



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE MENTAL COLETIVA**

MAICON BRUSTOLIN

**ASSISTÊNCIA EM SAÚDE AO USUÁRIO TABAGISTA: DO
DELINEAMENTO DO PERFIL AO ACOMPANHAMENTO
FARMACOTERAPÊUTICO**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO

Uruguiana

2017

MAICON BRUSTOLIN

**ASSISTÊNCIA EM SAÚDE AO USUÁRIO TABAGISTA: DO
DELINEAMENTO DO PERFIL AO ACOMPANHAMENTO
FARMACOTERAPÊUTICO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Vanessa Bley Ribeiro

Uruguaiiana

2017

MAICON BRUSTOLIN

**ASSISTÊNCIA EM SAÚDE AO USUÁRIO TABAGISTA: DO
DELINEAMENTO DO PERFIL AO ACOMPANHAMENTO
FARMACOTERAPÊUTICO**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Programa de Residência
Integrada Multiprofissional em Saúde Mental
Coletiva da Universidade Federal do Pampa,
como requisito parcial para obtenção do Título de
Especialista em Saúde Mental.

Área de concentração: Saúde Mental

Dissertação defendida e aprovada em 07/12/2017.

Banca examinadora:



Prof^ª. Dr^ª. Vanessa Bley Ribeiro (UNIPAMPA)



Prof^ª. Dr^ª. Daiana Silva de Ávila (UNIPAMPA)



Enfermeira Fernanda Almeida Fettermann

Título completo: **Assistência em saúde ao usuário tabagista: do delineamento do perfil ao acompanhamento farmacoterapêutico**

Título resumido: **Delineamento do perfil ao acompanhamento terapêutico de tabagistas**

Maicon Brustolin^{1*}; Raqueli Altamiranda Bittencourt²; Vanessa Bley Ribeiro³

¹ Farmacêutico, residente em Saúde Mental Coletiva pela Universidade Federal do Pampa, Uruguaiiana, Rio Grande do Sul/ Brasil.

² Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiiana, Setor de Farmácia do Componente Estratégico, Rio Grande do Sul/ Brasil;

³ Docente da Universidade Federal do Pampa, Uruguaiiana, Rio Grande do Sul/ Brasil.

Correspondência: *M Brustolin. Programa para Controle do Tabagismo de Uruguaiiana - PCTU. Farmácia do Componente Estratégico, Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiiana. Avenida Presidente Vargas, nº 2031, Centro - Uruguaiiana/ RS, Brasil. maiconbrustolin@gmail.com

Contribuição: Todos os autores envolvidos no trabalho participaram da concepção e delineamento do estudo, revisão bibliográfica, coleta e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. M. Brustolin e V.B. Ribeiro colaboraram para o registro do trabalho junto ao SIPPEE e ao CEP e na redação do trabalho. R.A. Bittencourt colaborou na coleta de dados durante as consultas e na revisão do documento elaborado.

Palavras-chave: Tabagismo, Tabaco, Dependência Química, Tratamento farmacológico, Assistência Farmacêutica.

Resumo: A assistência terapêutica por profissionais da saúde pode auxiliar significativamente no processo de cessação ou redução do tabagismo, implicando em uma melhora da qualidade de vida dos usuários. O presente estudo teve como objetivo traçar o perfil de consumo de tabaco dos usuários e avaliar a efetividade terapêutica e a morbidade psicológica dos mesmos, a partir da assistência ofertada pelo Programa para Controle do Tabagismo de Uruguaiiana, Rio Grande do Sul. Nesse sentido, prestou-se assistência a 30 tabagistas, durante o período de 60 dias, que participaram de terapia de grupo e receberam atendimentos individuais, que incluiu o acompanhamento farmacoterapêutico. A idade média dos usuários foi de 51 anos, sendo que o período médio de consumo foi de 36 anos. Dentre os usuários avaliados, 73,3% apresentaram uma dependência elevada ou muito elevada e 86% já apresentavam problemas de saúde

relacionados ao consumo de tabaco. Verificou-se que os familiares foram atribuídos como a principal influência para o início e manutenção do vício e que há uma importante associação de comportamento relacionado ao consumo de bebidas. A assistência prestada aos usuários demonstrou-se efetiva, à medida que 50% dos pacientes interromperam o hábito de fumar e 43,3% reduziram em mais de 50% a quantidade de cigarros consumida ao dia. Observou-se também uma diminuição da morbidade psicológica dos usuários, quando comparada ao início do tratamento. Conclui-se que a assistência ofertada aos tabagistas foi efetiva, auxiliando de forma significativa o controle do tabagismo e contribuindo para uma diminuição dos riscos relacionados ao aparecimento de comorbidades pelo uso do tabaco.

1 Introdução

O tabaco, cientificamente denominado de *Nicotiana tabacum*, pertence à família *Solanaceae* e é originário da América do Sul (Soares ELC, 2008). O cultivo, o ato de mascar e de fumar tabaco era costume dos indígenas do continente americano e espalhou-se por toda a Europa durante o século XVI. Na queima do tabaco são identificadas mais de quatro mil substâncias químicas (Moreira 2007), sendo que 43 dessas substâncias são cancerígenas. O componente mais destacável é a nicotina, um estimulante do sistema nervoso central que produz uma sensação prazerosa, de bem-estar e relaxamento em seus usuários, entretanto é também o principal agente relacionado ao desenvolvimento da dependência (Oliveira e Costa 2012; Picciotto and Mineur 2014; Rosemberg 2007).

O consumo de tabaco é um importante fator de risco para o surgimento de aproximadamente 50 doenças, dentre as quais diversos tipos de cânceres, doenças respiratórias e cardiovasculares, que geram altos índices de mortalidade em razão da alta prevalência de fumantes (ANS 2009). Estima-se que o tabaco é responsável pela morte de mais de sete milhões de pessoas por ano, sendo considerado a maior causa isolada evitável de mortes precoces em todo o mundo (INCA, 2017; WHO, 2017). No Brasil, o percentual total de fumantes com 18 anos ou mais é de 10,4%, sendo que homens consomem mais tabaco e derivados do que mulheres (VIGITEL 2015).

O consumo do tabaco costuma ser mais incidente em indivíduos com sintomas psiquiátricos (BRASIL, 2001) devido à percepção de que há um alívio do estresse e do nervosismo ao consumir o produto. Além disso, indivíduos com dependência química possuem altas taxas de comorbidades mentais, havendo uma associação direta entre a gravidade do transtorno e a severidade da dependência. Nesse contexto, os tabagistas com sintomas psiquiátricos possuem grande resistência para a cessação do hábito uma vez que acreditam que a abstinência irá piorar seus sintomas. No entanto, ao contrário da crença popular, estudos têm sugerido que a dependência química está relacionada à uma fragilidade emocional e que o controle do tabagismo ameniza a presença de sintomas de ansiedade, depressão e estresse, melhorando a qualidade de vida desses indivíduos (RIAD-ALLEN et al 2017; Peckham E 2015; BRESLAU, 2004; CHASSIN et al 2002).

Atualmente o tabagismo é considerado uma doença crônica e integra o grupo de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, portanto, uma dependência química, que envolve a inter-relação de fatores fisiológicos, psicológicos e

comportamentais (WHO, 2003; Brasil, 2001; APA, 2014). Diversos estudos revelaram que o aconselhamento, uma perspectiva de cuidado dentro da assistência em saúde, realizado por qualquer profissional da saúde, aumenta as taxas de cessação do tabagismo. Conforme a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2009), a taxa de abstinência de quem tenta parar sozinho é significativamente menor (10,9%) do que o tabagista que recebe um aconselhamento intensivo por mais de 10 minutos (22,1%). Nesse contexto, ações direcionadas aos fumantes, no sentido de conscientizá-los sobre os riscos e malefícios ocasionados pelo uso do tabaco ao longo da vida, podem refletir em mudança de hábitos e, conseqüentemente, numa melhoria da qualidade de vida para estes usuários (WHO 2003).

Considerando o número de usuários dos serviços de saúde de Uruguaiiana (Rio Grande do Sul, Brasil) que apresentam problemas crônicos de saúde decorrentes do consumo do tabaco, assim como a procura para o tratamento do tabagismo neste município, faz-se necessária a orientação, o aconselhamento e o tratamento destes pacientes por profissionais de saúde capacitados para estas ações (SBPT, 2010).

Nesse sentido, o Programa para Controle do Tabagismo de Uruguaiiana (PCTU), estruturado a partir de uma proposta de trabalho da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, conta com uma assistência multiprofissional ao paciente tabagista, possuindo como políticas norteadoras a Portaria nº 761/ 2016, que valida as orientações técnicas para o tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina (BRASIL, 2016), o Programa Nacional do Controle do Tabagismo (INCA, 2017), a Política Nacional de Redução de Danos (BRASIL, 2005) e a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004).

Na perspectiva da assistência do PCTU, a principal abordagem terapêutica é a cognitivo-comportamental, que auxilia na reestruturação de cognições disfuncionais e a conferir flexibilidade de pensamento para avaliar situações, promovendo, dessa forma, o treinamento de habilidades comportamentais que visam a detecção de situações de risco para o consumo do tabaco e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para o controle do tabagismo. Paralelamente, a assistência prevê, conforme necessidade, a possibilidade de utilização de medicamentos, como dispositivos contendo Nicotina (principal substância do tabaco que está relacionada à dependência) e Cloridrato de Bupropiona (antidepressivo de primeira escolha para o tratamento do tabagismo). Estes medicamentos irão atuar na amenização dos sintomas de abstinência e na diminuição da compulsão pelo uso, aumentando a probabilidade de controle do tabagismo (BRASIL, 2001; BRASIL, 2015).

O presente estudo teve como objetivo traçar os perfis socioeconômico e de consumo de tabaco dos usuários, bem como avaliar a efetividade terapêutica e a morbidade psicológica dos mesmos, a partir da perspectiva de assistência ofertada pelo Programa para Controle do Tabagismo de Uruguaiana, Rio Grande do Sul.

2. Material e Métodos

Este estudo foi registrado no Sistema de Informação de Projetos de Pesquisa, Ensino e Extensão (SIPPEE) sob o nº 20170504175111 e possui liberação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o CAAE nº 69695817.9.0000.5323. Os tabagistas interessados em reduzir ou cessar o hábito de fumar foram convidados a participar do estudo no momento em que procuraram o Programa para Controle do Tabagismo de Uruguaiana (PCTU) nas dependências da Secretaria de Saúde do município. Todos os participantes concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a participação no estudo.

Nesse sentido, prestou-se assistência a 30 tabagistas, durante o período de 60 dias, combinando atendimentos de terapia em grupo, atendimentos individuais, que incluiu o acompanhamento farmacoterapêutico, e a disponibilização de medicamentos mediante avaliação clínica por profissional médico ou farmacêutico. Conforme avaliação clínica inicial por profissional farmacêutico, como descrito abaixo no item “Atendimentos Individuais”, os usuários foram encaminhados, conforme necessidade, a outros profissionais do programa, como médico, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e enfermeiro, de forma a proporcionar um cuidado integral.

2.2 atendimentos individuais

A coordenação da assistência aos usuários tabagistas foi centrada nos profissionais farmacêuticos. Nesse sentido, antes de iniciar os atendimentos, cada usuário participou uma avaliação clínica, a fim de ser informado sobre o fluxograma dos atendimentos e os aspectos gerais do tratamento. Em seguida, foram programadas as consultas farmacêuticas que visaram um acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes de forma individual e personalizada. Além das consultas com farmacêuticos, o usuário contou com uma equipe multiprofissional (composta por médico, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e enfermeiro), que realizou atendimentos individuais sempre que necessário por meio de encaminhamentos.

2.2.1 Delineamento do perfil e acompanhamento clínico dos usuários tabagistas

De forma a avaliar e acompanhar clinicamente os indivíduos, foi realizada uma avaliação da condição geral de saúde dos usuários, que incluiu a verificação de parâmetros fisiológicos, bioquímicos e antropométricos (como a pressão arterial, pulsação, glicemia, saturação de oxigênio, peso, altura e circunferência abdominal) e análise da farmacoterapia. Além disso, foi realizado o delineamento do perfil dos usuários por meio da aplicação de Questionário Socioeconômico, Delineamento do Perfil do Tabagista e do Consumo do Tabaco (por meio de instrumentos desenvolvidos e validados). O acompanhamento da evolução do tratamento foi realizado por meio da avaliação do grau de dependência à nicotina ou Teste de Fagerström (FAGERSTROM, 1989) (Anexo I), da Motivação (Prochaska JO, DiClemente CC, 1982) (Anexo II) e do número de cigarros consumidos por dia. A avaliação da presença de sintomas relacionados à ansiedade, depressão e estresse foi verificada por meio da avaliação do grau de morbidade psicológica (Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse- EADS-21 (Lovibond P, Lovibond S, 1995) (Anexo III).

2.1 Metodologia utilizada na terapia de grupo

Os atendimentos de terapia em grupo ocorreram semanalmente, nas quintas-feiras, em dois turnos distintos, manhã (10:30 às 11:30 horas) e noite (18:30 às 19:30 horas). Os grupos foram integrados por 15 usuários e os encontros tiveram a duração de 60 minutos. O cronograma das reuniões do grupo foi de 8 semanas consecutivas, sendo que os usuários participantes do estudo apresentaram uma frequência igual ou superior a 70% nos encontros.

A metodologia do Grupo Terapêutico de Controle do Tabagismo segue a proposta do Manual “Deixando de Fumar sem Mistérios” (BRASIL, 2008), com algumas modificações pontuais de forma a incluir a Política de Redução de Danos na metodologia. A metodologia é estruturada a auxiliar os tabagistas a deixarem de fumar ou reduzirem o hábito, fornecendo-lhes todas as informações e estratégias que podem ser úteis nesse processo. As sessões contêm elementos significativos para auxiliar tabagistas a pararem de fumar e permanecerem sem cigarros, sendo abordados os comportamentos, pensamentos e sentimentos dos fumantes. A interação em grupo é utilizada para incentivar e apoiar mudanças, estruturar o senso de corresponsabilidade no tratamento e autonomia dos usuários, tornando-os aptos a compreenderem melhor seus estados de saúde e serem protagonistas de suas próprias histórias.

2.2.2 Análise de dados

Os dados coletados foram analisados através do programa IBM SPSS Statistics 20, sendo que os dados com distribuição linear foram analisados pelo Teste T e os dados com distribuição não linear pelo Mann-Whitney, sendo consideradas diferenças estatisticamente significativas quando $p < 0,05$.

3. Resultados e Discussão

3.1 Perfil socioeconômico

Conforme Tabela 1, os casos acompanhados ($n=30$) foram em sua maioria de indivíduos do sexo feminino, de cor branca, possuindo idade média de 51,5 anos ($DP \pm 11,5$ anos), sendo que a pessoa mais jovem possuía 28 anos e a mais idosa 72 anos. A maior parte dos casos situou-se na faixa etária entre 41 – 60 anos e possuíam o ensino fundamental ou médio completos.

3.2 Investigação do perfil de consumo do tabaco e das comorbidades associadas

Durante o acompanhamento dos usuários verificou-se que idade média apresentada para o início do tabagismo foi de 15,1 ($DP \pm 4,5$) anos, o período médio de consumo foi de 36,1 ($DP \pm 11,7$) anos e, mesmo havendo a percepção de importantes prejuízos da saúde pela maioria dos usuários (86%), os mesmos apresentaram-se resistentes em controlar o tabagismo e não desejavam, por conta própria, interromper o vício. Os motivos que os levaram a procurar o serviço variou de encaminhamento por profissionais da saúde, pressão familiar, até o receio de agravamento das comorbidades já apresentadas devido ao uso do tabaco. Apenas quatro (13,3%) dos usuários que participaram do programa declararam estar em busca de uma melhora de qualidade de vida (13,3% $n=4$).

Quando perguntados a respeito do motivo que os influenciou a iniciar o consumo do tabaco, 17 (56,6%) pacientes indicaram a família, referindo existir uma cultura do consumo de tabaco que era predominantemente comum anos atrás, quando eram crianças ou mais jovens; 13 (43,3%) apontaram a influência dos amigos, afirmando que o início ocorreu como uma forma de socialização ou experimentação da juventude; e dois (6,6%) mencionaram situações psicológicas de trauma, como por exemplo, a perda de um familiar, justificando o uso do tabaco como uma forma de alívio na tentativa de superar a situação vivida. Além de influenciar o início do tabagismo, as famílias indicaram estar ligadas à manutenção do hábito, já que 53,3% dos usuários afirmaram conviver rotineiramente com familiares tabagistas.

Nesse contexto, percebe-se que o tabagismo está principalmente relacionado ao comportamento familiar, o que explica porque essa substância é bem aceita socialmente. Além disso, explica-se esse contexto através da forte influência gerada pela indústria tabágica, principalmente na metade do século XX, onde se reforçava, através de propagandas, que fumar era sinônimo de beleza, luxo, charme, masculinidade, liberdade, encorajando cada vez mais as pessoas a consumirem o produto. Dessa forma, ao longo de décadas, o comportamento de fumar foi tornando-se familiar (BRASIL, 2001; PAHO, 1992).

Ao serem questionados a respeito do motivo pelo qual fumam, 11 (36,6) mencionaram algum sintoma psicológico, citando palavras-chave como nervosismo, ansiedade, depressão ou “para acalmar”, oito (26,66%) citaram ser um vício ou dependência, sete (23,33%) mencionaram ser um hábito incorporado na rotina durante a vida e cinco (16,66%) responderam “porque gostam”. Entretanto, 18 (60%) afirmaram que consomem mais tabaco quando estão mais nervosos, tensos, ansiosos, estressados ou deprimidos e, 10 (33,33%) quando associam comportamentos.

Nesse sentido, verificou-se que há uma forte influência do quadro emocional sobre o padrão de consumo de tabaco, sendo um fator bastante presente no quadro clínico desses usuários. Outros estudos sugerem que os tabagistas relatam maior consumo de tabaco ao sentirem-se tristes, ansiosos, bravos ou estressados devido à expectativa de alívio de sintomas negativos ou do afeto negativo (Kassel JD, Stroud LR, Paronis CA 2003; Copeland et al 1995; Spielberger, 1982). Entretanto, evidenciou-se através do acompanhamento farmacoterapêutico realizado em nosso estudo que os sintomas de estresse, ansiedade e depressão (Gráfico 1 - EADS-21) diminuíram significativamente com a redução do consumo ou a interrupção do hábito de fumar.

Os resultados encontrados estão de acordo com evidências científicas que sugerem que a interrupção do consumo de tabaco diminui os níveis de estresse, sintomas depressivos, assim como o afeto negativo do indivíduo, conduzindo a um aumento da qualidade de vida (Peckham E 2015; Castro et al 2007; Chassim et al 2002). Dessa forma, o aparente efeito relaxante do consumo do tabaco é mascarado pela contradição da abstinência, gerando mais tensão e irritabilidade aos tabagistas (Parrot 1999; Prochaska, 1982). Ao contrário, a existência de doenças psiquiátricas ativas, como depressão, ansiedade e abuso de drogas, aumenta o risco e a probabilidade para início do tabagismo ou para o agravamento da dependência nicotínica, dificultando o tratamento da dependência química (Breslau et al, 2004).

Com relação às comorbidades associadas, verificou-se uma prevalência de pacientes com patologias relacionadas ao uso do tabaco: 22 (73,33%) apresentaram um ou mais diagnósticos médicos estabelecidos, sendo as patologias mais representativas a Hipertensão Arterial Sistêmica (40,1%), Diabetes Mellitus tipo II (22,7%) e cardiopatias (22,7%). Segundo o Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2015), essas patologias se devem à inalação crônica da fumaça do cigarro, resultando em complicações relacionadas principalmente às doenças cardíacas, respiratórias e câncer, através de mecanismos bem conhecidos como inflamação, estresse oxidativo, alterações do DNA, dano endotelial, entre outros.

Considerando que a média de consumo do tabaco dos pacientes analisados foi de aproximadamente 36 anos, a presença das doenças crônicas relatadas, provavelmente, esteja relacionada ao extenso período de exposição à substância, uma vez que as comorbidades normalmente começam a ser evidenciadas após três ou quatro décadas do início do consumo (Brasil, 2001). De forma a controlar as patologias existentes, os pacientes utilizavam diariamente uma média de 3,35 (DP±2,25) medicamentos, embora seja indiscutível que a medida terapêutica mais eficaz para o controle dessas patologias é a interrupção do hábito de fumar.

Na avaliação clínica inicial, os 30 tabagistas afirmaram possuir como objetivo final a interrupção do hábito, mesmo havendo a possibilidade de redução da quantidade consumida ao dia. Nesse sentido, constatou-se que a adaptação metodológica de assistência pelo PCTU, que inclui a prática de redução de danos e a política de Humanização, é uma alternativa que aproxima o usuário dos profissionais e facilita a abordagem terapêutica ao considerar os desejos do usuário no processo de cuidado, propiciando um aumento na adesão do tratamento.

A maior parte dos usuários (73,3%) afirmou já ter realizado alguma tentativa de interrupção, mas recaíram devido a sintomas de abstinência (36,3% n=8), convenções sociais, influência de familiares e amigos (36,3% n=8) ou estresse, nervosismo e ansiedade (27,3% n=6). Por outro lado, oito (26,6%) tabagistas nunca haviam tentado por conta própria, julgando-se incapazes de fazê-lo sem uma forma de auxílio.

De acordo com o MS, 86,7% usuários foram considerados tabagistas pesados uma vez que consumiam uma quantidade ≥ 20 cigarros/ dia. Segundo o teste de Fagerström, a maior parte dos tabagistas apresentou dependência elevada (50%) ou muito elevada (23,3%). Na investigação a respeito da associação de comportamento com bebidas, 27 (90%) tabagistas afirmaram associação de hábito, sendo que 24 (88,9%) costumavam consumir chimarrão, sete (25,9%) café e quatro (14,8%) bebidas alcoólicas. De acordo com a Teoria Comportamental da

Dependência, a associação do consumo do tabaco após eventos específicos (fumar após as refeições, utilizando o computador ou telefone, após relação sexual, ao consumir café ou outras bebidas, ao dirigir, ir ao banheiro, etc.) faz com que estes eventos se tornem fortes estímulos para manutenção do hábito, gerando a construção de comportamentos que visam à busca de prazer imediato e à fuga das situações que privam o sujeito de satisfação ou lhe causam sofrimento (Brasil, 2001; Brasil, 2015; Ismael, 2007).

3.3 O acompanhamento farmacoterapêutico

O acompanhamento por profissional farmacêutico possibilitou a orientação do uso racional dos medicamentos e dos cuidados complementares, utilizando, conforme necessidade, a prescrição farmacêutica para a indicação de utilização de medicamentos (normalmente dispositivos de reposição de nicotina) ou mesmo de cuidados complementares de saúde, como a prática de atividades físicas, dicas a respeito da alimentação, dentre outros. Além disso, o acompanhamento incluiu um processo de avaliação clínica contínua, possibilitando uma análise a respeito do padrão psicocomportamental de consumo do tabaco, que se constituiu um importante instrumento para a formulação de estratégias terapêuticas individuais de controle do tabagismo.

Os usuários realizaram o tratamento de forma orientada pela equipe multiprofissional do PCTU e, ao final do período de 60 dias de acompanhamento terapêutico, 15 (50%) indivíduos atingiram a meta da abstinência, 13 (43,3%) reduziram, em no mínimo 50%, a quantidade consumida ao dia e, apenas, 2 (6,6%) não alteraram de forma significativa seu consumo, apresentando uma redução de aproximadamente 20%. Conforme demonstrado no Gráfico 1, houve diferença estatisticamente significativa para os parâmetros de motivação, dependência nicotínica, número de cigarros e EADS-21 ($p < 0,05$), demonstrando que as intervenções planejadas contribuíram de forma efetiva para o controle do tabagismo (redução e ou cessação) e para a diminuição dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse.

Todos os 30 usuários atendidos utilizaram a combinação dos medicamentos Cloridrato de Bupropiona 150 mg e dispositivos de Nicotina disponibilizados durante o período de tratamento. Nesse sentido, tanto no início quanto ao final do tratamento, os medicamentos foram considerados, pelos usuários, a medida terapêutica mais relevante para o controle do tabagismo ($p > 0,05$), havendo afirmações frequentes de que se não existissem esses dispositivos dificilmente iriam conseguir a diminuição ou o controle do tabagismo. Este dado confirma-se

à medida que 93,3% dos usuários que fizeram uso de medicamento cessaram ou reduziram significativamente o hábito de fumar.

Diante do exposto, constata-se a pertinência da assistência farmacêutica aos usuários, uma vez que há, por parte dos tabagistas, uma expectativa inicial relacionada aos medicamentos, que tende a se reafirmar ao longo do processo terapêutico devido aos efeitos perceptíveis de diminuição da abstinência e da compulsão pelo hábito de fumar. Vale ressaltar que o acompanhamento farmacoterapêutico destacou-se por descentralizar o cuidado da lógica médica, conferindo à ação uma visão inovadora de evolução de práticas em saúde que favorece o usuário e o farmacêutico. O primeiro passa a ser melhor atendido e o segundo ganha mais autonomia e reconhecimento de sua potência como profissional nos processos de cuidado em saúde. Nesse sentido, o vínculo entre os usuários e farmacêuticos proporcionou aderência e efetividade ao tratamento ao possibilitar a correta orientação da farmacoterapia, manejo de problemas relacionados ao aparecimento de reações adversas, bem como a resolução de dúvidas e o repasse de orientações e esclarecimentos de todo o processo de cuidado, o que conferiu uma visão inovadora e diferenciada à toda a assistência prestada pelo PCTU.

Para os casos em que o medicamento não apresentou uma contribuição efetiva no tratamento, sugere-se que o tabagismo esteja mais associado a fatores psicológicos e comportamentais do que propriamente à abstinência da nicotina, conferindo uma análise mais complexa relacionada à dependência do tabaco. Nesses casos informou-se ao usuário os mecanismos psicocomportamentais possivelmente relacionados à sua dependência, de forma a motivá-lo a persistir com o tratamento e destacou-se que as abordagens de terapia cognitivo-comportamental seriam as medidas terapêuticas mais eficazes, mas que provavelmente dispensariam de um período de tempo maior que a terapia farmacológica para que os resultados fossem observados. Além disso, estudos afirmam que a dependência nicotínica está relacionada à genética e, dessa forma, codificações específicas nos receptores nicotínicos contribuem para um aumento no risco de desenvolvimento da dependência entre fumantes (Bierut LJ, Johnson EO, Saccone, 2014), fato que também poderia explicar a ineficácia do tratamento nesses usuários.

Ao final do acompanhamento terapêutico pode-se evidenciar que a análise da motivação juntamente com o teste de Fagerström foram bons preditores do prognóstico do processo de controle do tabagismo, entretanto, conforme relatado em outros estudos, há mecanismos psicocomportamentais subjetivos envolvidos no processo de dependência que estão relacionados ao nível de conscientização, à determinação empregada no processo, à capacidade

de recepção, compreensão e internalização de novos pensamentos, existência de sintomas relacionados à morbidade psicológica e ao ambiente social que o indivíduo habita. Nesse sentido, intervenções que envolvam uma escuta ativa do paciente, que gerem reflexões e a consequente compreensão dos motivos que o levam a fumar, são extremamente importantes para o estabelecimento de estratégias para o controle do tabagismo.

3.4 A Terapia de Grupo

A terapia de grupo complementou a assistência, esclarecendo pontos importantes a respeito da dependência e contribuiu para a conscientização a respeito do processo de controle do tabagismo. Ainda, verificou-se que a coletividade estimula e fortalece a motivação dos usuários no processo, uma vez que há a percepção e análise de diferentes pontos de vista que podem se complementar e favorecer uma ação mais integral do cuidado, aumentando as probabilidades do usuário alcançar seus objetivos.

A terapia cognitivo-comportamental, técnica empregada tanto em atendimentos individuais como em grupo, envolve o estímulo ao autocontrole ou automanejo para que o indivíduo possa aprender como escapar do ciclo vicioso da dependência, tornando-se um agente de mudança de seu próprio comportamento (Brasil, 2001; Brasil, 2015). Segundo, Yalom(2006) a terapia de grupo é uma forma de psicoterapia bastante efetiva, não menos que a individual, tratando-se de um processo bastante complexo que ocorre a partir da interação de diferentes experiências. Essa ação disponibiliza um princípio organizacional que possibilita a seleção de estratégias de forma a maximizar a potência da experiência para o alcance dos objetivos do grupo.

4 Conclusão

A assistência ofertada pelo PCTU aos tabagistas demonstrou ser efetiva em 60 dias de acompanhamento, auxiliando a maior parte dos usuários a alcançarem seus objetivos. Assim, o controle do tabagismo manifestado pela cessação ou redução do consumo do tabaco resultou em uma diminuição significativa da morbidade psicológica e contribuiu, consequentemente, para uma diminuição dos riscos relacionados ao aparecimento de comorbidades físicas e mentais.

Conclui-se que este estudo, apesar de algumas limitações metodológicas quanto ao número de indivíduos, período de acompanhamento e lacuna de conhecimento, demonstrou resultados e discussões bastante pertinentes à elucidação da dependência tabágica que, por sua vez, poderão contribuir como modelo para que diversos serviços de saúde possam implementar

medidas efetivas de assistência especializada para auxiliar usuários tabagistas a melhorarem sua qualidade de vida.

Ainda, ressalta-se a importância dos profissionais farmacêuticos na condução dos processos de cuidado e na inovação da assistência em saúde, considerando que o acompanhamento clínico individual e contínuo desses usuários, possibilita uma análise integral do padrão comportamental de consumo do tabaco desses indivíduos, constituindo um importante instrumento para a formulação de estratégias terapêuticas individuais de controle do tabagismo, conferindo maior efetividade e segurança ao tratamento.

Agradecimentos: Agradecemos à psicóloga Fabrina Ballejo Fernandes da Maia, ao médico Rogério Paz Marques, à enfermeira Liene Maria Pereira de Campos e à farmacêutica Mariana Ilha Ziolkowski e aos estagiários(as) de farmácia, Eduarda Martini Piegas, Gabriel Pedroso Viçozzi e Mariana Balhego Rocha.

5 Referências

1. Soares ELC, Vignoli-Silva M, Vendruscolo GS, Thode VA, Silva JG, Mentz LA. Família Solanaceae no Parque Estadual de Itapuã, Viamão, Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Biociências*, Porto Alegre, RS, v. 6, n. 3, p. 177-188, jul./set., 2008.
2. Moreira EDT. Classificação de Cigarros Usando Espectrometria NIRR e Métodos Quimiométricos de Análise. Dissertação (Mestrado em Química) - Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, 2007.
3. Rosemberg J. Nicotina: droga universal. Monografia. Produção Independente. São Paulo: 2004.
4. Oliveira F, Costa MCF. Cultivo de Fumo (*Nicotiana tabacum* L.). Dossiê Técnico-Universidade de São Paulo – USP, 2012.
5. Picciotto MR, Mineur YS. Molecules and circuits involved in nicotine addiction: The many faces of smoking. *Neuropharmacology*, Volume 76, Part B, January 2014, Pages 545-553.
6. WHO- World Health Organization. Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence. Geneve, WHO, 2003.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
8. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês

- Corrêa Nascimento... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ...[et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014. ISBN 978-85-8271-089-0
9. ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Primeiras diretrizes clínicas na saúde suplementar – versão preliminar / organizado por Agência Nacional de Saúde Suplementar, Associação Médica Brasileira. – Rio de Janeiro: ANS, 2009.
 10. INCA- Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoef_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo> Acesso em 28/11/2017.
 11. WHO- World Health Organization. Tobacco and its environmental impact: an overview. Geneva: World Health Organization 2017. ISBN 978-92-4-151249-7.
 12. VIGITEL- Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015. Ministério da Saúde 2015.
 13. Riad-Allen L, Dermody SS, Herman Y, Bellissimo K, Selby P, George TP et al. Becoming Tobacco-Free: Changes in Staff and Patient Attitudes and Incident Reports in a Large Academic Mental Health and Addictions Hospital. *The American Journal on Addictions*, XX: 1–9, 2017. American Academy of Addiction Psychiatry. ISSN: 1055-0496 print / 1521-0391 online. DOI: 10.1111/ajad.12513.
 14. Peckham E, Man MS, Mitchell N, Li J, Becque T, Knowles S, et al. Smoking Cessation Intervention for severe Mental Ill Health Trial (SCIMITAR): a pilot randomised control trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of a bespoke smoking cessation service. *Health Technol Assess* 2015;19(25).
 15. Breslau N, Novak SP, Kessler RC. Psychiatric Disorders and stages of Smoking. *Biological Psychiatry* 2004; 55: 69-76. DOI:10.1016/S0006-3223(03)00317-2.
 16. Chassin L, Presson C, Sherman S, Kim K. Long-Term Psychological sequelae of Smoking Cessation and Relapse. *American Psychological Association* (2002) 21 (5): 438-443. DOI: 10.1037//0278-6133.21.5.438.
 17. SBPT- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia et al., Tabagismo: parte I. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 134, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302010000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10/09/2016.

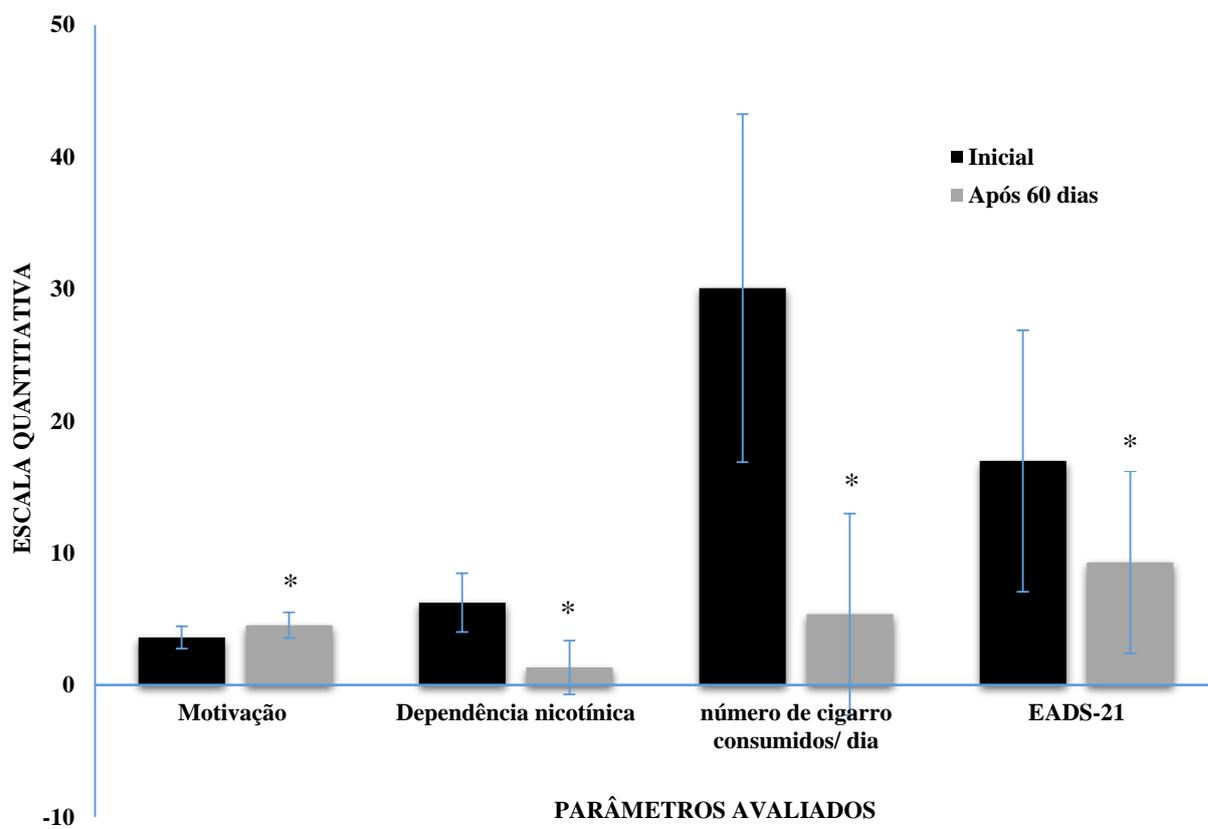
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 761, de 21 de junho de 2016. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028, de 1º de Julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta portaria.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
21. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 159-182, 1989.
22. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychother Theory Res Pract*. 1982;19(3):276-87.
23. Lovibond P, Lovibond S. The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy*, New Brunswick, v. 33, n. 3, p. 335-343, 1995.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Deixando de Fumar sem Mistérios- Rio de Janeiro: INCA, 2008.
25. Pan American Health Organization (PAHO). Smoking and Health in the Americas. A 1992 report of the Surgeon General in collaboration with the Pan American Health organization. Atlanta, Georgia, 1992.
26. Kassel JD, Stroud LR, Paronis CA. Smoking, stress, and negative affect: Correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychological Bulletin*, 2003; 129(2), 270-304. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.270>
27. Copeland AL, Brandon TH, Quinn EP. (1995). The Smoking Consequences Questionnaire-Adult: Measurement of smoking outcome expectancies of experienced smokers. *Psychological Assessment*, 7(4), 484-494. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.484>

28. Spielberger CD, Jacobs GA. Personality and smoking behavior. *Journal of Personality Assessment*, (1982) 46, 396–403. http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4604_11; DOI: [10.1207/s15327752jpa4604_11](http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4604_11)
29. Castro MGT; Oliveira MS, Moraes JFD, Miguel AC; Araujo RB. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. *Revista de psiquiatria clínica*. São Paulo. Vol. 34, n. 2 (2007), p. 61-67. URI: <http://hdl.handle.net/10183/20618>.
30. Chassin L, Presson C, Sherman S, Kim K. Long-Term Psychological sequelae of Smoking Cessation and Relapse. *American Psychological Association* 2002, 21 (5): 438-443. DOI: 10.1037//0278-6133.21.5.438.
31. Parrott AC. Does cigarette smoking cause stress? *American Psychologist*, (1999) 54(10), 817-820. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.54.10.817>
32. Breslau N, Novak SP, Kessler RC. Psychiatric Disorders and stages of Smoking. *Biological Psychiatry* (2004), 55: 69-76. doi:10.1016/S0006-3223(03)00317-2.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 154 p.: il. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40) ISBN 978-85-334-2339-8
34. Ismael SMC. Efetividade da terapia cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagista. 2007. 153 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
35. Bierut LJ, Johnson EO, Saccone, NL. A glimpse into the future – Personalized medicine for smoking cessation. *Neuropharmacology*. 2014 January; 76(0 0): . doi:10.1016/j.neuropharm.2013.09.009.
36. Yalom ID. *Psicoterapia de Grupo - Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 23-36.

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica dos usuários atendidos

Variáveis		%	N
Sexo	Feminino	73,3	22
	Masculino	26,7	8
Cor	Branca	60	18
	Parda	40	12
Faixa Etária	21 – 40 anos	20	6
	41 - 60 anos	53,3	16
	61 - 80 anos	26,7	8
Estado Civil	Solteiro	33,3	10
	Casado	33,3	10
	Separados e viúvos	33,3	10
Escolaridade	Fundamental Incompleto	30	9
	Fundamental Completo	26,7	8
	Médio Completo	26,7	8
	Superior Completo	13,3	4
	Analfabeto	3,3	1
Renda Familiar Bruta mensal	Até R\$ 1.000	26,67	8
	R\$ 1.000-2.000	43,33	13
	R\$ 3.000-4.000	20	6
	>R\$ 4.000	10	3

Figura 1- Acompanhamento clínico dos tabagistas durante o período de 60 dias



* Diferença estatisticamente significativa (p<0,05).

ANEXO I – Teste de Fagerström – Avaliação do Grau de Dependência Nicotínica

Teste De Fagerström - Avalia o Grau de Dependência à Nicotina	
Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?	
<input type="checkbox"/> mais de 60 min _____ 0	<input type="checkbox"/> entre 31 e 60 min _____ 1
<input type="checkbox"/> entre 6 e 30 min _____ 2	<input type="checkbox"/> menos de 6 min _____ 3
Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?	
<input type="checkbox"/> não _____ 0	<input type="checkbox"/> sim _____ 1
O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação?	
<input type="checkbox"/> não _____ 0	<input type="checkbox"/> sim _____ 1
Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?	
<input type="checkbox"/> não _____ 0	<input type="checkbox"/> sim _____ 1
Você fuma mesmo quando acamado por doença?	
<input type="checkbox"/> não _____ 0	<input type="checkbox"/> sim _____ 1
Quantos cigarros você fuma por dia?	
<input type="checkbox"/> menos de 11 _____ 0	<input type="checkbox"/> de 11 a 20 _____ 1
<input type="checkbox"/> de 21 a 30 _____ 2	<input type="checkbox"/> mais de 30 _____ 3
<p>Total de pontos: _____</p> <p>Grau de dependência: 0-2 pontos - muito baixo / 3-4 pontos - baixo / 5 pontos – médio/ 6-7 pontos – elevado/ 8-10 pontos - muito elevado.</p>	

Anexo II – Motivação

Motivação	<input type="checkbox"/> Pesando em parar de fumar um dia– (Contemplação); <input type="checkbox"/> Gostaria de parar de fumar (Pré-contemplação); <input type="checkbox"/> Quero parar de fumar o quanto antes– (Pronto para a ação); <input type="checkbox"/> Parei de fumar - (Manutenção); <input type="checkbox"/> Parei de fumar, mas recai - (Recaída).
------------------	--

ANEXO III – Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS-21)

EADS-21 – Nome: _____		Data ____/____/____			
<p>Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.</p> <p><i>A classificação é a seguinte:</i></p> <p>0- não se aplicou nada a mim</p> <p>1-aplicou-se a mim algumas vezes</p> <p>2- aplicou-se a mim de muitas vezes</p> <p>3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes</p>					
1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades para respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para realizar atividades	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir de forma agressiva em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava muito nervoso	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Quando percebi estava agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade para relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e triste	0	1	2	3
14	Reagi com intolerância quando fui interrompido em alguma atividade	0	1	2	3
15	Senti que entraria em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma razão	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Pontuação total: _____