

# Análise do Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde

## Analysis of the National Tobacco Control Program of the Ministry of Health

Erick de Oliveira Lemes<sup>a\*</sup>; Gisele Gisele Fátima<sup>b</sup>; Graciene Carvalho Brasil Santos<sup>b</sup>; Joanete Botelho da Costa<sup>b</sup>;

<sup>a</sup>Universidade Estadual de Goiás. GO, Brasil.

<sup>b</sup>Faculdade Anhanguera de Anápolis. GO, Brasil.

\*E-mail: erick.lemes@aedu.com

---

### Resumo

O tabagismo é o ato de consumir cigarros, cujo principal componente é a nicotina, um estimulante do sistema nervoso central, que induz à tolerância e à dependência. Na fumaça do cigarro já foram identificadas mais de quatro mil substâncias químicas, sendo que pelo menos 60 dessas são reconhecidas como causadoras de câncer. Além dos malefícios causados à saúde do próprio fumante, a fumaça exalada pelo consumo dos derivados do tabaco também é prejudicial para a coletividade. O programa de combate ao tabagismo é um importante instrumento para a melhoria dos indicadores de saúde, que conta com apoio e aconselhamentos de profissionais adequados para os pacientes, com a finalidade de redução ou abandono do fumo. Dessa forma, pelo conhecimento de que fumar é mais do que um hábito, é um vício, e que traz malefícios grandes, o objetivo desse trabalho se pauta no conhecimento das ações empregadas no Programa Antitabagismo do Ministério da Saúde através de uma revisão bibliográfica de caráter exploratório documental. A pesquisa foi realizada por meio de buscas em livros e bases de dados bibliográficas, como SciELO, Bireme, Pubmed, Cochrane, Portal CAPES. Conseguiu-se, desta forma, estabelecer através de análise documental a eficácia e dimensão alcançada desse programa que realmente tem atingido o objetivo a que se propõe.

**Palavras-chave:** Tabagismo. Saúde Pública. Dependência.

### Abstract

*Smoking is the act of consuming cigarettes whose main component is nicotine, a central nervous system stimulant that induces tolerance and dependence. In cigarette smoke, more than four thousand chemicals have been identified, and at least 60 of these are known to cause cancer. In addition to the harm caused to the smoker's own health, the smoke exhaled by the consumption of tobacco products is also detrimental to the community. The tobacco control program is an important tool for improving health indicators that counts on adequate professional support and counseling for patients for the purpose of reducing or quitting smoking. Thus, due to the knowledge that smoking is more than a habit, it is an addiction, and that brings great harm, the objective of this work is based on the knowledge of the actions employed in the Anti-Smoking Program of the Ministry of Health through a bibliographic review of Exploratory documentary character. The research was carried out through searches in books and bibliographic databases, such as SciELO, Bireme, Pubmed, Cochrane, Capes Portal. It was possible to establish, through documentary analysis, the effectiveness and the achieved dimension of this program, and that the goal has really been achieved.*

**Keywords:** Smoking. Public Health. Dependency.

---

### 1 Introdução

O tabaco é obtido a partir de duas espécies vegetais: a *Nicotiana tabacum* e a *Nicotiana rustica*, ambas nativas dos Andes peruanos e equatorianos respectivamente. Na chegada de Cristóvão Colombo à América, o cultivo e o uso do tabaco eram disseminados entre os índios, sendo estes usados nas mais variadas maneiras: rituais religiosos, inseticidas nas lavouras, cachimbos, alimento ou sob a forma de chá (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

É sabido que o tabagismo causa inúmeros malefícios à saúde e ao fumante (fumante ativo), sendo importante ressaltar que a fumaça exalada também é prejudicial para a coletividade, caracterizando o fumante passivo que pode desenvolver as mesmas doenças do fumante ativo (FAGUNDES *et al.*, 2014). As consequências para a saúde dos fumantes passivos são maiores de acordo com o tempo de exposição à fumaça, principalmente, em locais fechados ou desprovidos de

ventilação (GONÇALVES-SILVA *et al.*, 2006; REICHERT *et al.*, 2008).

O tabagismo é um grave problema de saúde pública, e vêm preocupando regularmente governantes e as autoridades ligadas à saúde, pelo fato de ser uma droga lícita e causar dependência com sérios danos sociais e econômicos (BRASIL, 2002). Dados da Organização das Nações Unidas apontam que o tabagismo seja responsável por cerca de 5,4 milhões de óbitos/ano mundialmente, sendo o segundo fator de risco das doenças que se pode prevenir, perdendo apenas para hipertensão arterial sistêmica. Até 2030, esses números poderão apresentar um crescimento significativo de 48%, passando para 8 milhões de óbitos, os quais 80% ocorrerão em países em desenvolvimento (FAGUNDES *et al.*, 2014; BRASIL, 2008).

Pesquisas mostram que cerca de 70% dos fumantes desejam parar de fumar, mas apenas 10% atingem o objetivo. Isso se deve à dependência causada pela nicotina e o prazer

aguçado pelo cigarro. É importante salientar que a maioria dos que param de fumar têm recaídas, podendo ocorrer entre dois dias a três meses de abstinência. Os principais sintomas da abstinência do tabaco são a ansiedade, irritação, distúrbios do sono, aumento do apetite, alterações cognitivas e fissura pelo cigarro (LARANJEIRA; GIGLIOTTI; ALVES, 2005).

Os Programas de Controle do Tabagismo foram implantados em todas as Unidades Básicas de Saúde, sendo instituídas ações educativas, comunicativas ou de atenção à saúde juntamente com ações legislativas e econômicas, com o intuito de prevenir a inicialização do tabagismo e permitir acompanhamento médico e psicológico, garantindo que fumantes consigam parar de fumar e se libertarem do vício. Desta forma, o presente estudo teve como objetivo descrever a proposta de cessação do tabagismo pelo Ministério da Saúde.

## 2 Desenvolvimento

### 2.1 Metodologia

Esta investigação foi caracterizada como uma pesquisa bibliográfica do tipo qualitativo, na qual foram levantados dados por meio de vasta literatura científica e informações do Ministério da Saúde, que possibilitou formar uma conclusão a respeito da eficiência do Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Foi realizada uma revisão bibliográfica de caráter exploratório documental através de buscas em livros e bases de dados bibliográficos, como SciELO, Scholar Google, Bireme, Pubmed, Cochrane, Portal CAPES no período compreendido entre 2001 a 2017. Entretanto, como houve alguma obra inédita sobre o assunto, cuja data não compreenda o período estipulado, a mesma poderá ser considerada. Ao finalizar as pesquisas em cada base, as referências duplicadas foram excluídas.

Foram selecionados artigos usando os seguintes descritores: tabagismo, tabaco, nicotina, dependência do fumo, Ministério da Saúde, Programa Nacional de Controle do Tabagismo, medicação para parar de fumar, cigarro, saúde pública.

Para análise e interpretação dos artigos selecionados, foi realizada uma leitura analítica com a finalidade de ordenar as informações contidas nas fontes, de forma que estas atendam aos objetivos da pesquisa. Para a discussão dos resultados foram analisados e discutidos, a partir do referencial teórico relativo à temática do estudo, os artigos selecionados anteriormente.

Quanto aos aspectos éticos que envolveram a pesquisa, foi respeitada a Norma Brasileira Regulamentadora (NBR) 6023, que dispõe sobre os elementos a serem incluídos e orienta a compilação e produção de referências. Houve o comprometimento em citar os autores utilizados no estudo e todos os dados coletados foram utilizados, exclusivamente, com finalidade científica.

### 2.2 O tabagismo

O tabagismo é o ato de consumir cigarros ou produtos que contenham tabaco, cujo princípio ativo é a nicotina. Existem inúmeras maneiras de utilizar e comercializar o tabaco, sendo estas: cigarros comuns ou com sabores, narguilés, cachimbos, cigarros de palha, charutos e cigarros eletrônicos (BRASIL, 2011).

A nicotina é um estimulante do Sistema Nervoso Central - SNC, induz à tolerância e à dependência pela ação nas vias dopaminérgicas centrais, levando a sensações de prazer e recompensa mediadas pelo sistema límbico, aumentando o estado de alerta e inibindo o apetite (CARLINI *et al.*, 2001).

Pesquisadores afirmam que já foram identificadas mais de quatro mil substâncias químicas nocivas (arsênico, naftalina, veneno de rato, barata, DDT e etc.) na fumaça do cigarro, sendo que pelo menos sessenta dessas substâncias se apresentam como causadoras de câncer, por exemplo, o alcatrão.

As substâncias tóxicas da fumaça do tabaco agem no organismo por meio do contato direto com os tecidos ou são distribuídas no organismo através da corrente sanguínea, chegando aos órgãos mais distantes e propiciando o desenvolvimento de câncer nas vias respiratórias, doenças cardiovasculares, trombose vascular, infarto agudo do miocárdio - IAM, acidente vascular cerebral - AVC, dentre outras (ARAÚJO; SILVA; VABO, 2006; SILVA *et al.*, 2014).

No Brasil, o tabagismo é considerado problema de saúde pública e seu controle sistemático tem sido realizado desde 1989, no momento em que o Ministério da Saúde (MS), por meio do Instituto Nacional de Câncer (Inca), criou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo - PNCT, atualmente denominado Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer - PNCTOFR, sendo referência mundial (SILVA *et al.*, 2014). O objetivo geral do PNCTOFR é reduzir a prevalência de fumantes no Brasil e a consequente morbimortalidade por doenças relacionadas ao tabaco, com ações implementadas, de forma descentralizada, utilizando o sistema de gerência do Sistema Único de Saúde - SUS.

Pesquisa do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE revela que o índice de pessoas que consomem cigarros e outros produtos derivados do tabaco tem cada vez menos adeptos no Brasil, 20,5% menor que o registrado cinco anos atrás e a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS mostra que os homens são os que mais usam produtos derivados do tabaco. O Brasil está entre os países cujas políticas de controle do tabaco se encontram em estágios avançados, entretanto, são raros os estudos que abordam a efetividade das diferentes ações propostas e executadas pelo PNCTOFR (SILVA *et al.*, 2014).

### 2.3 As principais ações do PNCTOFR quanto à regulação do mercado

Fiscalização: A regulamentação, o controle e a fiscalização

de todos os produtos derivados do tabaco, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

Restrição à disponibilidade: Proibição da venda de derivados de tabaco a menores de 18 anos (NUNES, 2009);

Alta carga de impostos sobre a comercialização de produtos derivados do tabaco;

Controle da Promoção e Comercialização: Veto à propaganda comercial, inclusive Internet, bem como a distribuição de qualquer tipo de amostra ou brinde e sua comercialização em estabelecimentos de ensino e saúde;

Restrição da exposição dos produtos, no interior dos pontos de venda, e esta exposição apenas é feita desde que acompanhada com mensagem de advertência (BRASIL, 2008);

Interdição da associação do produto à prática de atividades esportivas e, também, a sugestão de seu consumo em locais ou situações perigosas, abusivas ou ilegais;

Proibição do patrocínio de atividades culturais e esportivas internacionais;

Inserção de advertências sanitárias acompanhadas de fotos nos maços de cigarros, acompanhadas do número do Disque Saúde - Pare de Fumar;

Proibição do uso de descritores como light e suave nas embalagens;

Proibição da comercialização de produtos alimentícios, que simulem os derivados do tabaco, bem como as suas embalagens (NUNES, 2009);

Suspensão do financiamento à cultura do fumo em regime de parceria ou integração com a indústria do tabaco, por meio do crédito público do Programa de Fortalecimento da Agricultura Familiar - PRONAF (BRASIL, 2007);

A ANVISA publicou a resolução RDC nº 14/2012, que restringe o uso de aditivos em produtos derivados do tabaco. Esses aditivos são substâncias adicionadas, intencionalmente, para mascarar o gosto ruim da nicotina, disfarçar o cheiro desagradável, reduzir a porção visível da fumaça e diminuir a irritabilidade da fumaça para os não fumantes, com intuito principal de atrair novos consumidores (OLIVEIRA, 2012).

## 2.4 O programa nacional de controle do tabagismo

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo visa redução do uso de tabaco, sendo um importante instrumento para melhoria dos indicadores de saúde com apoio e aconselhamentos adequados de profissionais e médicos para os pacientes e familiares (BRASIL, 2011). Inicialmente, o paciente é avaliado para confirmar dependência ou não da nicotina, quantos cigarros fuma, disposição a parar de fumar, ausência ou presença de doenças associadas e possíveis formas de tratamentos acessíveis a ele. A avaliação do grau de dependência é realizada através do Teste de Fagestrom - TFDN composto por seis perguntas, cada uma com pontuações de 0 a 3 pontos, em que o resultado final é a soma e quanto mais elevado esse valor, maior o grau de dependência. O tratamento a ser utilizado é baseado na Classificação Internacional de

Doenças - CID-10, do Manual de Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria - DSM-IV (MARQUES *et al.*, 2001).

As doenças cardiovasculares e o câncer são as principais causas de morte por doença no Brasil, sendo que o câncer de pulmão é o primeiro do ranking. Apenas 6,7% dos casos de câncer de pulmão não estão relacionados ao cigarro, 90% ocorre em fumantes e 3,3% em fumantes passivos (REBELO, 2011).

Na maioria das vezes, o cigarro leva à morte por doença coronariana (obstrução das artérias do coração), bronquite e enfisema, câncer no pulmão, outros tipos de câncer (de boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga e colo de útero), e doenças vasculares (entre estas: derrame cerebral e obstrução na circulação das pernas) (REBELO, 2011).

Mesmo não levando à morte, este hábito pode causar impotência sexual no homem, complicações maternas e fetais na gravidez, úlcera do aparelho digestivo, infecções respiratórias e trombose vascular (PACIEVITCH, 2010).

## 2.5 Os benefícios com a interrupção do tabagismo são múltiplos

- Após 20 minutos a pressão sanguínea e pulsação volta ao normal;
- Após oito horas o nível de oxigênio se normaliza;
- Após dois dias o olfato já percebe melhor os cheiros e o paladar já degusta melhor os alimentos;
- Após três semanas a respiração fica mais fácil e a circulação melhora;
- Após cinco a dez anos o risco de sofrer infarto será idem ao de um indivíduo que nunca fumou;
- Os riscos de câncer reduzem com o passar dos anos. (BRASIL, 2009).

## 2.6 Técnicas para abandonar o tabagismo

- Parada Imediata: é marcada uma data em que o fumante não fumará mais nenhum cigarro. Esta deve ser sempre a primeira opção;
- Parada Gradual: pode-se utilizar este método de duas formas:
  - 1) Reduzindo o número de cigarros. Por exemplo: Um fumante de 30 cigarros por dia, no primeiro dia fuma os 30 cigarros usuais; no segundo, 25; no terceiro, 20; no quarto, 15; no quinto, 10; no sexto, cinco; o sétimo será a data para deixar de fumar e o primeiro dia sem cigarros (BRASIL, 2007);
  - 2) Retardando a hora do primeiro cigarro. Por exemplo: no primeiro dia a pessoa começa a fumar às 9h; no segundo, às 11h; no terceiro às 13h; no quarto às 15h; no quinto às 17h; no sexto às 19h; o sétimo dia será a data para deixar de fumar e o primeiro dia sem cigarros.

A estratégia gradual não deve gastar mais de duas semanas para ser colocada em prática, pois pode se tornar uma forma de adiar, e não de parar de fumar (BRASIL, 2009). O mais importante é marcar uma data-alvo para que seja este o primeiro dia de ex-fumante. Lembre-se também de que fumar cigarros de baixos teores não é uma boa alternativa. Todos os tipos de derivados do tabaco fazem mal à saúde (BRASIL, 2007).

Caso a pessoa não consiga parar de fumar sozinha, deve

procurar orientação médica, estudos demonstram que o principal marcador para o sucesso do abandono do tabagismo é a vontade de parar do próprio fumante. Assim, a orientação é de que a pessoa procure um médico. Atualmente, existem técnicas cognitivo-comportamentais, terapias de grupo e medicamentos eficazes no auxílio para quem quer derrotar a maior causa de morte evitável do mundo, o tabagismo (BRASIL, 2007).

### 2.7 Síndrome de abstinência e grau de dependência

O grau de dependência nicotínica influenciará na maior ou menor facilidade do indivíduo em abandonar o vício (grau/nível A). Apesar de aproximadamente 70% dos fumantes apresentarem síndrome de abstinência, os fumantes com alta dependência têm maiores dificuldades na cessação do tabagismo. São geralmente do sexo masculino, maiores de 30 anos, fumam o primeiro cigarro antes dos 30 minutos após despertar, têm a percepção da dificuldade de abandonar o tabaco e da baixa auto eficácia (REICHERT *et al.*, 2008).

A entrevista inicial é individual e direcionada para a história de uso do tabaco na vida, para gravidade do consumo, problemas associados, aspectos relacionados a tratamentos anteriores (quantas vezes tentou interromper o uso) e para avaliação do grau de motivação para o tratamento (MARQUES, 2001).

A fase de aquisição da intervenção em grupo é composta de quatro ou cinco sessões. A sessão tem a duração de uma hora, e a frequência depende do contrato. Na primeira sessão do grupo faz-se a apresentação e são fornecidas algumas informações sobre cada um dos pacientes. Discute-se também a utilização da terapia de reposição da nicotina como parte da intervenção, se esta tiver sido indicada. A seguir, é feito o aconselhamento sobre a importância de interromper o uso e sobre os riscos associados à saúde, de uma forma clara, firme e individualizada. Nessa sessão, determina-se a data de interromper o uso e a proposta contratual de assistência. Na segunda sessão, pode ser discutida a terapia de substituição com a nicotina, oferecendo aos pacientes todas as explicações necessárias para seu uso, dependendo das dificuldades de cada um. Nas demais sessões, as situações de risco e de proteção são discutidas com o objetivo de traçar estratégias de manutenção da abstinência. Na quarta sessão, os pacientes são orientados quanto à fase de seguimento, acompanhamento após a alta. Esse período pode ser de até mais quatro sessões. As redes sociais ou familiares, ou ambas, podem ser inseridas no tratamento (MARQUES, 2001).

A terapia comportamental-cognitiva afirma que qualquer uso de drogas é um comportamento aprendido, desencadeado e mantido por eventos e emoções específicos, possível de ser modificado. Esse tratamento também é breve, focal, estruturado em três níveis: a modificação do comportamento de uso e dos pensamentos automáticos disfuncionais, a resolução dos problemas associados e o reajuste social e ambiental. O período de duração da intervenção é mais longo,

podendo alcançar de doze a dezesseis sessões (MARQUES, 2001).

### 2.8 Abordagens cognitivo-comportamentais

No tratamento de dependências é muito utilizada uma abordagem, que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. Os componentes principais dessa abordagem envolvem: a detecção de situações de risco de recaída; o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Em essência, esse tipo de abordagem envolve o estímulo ao autocontrole ou auto manejo para que o indivíduo possa aprender como escapar do ciclo vicioso da dependência, e a tornar-se assim um agente de mudança de seu próprio comportamento.

A associação de abordagens nas linhas que se seguem, até um máximo de quatro, conduz a um significativo aumento na taxa de cessação: preparar o fumante para soluções de seus problemas; estimular habilidades para resistir às tentações de fumar; preparar para prevenir a recaída; preparar o fumante para lidar com o estresse (BRASIL, 2008).

### 2.9 Tratamento da dependência da nicotina

Estima-se que, na prática diária, o principal dado que o médico utiliza para avaliar a redução ou abandono do fumo é a informação do próprio paciente (CHATKIN, 2010). O tratamento da dependência de nicotina se divide em: primeira linha bupropiona e Terapia de Reposição da Nicotina (TRN) e segunda linha clonidina, nortriptilina e outros (HAGGSTRAM *et al.*, 2001). A terapia de reposição de nicotina pode ser feita com adesivos e gomas de mascar (LARANJEIRA; GIGLIOTTI; ALVES, 2005).

Drogas de segunda linha são medicamentos não nicotínicos, não preferenciais, de eficácia intermediária ou baixa, os mais utilizados são: Bupropiona, Nortriptilina e Clonidina.

Este medicamento é um antidepressivo classificado como de primeira linha, de ação lenta, de ação inibitória seletiva da recaptção da norepinefrina e dopamina e menos intensa da serotonina.

A bupropiona é contraindicada em pacientes com antecedentes de epilepsia não controlada, traumatismo cranioencefálico, anorexia e bulimia e não deve ser usada concomitantemente com inibidores da monoaminoxidase - IMAO. Seus efeitos colaterais mais frequentes são náuseas, cefaleia e insônia (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

A nortriptilina constitui amina tricíclica secundária, atuando como antidepressivo. No tratamento da depressão, esta substância tem ação maior na “janela terapêutica”, ou seja, no intervalo de doses entre 50 a 150 mg por dia, sendo que pode perder seu efeito em doses maiores. Apesar dos efeitos colaterais descritos, a nortriptilina pode ser vantajosa como tratamento alternativo do tabagismo, pois tem menor efeito anticolinérgico se comparada a outros tricíclicos, e menor risco de provocar convulsões, além de ter custo menor

que a bupropiona (MIRRA *et al.*, 2010).

A clonidina tem sido utilizada na dose de 0,1 mg até 0,75 mg ao dia, aliviando consideravelmente os sintomas da síndrome de abstinência, como ansiedade, irritabilidade, cansaço e craving ou “fissura”. Efeitos colaterais como sedação e hipotensão arterial podem dificultar seu uso e levar ao abandono do tratamento. O efeito mais indesejável é a hipotensão ortostática. A suspensão abrupta da clonidina pode produzir crises hipertensivas (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

Existem algumas restrições para a aplicação da terapia de reposição de nicotina, apesar de essa ser considerada muito mais segura do que fumar. Esse método não deve ser indicado para grávidas, menores de 18 anos e aqueles pacientes portadores de doenças cardiovasculares instáveis, como infarto do miocárdio recente, angina instável ou determinadas arritmias.

Com a administração de outras substâncias, além da nicotina, os dependentes de nicotina têm conseguido manter a abstinência em uma porcentagem duas vezes maior que aqueles que utilizaram placebo (SILVA *et al.*, 2014).

A TRN é considerada um tratamento de primeira linha. A terapia de reposição alivia os sintomas da síndrome de abstinência. A remissão do uso pode durar seis meses ou mais com esse tratamento. Quando se associa a terapia de reposição de nicotina a outros recursos terapêuticos (aconselhamento ou outra medicação), a efetividade do tratamento pode aumentar (LARANJEIRA; GIGLIOTTI; ALVES, 2005).

Para qualquer nível de consumo de tabaco, o uso de 15 mg de nicotina por dia é preconizado como dose inicial. Para fumantes pesados (25 cigarros ou mais por dia), a dose inicial pode ser maior.

No Brasil estão disponíveis adesivos com 7 mg, 14 mg, 21 mg de nicotina ativa, com utilização pelo prazo médio de oito semanas, trocados diariamente. Essa forma de reposição de nicotina é a mais indicada, pois apresenta menos efeitos colaterais. A redução da dose é progressiva por até um ano (SILVA *et al.*, 2014).

A goma de mascar contém 2 mg de nicotina ativa por unidade. A média de consumo é de 10 gomas por dia, podendo chegar até 20. Pode produzir irritação na língua e na cavidade oral, mas ainda é o tratamento de menor custo nos países desenvolvidos, quando comparado ao custo de um maço de cigarros consumido por dia. Infelizmente, o custo da terapia de reposição de nicotina não é baixo no Brasil (SILVA *et al.*, 2014).

O suprimento da nicotina pode ser feito através da goma de mascar, adesivo, spray nasal, inalação e pastilhas. Atualmente, a indústria farmacêutica brasileira disponibiliza apenas a goma e o adesivo, sendo essas formas de liberação lenta de nicotina e o restante são formas de liberação rápida de nicotina (SILVA *et al.*, 2014).

A Mecamylamina é um antagonista da nicotina, que evita

o reforço positivo causado por ela. Apresenta muitos efeitos colaterais, como cólicas abdominais, obstipação, boca seca e dores de cabeça. Os estudos demonstram alguma eficácia no início do tratamento, mas os efeitos colaterais levam a índices significativos de abandono no tratamento (MARQUES, 2001).

A Buspirona, um agonista serotoninérgico com efeito ansiolítico, produz pouca sedação, baixo potencial de abuso e eficácia na redução dos sintomas de abstinência, como a ansiedade, e baixa incidência de efeitos colaterais (MIRRA *et al.*, 2010).

A associação da psicoterapia e da farmacoterapia tem se mostrado a intervenção mais efetiva. Materiais didáticos de autoajuda, aconselhamento por telefone e estratégias motivacionais ajudam a melhorar a efetividade do tratamento. A utilização de tratamentos alternativos como a acupuntura e a hipnose tem sido estudada, mas os resultados têm se mostrado pouco efetivos (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

## 2.10 Usuários do programa

É na adolescência que a maioria dos fumantes se torna dependentes da nicotina e, para uma boa parte, esse fenômeno ainda ocorre muito antes da permissão legal para se obter o cigarro. Esse uso em idade tão precoce tem uma implicação importante, em longo prazo, na saúde individual e pública (MACEDO; PRECIOSO, 2004).

Dos estudos etnográficos e epidemiológicos ingleses, obteve-se o dado de que o jovem fumante ou não, assim como o adulto, acredita que fumar relaxa (ANDRADE *et al.*, 2006). Portanto, medidas preventivas difundidas na mídia, cumprimento das leis quanto à venda de cigarros para menores e prevenção primária nas escolas são medidas muito importantes para essa amostra populacional, mas que têm apresentado resultados pouco efetivos. Para essa população, o grupo de orientação comportamental é bem indicado, pois a dificuldade em parar de fumar é a mesma quando se compara esse grupo com os adultos.

A intenção de parar de fumar é fator preditivo de cessação em adultos, mas isto não aparece em adolescentes, sendo que o jovem recai mais que o adulto (MACEDO; PRECIOSO, 2004).

Ansiedade em relação ao ganho de peso, principalmente entre as mulheres, é um fator importante que interfere no tratamento do tabagismo. Cerca de 1/5 dos fumantes ganha mais de 5 kg. Mulheres e fumantes de mais de 25 cigarros ao dia apresentam maior risco para o ganho de peso. O ganho de peso parece ser devido a um aumento da ingestão e a um reajuste metabólico (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007).

O paciente deve ser alertado sobre a possibilidade de ganho de peso, porém se deve enfatizar que a prioridade é deixar de fumar, e que o ganho de peso é limitado. Estimular o paciente a ingerir maior quantidade de frutas e verduras e a exercitar-se pode ajudar. A reposição de nicotina ou a bupropiona poderão

ser prescritas com o objetivo de retardar o ganho de peso (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007).

Na gravidez, a dependência de nicotina é um fator de risco para a mãe e para o feto. Os efeitos adversos são: aborto espontâneo, nascimentos prematuros e recém-nascidos de baixo peso. A mortalidade desses bebês é maior, assim como a presença de problemas durante o desenvolvimento físico e psicológico, quando comparados aos filhos de não fumantes. O emprego da terapia de reposição de nicotina só está indicado, quando os riscos de continuar fumando forem maiores que o risco da reposição (PACIEVITCH, 2010).

Existem poucos estudos epidemiológicos longitudinais, que abrangem os idosos e o tabagismo. A cessação do uso do tabaco na faixa etária acima dos 65 anos é benéfica em termos de qualidade de vida e longevidade. A orientação comportamental e a reposição de nicotina podem ser aplicadas (MACEDO; PRECIOSO, 2004).

### 3 Conclusão

Por meio dos resultados obtidos na pesquisa, foi possível concluir a eficácia do Programa de Controle ao Tabagismo e as dificuldades encontradas pelos tabagistas em cessar com o vício, ressaltando que é fundamental a dedicação contínua da equipe de profissionais da saúde.

Embora, o Programa Brasileiro seja considerado eficiente, percebe-se que existem dificuldades em sua estruturação, o que dificulta a sua eficácia. Os resultados do estudo indicaram a necessidade de organizar a coordenação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, de maneira que possa identificar tendências e aspectos importantes do Programa e avaliar o seu impacto, para dar nova forma às ações e aprimorar o emprego dos recursos públicos.

Com base nas fontes bibliográficas pesquisadas foi possível constatar que um elevado percentual de tabagismo foi observado entre os participantes do Programa, principalmente do sexo feminino. A iniciação da maioria ocorre por oferecimento ou influência de outros fumantes; deve-se de alguma forma investir na relação dos fumantes com os não fumantes.

É provável que a dependência ao tabaco seja caracterizada como um transtorno de longa duração, uma “verdadeira doença crônica”, com altas taxas recorrentes e são constantes os cuidados exigidos.

Com tudo o que foi citado se conclui que o Programa de Controle ao Tabagismo contribui com o abandono do vício ao tabaco, tendo assim grande importância na vida dos tabagistas, contribuindo para a diminuição das doenças relacionadas ao tabaco e proporcionando uma melhor qualidade de vida dos participantes.

### Referências

ALENCAR, M. Principais doenças bucais causadas pelo cigarro. *Rev. Viva Saúde*, 2014. Disponível em: [\[pelo-cigarro/3014/\]\(http://pelo-cigarro/3014/\)](http://revistavivasaude.uol.com.br/clinica-geral/principais-doencas-bucais-causadas-</a></p></div><div data-bbox=)

ANDRADE, A. A. *et al.* Prevalência e características do tabagismo em jovens da universidade de Brasília. *J. Bras. Pneumol.*, v.32, n.1, p.23-28, 2006. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132006000100007>

ARAÚJO, A.M.F.; SILVA, A.H.M.F.T.; VABO, R.V. Prevalência de sintomas e doenças respiratórias em crianças na idade escolar, fumantes ou não fumantes passivas. *J. Bras. Pneumol.*, v.15, p.17, p.96-101, 2006.

BALBANI, A.P.S.; MONTOVANI, J.C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*, v.71, n.6, p.820-826, 2005. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992005000600021>

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. Anvisa e o controle dos produtos derivados do tabaco. Brasília: ANVISA, 2008.

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer INCA. Cigarro mata mais de 5 milhões de pessoas segundo OMS. Brasília: MS, 2014.

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer INCA. Como parar de fumar. Brasília: MS, 2007.

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer INCA. Coordenação de prevenção e vigilância no Brasil: advertências sanitárias nos produtos de tabaco. Brasília: MS, 2008.

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer INCA. Legislação federal vigente sobre tabaco no Brasil. Brasília: MS, 2007.

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer INCA. Metodologia do tratamento do tabagismo no SUS. I Encontro de profissionais de saúde para abordagem e tratamento do tabagismo na rede SUS. Brasília: MS, 2008.

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer INCA. Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) Tratamento do Tabagismo. Brasília: MS, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Atlas de mortalidade por câncer no Brasil. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer INCA. Doenças associadas ao tabagismo. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Planos de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) de 2011 a 2022. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer INCA. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. 2002.

CARLINI, E. A. *et al.* Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. *Rev. IMESC*, v.3, p.9-35, 2001.

CHATKIN, G. Avaliação da medida de concentração de monóxido de carbono no ar exalado em pacientes com DPOC. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina Rio Grande do Sul, Hospital São Lucas, 2010.

FAGUNDES, L.G.S. *et al.* Políticas de saúde para o controle do tabagismo na América Latina e Caribe: uma revisão integrativa. *Cienc. Saúde Coletiva*, v.19, n.2, p.500-510, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.13482012>

GONÇALVES-SILVA, R.M.V.G. *et al.* 2006 Tabagismo no domicílio e doença respiratória em crianças menores de cinco anos. *Cad. Saúde Pública*, v.22, n.3, p.579-586, 2006. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300013>

HAGGSTRÄM, F.M. *et al.* Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. *J. Bras. Pneumol.*, v.27, n.5, p.255-261, 2001. doi: [91](http://dx.doi.org/10.1590/S0102-</a></p></div><div data-bbox=)

35862001000500005.

LARANJEIRA, R.; GIGLIOTI, A., ALVES, H. Psiquiatria na prática médica o estudo da arte. Tratamento da dependência da nicotina. In: BORGES, D.R; ROTHSCCHILD, H.A. (Org.). *Atualização terapêutica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005, p.1656-1659, 2005.

MACEDO, M.; PRECIOSO, J. O papel dos médicos (e outros profissionais de saúde) no controlo da epidemia tabágica e da morbimortalidade a ela associada. *Rev. Port. Saúde Pública*, v.22, n.2, p.91-100, 2004.

MARQUES A.C.P.R. et al. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v.23, n.4, p.200-204, 2001. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462001000400007>.

MIRRA, A.P. et al. Diretrizes em foco tabagismo parte 2. *Rev. Assoc. Méd. Bras.*, v.56 n.3, p.127-143, 2010. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000300006>

MORAES, M.A. Avaliação da implantação do programa de controle do tabagismo no Hospital Santa Cruz – São Paulo – Capital. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo. doi: 10.11606/T.6.2006.tde-23062006-152426

NUNES, R. Quem tem medo da lei antifumo? *Terra Magazine*, 2009. Disponível em: [http://actbr.org.br/uploads/conteudo/387\\_RIZZATO\\_NUNES\\_2.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/387_RIZZATO_NUNES_2.pdf)

OLIVEIRA, C. Anvisa proíbe aditivos que dão sabor aos cigarros. *RBA Rede Brasil Atual*. 2012. Disponível em: <<http://www.redebrasilatual.com.br>>. Acesso em: 2 set. 2016.

PACIEVITCH, T. *Fumante passivo*. 2010. Disponível em: <http://www.infoescola.com/drogas/fumante-passivo/>

REBELO, L. Intervenção breve no paciente fumador: Aplicação prática dos «5 As» e dos «5 Rs» *Rev. Port. Clín. Geral*, v.27 n.4, p.356-361, 2011.

REICHERT, J. et al. Diretrizes da SBPT: diretrizes para cessação do tabagismo. *J. Bras. Pneumol.*, v.34, n.10, p.845-880, 2008.

RONDINA, R.C; GORAYEB, R; BOTELHO, C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. *J. Bras. Pneumol.*, v.35, n.5, p.141, 2007. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132007000500016>

SILVA, S.T. et al. Combate ao tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. *Ciênc. Saúde Coletiva* v.19, n.2, p.539-552, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.19802012>