentes da substância (nicotina) para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas, evidenciando uma tolerância a substância;
- Abandono progressivo de outros prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância (nicotina), e aumento da quantidade de tempo necessário para seu uso e/ou se recuperar dos seus efeitos;
- Persistência no uso da substância (nicotina), apesar da evidência clara de consequências nocivas à saúde.

Abstinência



7. AVALIAÇÃO DO TABAGISTA

É essencial que o profissional de saúde dialogue com o usuário, estimulando-o a pensar sobre o seu consumo de cigarro. Podem-se incluir perguntas simples acerca do tabagismo no acolhimento ou na visita domiciliar, em especial as perguntas “você fuma?”, “quantos cigarros você fuma por dia?”





e “alguma vez você já tentou parar fumar?”. São essas abordagens iniciais que aproximam o usuário das equipes, facilitando também a procura por tratamento

Para os usuários que desejarem cessar o uso do tabaco, antes de se iniciar o tratamento, é essencial esclarecê-los quanto aos tipos de tratamento que estão disponíveis, avaliando também suas possibilidades singulares de participação nas atividades oferecidas pela equipe de saúde.

Mesmo o usuário que deseja cessar o tabagismo poderá necessitar de estratégias de motivação, sendo indispensável uma avaliação individual para se identificar o nível de dependência, o grau de motivação e a história pregressa da pessoa, situando o tabagismo na integralidade do sujeito

Avaliação Qualitativa

A Avaliação Qualitativa pretende identificar em quais situações o fumante usa o cigarro, relacionando-se não só com a dependência física mas também com a dependência psicológica e o condicionamento. Dessa forma, a avaliação ajuda o próprio fumante a tomar consciência das situações de risco do seu dia a dia, além de auxiliar o profissional de saúde a identificar os principais pontos a serem trabalhados durante todo o processo da abordagem intensiva do fumante

A principal escala usada para esta avaliação é a Escala de Razões para Fumar Modificada, uma escala de rápida aplicação e deve ser aplicado de forma complementar ao Questionário de Tolerância de Fagerström com os usuários que demonstrarem disposição ou motivação para o tratamento do tabagismo

As razões para fumar são agrupadas em nove fatores principais, sendo eles: dependência, prazer de fumar, redução da tensão, estimulação, automatismo, manuseio, tabagismo social, controle de peso e associação estreita.

Escala de Razões para Fumar Modificada





- 1) Eu fumo cigarros para me manter alerta.
- 2) Manusear um cigarro é parte do prazer de fumá-lo.
- 3) Fumar dá prazer e é relaxante.
- 4) Eu acendo um cigarro quando estou bravo com alguma coisa.
- 5) Quando meus cigarros acabam, acho isso quase insuportável até eu conseguir outro.
- 6) Cigarros me fazem companhia, como um amigo íntimo.
- 7) Eu fumo cigarros automaticamente sem mesmo me dar conta disso.
- 8) É mais fácil conversar e me relacionar com outras pessoas quando estou fumando.
- 9) Eu fumo para me estimular, para me animar.
- 10) Parte do prazer de fumar um cigarro vem dos passos que eu tomo para acendê-lo.
- 11) Eu acho os cigarros prazerosos.
- 12) Quando eu me sinto desconfortável ou chateado com alguma coisa, eu acendo um cigarro.
- 13) Controlar meu peso é uma razão muito importante pela qual eu fumo.
- 14) Eu acendo um cigarro sem perceber que ainda tenho outro aceso no cinzeiro.
- 15) Enquanto estou fumando me sinto mais seguro com outras pessoas.
- 16) Eu fumo cigarros para me "por para cima".
- 17) Às vezes eu sinto que os cigarros são os meus melhores amigos.
- 18) Eu fumo cigarros quando me sinto triste ou quando quero esquecer minhas obrigações preocupações.
- 19) Eu sinto uma vontade enorme de pegar um cigarro se fico um tempo sem fumar.
- 20) Eu já me peguei com um cigarro na boca sem me lembrar de tê-lo colocado lá.
- 21) Eu me preocupo em esquecer de parar de fumar.

As alternativas e o peso das respostas para cada questão são:

() Nunca {1}, () Raramente {2}, () Às vezes {3}, () Frequentemente {4}, () Sempre {5}

Fatores formados a partir dos itens elencados acima.

O escore final de cada fator é a média simples dos escores individuais.

Fator 1: Dependência (*addiction*): itens 5, 19

Fator 2: Prazer de fumar (*pleasure*): itens 3, 11

Fator 3: Redução da tensão (*tension reduction*): itens 4, 12, 18

Fator 4: Estimulação (*stimulation*): itens 1, 9, 16

Fator 5: Automatismo (*automatism*): itens 7, 14, 20

Fator 6: Manuseio (*handling*): itens 2, 10

Fator 7: Tabagismo social (*social smoking*): itens 8, 15

Fator 8: Controle de peso (*weight control*): itens 13, 21

Fator 9: Associação estreita (*affiliative attachment*): itens 6, 17

Para calcular o resultado da Escala:

O escore final de cada fator é a média simples dos escores individuais. Considere como Fatores de Atenção na cessação de tabagismo aqueles com pontuação final maior que 2.

Resultado da Escala:

Dependência (física): caracterizada pelo tempo que o indivíduo consegue permanecer sem fumar e tem a ver com a tolerância da nicotina e com a redução dos sintomas de abstinência.





Prazer de fumar: a nicotina libera substâncias hormonais que dão maior sensação de prazer através das atividades neuroquímicas do cérebro nas vias de recompensa.

Redução da tensão (relaxamento): a nicotina do cigarro chega aos receptores cerebrais, ajuda a diminuir a ansiedade/estresse que o fumante apresenta, dando-lhe uma sensação momentânea de alívio dela.

Estimulação: o fumar é percebido como modulador de funções fisiológicas, melhorando a atenção, a concentração e a energia pessoal.

Automatismo (hábito): condicionamento do fumar em determinadas situações, tais como logo após o almoço.

Manuseio (ritual): envolve todos os passos dados até se acender o cigarro.

Tabagismo social: fumar junto aos amigos, em situações de festa, em baladas, na praia.

Controle do peso: envolve preocupações a respeito do ganho de peso relacionado à cessação do tabagismo.

Associação estreita: definida por uma forte conexão emocional do tabagista com o fumo e o cigarro.

7.2 Avaliação Quantitativa

Comumente é aconselhável utilizar o teste de Fagerström para a dependência à nicotina, que é clássico e mundialmente bem aceito:

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?
 - (3) nos primeiros 5 minutos
 - (2) de 6 a 30 minutos
 - (1) de 31 a 60 minutos
 - (0) mais de 60 minutos
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?
 - (1) sim
 - (0) não





3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

(1) o 1° da manhã

(0) os outros

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

(0) menos de 10

(1) 11-20

(2) 21-30

(3) mais de 31

5. Você fuma mais freqüentemente pela manhã?

(1) sim

(0) não

6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?

(1) sim

(0) não

Contagem dos pontos:

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

7.1 Motivação

A motivação do fumante é um fator essencial de se trabalhar no processo de cessação do uso do tabaco e, contraditoriamente, um dos principais obstáculos para a equipe de saúde.

O Modelo de Avaliação do Grau de Motivação para a Mudança, de Prochaska, DiClemente e Norcross visa descrever etapas que podem ser identificadas no discurso da pessoa quando indagada acerca de sua vontade de mudança de hábito e de seus planos para buscar tratamento. Cabe ao profissional identificar quais os elementos que mais surgem na fala da pessoa e aplicá-los a um dos seis estágios:





Pré-contemplação (“Eu não vou”) – Não considera a possibilidade de mudar, nem se preocupa com a questão. Nesta fase, o fumante não pensa em parar de fumar.

O profissional deve procurar motivá-lo a cada consulta, ressaltando os malefícios do tabagismo sobre a saúde do fumante como a baixa resistência física, maior propensão a doenças respiratórias, cardiovasculares, maior risco de câncer, úlceras, envelhecimento da pele, alertar sobre os riscos do tabagismo passivo, procurando encontrar aquele aspecto que é mais relevante a cada um.

Salientar que não existe nível de exposição segura à fumaça do cigarro e que fumar cigarros com baixos teores de nicotina não elimina o risco de desenvolver doenças causadas pelo tabaco

Contemplação (“Eu poderia”) – Admite o problema, é ambivalente e considera adotar mudanças eventualmente

O profissional deve identificar medos e barreiras em potencial que possam impedi-lo de largar o cigarro. Deve informar sobre a síndrome de abstinência, o surgimento de sintomas desagradáveis como dor de cabeça, tontura, irritabilidade e insônia que alguns fumantes podem desenvolver nas primeiras três semanas após parar de fumar. Informar sobre a disponibilidade de medicamentos eficazes para evitar ou minimizar estes sintomas, como a bupropiona, a goma e o adesivo de nicotina.

Caso o medo de ganhar peso seja uma barreira para a cessação do tabagismo, o profissional deve ressaltar que o benefício de parar de fumar supera o ganho de peso que a pessoa venha a apresentar. Em média, o ganho de peso fica entre 2 e 4 kg, sendo que metade das pessoas ganha menos do que isso. No entanto, um em cada dez fumantes pode ganhar de 11 kg a 13,5 kg. Orientar sobre a importância de uma alimentação rica em frutas e verduras, ingestão hídrica e prática de atividade física regular para evitar um ganho excessivo de peso.





Se o usuário tiver medo de fracassar, mostre que ele não está sozinho, que você estará à disposição para apoiá-lo e que a maioria dos fumantes, faz em média, três a quatro tentativas antes de parar definitivamente

Preparação (“Eu vou / Eu posso”) – Inicia algumas mudanças, planeja, cria condições para mudar, revisa tentativas passadas.

Os fumantes que desejam parar de fumar devem ser encaminhados, preferencialmente, para os grupos que auxiliam na cessação do tabagismo, onde se realiza a abordagem cognitivo comportamental, podendo, no entanto – se esta for a opção do usuário e a avaliação da equipe seguir o acompanhamento individual.

Ação (“Eu faço”) – Implementa mudanças ambientais e comportamentais, investe tempo e energia na execução da mudança.

Além das informações referentes à síndrome de abstinência e fissura, um método de parada deve ser escolhido pelo usuário.

Parada abrupta: a pessoa escolhe uma data e a partir daquela data não fuma mais. É a estratégia mais efetiva e a mais adotada pelos ex fumantes.

Parada gradual por redução: reduz gradualmente o número de cigarros diários até parar em definitivo.

Parada gradual por adiamento: pessoa adia o horário do primeiro cigarro até parar.

Manutenção (“Eu tenho”) – Processo de continuidade do trabalho iniciado com ação, para manter os ganhos e prevenir a recaída.

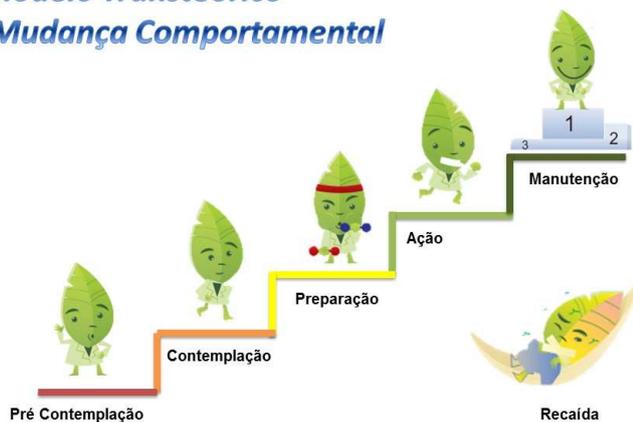
O profissional de saúde deve parabenizar o usuário que parou de fumar e reforçar os benefícios obtidos com a cessação. Reforçar também os benefícios indiretos, como a melhora da autoestima e da confiança. Deve indagar sobre situações que ele ainda associa ao cigarro e como ele lida com elas. É importante o desenvolvimento de habilidades para enfrentar situações de risco de recaída como beber com amigos, ver outras pessoas fumando, situações de estresse ou de grande pressão.



Recaída – Falha na manutenção e retomada do hábito ou comportamento anterior, com retorno a qualquer dos estágios anteriores

Muitas vezes, o fumante, ao recair, mostra-se envergonhado e com baixa autoestima. Cabe ao profissional de saúde acolhê-lo, ouvi-lo, não demonstrar frustração, agressividade ou preconceito. O tabagismo pode ser encarado como uma doença crônica, onde cessação e recaídas fazem parte da sua evolução. Deve-se orientar sobre as várias tentativas que os fumantes fazem antes de parar, bem como trabalhar com ele as possíveis razões para esta recaída e explorar soluções para a próxima tentativa

Modelo Transteórico Mudança Comportamental



Prochaska et al. (1994)

A identificação de qual estágio motivacional o usuário se encontra é de extrema importância no momento de se elaborar estratégias para intervenções



Estágios de Mudança de Prochaska e DiClemente	Tarefas Motivacionais do Profissional de Saúde
Pré-contemplanção	Levantar dúvidas – aumentar a percepção do usuário sobre os riscos e problemas do comportamento atual.
Contemplanção	“Inclinar a balança” – evocar as razões para a mudança, os riscos de não mudar; fortalecer a autossuficiência do usuário para a mudança do comportamento atual.
Preparação	Ajudar o usuário a determinar a melhor linha de ação a ser seguida na busca da mudança.
Ação	Ajudar o usuário a dar passos rumo à mudança.
Manutenção	Ajudar o usuário a identificar e a utilizar estratégias de prevenção da recaída.
Recaída	Ajudar o usuário a renovar os processos de contemplanção, preparação e ação, sem que este fique imobilizado ou desmoralizado devido à recaída.

8. ABORDAGEM

8.1 Critérios para Inclusão na Abordagem Cognitiva Comportamental

A abordagem cognitivo-comportamental deve ser oferecida a todo fumante que deseja parar de fumar e que venha a ser tratado em uma unidade de saúde prestadora de serviços ao SUS, cadastrada para realizar a abordagem e tratamento do fumante. Esta abordagem será realizada em sessões periódicas, de preferência em grupo de apoio, podendo também ser realizada individualmente. Ela consiste em fornecer informações sobre os riscos do tabagismo e os benefícios de parar de fumar, e no estímulo ao autocontrole ou auto manejo para que o indivíduo aprenda a escapar do ciclo da dependência e a tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento





8.2 Grupos de Tabaco

A organização de grupos para cessação de tabagismo proposta pelo Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante e adotada aqui é de quatro sessões estruturadas de duração de 90 minutos cada, com periodicidade semanal/quinzenal. Essa proposição de estrutura de grupo requer, ainda, que cada profissional e equipe adaptem o método à sua realidade e às necessidades da sua comunidade: por vezes será necessário aumentar o número de sessões ou condensá-las, para garantir mais acesso. É essencial que o profissional e a equipe avaliem os resultados encontrados com o modelo de intervenção adotado

Sugere-se que cada grupo seja conduzido, quando possível, por dois ou mais profissionais. O perfil adequado do profissional para estes papéis inclui as características: compromisso com a preservação da saúde; satisfação por trabalhar com grupos; facilidade de relacionamento interpessoal; flexibilidade; bom senso; capacidade de fala simples e assertiva; e não serem fumantes

1ª Sessão: Entender por que se fuma

Passo a passo

- Realizar o acolhimento dos participantes, o profissional de saúde apresenta-se e cada pessoa faz uma breve apresentação pessoal (nome, idade, quanto tempo fuma, quantos cigarros fuma por dia, quantas vezes tentou parar de fumar, expectativas do tratamento, razão pela qual está participando do grupo); em seguida, realiza-se uma breve sensibilização dos problemas acarretados pela dependência do cigarro.
- Explicar o processo do grupo detalhadamente (como são as sessões, tempo e duração, necessidade de avaliação para uso de medicamento, dúvidas a respeito das sessões), dando-se, assim, início ao tratamento.





- Estabelecer as Regras de Funcionamento do Grupo: respeito a horários, número de sessões, confidencialidade, impossibilidade de reposição de faltas, importância do preenchimento de formulários e leituras.

Temas a serem abordados na 1ª Sessão:

- a) Reconhecer as ambivalências: parar versus continuar fumando.
- b) Benefícios de parar de fumar.
- c) Reforço quanto a ter uma nova experiência de parar de fumar.
- d) Explicação sobre dependência química, dependência psicológica e condicionamento.
- e) Métodos de parar de fumar: abrupto/gradual, tratamento interdisciplinar, medicamentos.
- f) Escolha da data para parar de fumar ("dia D")

2ª Sessão: Preparar para abandono do cigarro

Passo a passo

- As sessões sempre são iniciadas com os participantes trazendo questões importantes vivenciadas na semana anterior. Deve-se explicar detalhadamente os itens referentes às dependências física, psicológica e aos condicionamentos estabelecidos. A introdução dos adesivos e dos medicamentos ocorre na segunda sessão, quando for avaliada a necessidade de uso deles pelos usuários, e a dosagem é estabelecida de acordo com critérios clínicos.
- Discutir com cada pessoa do grupo, mediante os questionamentos durante as sessões, os pontos mais frágeis suscetíveis para recaída, no sentido de promover controle e mudança de comportamento. São introduzidas as técnicas de controle comportamental e é ressaltada a importância de trabalhar o conceito de assertividade. Também neste ponto, deve-se dar atenção às disfunções cognitivas, ou seja, às compreensões e aos pensamentos equivocados, trazidas pelos sujeitos durante a sessão.





Programa Básico da 2ª Sessão

- a) Apresentação das experiências dos participantes desde o último encontro.
- b) Planejamento das mudanças a realizar e uso de técnicas de autocontrole.
- c) Assertividade e tipos de reformulações cognitivas.
- d) Explicações sobre a Síndrome de Abstinência: quais são seus sintomas, suas possibilidades e técnicas de manejo, por exemplo, treinar com eles a técnica de respiração profunda que será útil para relaxar e melhorar a sintomatologia da abstinência.
- e) Exercício de respiração profunda e relaxamento.
- f) Orientações para iniciar o tratamento: redução gradual ou total.

3ª Sessão – Viver os primeiros dias sem o cigarro

Passo a passo

- Como nas duas sessões anteriores, esta também é iniciada com os sujeitos trazendo questões importantes vivenciadas na semana anterior, com apresentação das experiências dos participantes desde o último encontro.
- Discutir com cada participante como estavam sendo realizadas as mudanças necessárias e observadas com os resultados do questionário inicial, o uso das técnicas de controle comportamental e a importância da assertividade.
- Trabalhar as disfunções cognitivas trazidas pelos sujeitos durante a sessão com o processo de cessação e as crenças relacionadas às dificuldades encontradas, principalmente ao humor, condicionamentos e mudança de rotina.
- Usar a técnica do reforço positivo quanto aos progressos efetuados pelos participantes, assim como a identificação de situações de risco e o enfrentamento destas situações por meio de dinâmicas de grupo.





Programa Básico

- a) Reforçar aos participantes, que já estão apresentando resultados, quanto ao autocontrole.
- b) Reflexões sobre os “gatilhos” que intensificam o desejo de fumar.
- c) Identificação e enfrentamento de situações de risco.

4ª Sessão – Vencer obstáculos e manter-se sem fumar, prevenção de recaídas, encerramento e orientações

Passo a passo

- Novamente a sessão é iniciada motivando os sujeitos a compartilharem suas experiências e discutir os resultados da semana anterior e sentimentos relacionados à ausência do cigarro; é reforçada a importância do uso das técnicas de controle comportamental e assertividade, como as disfunções cognitivas trazidas pelos sujeitos durante a sessão; verificar como estão se sentindo (físico e emocional); o que melhorou? O que ficou mais difícil? Como lidou com a situação?
- É importante a utilização, em todas as sessões, da técnica do reforço positivo, ou seja, elogiar e destacar pontos em que os usuários tiveram quanto aos progressos efetuados; foco nas mudanças positivas.
- Perguntar e refletir sobre como que as situações de risco estavam sendo enfrentadas, analisando a busca de comportamentos assertivos e o manejo das dificuldades.
- Nesta sessão, é importante iniciar o processo de prevenção de recaídas.
- Orientar o processo terapêutico e prosseguimento do tratamento medicamentoso com a finalização do grupo

8.3 Critérios para Inclusão no Tratamento Medicamentoso

Os fumantes que poderão se beneficiar da utilização do apoio medicamentoso, serão os que, além de participarem (obrigatoriamente) da





abordagem cognitiva comportamental, apresentem um grau moderado/elevado de dependência à nicotina:

- Fumantes moderados, que fumam até 19 cigarros por dia;
- Fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia;
- Fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia;
- Fumantes com escore do teste de Fagerström, igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério dos profissionais;
- 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;
- Não haver contra indicações clínicas.

9. TRATAMENTO

Consulta de avaliação clínica do paciente: Com o objetivo de elaborar um plano de tratamento, o paciente deverá passar por uma consulta compartilhada, antes de iniciar a abordagem cognitivo-comportamental. Nessa consulta os profissionais de saúde deverão avaliar a motivação do paciente em deixar de fumar, seu nível de dependência física à nicotina, se há indicação e/ou contra indicação de uso do apoio medicamentoso, existência de comorbidades psiquiátricas, e observar sua história clínica. Todo paciente que tiver indicação de uso de qualquer tipo de apoio medicamentoso deverá ser acompanhado em consultas individuais subseqüentes, pelo profissional de saúde que o prescreveu.

Abordagem Cognitivo-Comportamental: A abordagem cognitivo-comportamental consiste em sessões individuais ou em grupo de apoio, entre 15 a 30 participantes (coordenados por 2 ou mais profissionais de saúde de nível superior, seguindo o esquema abaixo:





Apoio Medicamentoso: No momento, os medicamentos considerados como 1ª linha no tratamento da dependência à nicotina, e utilizados no Brasil são: Terapia de Reposição de Nicotina, através do adesivo transdérmico, goma de mascar e pastilha, e o Cloridrato de Bupropiona

Adesivos Transdérmico de Nicotina com 7 mg, 14 mg e 21 mg

O paciente deverá passar por uma consulta individualizada após abordagem cognitivo-comportamental e início dos grupos, com a conscientização da necessidade de cessação do uso do tabaco.

A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante prescrição médica ou farmacêutica em conjunto com outro profissional da equipe NASF (até profissionais).

Pacientes com escore do teste de Fagerström entre 8 a 10, e/ou fumante de mais de 20 cigarros por dia, utilizar o seguinte esquema:

- Semana 1 a 4: adesivo de 21mg a cada 24 horas;
- Semana 5 a 8: adesivo de 14mg a cada 24 horas;
- Semana 9 a 12: adesivo de 7mg a cada 24 horas.
- Duração total do tratamento: 12 semanas.

Pacientes com escore do teste de Fagerström entre 5 a 7, e/ou fumante de 10 a 20 cigarros por dia e fumam seu 1º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, utilizar o seguinte esquema:

- Semana 1 a 4: adesivo de 14mg a cada 24 horas;
- Semana 5 a 8: adesivo de 7mg a cada 24 horas.
- Duração total do tratamento: 8 semanas

O adesivo de nicotina é o mais indicado por ter menos efeitos colaterais, deve ser aplicado na pele, fazendo um rodízio do local da aplicação a cada 24 horas. Na mulher, evitar colocá-lo no seio, e no homem, evitar colocá-lo em





região que apresente pelos. A região deve estar protegida da exposição direta do sol, porém, não há restrição quanto ao uso na água.

Contra indicações:

- Hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula;
- Doenças dermatológicas que impeçam a aplicação do adesivo;
- Pacientes que estejam no período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio;
- Gestação;
- Amamentação

Efeitos Colaterais: A irritação local podendo a chegar a eritema infiltrativo, é efeito colateral mais comum, podendo ocorrer mais raramente, náuseas, vômitos, hipersalivação e diarréia. Pode ocorrer, em menor incidência, palpitação, eritema e urticária e, raramente, fibrilação atrial reversível e reações alérgicas como o angioedema.

Goma de mascar em tabletes com 2 mg de nicotina

A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante prescrição

- Semana 1 a 4: 1 tablete a cada 1 a 2 horas (máximo 15 tabletes por dia);
- Semana 5 a 8: 1 tablete a cada 2 a 4 horas;
- Semana 9 a 12: 1 tablete a cada 4 a 8 horas.
- Duração total do tratamento: 12 semanas.

A goma pode produzir irritação da língua e da cavidade oral. Deve se mascar um tablete por vez nos intervalos estabelecidos, o paciente deve ser orientado a mascar a goma com força algumas vezes até sentir o sabor de tabaco. Nesse momento ele deverá parar de mastigar e repousar a goma entre a bochecha e a gengiva por alguns minutos para, em seguida, voltar a mastigar com força, repetindo esta operação por 30 minutos, após os quais poderá jogar





fora a goma de mascar. Também deverá ser orientado a não ingerir nenhum líquido, mesmo que seja água, durante a mastigação da goma.

Contra indicações:

- Hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula;
- Incapacidade de mastigação ou em indivíduos com afecções ativas da articulação têmporo mandíbula;
- Pacientes que estejam no período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio.
- Pacientes portadores de úlcera péptica

Efeitos Colaterais: vertigem, dor de cabeça, náuseas, vômitos, desconforto gastrointestinal, soluços, dor de garganta, dor bucal, aftas, dor muscular na mandíbula, hipersalivação.

Cloridrato de Bupropiona comprimidos de 150 mg

A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante prescrição médica, com a apresentação do Receituário de Controle Especial em duas vias.

No caso da primeira consulta individualizada ser feita por outros profissionais não médicos, e se for observado através de ferramentas de avaliação de ansiedade e depressão a possível necessidade de utilização da Bupropiona, o profissional deverá fazer um encaminhamento ao Profissional Médico da Unidade de referência do paciente, explicitando os motivos do encaminhamento.

- 1 comprimido de 150mg pela manhã nos primeiros 3 dias de tratamento;
- 1 comprimido de 150mg pela manhã e outro comprimido de 150mg, oito horas após, a partir do 4º dia de tratamento, até completar 12 semanas.





A dose máxima recomendada de Bupropiona é de 300mg por dia. Em caso de intolerância à dose preconizada, ela pode sofrer ajuste posológico, a critério clínico. Deve-se parar de fumar no 8º dia após o início da medicação.

É um estimulante do humor capaz de reduzir a fissura em adultos que consomem 15 cigarros ou mais ao dia. Para fumantes com depressão, a indicação ainda é mais precisa, onde pode se iniciar a bupropiona duas semanas antes da data planejada para a cessação do uso de tabaco.

A associação entre a terapia de reposição de nicotina e a Bupropiona tem resultado em um aumento da efetividade na cessação do uso do tabaco quando comparada ao uso de Bupropiona isoladamente.

Contra indicações:

- Hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula;
- Risco de convulsão: história pregressa de crise convulsiva, epilepsia, convulsão febril na infância,
 - Anormalidades eletroencefalográficas conhecidas;
 - Alcoolistas em fase de retirada de álcool;
 - Uso de benzodiazepínico ou outro sedativo,
 - Uso de outras formas de bupropiona;
 - Doença cerebrovascular,
 - Tumor de sistema nervoso central,
 - Bulimia, anorexia nervosa.
 - Gestação
 - Amamentação.

Efeitos Colaterais: insônia, geralmente sono entrecortado, além de boca seca, cefaleia e risco de convulsão.

Como terceira linha, no caso de fissura de difícil controle e falha dos fármacos utilizados, pode-se tentar um psicoanaléptico tricíclico. A nortriptilina e a amitriptilina são os mais indicados nestes casos.





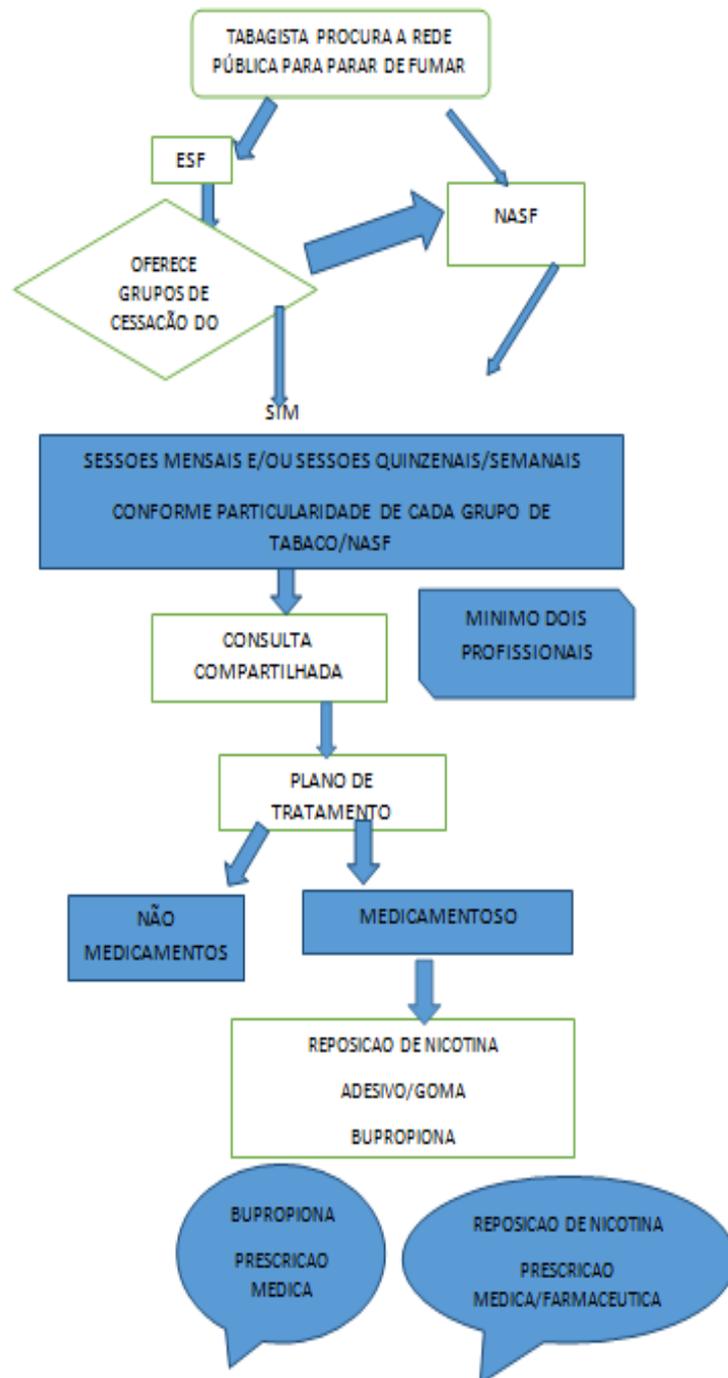
OBS: os medicamentos do programa tabagismo fazem parte do componente estratégico da assistência farmacêutica, portanto sua aquisição e responsabilidade do governo federal, que repassa ao estado. O governo estadual realiza a distribuição para os municípios. Portanto o município é responsável pela dispensação dos medicamentos.

Dicas importantes a serem repassadas aos fumantes em cessação do tabagismo, visando evitar lapsos e recaídas

Abordagens Psicossociais	Construção de estratégias	Exemplos
Desenvolver habilidades para resolução de problemas	<ul style="list-style-type: none">• Construção de estratégias	Reconhecer estresse, sentimentos negativos, companhia de fumantes, álcool, angústia, ansiedade, tristeza, depressão.
	<ul style="list-style-type: none">• Identificar riscos de recaída	Desenvolver estratégias substitutivas
	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolver estratégias substitutivas	Aprender estratégias: <ul style="list-style-type: none">• Reduzir humor negativo (relaxar, banhar-se, fazer algo prazeroso, ouvir música, ler, exercícios).• Controlar urgência por fumar (caminhar, distrair-se, tomar água, sucos, escovar os dentes, mascar chiclete).



10. FLUXOGRAMA





11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer; Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. Ajudando seu paciente a deixar de fumar. Rio de Janeiro: INCA, 1997

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Câncer (Inca). Coordenação de Prevenção e Vigilância - CONPREV. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco – Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS/Nº1575, de 29 de agosto de 2002. Consolida o Programa Nacional de Controle de Tabagismo, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília,2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. INCA. Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na rede SU Fluxos de Informação e Instrumentos de Avaliação. Manual de Operação. Rio de Janeiro. INCA, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Coordenação Geral de Ações Estratégicas; Coordenação de Prevenção e Vigilância. Manual do coordenador: deixando de fumar sem mistérios. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Fundação Getúlio Vargas. Cigarro Brasileiro. Análises e Propostas para Redução do Consumo. Rio de Janeiro, 2011

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 571, de cinco de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília,2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014:** incidência de câncer no Brasil. Brasília: INCA, 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica- Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica- O cuidado da pessoa tabagista, Brasília 2015.





BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS/Nº761, de 21 de junho de 2016. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina. Diário Oficial da União. Brasília, 2016

CARMO JT, PUEYO AA. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. Rev Bras Med, 2002

CARVALHO, J. T. O tabagismo visto sob vários aspectos. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

COSTA E SILVA, V. L.; ROMERO, L. C. Programa nacional de combate ao fumo: plano de trabalho para o período 1988-2000. Rev. Bras. Cancerol., Rio de Janeiro, 1988.

GONÇALVES, C. M. C.; MEIRELLES, R. H. S. Abordagem e Tratamento do Fumante. In: ZAMBONI, M.; CARVALHO, W. R. (Eds.). Câncer do Pulmão. São Paulo: Atheneu, 2005

HAGGSTRÄM, F. M.; CHATKIN, J. M. Dependência à Nicotina. In: VIEGAS, C. A. A. (Ed.). Tabagismo: do diagnóstico à saúde pública. São Paulo: Atheneu, 2007

PEREIRA, *et al.* As principais doenças associadas ao tabagismo e o tratamento medicamentoso no combate ao vício. Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar, 2014

SILVA, Sandra Tavares et al. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2014.

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. 2014.

SILVA, C. J.; SERRA, A. M. Terapias cognitiva e cognitivo-comportamental em dependência química. Rev. Bras. Psiquiatria, 2004.

SOUZA, E. S. T. et al. Escala de razões para fumar modificada: tradução e adaptação cultural para o português para uso no Brasil e avaliação da confiabilidade teste- reteste. J. Bras. Pneumol., São Paulo, 2009.





SOUZA, Debora Tiso. Tabagismo: a estruturação da equipe multidisciplinar como diferencial no tratamento do tabagista. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de medicina. Núcleo de educação em saúde Coletiva. Campos Gerais, 2010

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World no-Tobacco Day. Tobacco and poverty: a vicious circle, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World no-Tobacco Day. Tobacco and poverty: a vicious circle, 2016.



**Núcleo de Assistência
Farmacêutica**

