



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

MAYARA LOCATELLI ADRIANO

**O ENFERMEIRO FRENTE AO TRATAMENTO DO
TABAGISMO**

ARIQUEMES - RO
2017

Mayara Locatelli Adriano

**O ENFERMEIRO FRENTE AO TRATAMENTO DO
TABAGISMO**

Trabalho de conclusão de curso apresentando ao curso de graduação em enfermagem Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Prof^a Orientadora: Ms. Sônia Carvalho de Santana

Ariquemes-RO
2017

Mayara Locatelli Adriano

O ENFERMEIRO FRENTE AO TRATAMENTO DO TABAGISMO

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA como requisito á obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem. Profª Orientadora: Ms. Sonia Carvalho de Santana.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora Profª Ms. Sonia Carvalho de Santana
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

1º Examinador Profª Esp. Jessica do Vale
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

2º Examinador Profº Esp. Rafael Alves Pereira
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 07 de dezembro de 2017.

Tudo que você mentalizar de coração e acreditar será.

Autor desconhecido.

Agradecimento

Agradeço primeiramente a Deus que sempre deu força mesmo naqueles momentos em que eu não tinha mais, da qual muitas vezes eu pensei em desistir, mais Deus é maior, agradeço minha mãe por ser essa mãezona sempre me apoiando, deixou muitas vezes realizar os sonhos dela para realizar os meus, meu pai meu orgulho o grande homem, as minhas irmãs Aline e Luana por sempre estarem comigo, agradeço também meus sobrinhos Eduardo e Pedro simplesmente por existirem alegria dos meus dias, minha amiga Jéssica que trouxe da infância para vida e com certeza até ao final, meus amigos Islan Diego, Ingrid, Bruna e minha dupla mais linda Amanda, vencemos amigos essa batalha juntos, sempre um dando força ao outro, desejo a vocês todos sucessos do mundo, nessa nova fase da vida, e claro agradeço a minha orientadora mestra prof^a Sonia Carvalho por ser esse exemplo de pessoa, mãe, profissional uma pessoa iluminada por onde passa irradia luz, obrigada por acreditar em mim.

RESUMO

O tabagismo é a ação de se consumir cigarros ou distintos artigos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina, sendo o seu uso configurado como vício. Acarreta desde malefício cardiocirculatório a efeitos psíquicos-estimulante e depressor. Desponta como motivo da terceira maior causa de óbitos evitáveis no Brasil. O enfrentamento do vício do tabagismo evoca o fator multidimensional da vivência humana, e, as consultas de enfermagem tem um papel fundamental visando a abordagem terapêutica e individualizada conforme as necessidades dos indivíduos. Este trabalho foi realizado através de pesquisa bibliográfica, com o intuito de conhecer a importância do enfermeiro frente tratamento de tabagistas. Trata-se de uma revisão de literatura, ao qual foram pesquisados livros e artigos científicos nas bases de dados, Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Julio Bordignon, o delineamento temporal foi definido entre os anos de 2007 a 2017. A finalidade é informar o quanto é necessária a equipe multidisciplinar no tratamento e mostrar a contribuição do enfermeiro como integrante da condução do tratamento. A pesquisa evidencia que as atividades educativas preventivas evocam o estímulo e a adoção de hábito de vida saudável, com a promoção e prevenção da saúde e livrando assim doenças que associadas ao tabaco levam a riscos de desenvolver patologias fatais.

Palavra – chave: Tabagismo, enfermeiro, educação em saúde; prevenção.

ABSTRACT

Smoking is the action of consuming cigarettes or different articles that contain tobacco, whose drug or active principle is nicotine, and its use is configured as an addiction. It carries from cardiocirculatory damage to psychic-stimulant and depressant effects. It emerges as the reason for the third leading cause of preventable deaths in Brazil. The confrontation of smoking addiction evokes the multidimensional factor of the human experience, and, the nursing consultations have a fundamental role aiming the therapeutic approach and individualized according to the needs of the individuals. This work was carried out through a bibliographical research, in order to know the importance of the nurse in the treatment of smokers. This is a literature review, which was searched for books and scientific articles in the databases, Virtual Health Library, Library Julio Bordignon, the temporal delineation was defined between the years 2007 to 2017. The purpose is to inform how it is necessary the multidisciplinary team in the treatment and to show the contribution of the nurse as part of the conduction of the treatment. The research shows that preventive educational activities evoke the stimulation and adoption of a healthy life habit, with the promotion and prevention of health and thus ridding diseases that associate with tobacco carry the risk of developing fatal pathologies.

Keywords: Smoking, nurse, health education; prevention

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DECS	Descritores da Saúde
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
INAN	O Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LILACS	Latino Americano e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1– Prevalência de fumantes no Brasil (1989-2013)	21
Gráfico 2 – Prevalência de tabagistas no Brasil segundo sexo (2013)	22
Gráfico 3 – Prevalência de tabagistas no Brasil segundo tipo de região (2013).....	22
Gráfico 4 – Prevalência de fumantes no Brasil segundo escolaridade (2013)	23
Gráfico 4 – Prevalência de fumantes no Brasil segundo renda (2008)	23
Gráfico 6 – Prevalência de tabagistas no Brasil segundo raça/cor (2013)	23

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 METODOLOGIA	14
4 REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1 HISTÓRIA DO TABAGISMO.....	15
4.2 FUMANTE ATIVO E PASSIVO	17
4.3 EPIDEMIOLOGIA NO BRASIL.....	20
4.4 CARACTERÍSTICA DA POPULAÇÃO TABAGÍSTICA	21
4.5 CIGARRO E SUAS VARIAÇÕES.....	24
4.6 CONSEQUÊNCIAS DO TABAGISMO	25
4.7 AÇÕES PREVENTIVAS.....	27
4.8 DIRETRIZES PARA TRATAMENTO DA CESSAÇÃO DO TABAGISMO.....	29
4.9 ENFERMEIRO FRENTE AO PROGRAMA NACIONAL CONTRA TABAGISMO.....	32
4.10 ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DO TABAGISMO PROGRAMA PNCT	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39
ANEXO	44

INTRODUÇÃO

O conceituado Instituto Fiocruz considera que “Tabagismo é a ação de se consumir cigarros ou distintos artigos que contenham tabaco, cuja droga ou principio ativo é a nicotina”. (SILVA, 2017).

A nicotina é um componente existente no tabaco que causa dependência. Embora traga malefício cardiocirculatório, segundo estudos não é um componente cancerígeno. Os efeitos psíquicos da nicotina são amplos, é uma mistura de estimulante e depressor. Mencionam-se a ampliação da concentração e da atenção e a diminuição do apetite e da ansiedade. A nicotina induz tolerância e se agrega a uma síndrome de abstinência, altera o sono, aumenta a irritabilidade, diminui a concentração e a ansiedade. (NICASTRI, 2010).

A cada tragada dada pelo indivíduo, demora em cerca de 9 segundos para a nicotina ser absorvida pelos pulmões e chegar ao cérebro. Após chegar ao Sistema Nervoso Central, atua como agonista do receptor nicotínico da acetilcolina. Tem propriedades que reforça positivamente o vício devido à ativação da via dopaminérgica mesolímbica, aumentando também as concentrações da noradrenalina, adrenalina, beta endorfinas, hormônio adrenocorticotrófico, cortisol e vasopresina, que parecem excitar seus efeitos estimulantes. (VIEGAS, 2007 apud KOUICHI, ROCHA, NEVES, 2009).

É uma das substâncias mais aditivas, as finalidades farmacológicas contêm um estado de alerta, relaxamento muscular, melhoria da atenção e redução da fome. Primeiramente pode causar náuseas e vômitos, até que se desenvolva a tolerância. (NICASTRI, 2011)

Como já destacado, o ato de consumir tabaco traz sequelas irreversíveis para o organismo humano, ao acender o cigarro ele libera aproximadamente 4.720 substâncias químicas, 43 delas provocam o câncer elas alteram o núcleo das células chamadas de carcinogênicas, a nicotina faz com que o individuo se torne dependente, ela altera a biologia e a fisiologia do cérebro, já o alcatrão é altamente cancerígeno. (BRASIL apud OLIVEIRA, 2006).

O surgimento do tabaco tem seus primeiros registros no ano 1.000 a.C, e aconteciam em tribos indígenas em rituais, atos religiosos e magia. Na América Central a planta teria chegado ao Brasil por tribos Tupis-guaranis, o nome científico da planta é “*nicotiana tabacum*”, ela foi disseminada no século XVI na Europa,

quando os portugueses a conheceram, era utilizado pelo diplomata Jean Nicot francês vindo de Portugal. O produto era usado para curar as enxaquecas da rainha da França, Catarina de Médici. (MUAKAD, 2014).

Araújo (et al., 2004) relatam que a Organização Mundial de Saúde (OMS) traz dados informando que todos os anos cinco milhões de pessoas morrem por doenças causadas pelo tabaco, a cada segundo há estimativas que são aproximadamente seis óbitos, por este motivo justifica-se assim que o tabagismo deve ser tido como uma pandemia. Das mortes descritas, quatro milhões são homens e um milhão de mulheres. Outro dado alarmante é que se o tabagismo continuar com tal prevalência ocorrerá dez milhões de mortes em 2025.

Sobre o tabagismo passivo Bittencourt (et al., 2017) afirmam que, há indícios de ser o motivo da terceira maior causa de óbitos que poderiam ser evitadas no Brasil, baseado que filhos de pais tabagistas tem mais chances de desenvolver patologias de problemas pulmonares e de câncer de pulmão devido a exposição diária em ambientes fechados.

Na Europa, no século XVIII começaram aparecer às primeiras publicações baseada na associação do tabaco ao cancro de lábios, boca e mucosa nasal. Os países que pesquisaram e investigaram sobre esses fatos foram Inglaterra e Alemanha. Já no século XIX a população começava a se conscientizar sobre as possíveis associações do tabaco relacionado a patologias de saúde crônica. Os primeiros rumores contra o livre acesso de consumo de tabacos foi do movimento proibicionista norte americano. Baseados em literaturas epidemiológicas, nos Estados Unidos da América (EUA) e na Inglaterra, a partir dos anos 50 do século XX, a associação foi confirmada do cancro de pulmão e tabagismo, sendo assim o governo Britânico, em 1962, ordenou que os produtos comercializados com derivados de tabacos deveriam exibir os possíveis riscos de patologias relacionadas. Em seguida, mas já no ano de 1964, os EUA tomam as mesmas providencias, após duas décadas de comprovações, porém, o combate só teve realmente inicio nos anos 80. A partir dessa data, estava tudo muito explícito e esclarecido sobre os malefícios acarretados pelo tabagismo, já havia políticas públicas de prevenção e combate ao tabagismo. As publicidades em alguns países estimulando esse tipo de consumo foram proibidas, nos EUA foi abolido o consumo em transportes públicos, locais fechados e em lojas. (MARTINS, 2008).

Sabendo que o vício do tabagismo é fator multidimensional e vem de longas datas, na vivência humana as consultas de enfermagem tem um papel fundamental que visa a abordagem terapêutica e individualizada conforme as necessidades dos indivíduos, esses atendimentos prestados são de competências do enfermeiro que tem fundamentações científicas, e tem todo o apoio através de protocolos para o tratamento e monitoramento de tabagistas, evitando improvisos ineficazes nas consultas de enfermagem, para assim realizar o tratamento com sucesso. (ARREGUY-SENA et al., 2006).

Justifica-se este trabalho por ser o tabagismo assunto de relevância no contexto epidemiológico, e o enfermeiro como integrante da equipe multidisciplinar, ter importante papel na abordagem e condução do programa junto ao tabagista, estimulando a prevenção e prevenindo as inúmeras complicações decorrentes do uso do tabaco.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Discorrer sobre a atuação do enfermeiro junto ao tabagista no Programa Nacional Controle de Tabagismo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discorrer sobre o contexto histórico do cigarro, bem como sua classificação;
- Definir paciente tabagista;
- Relatar as possíveis consequências do tabagismo;
- Elencar inclusão e altas do tratamento do tabagismo;
- Discorrer sobre medidas preventivas para minimizar consumo do cigarro.
- Conceituar as diretrizes do PNCT

3 METODOLOGIA

Refere-se de um estudo bibliográfico de caráter descritivo, a pesquisa ocorreu a partir da base de dados disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) que compreendem *Scientific Eletronic Library Online (SciELO)*, e sistema de informação da Organização Mundial de Saúde (OMS), manuais do Ministério da Saúde (MS) e acervo da biblioteca Julio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA). O levantamento das fontes de publicações ocorreu no período de agosto de 2016 a setembro 2017. Para a inclusão para revisão de literatura utilizou-se artigos, manuais do Ministério da Saúde, monografias, dissertações publicados em língua nacional e internacional, no período de 2004 a 2017 coerentes com o tema da pesquisa, sendo excluídos os materiais que não abordavam a temática proposta e/ou não atendiam aos critérios de inclusão apresentadas anteriormente. Os descritores Saúde (DeCS) utilizados foram: Tabagismo, enfermeiro, educação em saúde, prevenção.

Foram utilizadas 36 referências no total, sendo em revistas 15 (42%), Dissertações e Trabalho de Conclusão de Curso 4 (11%), Manuais do Ministério da Saúde 17 (47%).

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 HISTÓRIA DO TABAGISMO

O tabaco e o hábito de fumar é algo muito antigo no mundo e assume diferentes características que dependem das crenças culturais e econômicas ao redor do mundo. Foi criado no século XVII na Espanha o que seria o precursor do cigarro, e somente em 1840 inventou-se na França o cigarro que então atingiu todas as classes sociais de consumidores e dominou o mercado tabagístico. (SPINK et al., 2009).

Nunes (2006) afirma que o tabaco já foi consumido de muitas formas como charutos, cachimbo ou até mesmo sob a forma de rapé, porém em 1881 quando surgiu a máquina de enrolar tabacos em que o domínio esteve com as multinacionais britânicas e estadunidenses, o aumento de consumo teve uma grande expansão, principalmente durante as Grandes Guerras Mundiais.

Segundo Boeira (2006, p. 9) “entre 1904 e 1947, as indústrias de tabaco dos Estados Unidos crescem tão ou mais rapidamente que as de carros, lançando marcas populares de cigarros”. Porém os resultados desses vícios para a saúde passaram vastamente despercebidos com poucas citações na literatura, existiam alguns registros de episódios de angina gerada pelo tabaco, ou cancro de lábio ou da língua, em fumantes de cachimbo.

O tabaco já foi utilizado por um longo período para tratamento medicinal de diversas doenças consideradas uma erva com grandes propriedades medicinais, conforme relata Hortense (et al., 2008), é avaliada uma das maiores pandemias que os homens já inventaram. Na antiguidade o tabaco foi utilizado para mais de 59 doenças, usadas de várias maneiras: cataplasma, fumo e até infusões. Porém o seu uso medicinal foi pouco a pouco se retirando até que não se utilizasse mais, apenas o hábito prazeroso que continuou se expandir-se por todo mundo.

Filho (et al., 2010) revelam a representação do tabaco nos movimentos modernos e sua importância social durante as décadas de 60 e 70 do qual a revolução industrial teve uma grande ampliação da inclusão do tabaco na sociedade, e nas mulheres que estavam em movimentos de liberação feminina que também começaram a adotar o hábito de fumar que era um ato exclusivamente masculino.

Na década de 70 ocorreu o auge da revolução sexual e da liberdade e do consumo das drogas, que era visto como uma maneira de protestar o sistema político vigente autoritário em boa parte do mundo, incluindo no Brasil. Ao mesmo tempo a medicina passou a estudar interações entre o cigarro e patologias clínicas, destacando entre elas enfisema pulmonar e diversos tipos de câncer, que motivaram uma campanha de marketing que visava informar e conscientizar a redução na concentração de nicotina e alcatrão “sem diminuir o prazer de fumar” (TORCATO, 2016).

Segundo autores a década de 80 foi marcada pela luta contra o cigarro e o formato como eram vendidos foi bastante investigado a indústria de tabaco, a mesma negava à ciência das propriedades que causam dependência a nicotina. Os danos pelo tabaco estavam esclarecidos, então começou o investimento em políticas públicas para a prevenção e abandono do tabaco. Pela primeira vez, o cigarro estava sendo visto como algo negativo, seu uso foi proibido em alguns países em lugares fechados, transportes públicos, lojas entre outros, propagandas estimulando o consumo de tabaco. (SAMPAIO, 2012).

O Ministério da Saúde (OMS) 1987 instituiu o Dia Mundial Sem Tabaco (31 de maio), desde 1989 essa data é comemorada no Brasil, sob a organização do Instituto Nacional do Câncer (INCA), na semana antes da data foi realizada a campanha nacional de alerta para os indivíduos, cujos alvos eram adolescentes e adultos jovens, abordando os malefícios causados pelo tabaco.

Na década de 90 a população foi provida de mais informações e conhecimentos a respeito do cigarro e houve no momento a internacionalização nas lutas contra o tabagismo e o surgimento de técnicas psicoterápicas e farmacológicas para o tratamento. (GLANTZ, 1996, apud BOEIRA, 2006).

Em 1999, foi criado um grupo de trabalho para analisar a base técnica para o ajuste dos protocolos, decidiram-se medidas cabíveis para o combate do cigarro que deveriam se iniciar com estratégias para a diminuição da demanda, iniciando-se com ações preventivas. (BRASIL, 2014).

No começo do século XX no EUA apareceram inúmeras leis contra o cigarro, porém no fim de 1920 maiorias são extintas, por que as empresas estavam usando estratégias próativas e reativas (combinadas). Driblaram múltiplas legislações, comercializando os elementos do cigarro (o tabaco picado e o papel), vendendo em estados onde a venda estava proibida ou até mesmo no exterior. Vertentes para

flagrar o contrabando são retomadas em vários períodos, principalmente na década de 90, quando aparecem denúncias, fundamentadas em documentos confidenciais. (GLANTZ, 1996, apud BOEIRA, 2006).

Segundo Boeira e Johns (2007) no ano de 2005 a ONU começou a avaliar estimativas de óbitos por tabagismo, decidindo então combater essa indústria com ações preventivas, conforme explicitado no trecho:

A saúde pública mundial entrou, em fevereiro de 2005, em um novo contexto histórico, constituído pelo primeiro tratado internacional que as Nações Unidas (ONU) aprovaram para organizar o combate a uma das indústrias mais lucrativas e poderosas do capitalismo contemporâneo. Com efeito, o tabaco é uma planta cujo cultivo é tradicional, com cerca de 8 mil anos, e cujo consumo vem sendo crescentemente combatido na modernidade à medida em que se conjugam dois fatores: a pesquisa científica e a democracia. Para o Brasil, tanto do ponto de vista estritamente econômico quanto do ponto de vista social, sanitário e ambiental, esta problemática é relevante, já que o País lidera as exportações de folhas de tabaco e é o segundo maior produtor, tendo concomitantemente um papel significativo em termos de estratégias de combate ao consumo. A Organização Mundial da Saúde estima que morreram no Brasil cerca de 200 mil cidadãos a cada ano, envolvidos nas sofisticadas estratégias de mercado da indústria de tabaco. (BOEIRA; JOHNS, 2007, s.p).

O tabagismo mata cerca de seis milhões de pessoas no mundo. No Brasil cerca de 200 mil pessoas vêm a óbitos por ano. Tabagismo é uma doença crônica, pois o usuário torna-se dependente da nicotina, um mau hábito que se associa a fator de risco para mais de 50 patologias, entre elas; câncer; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), doenças cardiovasculares, tuberculose, infecções respiratórias, úlcera gastrintestinal, impotência sexual, infertilidade em mulheres e homens, osteoporose, catarata, entre outras patologias. (ANVISA BRASIL, 2016).

4.2 FUMANTE ATIVO E PASSIVO

Segundo Neme (2008) e Moraes (2006), os fumantes podem ser classificados em ativos e passivos: O ato de consumir cigarro é chamado de tabagismo, ou outros produtos que incluam tabaco e o princípio ativo é a nicotina. Tabagista passivo é o indivíduo que não pratica o hábito de fumar, porém frequentam recintos poluídos com as substâncias da fumaça do cigarro já os tabagistas ativos são os que têm o hábito regular de fumar diariamente e continuamente. (apud KOUICHI et al., 2009).

Já Rabelo (2010), conceitua que fumante passivo são as pessoas expostas à fumaça vinda do cigarro de outra pessoa que é tabagista e afirma que a fumaça liberada pelo tabagista é mais concentrada e tem maior umidade, porém é menos tóxica do que a fumaça que exala diretamente do cigarro.

Portanto, os malefícios do tabaco são claros “os danos advindos do tabagismo ativo estão bem estabelecidos, destacando-se o prejuízo na aptidão cardiorrespiratória, acentuada redução do condicionamento aeróbico e alteração da função cardiovascular.” (BORBA et al., 2012, p. 231).

Para Rolim (2013) os efeitos maléficos do tabaco são instantâneos nos fumantes passivos com manifestações nasais, aumento de problemas cardíacos, irritação nos olhos, tosse, dor de cabeça, elevação da pressão sanguínea e angina, aumento de problemas alérgicos, aumento dos problemas cardíacos. E também traz consequências ao médio e longo prazo, aumento do risco de ter aterosclerose, redução da capacidade funcional respiratória, aumento do número de infecções respiratórias em crianças.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) as crianças de todo mundo estão em contato involuntariamente com tabagistas. A estatística de crianças fumantes passivas chega a 15 milhões. E, na maioria dessas crianças, o contato ocorre dentro do próprio lar, visto que quanto maior o número de pessoas fumantes em uma residência, maior o número de cigarros consumidos diariamente. Fator este que também possui grande incidência em locais fechados, escolas, no interior dos carros, que por sua vez aumentam também as chances de aquisição de patologias respiratórias e infecções agudas e podem ser agravadas em crianças que possuam patologias respiratórias. As vias aéreas dos pequenos são mais vulneráveis sofrendo diariamente com os resultados dos tabagistas ativos. (COELHO et al., 2012).

O tabagismo passivo afetam a população de diversas faixas etárias, comprometem a qualidade da função reprodutiva em diferentes fases, pois atuam sobretudo, no desenvolvimento do conceito, tanto na fase intra quanto na fase extrauterino. Na fase da gestação e a lactação a mulher tem acesso mais frequente com profissionais da saúde, esses momentos devem ser aproveitados para abordar campanhas contra o tabagismo. (MELLO, et al., 2001).

Conforme Kroeff (et al., 2004) na gestação o cigarro traz consequências de caráter totalmente agressivo para o feto. Conforme estudos o uso do cigarro pode aumentar a chance de desenvolver morte súbita do bebê e significativas alterações no desenvolvimento do sistema nervoso fetal, acarretam cerca de 8% de partos prematuros, 20% nascem com baixo peso e 5% de mortes perinatais. A incapacidade útero-placentária tem sido advertida como fundamental mecanismo responsável pelo retardo do crescimento fetal em gestantes tabagistas. A nicotina faz a vasoconstrição dos vasos do útero e da placenta, diminuindo o fluxo sanguíneo e a oferta de oxigênio e nutrientes para o feto. (apud OLIVEIRA, 2008).

Para Difranza (et al., 2004) e Johnson (et al., 2000) “nos recém-nascidos, o tabagismo passivo está relacionado a déficits neurológicos e cognitivos, tremores, hipertonicidade, inquietude e hiperatividade.” (apud RODRIGUES, 2014, p.48).

Nas crianças aumentam chances de adquirir infecções do ouvido médio resfriados, doenças respiratórias como pneumonia, bronquites e intensificação da asma. (ANVISA, 2009).

Como destacado por Reichert (et al., 2008) “já a criança no período pré-escolar apresenta dificuldade no aprendizado. Na idade escolar há déficit de atenção, dificuldades na leitura, no cálculo e no desenvolvimento das habilidades manuais e da linguagem falada.” (apud OLIVEIRA, 2008, p.108).

Em adultos não tabagistas são maiores as chances de desenvolver câncer de pulmão e infarto do que indivíduos que tem contato com tabagistas ativos devido a exposição à fumaça. (ANVISA, 2009).

Portanto, a qualidade de vida de tabagistas passivos fica comprometida, devido à exposição crônica, aumentando o risco em 20-50% de patologias cardiovasculares. E aumentam as complicações em doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão. (REICHERT et al., 2008).

Conforme estudos realizados pelo INCA e pelo Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, a estimativas de pessoas que morrem expostas ao fumante passivo é relevante, cerca de 2.655 pessoas não tabagistas, porém são expostos involuntariamente a fumaça vem a óbitos por ano no Brasil, são 7 pessoas por dia e 60,3 % são mulheres. Tudo indica que esses quantitativos são maiores, pois o estudo se baseou em apenas três principais

patologias relacionadas ao fumante passivo: câncer de pulmão, doenças isquêmicas do coração (como infarto) e acidentes vasculares cerebrais. (ANVISA, 2016).

A nicotina exerce seus efeitos no cérebro através de receptores colinérgicos (nAChR) amplamente distribuídos no sistema nervoso central, já que apresenta estrutura molecular semelhante à da acetilcolina. A administração continuada de nicotina altera a estrutura do SNC, aumentando a densidade de receptores nicotínicos entre 100 e 300%, modificando a fisiologia do SNC. Isso pode ser comprovado pela detecção de alterações no EEG, no metabolismo cerebral, pela mensuração de diferentes níveis séricos de neurormônios. Esses efeitos, diferentes em fumantes e não fumantes, também são verificados em fumantes antes e após o ato de fumar. (KIRCHENCHTEJN; CHATKIN, 2004, p 10).

Portanto, como já descreve o autor a presença da nicotina afeta todo o sistema nervoso central. (KIRCHENCHTEJN; CHATKIN, 2004)

4.3 EPIDEMIOLOGIA NO BRASIL

Conforme pesquisas nacionais de nutrição e saúde, o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), (BRASIL, 1990), estima conforme estatísticas do ano de 2002 e 2003 a prevalência de tabagistas na comunidade em sujeitos maiores de 15 anos já havia reduzido para 19% (oscilando em 13% em Aracaju a 25% em Porto Alegre) (BRASIL, 2004).

Já em pesquisa nacional por amostra de Domicílios (PNAD) de 2008, a prevalência total de tabagistas na comunidade com mais de 15 anos chegou a 17,2% (21,6% entre os homens e 13,1% entre as mulheres) (BRASIL, 2011a).

Foram realizadas em 2013, duas pesquisas nacionais – a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) – com metodologias diferentes, localizaram a prevalência de tabagistas na população com mais de 18 anos, respectivamente, 11,3% (14,4% do sexo masculino e 8,6% do sexo feminino) e 14,7% (18,9% do sexo masculino e 11,0% do sexo feminino) (BRASIL, 2014; 2014). Essas estatísticas mostram uma disposição de inclinação na prevalência de fumantes na comunidade brasileira nos últimos tempos.

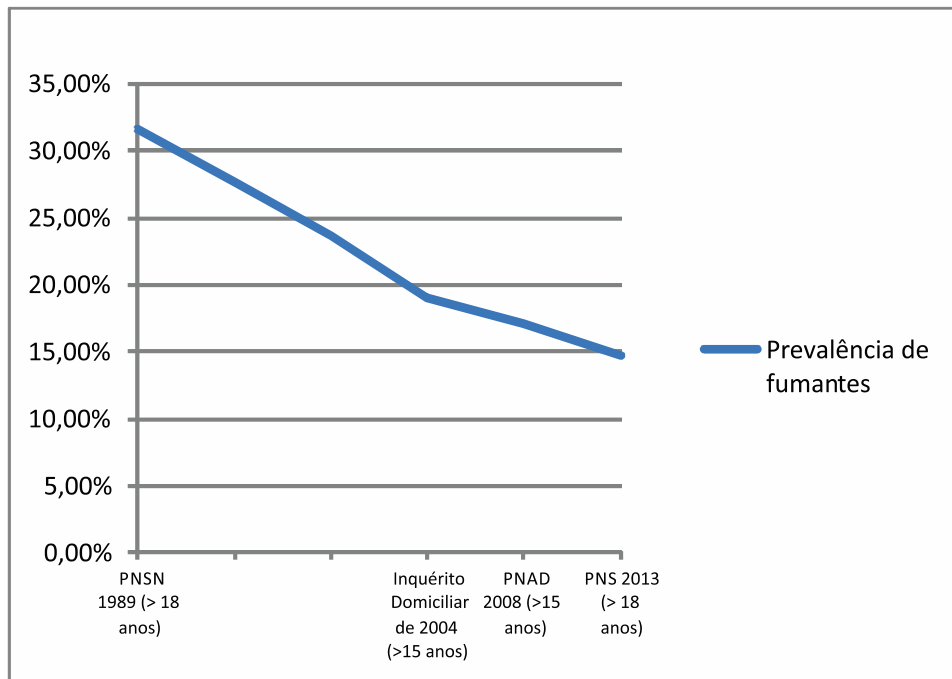


Gráfico 1– Prevalência de fumantes no Brasil (1989-2013)

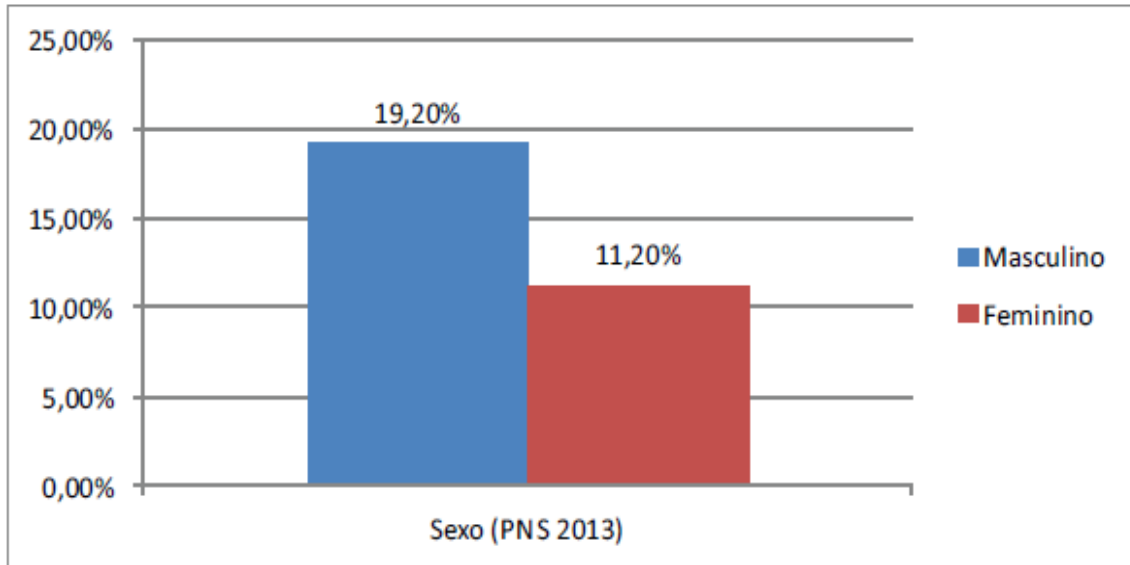
Fonte: INAN, 1990; IBGE; FIOCRUZ, 2010, 2014.

Esta inclinação de estatísticas de tabagistas deve-se em decorrência de redução no número de fumantes pode ser explicada como consequência de uma série de ações macrorregulatórias, visando reduzir a atratividade do cigarro como: proibição de publicidade do tabaco, aumento de impostos sobre o produto, inclusão de advertências mais explícitas sobre os efeitos danosos do tabaco nos maços, legislação para restrição do fumo em ambientes fechados, campanhas para controle do fumo e o desenvolvimento de programas de abordagem e tratamento, as quais serão abordadas adiante (BRASIL,2014b).

4.4 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO TABAGÍSTICA

Alguns fatores estão mais associados ao número de tabagistas, como sexo, a raça, a escolaridade, a renda mensal, o tipo de região, o maior numero de tabagista são homens da cor negra, e que vivem em áreas rurais, e com menor grau de escolaridade. (BRASIL, 2011a; 2014e; 2014d).

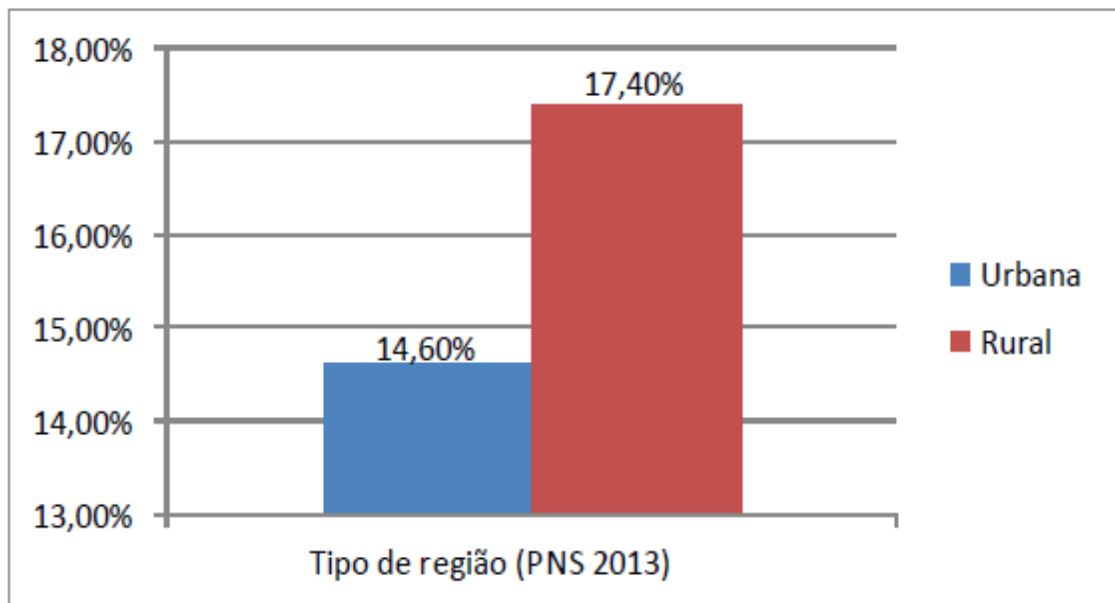
Gráfico 2 – Prevalência de tabagistas no Brasil segundo sexo (2013)



Fonte: IBGE; FIOCRUZ, 2014.

Diversos estudos no Brasil e no mundo apontam que os homens fumam mais do que as mulheres. As diferenças segundo sexo podem ser explicadas por aspectos culturais e religiosos. O tabaco foi introduzido primeiro entre homens, associado ao símbolo de masculinidade e poder. (MALTA et al., 2015).

Gráfico 3 – Prevalência de tabagistas no Brasil segundo tipo de região. (2013)

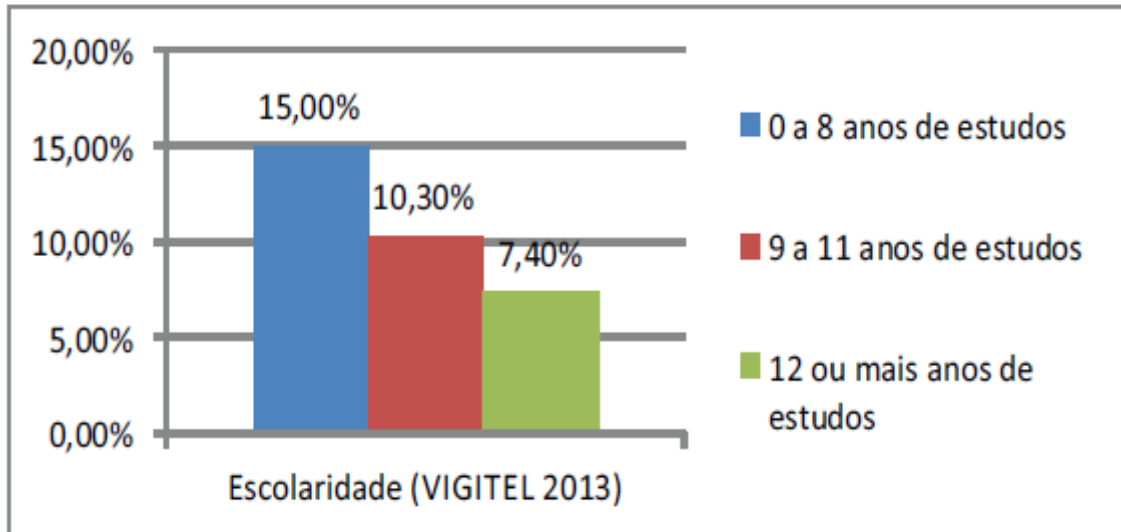


Fonte: IBGE; FIOCRUZ, 2014

A maior prevalência na região rural do país de indivíduos que consomem produtos de tabaco, fatores culturais e regiões produtoras de fumo, como no caso do

sul e nordeste do país podem justificar em parte o hábito mais frequente na zona rural. (MALTA et al., 2015).

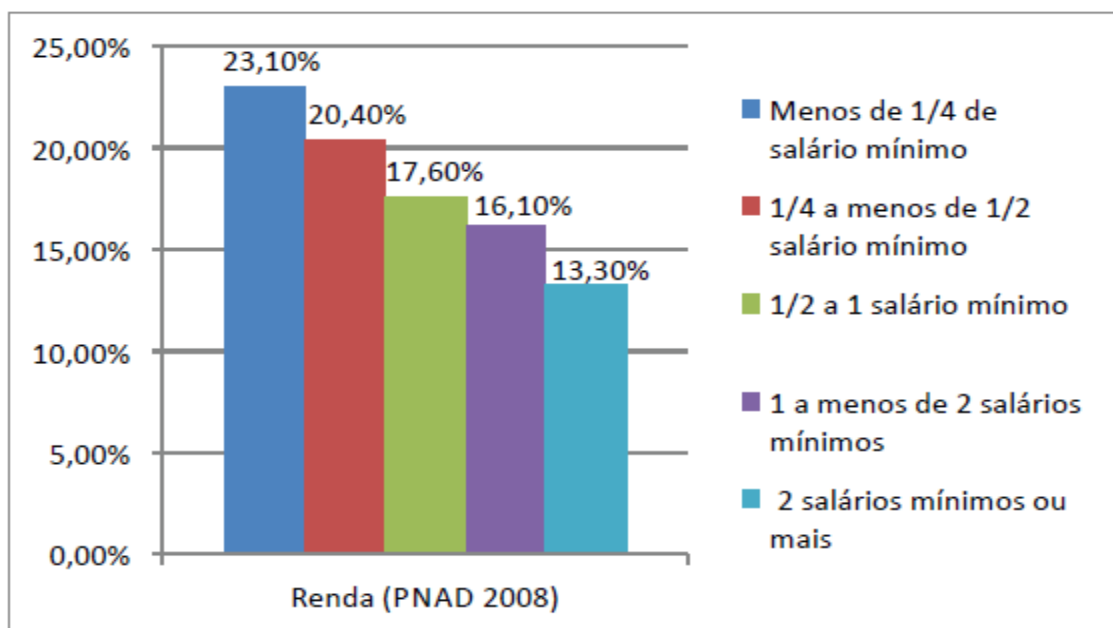
Gráfico 4 – Prevalência de fumantes no Brasil segundo escolaridade (2013)



Fonte: BRASIL, 2014

Nota-se que a prevalência de fumo na população mais escolarizada é menor, sendo que essa prevalência torna-se mais acentuada entre a população com menos anos de estudos. Outros inquéritos apontam que a escolaridade constitui um fator de proteção, tanto no Brasil quanto em outros países. (MALTA et al., 2015).

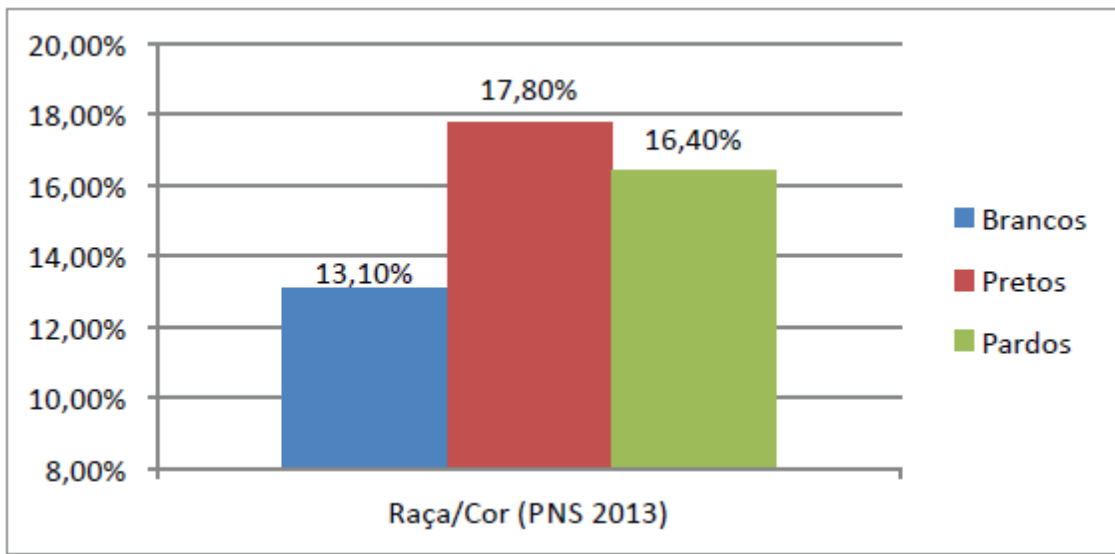
Gráfico 5 – Prevalência de fumantes no Brasil segundo renda (2008)



Fonte: BRASIL, 2014

Sob a ótica da renda, assim como da escolaridade, os resultados mostram que o consumo de tabaco está mais concentrado nas populações de menor renda. Os indivíduos de menor faixa de renda são os mais suscetíveis ao consumo e, portanto, aos malefícios advindos dos produtos tabagistas. (MALTA et al., 2015).

Gráfico 6 – Prevalência de tabagistas no Brasil segundo raça/cor (2013)



Fonte: IBGE; FIOCRUZ, 2014.

Em relação à raça/cor destaca-se que negros e pardos mostraram prevalências maior de uso do fumo. No Brasil, os indicadores de saúde com base na variável raça/cor revelam desigualdades sociais persistentes no país e destacam que esses pertencem a grupos mais vulneráveis. (MALTA et al., 2015).

Para Malta et al.(2015) a caracterização do perfil da população tabagista e não tabagista pode contribuir para a formulação e implantação de políticas públicas direcionadas aos diferentes perfis populacionais em relação à prevenção e superação dos hábitos tabagistas, de modo que sejam focalizadas naqueles mais suscetíveis ao consumo desses produtos.

4.5 CIGARRO E SUAS VARIAÇÕES

O cigarro é produzido da folha de fumo, talo da folha, cacau, melado, essências (hortelã, baunilha, chocolate) e resíduos retrabalhados (pó da folha). (MACHADO; TRESOLDI, 2014).

Conforme Cartilha Antitabaco divulgada, quando queimado o tabaco produz cerca de 4.800 substâncias tóxicas (identificados até 2002), 68 dessas substancias provocam câncer.

Alguns desses aditivos são: Amônia – também usada em produtos para desinfetar banheiros; Acetona – também usada para remover esmaltes e tintas; Arsênico – inseticida, também venenoso para seres humanos; Cianeto – veneno usado em câmaras de gás durante a Segunda Guerra Mundial; Tolueno – solvente industrial; Butano – usado como gás de isqueiro; Monóxido de carbono – gás tóxico emitido na fumaça de carros; DDT - inseticida; Naftalina – produto que usamos para matar traças e baratas; Cadmium – usado em baterias de carro. Além desses, existem outros componentes que estão presentes apenas nos cigarros, como é o caso do alcatrão e da nicotina. (BRASIL, 2004, p.13).

O tabaco pode parecer igual, mas existem variedades tanto nos ingredientes, quanto no designer, no tamanho, maior circunferência, tipo de filtro, tipo de papel entre outros. Sendo utilizadas as mais variadas formas e estratégias de marketing para agradar seus usuários, porém todo produto é composto de três partes: fumo, papel e filtro. Com exceção de alguns produtos que podem ser acrescentados como: açúcares, extratos vegetais e agentes de sabor.

Atualmente, estão registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), cerca de 15 empresas de cigarros, entre fabricantes e fornecedores, representados por 89 marcas. Com exceção dos exportados, cerca de 180 tipos de cigarros com teores, sabores e preços diferentes são colocados à disposição dos consumidores em todos os níveis sociais (MOREIRA, 2007).

4.6 CONSEQUÊNCIAS DO TABAGISMO

Atualmente o tabaco é o motivo que mais leva pessoas a óbitos. Estimativas calculam que esse número pode chegar a 140 mil óbitos por ano, só por patologias cardiovasculares. O consumo do cigarro é associado como fator de risco para quatro principais causas de óbitos no mundo, por doença cardíaca e pulmonar obstrutiva crônica, câncer e acidente vascular cerebral e doença arterial coronariana que podem aumentar o risco em até 8 vezes associadas ao fator de risco (ALMEIDA, 2005).

Conforme dados estatísticos citados por Ferreira (et al., 2011, p 489) “o tabagismo responde atualmente por 45% de todas as mortes por câncer, 95% das mortes por câncer de pulmão, 75% das mortes por DPOC e 35% das mortes por doenças cardiovasculares”.

Em adolescentes, o início do uso de tabaco está relacionado ao exemplo colhido principalmente dentro de casa, pelos pais e irmãos mais velhos, e/ou por fatores ambientais, sociodemográficos, comportamentais, baixo rendimento escolar, abandono da escola, moradia com outras pessoas sem serem pais biológicos, separação entre os pais, enfim, todos esses fatores colaboram para o indivíduo se tornar um dependente e iniciar cada vez mais cedo no vício (WÜNSCH FILHO et al., 2010)

Rosemberg (2004) afirma que o uso do tabaco causa mal geral, para o indivíduo seja qual for à fase de vivência:

Quando o indivíduo fuma acontece a necrose tecidual, o monóxido de carbono liberado no cigarro tem uma afinidade química 250 vezes maior para se juntar á hemoglobina do que oxigênio. Assim a nicotina inflama a parede interna dos vasos e estimula a produção de catecolaminas, o que faz com que veias e artérias se estreitem, dificultando a passagem do fluxo sanguíneo. O cigarro ainda atrapalha o funcionamento das plaquetas levando a formação de coágulos que podem entupir os vasos e prejudicar o fornecimento de oxigênio. Como consequência a falta de circulação no local há possibilidade de formação de uma área necrótica. Em casos em que há complicações neste local, pode haver a necessidade de amputação do membro. Em mulheres grávidas, a falta de oxigênio no sangue faz ainda com que o embrião tenha uma má nutrição, podendo enfraquecer – ló e promover o aborto. O hábito de fumar pode ainda ocasionar deslocamento da placenta. Em casos que a gravidez se completa, e o bebê pode nascer com baixo peso. Com imaturidade pulmonar e vir a ter problemas respiratórios. No homem o cigarro pode causar impotência sexual. (apud MACHADO, 2010 p. 15).

Análises com fumantes afirmam que o mais prazeroso do cigarro é o primeiro do dia, pois a o organismo está com baixa concentração de nicotina no usuário, após a primeira tragada chega ao cérebro em segundos dando a sensação imediata de prazer. (ALMEIDA, 2005).

Para a nicotina chegar na corrente sanguínea e atingir o cérebro é bastante rápido, questão de segundos, trazendo a sensação de bem-estar, diminui a fome, a ansiedade, diminui o peso, e melhora na concentração, aumenta também a liberação de catecolaminas, que contraem os vasos sanguíneos, aceleram a frequência cardíaca, causando hipertensão arterial. Vale ressaltar que os riscos de

aumentar doenças se faz presente em fumantes ativos e passivos. (MOURA et al., 2011).

Apesar da amplitude de conhecimento sobre o tabagismo e suas associações para patologias graves e fatais, e para doença crônica ligada ao vício da nicotina, estima-se que o número do consumo de tabaco em países desenvolvidos está diminuindo, porém no consumo global teve um aumento de 50% na época de 1975 a 1996. Nesse período, o consumo cresceu 8% na China, 6,8% na Indonésia, 5,5% na Síria e 4,7% em Bangladesh. (World Bank, 1999; WHO, 2001, apud CAVALCANTE, 2012).

Portanto, os danos negativos do uso do cigarro não são somente na área da saúde, mais também com custos sociais, econômicos e ambientais. No meio ambiente é importante destacar poluição por pesticidas e fertilizantes durante o plantio e o desflorestamento necessário para o plantio da folha de tabaco. Em alguns países que estão ainda em fase de desenvolvimento o desflorestamento do tabaco atinge 5% do desflorestamento total. (Kouichi; Rocha; Neves, 2009).

A proporção do desgaste econômico com o tabaco é muito amplo, pois abrange desde a população, serviços e a sociedade de modo em geral. Estendem-se a gastos públicos em tratamentos para abandono de tabagismo, e as possíveis consequências afetadas pelo tabaco. E o gasto familiar em residências de baixo poder aquisitivo, comprometendo até cerca de 10% do orçamento. Esses vícios agravam mais ainda com a falta de escolaridade e a pobreza. O tabagismo passivo afeta a saúde pública e em vários ângulos, na disponibilidade de profissionais médicos, gastos no ambiente hospitalar como limpeza, troca precoce de ar entre outros. (WANNMACHER, 2007).

Os benefícios de abandonar o tabaco são bastante visíveis. Em curto prazo o coração retorna ao ritmo normal e a pressão arterial também, diminuição do nível de monóxido de carbono no sangue e melhora a circulação. Já em longo prazo melhorias no pulmão e no funcionamento do coração, a redução do risco de acidente vascular cerebral e a morte prematura por doenças crônicas como câncer e doenças cardiovasculares. (MOURA et al., 2011).

4.7 AÇÕES PREVENTIVAS

Mesmo com a suspensão de propagandas em televisão evidenciando o consumo do tabaco, continua presente em revistas, novelas e filmes. Na atualidade, há incidência de propagandas preventivas chocantes, nas embalagens de cigarro, alertando a população dos possíveis danos causados pelo vício de fumar, porém a medida não tem atingido o sucesso esperado, por que o índice de pessoas que usam ou que começam o hábito de fumar vem crescendo gradativamente, sendo o principal público alvo os adolescentes. (REINALDO et al., 2010)

Segundo a Anvisa (2015) a OMS decretou que toda embalagem de cigarros tragam como alerta imagens e uma frases que possa desestimular o uso do cigarro, mostrando os malefícios do tabaco para a o indivíduo prezando desta forma a conscientização dos tabagistas. Outra opção seria o aumento do valor dos impostos de cigarro pode ser uma maneira eficaz de diminuir o consumo, todavia vai haverá quem o venda sem impostos.

Estudos científicos revelam que o aumento do preço do cigarro estaria sendo uma maneira eficaz para a cessação do tabagismo e a diminuição para adolescentes e crianças a não iniciarem no uso de fumar devido a alto custo do cigarro, evitando assim a longo e médio prazo, milhares de óbitos relacionados ao tabaco. (VIDA, 2013).

Existe no Brasil desde 1996 a Lei nº 9.294, que veta o ato de fumar em lugares fechados e coletivos, exceto que tenha uma expansão, devidamente isolada e arejada. A lei também proíbe o consumo de fumo em unidade básica saúde, repartições públicas, hospitais, locais de trabalho, salas de teatro e de cinema, salas de aula. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) controla e executa nacionalmente, o programa de controle de tabagismo e outros fatores de risco de câncer, estimulando o hábito de vida saudável, com a promoção e prevenção da saúde e livrando assim doenças que associadas ao tabaco levam a riscos de desenvolver patologias fatais. (WANNMACHER, 2007).

Conforme citado por Castro (2011) “programas preventivos do tabagismo deveriam focar os benefícios de não fumar para a manutenção da saúde, melhora da qualidade de vida, redução da morbidade e das incapacidades decorrentes do consumo do tabaco, bem como a diminuição dos gastos da saúde pública”. (apud NUNES et al., 2011, p. 32).

As táticas para o controle do tabagismo envolvem ações educativas, pontuais e contínuas, como campanhas de divulgação e sensibilização e capacitação de

profissionais que possam acompanhar de perto a cessação desse vício. A colaboração com medidas legislativas abrange o apoio técnico a processos e projeto de lei, monitorando e fiscalizando a legislação para que ela seja cumprida, inclusive nas comunidades. (WANNMACHER, 2007).

4.8 DIRETRIZES PARA TRATAMENTO DA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

A Portaria Nº 571 passou a vigorar em 5 de abril de 2013 revogando a Portaria nº 442/SAS/MS de 13 de agosto de 2004 E A Nº 1.035/GM/MS de 31 de maio de 2004, em seu texto 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 e dá outras providências.

Dada sua importância para o tratamento e recuperação de indivíduos acometidos pelo vício do tabaco, é sugerida a análise criteriosa de cada um dos artigos e parágrafos por parte da equipe a quem compete os cuidados de saúde dos tabagistas e também da rede de apoio que o envolve, como é o caso dos familiares.

Em seu Art. 2º são preconizadas as diretrizes para o cuidado às pessoas tabagistas, são eles:

I - reconhecimento do tabagismo como fator de risco para diversas doenças crônicas; II - identificação e acolhimento às pessoas tabagistas em todos os pontos de atenção; III - apoio terapêutico adequado em todos os pontos de atenção; IV - articulação de ações intersetoriais para a promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis; V - estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado das pessoas tabagistas, de maneira a garantir sua autonomia e a corresponsabilização dos atores envolvidos, com participação da família e da comunidade; e VI - formação profissional e educação permanente dos profissionais de saúde para prevenção do tabagismo, identificação e tratamento das pessoas tabagistas, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e com as diretrizes nacionais e/ou locais sobre o cuidado da pessoa tabagista. (BRASIL, 2013).

O Art. 3º elucida que a atenção aos tabagistas deverá ser realizada em todos os postos de atenção do SUS, prioritariamente na Atenção Básica de saúde o Art. 4º por sua vez institui que o tratamento inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa.

Sobre os medicamentos para apoio aos tabagistas foram listados e dispostos os seguintes princípios, no art. 5º:

I-Terapia de Reposição de Nicotina: a)Apresentações: Adesivo transdérmico (7mg, 14mg e 21mg), Goma de mascar (2mg) e Pastilha (2mg).II - Cloridrato de Bupropiona a)Apresentação: Comprimido (150mg). §1º Os medicamentos serão adquiridos pelo Governo Federal e distribuídos aos Estados, Distrito Federal, Capitais e Municípios com mais de 500.000 habitantes por meio do componente estratégico da assistência farmacêutica. §2º Os Municípios com menos de 500.000 habitantes receberão os medicamentos por meio da distribuição realizada pelo estado ao qual pertence. §3º A aquisição será baseada na programação nacional, realizada de maneira ascendente e descentralizada, com apoio da assistência farmacêutica municipal e estadual. §4º Os medicamentos prescritos pelos profissionais da atenção básica devem ser disponibilizados na própria Unidade Básica de Saúde ou conforme organização da assistência farmacêutica local, devendo ser de fácil acesso ao usuário. (BRASIL, 2013).

Nos seguintes artigos 6º e 7º, são dados direcionamentos para gestão municipal como o cadastro no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o encaminhamento dos dados pertinentes a Coordenação Nacional do Programa de Controle e Tratamento do Tabagismo.

A aquisição dos medicamentos será realizada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde que receberá as informações do Instituto Nacional do Câncer (INCA) segundo o art. 8º.

No 9º Art. são estabelecidas as responsabilidades da Gestão Municipal e do Distrito Federal, no 10º da Gestão Estadual e do Distrito Federal e no 11º da Gestão Federal. No 12º Art. são definidas as atribuições gerais dos elementos constitutivos da rede de atenção à saúde do SUS para prevenção e tratamento do tabagismo, como descrito:

I - Atenção Básica: a)realizar ações de promoção da saúde e de prevenção do tabagismo de forma intersetorial e com participação popular; b)identificar as pessoas tabagistas que fazem parte da população sobre sua responsabilidade; c)realizar a avaliação clínica inicial; d)prestar assistência terapêutica e acompanhamento individual e/ou em grupo, abrangendo desde a abordagem mínima até a abordagem intensiva, acompanhadas se necessário de tratamento medicamentoso; e)organizar a realização de consultas e grupos terapêuticos para as pessoas tabagistas; f)disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME; g)diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes do tabagismo; e h)acionar o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes ou outra estratégia local, sempre que necessário, para qualificar a atenção prestada. II - Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar: a)realizar a abordagem mínima da pessoa tabagista; b)iniciar assistência terapêutica, como tratamento oportunístico decorrente do

contato com o usuário por outro evento ou patologia; c) disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME, quando necessário; d) orientar o usuário com relação ao retorno à assistência na Atenção Básica para o tratamento do tabagismo, de acordo com diretrizes clínicas do Ministério da Saúde ou estabelecidas localmente; e e) realizar a contrarreferência por escrito ou por meio eletrônico para a Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas locais. III - Apoio diagnóstico e terapêutico: a) realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento das pessoas tabagistas, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas posteriormente pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente; e b) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da pessoa tabagista, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas posteriormente pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente. IV - Sistema de Informação e Regulação: a) implementar sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, a gestão de casos e a regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços. (BRASIL, 2013).

Ainda nesta Portaria o Ministério da Saúde fica responsável por publicar documentos de apoio para o cuidado ao tabagista, como Cadernos Temáticos e Manuais Técnicos e em Anexo da sugestão de indicadores que podem ser utilizados no monitoramento e na avaliação do cuidado ao tabagista.

Verificando as diretrizes e objetivos do Programa Nacional de Controle de Tabagismo (PNCT) o enfermeiro, contribui para definir e direcionar a sua prática no programa. Diante disso Cruz e Gonçalves (2009, p. 36) expõem:

Para reverter essa situação, o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Câncer (INCA), assumiu o papel de organizar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). A Portaria do Ministério da Saúde número 442/20048 consolidou o componente de tratamento do fumante do PNCT, criando, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante, e aprovando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina. Com isso, a abordagem cognitivo-comportamental passa a ser fornecida gratuitamente à população brasileira, a qual combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, com o objetivo de detectar situações de risco de recaída e desenvolver estratégias de enfrentamento. Adicionalmente, está disponível o tratamento medicamentoso do fumante, que consiste na utilização de medicamentos nicotínicos, chamados de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) e de medicamentos não nicotínicos.

A partir de 1996, o PNCT passou a implementar ações com vistas a promover a cessação do tabagismo no País. No ano seguinte foi lançado o livro *Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar*, com informações sobre dependência da nicotina,

abordagem mínima ao tabagista e uso de medicamentos no tratamento do tabagismo (BRASIL, 1997; 2001).

Em 2000, o INCA organizou e coordenou o I Encontro Nacional de Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, com o objetivo de oferecer recomendações sobre condutas a serem empregadas no tratamento do tabagista no Brasil. Participaram desse encontro de profissionais de diferentes regiões do País com reconhecida experiência na prática da cessação do tabagismo, além de Conselhos e Associações Profissionais, Sociedades Científicas da área da Saúde e os membros da Câmara Técnica de Tabagismo do INCA. Este encontro gerou a publicação do Consenso em Abordagem e Tratamento do Fumante, em 2001. Nele apresentam-se recomendações para avaliação, acompanhamento e tratamento dos fumantes, com ênfase na abordagem cognitivo-comportamental (base da cessação do tabagismo) e informações básicas sobre o tratamento medicamentoso, baseadas nas evidências científicas disponíveis à época, servindo de base para as ações de implantação do tratamento do tabagismo na rede SUS. (BRASIL, 2001).

Da legislação referente à cessação do tabagismo, destaca-se a Portaria MS/GM nº 571, de 5 de abril de 2013, a qual atualizou as diretrizes do tratamento do tabagismo no âmbito do SUS, reforçando a Atenção Básica (AB) enquanto um espaço privilegiado e estratégico para o desenvolvimento das ações de estímulo e apoio à adoção de hábitos mais saudáveis.

4.9 ENFERMEIRO FRENTE AO PROGRAMA NACIONAL CONTRA TABAGISMO

A equipe que trabalha no PNCT é profissional multidisciplinar, onde são realizados capacitação e cursos diante das temáticas abordadas no programa de acordo com a categoria de cada profissional: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes - social, nutricionistas, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem. (BRASIL, 2004 apud CARMO; SANTOS, 2016).

A lei que ampara os enfermeiros em seus exercícios profissionais é a 7.498/86 de 25 de Junho de 1986, Art. 11, relata que o enfermeiro tem a responsabilidade de planejar, executar e avaliar o programa de saúde, atuando nas etapas de operacionalização do Programa. O enfermeiro não atua só com a assistência, mas também tem participação na implantação do programa em cada município. (CRUZ; GONÇALVES, 2009).

Os enfermeiros em sua graduação já adquirem conhecimentos e habilidades técnicas-científicas para ações educativas, adequadas de promover ações legislativas e econômicas para obter a cessação do tabaco. (INCA, 2003 apud CARMO; SANTOS, 2016).

É possível dizer que a atuação do enfermeiro em relação ao enfrentamento ao tabagismo pode ocorrer de diferentes formas, mas todas elas de maneira eficaz. O enfermeiro não atua somente nas papeladas mas também presta assistência, com orientações, ações educativas. Até mesmo em sua rotina de atendimentos, objetivando a prevenção e a cessação do fumar, pode também atuar no âmbito legislativo por meio de seus órgãos de classe e dar suporte a projetos de Lei que estejam em tramitação. (WANNMACHER, 2007).

De acordo com os teóricos Cruz e Gonçalves (2009), em sua pesquisa, verificou-se que o enfermeiro e sua equipe, nas unidades de saúde a qual visitaram, tinham a responsabilidade de estabelecer normas e rotinas dentro do Programa Nacional Contra o Tabagismo, e ao enfermeiro em especial cabia o papel de ofertar e marcar consultas, triar pacientes, programar sessões e ações educativas, fazer os devidos encaminhamentos profissionais, identificar clientes ausentes e comunicar a ausência ao serviço social que realiza a busca ativa, além de estabelecer estatísticas de PNCT em suas unidades, entre outras.

Segundo os autores é necessário citar suas praticas junto ao PNCT através de atividades adicionais como:

a) Participação na elaboração de material técnico de apoio ao Programa; b) participação nos encontros de avaliação e atualização, promovidos pelo INCA/MS; c) participação na elaboração da programação de ações anuais, a fim de definir metas, para o Programa de Controle do Tabagismo em níveis municipal e estadual; d) participação na implementação do Programa Ambiente Livre de Tabaco nas dependências de todos os escritórios, empresas, fábricas ou serviços de saúde; e) realização de treinamento das equipes das Unidades de Saúde que farão parte das unidades da equipe do Programa; f) participação na capacitação de equipes das Unidades de Saúde, ambientes de trabalho e escolas para implantação do Programa nas suas dependências; g) apoiar de forma efetiva os fumantes no processo de cessação de fumar na comunidade onde atuam; h) inserir-se em ações educativas, normativas e organizacionais que visam a estimular mudanças de comportamento relacionadas ao tabagismo; i) realizar consultas de enfermagem, enfocando a abordagem cognitivo-comportamental, incluindo-se a avaliação do nível de dependência da nicotina nos pacientes, por meio do teste de Fagerström; j) utilizar a abordagem mínima do fumante, que consiste em “Perguntar, Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar (PAAPA)” o fumante para que deixe de fumar; k) organizar e coordenar sessões de abordagem em grupo; l) orientar os pacientes quanto aos sintomas de síndrome de abstinência, fissura e ganho de peso; m) instruir

os pacientes sobre a farmacoterapia, informando-os sobre seu modo de uso e seus efeitos colaterais; e n) planejar e participar com toda a equipe das atividades pontuais e contínuas do PNCT em níveis municipal e estadual. Considerando os argumentos expostos, o enfermeiro pode ser mais bem aproveitado, e contribuir com o funcionamento do Programa. (CRUZ; GOLÇALVES, 2009, p. 39)

4.10 ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DO TABAGISMO NO PROGRAMA PNCT

Há duas décadas, no Brasil o Ministério da Saúde (MS) realiza ações na luta contra políticas do tabagismo, com o apoio do INCA. Uma dessas ações é o PNCT, que tem como objetivo a promoção e prevenção de saúde fornecendo orientações sobre o tabagismo e o seu devido tratamento e a extensão política (questões federativas relação com os movimentos sociais) e a dimensão econômica (regulação da propaganda, impostos sobre o tabaco, relação com os agricultores, repressão ao comércio ilícito, entre outras). (MEIER, 2011).

Portanto, o que conduzem o PNCT são as táticas sobre questões sociais e econômicas ampliando tudo que envolvem o tabagismo: elaborado um conjunto de ações social e política que favoreça a redução do uso do mesmo, com integralidade, intersetorialidade e com equidade, nas batalhas; ajuda de parcerias para a resistência da cessação do tabaco; incentivos para o início do tratamento; diminuir a ingestão de produtos que contenham o tabaco; alerta quanto aos ricos tabagista passivo; diminuir barreiras que dificultam o fim do vício; aumento de acesso de qualidade de vida; fiscalizar produtos de tabaco comercializados no país, e também quanto ao *marketing* e monitoração quando aos seus efeitos negativos sobre a saúde, economia e meio ambiente. (CAVALCANTE, 2005).

O principal motivo proposto do programa é a sensação do tabagismo mostrando através de informações maneiras de tratamento eficaz para o abandono. Para esse projeto o INCA oferece aos municípios todo material necessário, desde cartilhas informativas, medicamentos, até mesmo a qualificação do profissional para prestar atendimento adequado. (MEIER, 2011).

O PNCT concretizado pelo INCA se preocupa de todas as maneiras, abrange vigilância, legislação e incentivos econômicos, com ações de educação em escolas, locais de trabalhos, nas unidades de saúde, tudo para que o programa consiga atingir seu público alvo no caso adolescente e crianças. Quanto mais indivíduos o

programa atender mais chances de cessação do uso de tabaco, e evitando desta forma o início da dependência do vício. Informações e estímulos são muito eficazes, sempre deixando claros os malefícios e riscos fatais que o tabagismo traz para a população, e encorajar a população para uma qualidade de vida mais saudável, e dificultar o acesso ao tabaco, principalmente por crianças. (BORBA et al., 2012).

O abandono do vício não é uma decisão fácil, a pessoa que se propõe passar por estágios de modificação, narrados por Prochaska e Di Clemente (1985) como estágio pré-contemplativo, contemplativo, preparação para ação, ação e manutenção. Sendo assim o profissional deve estar atento ha qual estágio o paciente se encontra, sabendo que terá mudanças devido à abstinência da nicotina, tanto fisiológicas, sociais e culturais e deve conduzir o mesmo, tanto com tratamento farmacológico e não farmacológico. (MEIER, 2011).

Em 1974 criado pelo médico dinamarquês Karl Fagerström, o teste de Fagerström é o método mais utilizado em todo o mundo, para avaliar a dependência á nicotina. Segundo Viegas (2007), o objetivo do teste TFDN é identificar a mensuração da dependência nicotínica e usada como instrumento para a escolha do tratamento, é um questionário que se baseia em suposições ligadas ao vício da nicotina e que seria o reflexo do comportamento frente ao vício. A pontuação varia de 0 a 10. Para cada resposta tem uma pontuação, quanto maior o número da resposta maior é o vicio da nicotina (Kouichi, Rocha e Neves, 2009).

A intenção do programa é se expandir por todo o território Brasileiro e organizado por uma rede nacional para gerenciamento regional por meio do processo de descentralização em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Em cada secretaria de saúde existe uma equipe de Coordenação Estadual do Programa, todas as ações desenvolvidas dependem de seu município, todas elas precisam ocorrer de forma inter e multidisciplinar, sempre enfocando o tabaco em todas as dimensões. (CRUZ; GONÇALVES, 2009).

Na abordagem individual do tabagista é necessário seguir alguns critérios: cada indivíduo é único e a forma de abordagem deve ser de forma diferenciada, principalmente nos primeiros contatos. Orientar quando o hábito de não fumar traz uma vida mais saudável, mostrando através de livros, palestras ou ate mesmo folhetos. Se a espirometria der alterada, incentivar o abandono usando como argumento, mais sempre deixando claro que esse desejo é uma decisão dele, motivando usar um dia como o D o dia do tudo ou nada, uma data escolhida pelo

paciente ou então parar gradativamente, e estimular a família a incentivar a cessação do vício. (Silva, 2010)

O tratamento farmacológico só será incluso quando a abordagem comportamental não estiver sendo eficaz sozinha e devido ao tempo prolongando do uso tabaco. As medicações com resultados de eficácia são rotulados em nicotínicos e não-nicotínicos. Os medicamentos considerados de primeira linha para o tratamento de reposição de nicotina (TRN), a vareniclina e a bupropiona, já a nortriptilina e a clonidina são as medicações de segunda linha no tratamento. (REICHERT et al., 2008).

O Bupropiona é de ação lenta, é um antidepressivo, de ação inibitória seletiva da recaptação da norepinefrina e dopamina e menos intensa da serotonina. Já os fármacos de eficiência intermediária ou baixa não preferenciais são nortriptilina, clonidina e Buspirona, chamados de segunda linha. (KOUICHI, ROCHA e NEVES, 2009).

Recentemente, a indústria farmacêutica brasileira apresenta somente a goma de mascar e o adesivo, tendo a forma de liberação lenta de nicotina e o restante é de maneira rápida na liberação de nicotina. Porém ainda se encontra disponível o spray nasal, inalação e pastilhas. A TRN é considerada um tratamento de primeira linha. (LARANJEIRA; GIGLIOTI; ALVES, 2005).

Síndrome de abstinência (SA) o paciente precisa ser orientado a propósito da SA, para estar preparado caso ela chegue, usando técnicas de confronto e se indispensável, fazer uso de fármacos. É preciso compreender que SA não prosseguira por muito tempo. Os sintomas da abstinência de nicotina são classificados em dois tipos: – transitórios: que caracterizam a verdadeira SA, elas durão algumas semanas – depressão, diminuição da concentração, irritabilidade, ansiedade, inquietação, etc.; – compensatórios: os da doença primária, mascarada pela nicotina – estes sintomas podem superpor-se aos da SA verdadeira e torná-la mais intensa e mais prolongada. Sua presença aumenta muito o risco da recaída. (SILVA, 2010)

As medidas de abandono de tabaco são eficazes com Terapias de reposição de nicotina (TRN), é quase duas vezes maior o número de interrupção do vício dessa forma do que com tentativas de placebo. São utilizados na atualidade duas maneiras de apresentação da TRN: liberação lenta (adesivos transdérmicos) e liberação rápida (goma, inalador, spray nasal e pastilhas). As duas maneiras tem

eficácia no tratamento, porém o mais utilizado é o adesivo, as duas apresentações de TRN liberam a nicotina para o cérebro mais em números menores que o cigarro. (REICHERT et al., 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amplitude do risco do tabagismo é de certa forma incontrolável. Para investir no combate a este problema, a legislação brasileira no controle do tabagismo é aberta e tende a zelar a saúde dos cidadãos. Deste modo, como o INCA/MS vem enviando empenhos para a execução, regulação e atuação no PNCT. Este é um ambiente respeitável de atuar por enfermeiros que, por meio de suas habilidades, capacidades e conhecimento, podem expandir múltiplas tarefas pensando tanto no planejamento quanto nas abordagens para cessação do tabagismo. É importante ressaltar que o empenho do enfermeiro para controlar o tabagismo necessita acontecer em qualquer local em que ele estiver atuando, com intervenções em ambulatorios, hospitais, ou na estratégia saúde da família, não se limitando exclusivamente ao espaço do PNCT, mas em qualquer circunstância que sejam indispensáveis tarefas de prevenção, proteção, cessação do vício, sempre monitorando e avaliando os projetos implementados.

Portanto, a enfermagem contribui de diversas formas no programa. Vale ressaltar que a capacitação é importante para todos os multiprofissionais da equipe, para que o atendimento prestado seja de qualidade, ampla que não passe despercebido por indivíduos que necessitam desse amparo e assistência.

A finalidade, deste trabalho é que sirva de estímulo aos enfermeiros para alcançar outros estudos aqui não explorados, expondo com principal foco a assistência de enfermagem especializada e sistematizada para o ensino continuado sobre campanhas antitabagismo. Neste mesmo raciocínio, o foco para o suporte aos familiares e o planejamento da assistência influencia na qualidade de atendimento oferecida a esses pacientes, com táticas educativas, objetivando sua completa reabilitação, fazendo parte de um atendimento competente e humanizado. O serviço prestado deve ser realizado de forma excelente, e se sabe que a área de enfermagem é ampla na abordagem, conscientização e prevenção. O que não deve ser realização somente nas unidades de saúde, mas em todos os campos de atuação do enfermeiro.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Aline Farias de; MUSSI, Fernanda Carneiro. Tabagismo: conhecimentos, atitudes, hábitos e grau de dependência de jovens fumantes em Salvador. **Revista Escola Enfermagem USP**. São Paulo, v. 40, n. 8, p.456-463, 19 out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a01>>. Acesso em: 12 set. 2016.

ANVISA. **Danos à saúde**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/danos-do-tabaco-a-saude>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

_____. Ascom/ Assessoria de Imprensa da. **Proposta quer regulamentar salas exclusivas para fumar**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/>>. Acesso em: 08 jun. 2016.

ARAÚJO, Alberto José de et al., Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília - DF, p. 1-76. Ago. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v30s2/a02v30s2.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

ARREGUY-SENA, Cristina et al., Interrupção do uso do tabaco: a consulta de enfermagem como estratégia para promoção da saúde baseada em protocolo. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 10, n. 9, p.297-305, 04 jul. 2006. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/423>>. Acesso em: 07 jul. 2016.

BOEIRA, Sérgio Luís. Indústria de tabaco e cidadania: confronto entre redes organizacionais. **Revista de administração de empresas**. [online]. 2006, vol.46, n.3, pp.28-41. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v46n3/v46n3a04.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2016.

_____; JOHNS, Paula. Indústria de Tabaco vs. Organização Mundial de Saúde: um confronto histórico entre redes sociais de stakeholders. **Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis**, Florianópolis, v. 4, n. 25, p.1-25, 19 maio 2007. Disponível em: <[file:///C:/Users/PC ADRIANO/Downloads/Dialnet-IndustriaDeTabacoVsOrganizacaoMundialDeSaude-5175683 \(1\).pdf](file:///C:/Users/PC%20ADRIANO/Downloads/Dialnet-IndustriaDeTabacoVsOrganizacaoMundialDeSaude-5175683%20(1).pdf)>. Acesso em: 08 set. 2016.

BRASIL, Portal. **No dia nacional de combate ao fumo, campanha quer alertar sobre os males do cigarro**. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/meio-ambiente/2012/08/no-dia-nacional-de-combate-ao-fumo-campanha-quer-alertar-sobre-os-males-do-cigarro>>. Acesso em: 24 out. 2017.

_____. **Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013**. Tabagismo na RAPDC. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html>. Acesso em 14 de set. 2017.

CARMO, Hercules Oliveira; SANTOS, Grazielli Teixeira. Atuação do enfermeiro frente às estratégias do programa nacional de controle ao tabagismo. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 16, p.1-16, 2016. Disponível em: <[file:///C:/Users/PC ADRIANO/Downloads/3053-9145-1-PB \(1\).pdf](file:///C:/Users/PC%20ADRIANO/Downloads/3053-9145-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 02 out. 2016.

CAVALCANTE, Tânia Maria. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Psiquiatria Clínica**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 18, p.283-300, 2005. Disponível em: <http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/17_O-Controle-do-Tabagismo-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 02 out. 2016.

COELHO, Sabrina Almeida; ROCHA, Suelen Alves; JONG, Lin Chau. Consequências do tabagismo passivo em crianças. **Ciência Cuidado e Saúde**, São Paulo, v. 11, n. 8, p.294-301, 02 abr. 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10281>>. Acesso em: 07 jun. 2016.

FERRÃO, Rui; PINTO, Luis. **tabagismo**. Brasil: Vídeo, 2009. 12 slides, color. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/dianarocha94/tabagismo-presentation-938805?qid=c6b70202-ba68-4fbe-856c-0f15bc235816&v=&b=&from_search=3>. Acesso em: 10 jul. 2016.

FERREIRA, Ângela Santos et al., Tabagismo em pacientes internados em um hospital universitário. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília - DF, p. 488-494. 15 maio 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v37n4/v37n4a11>>. Acesso em: 19 set. 2016.

FONSECA, Angela Maggio da; JUNQUEIRA, Paulo Augusto de Almeida; POLAK, Josefina Odete Massabki. Tabagismo e climatério. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 8, p.170-176, set. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000300005>. Acesso em: 09 dez. 2016.

HORTENSE, Flávia Tatiana Pedrolo; CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. O significado do tabagismo no contexto do câncer de laringe. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 7, p.24-30, 18 set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/04.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2016.

KOUICHI, Camila Tokuda; ROCHA, Erica Fabiana Ribeiro; NEVES, Izabela de Almeida. **O papel do programa de controle ao tabagismo no combate do vício ao tabaco**. 2009. 104 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, Lins, 2009. Disponível em: <<http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/48963.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

MACHADO, Daiane Renata; TRESOLDI, Mara Eloísa. Cigarro: mitos x verdades. **Mostra de iniciação científica do cesuca - 2317-5915**. [S.l.], n. 8, p. 336-342, nov. 2014. ISSN 2317-5915. Disponível em: <<http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac/article/view/695>>. Acesso em: 14 out. 2017.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Tendência de fumantes na população Brasileira segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008 e a Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Brasília: **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2015. 45 p. v. 18. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00045.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2017.

MEIER, Denise Andrade Pereira; VANNUCHI, Marli Terezinha Oliveira; SECCO, Iara Aparecida de Oliveira. Abandono do tratamento do tabagismo em programa de município do norte do Paraná. **Revista Espaço Para A Saúde, Londrina**, v. 13, n. 10, p.35-44, dez. 2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/PC ADRIANO/Downloads/10020-40697-4-PB \(3\).pdf](file:///C:/Users/PC%20ADRIANO/Downloads/10020-40697-4-PB%20(3).pdf)>. Acesso em: 04 out. 2016.

MELLO, Paulo Roberto Bezerra de; PINTO, Gilberto Rodrigues; BOTELHO, Clovis. Influência do tabagismo na fertilidade, gestação e lactação. **Jornal de Pediatria**. Cuiabá, p. 257-264. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v77n4/v77n4a06>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

MOURA, Marcione Aparecida de Souza et al., Intervenções de Enfermagem no Controle do Tabagismo: uma Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Viçosa, v. 57, n. 3, p.411-419, 17 jun. 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v03/pdf/15_revisao_literatura_intervencoes_enfermagem_controle_tabagismo_revisao_integrativa.pdf>. Acesso em: 12 set. 2017.

MUAKAD, Irene Batista. Tabagismo: Maior causa evitável de morte do mundo. **Revista da Faculdade de Direito de São Paulo**. São Paulo, v. 109, n. 30, p.527-558, dez. 2014. Disponível em: <[file:///C:/Users/PC ADRIANO/Downloads/89244-167415-1-PB.pdf](file:///C:/Users/PC%20ADRIANO/Downloads/89244-167415-1-PB.pdf)>. Acesso em: 24 out. 2016.

NICASTRI, Sérgio. **Drogas: classificação e efeitos no organismo**. 4. ed., Brasília: Universidade Federal de Santa Catarina (ufsc), 2011. 432 f. Disponível em: <[http://projetounasus.ufsc.br/AD/LIVRO CONSELHEIROS.pdf](http://projetounasus.ufsc.br/AD/LIVRO%20CONSELHEIROS.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2017.

NUNES, Sandra Odebrecht Vargas; CASTRO, Márcia Regina Pizzo de; CASTRO, Mario Sergio Azenha de. **Tabagismo, abordagem prevenção e tratamento**. Londrina: Edel Editor da Universidade Estadual de Londrina, 2011. 224 p. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=m3Y_BAAAQBAJ&pg=PA32&lpg=PA32&dq=programas+preventivos+do+tabagismo+deveriam+enfocar+os+benefícios+de+não+fumar+para+a+manutenção+da+saúde,+melhora+da+qualidade+de+vida,+redução+da+morbidade+e+das+incapacidades+decorrentes+do+consumo+do+tabaco,+bem+como+a+diminuição+dos+gastos+da+saúde+pública&source=bl&ots=mocTZf8MO9&sig=fITjley5fHGv-N1mw-EywtfY0iQ&hl=pt->

BR&sa=X&ved=0ahUKEwi669jZ2IzUAhWBEJAKHaGWAu0Q6AEIPDAD#v=onepag
e&q&f=false>. Acesso em: 02 ago. 2016.

OLIVEIRA, Jane Domingues de Faria. Aspectos Epidemiológicos do Tabagismo. 2006. 6 f. **Tese** (Doutorado) - Curso de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006. Cap. 11. Disponível em: <http://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/saude_coletiva_cap11.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2016.

OLIVEIRA, Jane Domingues de Faria. Tabagismo Passivo. 2009. 8 f. **Tese** (Doutorado) - Curso de Educação Física, Unicamp, Campinas, 2009. Disponível em: <http://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/estrategias_cap11.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2016.

PORTAL DA SAÚDE; **Tratamento do tabagismo no SUS / informações aos gestores**. 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/links-de-interesse/317-tabagismo/12370-tratamento-do-tabagismo-no-sus-informacoes-aos-gestores>>. Acesso em: 18 set. 2017.

RABELO, Amanda Alves. Aspectos importantes e polêmicos em relação ao fumo. 2010. 10 f. **Tese** (Doutorado) - Curso de Direito, Faculdades Integradas Antonio Eufrásio de Toledo, Presidente Prudente, 2010. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1991/2139>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos et al. Uso de tabaco entre adolescentes: revisão de literatura. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. Belo Horizonte, v. 6, n. 8, p.350-364, 13 abr. 2010. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:https://www.revistas.usp.br/smad/article/viewFile/38721/41574&gws_rd=cr&dcr=0&ei=A83iWa-CMYSFmwGxmYzYCQ>. Acesso em: 10 ago. 2016.

SAMPAIO, Marília de Ávila e Silva. Tabagismo, livre arbítrio e dignidade da pessoa humana. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 193, n. 49, p.151-162, mar. 2012. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496563/000940653.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 23 ago. 2017.

SILVA, Ivana. **TABAGISMO – O Mal da Destruição em Massa**. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/tabagismo.htm>>. Acesso em: 16 jul. 2016.

_____. **TABAGISMO – O Mal da Destruição em Massa**. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/tabagismo.htm>>. Acesso em: 02 jun. 2017.

SILVA, Luiz Carlos Corrêa da. Tratamento do tabagismo. **Revista da Amrigs**, Porto Alegre, v. 54, n. 2, p.232-239, 28 jun. 2010. Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/54-02/22-fumo_zero_tratamento_do_tabagismo.pdf>. Acesso em: 16 set. 2017.

TORCATO, Carlos Eduardo Martins. A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República. 2016. 371 f. **Tese** (Doutorado) - Curso de Historia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://neip.info/novo/wp-content/uploads/2016/09/Torcato_Historia_Proibição_Brasil_USP_2016.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2017.

VIDA, Anabela da Liberdade Brito. **Deixar de Fumar: Intervenção de Enfermagem na Cessação Tabágica junto do Cliente Fumador Internado**. Setúbal: Instituto Politécnica Setúbal, 2013. 172 p. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6165/1/Deixar_Fumar_Anabela_Vida.pdf>. Acesso em: 07 set. 2017.

WÜNSCH FILHO, Victor et al., Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 13, n. 13, p.175-187, 05 abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/01.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

ANEXO

Anexo (A): 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

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 571, DE 5 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.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do artigo 87 da Constituição, e

Considerando as disposições contidas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando o Decreto Presidencial nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006, que promulga a Convenção-Quadro sobre o Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003, e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003;

Considerando a Portaria nº 252/GM/MS, de 20 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 533/GM/MS, de 28 de março de 2012, que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria MS nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011- 2022;

Considerando a prevalência de 14,8% de tabagismo em adultos brasileiros com mais de 18 anos, de acordo com os dados de 2011 do Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - Vigitel;

Considerando a prevalência de 17,2% de tabagismo em pessoas de 15 anos ou mais de idade, de acordo com os dados da Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab), parte integrante da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008;

Considerando as Diretrizes para Implantação do Artigo 14 da Convenção-Quadro sobre o Controle do Uso do Tabaco - medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco;

Considerando a necessidade da estimativa da programação da aquisição de medicamentos e de profissionais a serem capacitados, a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) se dará por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) como primeira etapa para expansão e universalização do programa; e

Considerando que o tratamento do tabagismo apresenta bom custo-efetividade nos cuidados em saúde, principalmente relacionados às doenças crônicas e suas intervenções preventivas, resolve:

Art. 1º Ficam atualizadas 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 e dá outras providências.

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o cuidado às pessoas tabagistas:

I - reconhecimento do tabagismo como fator de risco para diversas doenças crônicas;

II - identificação e acolhimento às pessoas tabagistas em todos os pontos de atenção;

III - apoio terapêutico adequado em todos os pontos de atenção;

IV - articulação de ações intersetoriais para a promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis;

V - estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado das pessoas tabagistas, de maneira a garantir sua autonomia e a corresponsabilização dos atores envolvidos, com participação da família e da comunidade; e

VI - formação profissional e educação permanente dos profissionais de saúde para prevenção do tabagismo, identificação e tratamento das pessoas tabagistas, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e com as diretrizes nacionais e/ou locais sobre o cuidado da pessoa tabagista.

Art. 3º A atenção às pessoas tabagistas deverá ser realizada em todos os pontos de atenção do SUS, prioritariamente nos serviços de Atenção Básica.

Parágrafo único. Os estabelecimentos de saúde da atenção especializada que já ofertam o tratamento poderão continuar a ofertá-lo.

Art. 4º O tratamento das pessoas tabagistas inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa, cujas diretrizes clínicas serão disponibilizadas pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente.

Art. 5º Serão disponibilizados para apoio ao tratamento das pessoas tabagistas os seguintes medicamentos:

I - Terapia de Reposição de Nicotina

a) Apresentações: Adesivo transdérmico (7mg, 14mg e 21mg), Goma de mascar (2mg) e Pastilha (2mg).

II - Cloridrato de Bupropiona

a) Apresentação: Comprimido (150mg).

§ 1º Os medicamentos serão adquiridos pelo Governo Federal e distribuídos aos Estados, Distrito Federal, Capitais e Municípios com mais de 500.000 habitantes por meio do componente estratégico da assistência farmacêutica.

§ 2º Os Municípios com menos de 500.000 habitantes receberão os medicamentos por meio da distribuição realizada pelo estado ao qual pertence.

§ 3º A aquisição será baseada na programação nacional, realizada de maneira ascendente e descentralizada, com apoio da assistência farmacêutica municipal e estadual.

§ 4º Os medicamentos prescritos pelos profissionais da atenção básica devem ser disponibilizados na própria Unidade Básica de Saúde ou conforme organização da assistência farmacêutica local, devendo ser de fácil acesso ao usuário.

Art. 6º A gestão municipal a fim de garantir a atenção à pessoa tabagista, deverá se cadastrar no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), disponível no site www.saude.gov.br/dab, e por meio do sistema de adesão ao PMAQ, em campo específico, optará por ofertar o tratamento do tabagismo à população assistida.

§ 1º Cada equipe deverá preencher o formulário eletrônico específico sobre a atenção da pessoa tabagista na atenção básica, com informações que subsidiarão a estimativa de medicamentos necessários para o tratamento da população tabagista assistida por cada equipe.

§ 2º Os detalhes para que as equipes possam ofertar esse serviço estarão especificados no site do Departamento de Atenção Básica.

§ 3º O gestor municipal deverá atualizar os dados de todos os estabelecimentos de saúde que ofertam o tratamento do tabagismo com o código 119 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Art. 7º Os serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade que ofertam o tratamento ao tabagista deverão informar às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) a programação do quantitativo de medicamentos necessários para atendimento aos usuários. A SMS deverá compilar os dados e encaminhar para a respectiva Secretaria Estadual de Saúde (SES) que, em conjunto com a assistência farmacêutica estadual, compilará os dados de todos os Municípios e encaminhará para a Coordenação Nacional do Programa de Controle e Tratamento do Tabagismo que por sua vez encaminhará para a Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica de Medicamentos Estratégicos.

Parágrafo único. As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que disponham de sistemas informatizados para gerenciamento de medicamentos, entre eles o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Horus), poderão extrair os dados a partir deste sistema.

Art. 8º A programação para aquisição dos medicamentos deverá ser realizada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, que receberá informações provenientes do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

§ 1º O Departamento de Atenção Básica (DAB) deverá enviar ao INCA informações que subsidiarão a programação dos medicamentos necessários ao tratamento a ser realizado nas unidades básicas de saúde.

§ 2º O INCA compilará as informações enviadas pelo DAB com as demais informações enviadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, referentes aos demais pontos de atenção que realizam o tratamento ao tabagista.

Art. 9º São responsabilidades da gestão Municipal e do Distrito Federal:

I - capacitar profissionais, buscando a capacitação de pelo menos 1 (um) profissional de saúde por estabelecimento;

II - estabelecer indicadores e metas de cuidado para avaliação e monitoramento à pessoa tabagista em nível municipal e informá-los aos gestores estadual e federal, conforme sugeridos no Anexo;

III - receber e armazenar medicamentos em local apropriado;

IV - realizar a dispensação dos medicamentos nas unidades básicas de saúde ou conforme organização local;

V - estimular a realização de atividades educativas relativas ao controle e tratamento do tabagismo nas unidades de saúde e em espaços coletivos; e

VI - estimular a realização da abordagem mínima e intensiva e disponibilizar o tratamento medicamentoso sempre que necessário.

Art. 10. São responsabilidades da gestão estadual e do Distrito Federal:

I - capacitar e apoiar os municípios na capacitação dos profissionais;

II - monitorar e avaliar os indicadores e metas do cuidado à pessoa tabagista em nível estadual e informá-los ao gestor federal, conforme sugerido no Anexo;

III - receber e armazenar medicamentos em local apropriado e distribuí-los aos Municípios;

IV - realizar atividades educativas relativas ao controle e tratamento do tabagismo nos estabelecimentos de saúde e em espaços coletivos; e

V - estimular a implantação e implementação do cuidado à pessoa tabagista nos Municípios.

Art. 11. São responsabilidades da gestão federal:

I - apoiar os Municípios e Estados na ampliação dos profissionais capacitados;

II - elaborar materiais de apoio para os processos educativos, com enfoque na abordagem mínima e intensiva e no tratamento medicamentoso;

III - adquirir de maneira centralizada as medicações e distribuí-las aos Estados, Distrito Federal, capitais e Municípios com mais de 500.000 habitantes;

IV - estimular a implantação e implementação do cuidado à pessoa tabagista nos Estados e Municípios; e

V - monitorar e avaliar os indicadores e metas do cuidado à pessoa tabagista em âmbito nacional, de acordo com a sugestão do Anexo.

Art. 12. Define as atribuições gerais dos elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde do SUS para prevenção e tratamento do tabagismo, nos seguintes termos:

I - Atenção Básica:

a) realizar ações de promoção da saúde e de prevenção do tabagismo de forma intersetorial e com participação popular;

b) identificar as pessoas tabagistas que fazem parte da população sobre sua responsabilidade;

c) realizar a avaliação clínica inicial;

d) prestar assistência terapêutica e acompanhamento individual e/ou em grupo, abrangendo desde a abordagem mínima até a abordagem intensiva, acompanhadas se necessário de tratamento medicamentoso;

e) organizar a realização de consultas e grupos terapêuticos para as pessoas tabagistas;

f) disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME;

g) diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes do tabagismo; e

h) acionar o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes ou outra estratégia local, sempre que necessário, para qualificar a atenção prestada.

II - Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar:

a) realizar a abordagem mínima da pessoa tabagista;

b) iniciar assistência terapêutica, como tratamento oportunístico decorrente do contato com o usuário por outro evento ou patologia;

c) disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME, quando necessário;

d) orientar o usuário com relação ao retorno à assistência na Atenção Básica para o tratamento do tabagismo, de acordo com diretrizes clínicas do Ministério da Saúde ou estabelecidas localmente; e

e) realizar a contrarreferência por escrito ou por meio eletrônico para a Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas locais.

III - Apoio diagnóstico e terapêutico:

a) realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento das pessoas tabagistas, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas posteriormente pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente; e

b) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da pessoa tabagista, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas posteriormente pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente.

IV - Sistema de Informação e Regulação:

a) implementar sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, a gestão de casos e a regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços.

Art. 13. O Ministério da Saúde publicará documentos de apoio para o cuidado da pessoa tabagista, como Cadernos Temáticos e Manuais Técnicos.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 15. Ficam revogadas a Portaria nº 1.035/GM/MS de 31 de maio de 2004, publicada no Diário Oficial da União - DOU, de 1º de junho de 2004, seção 1, página 24, e a Portaria nº 442/SAS/MS, de 13 agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União - DOU, de 15 de 17 de agosto de 2004, seção 1, página 62 e mantidos os procedimentos 03.01.01.009-9 02-Consulta para avaliação clínica do fumante (código de origem - 02.012.18-9) e 03.01.08.001-1 - Abordagem Cognitivo-Comportamental do Fumante por atendimento/paciente (código de origem - 19.161.01-8) na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO

Avaliação e Monitoramento

Abaixo, segue sugestão de indicadores que podem ser utilizados no monitoramento e na avaliação do cuidado ao tabagista. Porém, outros indicadores poderão ser definidos e pactuados localmente.

1. Proporção de usuários tabagistas cadastrados: $\text{Número de usuários tabagistas} \geq 18 \text{ anos cadastrados, em determinado local e período} / \text{Número estimado}^* \text{ de usuários tabagistas} \geq 18 \text{ anos no mesmo local e período} \times 100$

Fonte: Cadastro Individual do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (numerador) e VIGITEL e Cadastro Individual do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (denominador)

* número estimado de usuários tabagistas na área coberta pela equipe de atenção básica = Pessoas cadastradas na área coberta pela equipe x parâmetro de prevalência estadual / 100.

2. Número de grupos de tratamento do tabagista realizados: Total de atendimentos em grupo realizados para usuários de tabaco e dependência química*, em determinado local e período.

Fonte: Mapa de atividade coletiva do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS

3. Proporção de usuários tabagistas participantes de atendimento em grupo: $\text{Número de usuários que participaram de atendimento em grupo para usuário de tabaco e dependência química}^* \text{ em determinado local período} / \text{Número de usuários tabagistas no mesmo local período} \times 100$

Fonte: Mapa de atividade coletiva do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (numerador) e Cadastro Individual do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (denominador)

* quando a opção "público alvo" está marcada como "usuário de tabaco" e a opção "práticas/temas para a saúde" está marcada como "dependência química (tabaco, álcool e outras drogas).

Além dos indicadores acima descritos, que podem ser extraídos do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS, sugere-se os indicadores abaixo para acompanhamento da equipe:

4. Proporção de fumantes que deixaram de fumar: $\text{Número de fumantes sem fumar na 4ª sessão estruturada} / \text{Número de fumantes atendidos na 1ª sessão} \times 100$

5. Proporção de fumantes que abandonaram o tratamento: $\text{Número de fumantes atendidos na 1ª sessão estruturada} - \text{Número de fumantes atendidos na 4ª sessão estruturada} / \text{Número de fumantes atendidos na 1ª sessão estruturada} \times 100$.

* quando a opção "público alvo" está marcada como "usuário de tabaco" e a opção "práticas/temas para a saúde" está marcada como "dependência química (tabaco, álcool e outras drogas).